

Risultati da Laboratorio

I sistemi di finanziamento regionali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere

**Modalità di riparto dei fondi sanitari
regionali per gli anni 2011 e 2012**

Febbraio 2015



Consorzio per la Ricerca Economica
Applicata in Sanità



Risultati da Laboratorio

I sistemi di finanziamento regionali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere

Modalità di riparto dei fondi sanitari regionali per gli anni 2011 e 2012

Febbraio 2015



Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità



Realizzazione e impaginazione:
KOS Comunicazione e Servizi s.r.l.
Via Junio Bazzoni n. 1 - 00195 Roma

ACRONIMI	pag. 6
-----------------------	--------

PREMESSA

LE RAGIONI DELLA RICERCA

<i>di Giovanni Monchiero e Nicola Pinelli</i>	« 9
---	-----

IL DIALOGO TRA PUBBLICO E PRIVATO PER FAVORIRE L'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA IN SANITÀ

<i>di Concetto Vasta - Direttore Affari Istituzionali Eli Lilly Italia</i>	« 13
--	------

PROTAGONISTI DELLA RICERCA E RINGRAZIAMENTI	« 17
--	------

PRIMA PARTE

*A cura di Anna Chiara Bernardini e Giorgia Battaglia
con la supervisione scientifica di Federico Spandonaro*

1. SISTEMA DI FINANZIAMENTO E LA METODOLOGIA DELLA RICERCA	« 21
1.1 Dimensioni di analisi	« 21
1.2 Sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale	« 22
1.3 Nota metodologica	« 25
2. LE MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DELLE SCELTE STRATEGICHE REGIONALI	« 29
2.1 Programmazione e norme	« 29
2.2 Tempi di approvazione del riparto	« 31
2.3 Leve per l'incentivazione al raggiungimento degli obiettivi di programmazione	« 33
2.4 Impatto dei Piani di rientro sul processo programmatico e di finanziamento	« 35
3. IL GRADO DI AUTONOMIA REGIONALE RISPETTO ALLE INDICAZIONI NAZIONALI IN TEMA DI RIPARTO	« 37
3.1 Vincolo sui Livelli Essenziali di Assistenza	« 37
3.2 Criteri di standardizzazione dei fabbisogni in base alle diverse caratteristiche della popolazione	« 38

4. DAI CRITERI ALLA DISTRIBUZIONE EFFETTIVA DELLE RISORSE	pag.	43
4.1 Misura del finanziamento effettivamente distribuito alle Aziende ovvero trattenuto centralmente per esigenze programmatiche gestite dalla Regione	«	43
4.2 Ruolo, a livello di Aziende Ospedaliere, del finanziamento in base alla produzione, ovvero della casistica DRG	«	47
4.3 Misura dell'incidenza delle quote di risorse concesse in corso d'anno alle Aziende per evitare la formazione di deficit	«	49
4.4 Ruolo, esplicito o implicito, di residuo utilizzo del modello (incrementale) della spesa storica	«	51
5. LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI	«	53
5.1 Ruolo dei sistemi premiali/punitivi in funzione del raggiungimento degli obiettivi finanziari	«	53
5.2 Utilità del risultato di esercizio al fine della misurazione delle performance aziendali	«	53
5.2.1 <i>Simulazione e confronto con i criteri di riparto nazionali</i>	«	54
5.2.2 <i>Simulazione e confronto delle entrate per le Aziende Ospedaliere</i>	«	55

SECONDA PARTE

6. ANALISI REGIONALE	«	59
6.1 Piemonte	«	59
6.2 Valle d'Aosta	«	67
6.3 Liguria	«	73
6.4 Lombardia	«	80
6.5 PA di Bolzano	«	85
6.6 PA di Trento	«	89
6.7 Veneto	«	94
6.8 Friuli Venezia Giulia	«	103
6.9 Emilia-Romagna	«	110
6.10 Toscana	«	119
6.11 Umbria	«	129
6.12 Marche	«	138
6.13 Lazio	«	144
6.14 Abruzzo	«	151
6.15 Molise	«	156

6.16 Campania	pag. 161
6.17 Puglia	« 169
6.18 Basilicata	« 175
6.19 Calabria	« 182
6.20 Sicilia	« 188
6.21 Sardegna	« 193

CONCLUSIONI

Considerazioni conclusive

<i>di Francesco Ripa di Meana</i>	« 203
---	-------

ACRONIMI

AA.SS.LL	=	Aziende Sanitarie Locali
ADI	=	Assistenza Domiciliare Integrata
AGC	=	Area Generale di Coordinamento
AIDS	=	Sindrome da Immunodeficienza acquisita
AO	=	Azienda Ospedaliera
AOR	=	Azienda Ospedaliera Regionale
AOU	=	Azienda Ospedaliera Universitaria
APSS	=	Agenzia Provinciale per i Servizi Sanitari
ARES	=	Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Lazio
ARESS	=	Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Piemonte
AREU	=	Agenzia Regionale Emergenza
ARPA	=	Agenzia Regionale Protezione Ambientale
ARPAC	=	Agenzia Regionale Protezione Ambientale Regione Campania
ARPACAL	=	Agenzia Regionale per la protezione dell'Ambiente della Calabria
ARPAS	=	Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Regione Sardegna
ARSAN	=	Agenzia Regionale Sanitaria della Campania
ASAA	=	Agenzia Sanitaria Alto Adige
ASL	=	Azienda Sanitaria Locale
ASM	=	Azienda Sanitaria Matera
ASO	=	Azienda Sanitaria Ospedaliera
ASP	=	Azienda Sanitaria Provinciale
ASREM	=	Agenzia Sanitaria Regionale Molise
ASS	=	Aziende per i Servizi Sanitari Friuli Venezia Giulia
ASUR	=	Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche
AULSS	=	Aziende Unità Locali Socio Sanitarie
AUS	=	Agenzia Umbria Sanità
AUSL	=	Azienda Unità Sanitaria Locale
AVEC	=	Area Vasta Emilia Centro
AVEN	=	Area Vasta Emilia Nord
AVR	=	Area Vasta Romagna
BUR	=	Bollettini Ufficiali Regionali
CA	=	Continuità Assistenziale
CC	=	Complicanze
CE	=	Conto Economico
CIPE	=	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica
CORESA	=	Consiglio Regionale di Sanità e Assistenza
CROB	=	Centro di Riferimento Oncologico di Basilicata
CT	=	Comunità Terapeutiche

DCA	=	Decreto del Commissario ad Acta
DCR	=	Delibera del Consiglio Regionale
DEA	=	Dipartimento di Emergenza e Accettazione
DGP	=	Delibera della Giunta Provinciale
DGR	=	Delibera di Giunta Regionale
DH	=	Day Hospital
DIEF	=	Documento di Indirizzo Economico - Finanziario
DIRES	=	Dipartimento Interegionale Emergenza Sanitaria
DIRMT	=	Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale
DL	=	Decreto Legge
DM	=	Decreto Ministeriale
DPC	=	Distribuzione per Conto
DPCA	=	Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta
DRG	=	Diagnostic Related Groups
EE	=	Ente Ecclesiaistico
EO	=	Ente Ospedaliero
ESTAV	=	Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta
FAI	=	Fondo Assistenza Integrata
FRAT	=	Fondo Regionale Attività Trasfusionali
FRNA	=	Fondo Regionale per la Non Autosufficienza
FSP	=	Fondo Sanitario Provinciale
GD	=	Giornate di Degenza
GSA	=	Gestione Sanitaria Accentrata
GU	=	Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
H	=	Ospedale
IBMDR	=	Italian Bone Marrow Donor Registry
INRCA	=	Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani
IOR	=	Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
IOV	=	Istituto Oncologico Veneto
IRCCS	=	Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico
IRST	=	Istituto Tumori Romagna
LEA	=	Livelli Essenziali di Assistenza
LP	=	Legge Provinciale
LR	=	Legge Regionale
MEF	=	Ministero dell'Economia e delle Finanze
MMG	=	Medico di Medicina Generale
PA	=	Pubblica Amministrazione
PAL	=	Piano Attuativo Locale
PdL	=	Progetto di Legge
PdR	=	Piano di Rientro

PL	=	Posti Letto
PLS	=	Pediatra di Libera Scelta
PMPV	=	Presidi Medici per Vaccinazioni
PO	=	Presidio Ospedaliero
PS	=	Pronto Soccorso
PSN	=	Piano Sanitario Nazionale
PSR	=	Piano Sanitario Regionale
PSSR	=	Piano Sociosanitario Regionale
RC	=	Numero di Ricoveri
SDO	=	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SEPI	=	Servizio Epidemiologia e Prevenzione Infantile
So.RE.Sa	=	Società Regionale per la Sanità
SP	=	Stato Patrimoniale
SSP	=	Sistema Sanitario Provinciale
SSR	=	Sistema Sanitario Regionale
SUEM	=	Servizio Sanitario di Emergenza e Urgenza
UCSC	=	Centro di Ricerca Scienza BIOMED
ULSS	=	Unità Locali Socio Sanitarie

PREMESSA

LE RAGIONI DELLA RICERCA

di Giovanni Monchiero e Nicola Pinelli

Le ragioni della presente ricerca sui sistemi di finanziamento delle Aziende sanitarie traggono origine dalle conclusioni di un precedente laboratorio FIASO incentrato sulle logiche di governo del SSN.

Negli assetti istituzionali del servizio sanitario, al modello aziendale viene attribuito un ruolo fondamentale nel rispondere ai bisogni di salute della collettività perseguendo, nel contempo, l'efficienza della gestione attraverso la costruzione delle relazioni e dei meccanismi di governo interni all'Azienda. Negli ultimi anni è però mancata una chiara e trasparente discussione sulla qualità e profondità della rottura provocata dall'adozione del modello aziendale in sanità rispetto al modello precedente (comitati di gestione), così come non è stato elaborato un rigoroso quadro concettuale di riferimento da parte degli studiosi rispetto alla sua applicazione in un contesto istituzionale dominato dalle scelte collettive.

L'indebolimento di alcuni meccanismi di funzionamento del sistema ha finito, infatti, per mettere in crisi le condizioni di esistenza stessa delle Aziende sanitarie: centralizzazioni regionali, finanziamento basato sulla spesa storica e non sulla quota capitaria e sul riconoscimento economico delle prestazioni rese (DRG), vincoli sui fattori produttivi senza alcun margine discrezionale, tagli lineari, mancato riconoscimento del merito e conseguente diminuzione del senso di appartenenza e delle motivazioni.

All'interno del mondo della sanità, attento al mutamento dei bisogni indotto dall'invecchiamento della popolazione e da una maggiore attenzione del singolo al proprio patrimonio di salute, il dibattito si è sviluppato, in questi anni, più sulle logiche di offerta (appropriatezza, dimensionamento, qualità) che su quelle di governo, date forse per scontate ma poco praticate.

Sono venuti al pettine, in questi anni, nodi tecnici mai risolti: le logiche divergenti tra la contabilità finanziaria di Stato e Regioni e quella economica delle Aziende; la scarsa significatività dei bilanci aziendali dai quali non emerge, in modo immediatamente fruibile, alcun dato sull'efficienza; la sostanziale parametrizzazione del finanziamento delle aziende sulla spesa storica, a dispetto di ogni proclamata diversa intenzione.

Tutti questi elementi hanno determinato un quadro di forte criticità, nel quale le logiche di governo e i criteri infraregionale di riparto delle risorse praticati appaiono non del tutto coerenti e significativamente differenti tra loro. Essi sono ottimi indicatori del grado di autonomia aziendale e, in generale, restituiscono una valutazione molto significativa sulle modalità di *governance* regionale.

Il presente studio si inserisce dunque nell'ambito del dibattito in essere sulla natura stessa

dell'Azienda pubblica di sanità e si concentra sulle modalità di valutazione delle *performance* aziendali. Uno sforzo necessario per realizzare un nuovo e più produttivo legame tra il momento dell'azione e quello della riflessione critica.

In particolare, viene affrontato il tema del finanziamento regionale delle Aziende, con una duplice finalità: anzitutto comporre, per la prima volta, un quadro esaustivo delle modalità regolatorie regionali che, pur rappresentando un elemento chiave per l'analisi delle politiche sanitarie, a oggi sono rimaste in larga parte inesplorate. Colmare tale carenza conoscitiva assume un particolare rilievo in funzione della seconda, preminente, finalità: scandagliare il ruolo e l'importanza delle informazioni contabili e, in particolare, dei risultati di esercizio, nella valutazione della capacità dell'Azienda di realizzare i propri obiettivi istituzionali.

Questo secondo punto risulta di cruciale importanza nella definizione del concetto di Azienda sanitaria pubblica: appare infatti evidente come, in assenza di prezzi di mercato, il finanziamento pubblico (o meglio le politiche di finanziamento) influenzi in modo assolutamente significativo il risultato contabile, tanto da rendere lecito domandarsi se, a differenza di quanto si potrebbe fare per qualsiasi altro tipo di azienda, possa avere un senso giudicare l'operato delle Aziende e dei Direttori Generali sulla base dei soli risultati economico finanziari.

I criteri di riparto del finanziamento sono, inevitabilmente, espressione di precisi orientamenti strategici e di culture organizzative locali dichiaratamente volte a valorizzare le diverse dimensioni territoriali e ad attuare pienamente i principi etici fondamentali del SSN che con il modello di Azienda Pubblica di Salute hanno trovato piena esplicitazione teorica. Lo studio qui presentato indaga quanto e come alcune delle logiche implicite alla realizzazione di tale modello siano effettivamente praticate.

In presenza di criteri di riparto regionali non "equi", come anche di tariffe per le prestazioni sanitarie non corrette o distorte, il risultato di esercizio rischia di essere il prodotto delle scelte politiche a monte, più che dell'efficienza delle organizzazioni sanitarie. Partendo da questa esigenza metodologica, ma anche della evidenza empirica, è maturata la necessità di focalizzare l'attenzione sul tema dell'effettiva capacità di valutare correttamente l'efficienza delle ASL/AO e del loro management.

Il Laboratorio ha inteso individuare i fattori e gli elementi atti ad incentivare le Aziende a migliorare la propria efficienza e gli strumenti extracontabili in grado di fornire informazioni adeguate, integrate con i dati contabili, al fine di raggiungere un sistema efficace di valutazione. Fra questi vi sono i controlli *bottom-up* da parte dei cittadini, espressi come forme spontanee di *exit* o, in modo organizzato, di audit civico.

In altri termini, si tratta di rispondere al quesito: "quali criteri possono salvare l'equilibrio fra un concetto di "Azienda" che svolge la propria attività in maniera efficiente e un set di garanzie per i cittadini?", ovvero "quali sono i criteri sostanziali per definire le strutture come vere e proprie Aziende, sulla base del loro reale grado di autonomia rilevabile dalla relazione con la Regione e sulla capacità di usare questa autonomia per rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione locale?".

Costruire meccanismi di riconoscimento del merito che consentano di premiare le migliori Aziende e i migliori manager rappresenterebbe la conferma del principio di aziendalizzazione, condizione stessa per la sostenibilità e la qualità a lungo termine del sistema pubblico di tutela della salute.

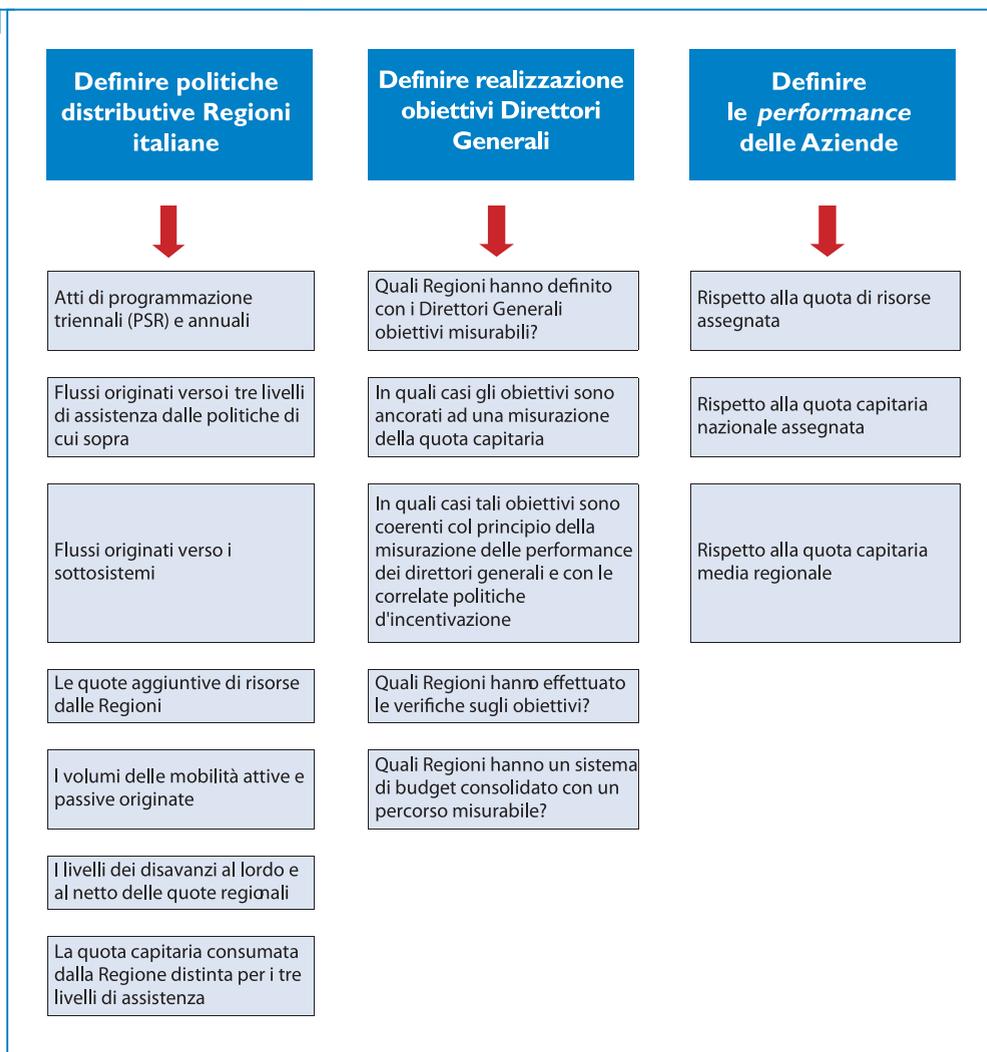
Alle Aziende compete perseguire la *mission* per cui sono nate: una costante tensione alla sicurezza, alla qualità e all'efficienza, colonne portanti della sostenibilità. Scopo di questa ricerca è "tornare" alle origini dell'aziendalizzazione non per discutere di tecniche gestionali ma per verificare se e quanto le logiche di governo del sistema siano coerenti con gli scopi e la natura delle Aziende, siano praticate dal centro alla periferia e siano in grado di indurre, ai vari livelli gestionali, atteggiamenti atti a perseguire risultati ottimali. Risultati che servono e serviranno ai professionisti – nella loro evoluzione di competenze specialistiche e assistenziali – per garantire qualità degli interventi e motivazione organizzativa. E ai cittadini – nel processo di partecipazione attiva ai percorsi di salute – che possono contare su un sistema trasparente e *accountable* di gestione tale da consentire un contributo decisionale sempre più responsabile.

A tutti questi argomenti FIASO, in collaborazione con il CREA Sanità, ha deciso di dedicare un'approfondita riflessione attraverso un Laboratorio ad hoc, che ha coinvolto articolazioni delle Aziende, delle Regioni e del Ministero della Salute. Nel consegnare alle istituzioni, al mondo della sanità e all'opinione pubblica i frutti di questo lavoro, preme rivolgere un caloroso ringraziamento a quanti vi hanno recato il contributo delle proprie esperienze e lo hanno speso con competenza e passione.

I dati e le informazioni raccolte con questa ricerca costituiscono per FIASO l'occasione per proseguire il proprio impegno di conoscenza e approfondimento in quest'area strategica e possono costituire una fondamentale base di analisi e confronto sulle criticità dell'attuale sistema, per la valutazione e la progettazione di un futuro sicuro e sostenibile di cambiamento (Tabella 1).

Obiettivi del Laboratorio di ricerca

TABELLA 1



IL DIALOGO TRA PUBBLICO E PRIVATO PER FAVORIRE L'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA IN SANITÀ

di Concetto Vasta

Direttore Affari Istituzionali Eli Lilly Italia

La sanità è sempre più protagonista di dibattiti e confronti politici, oggetto di crescente attenzione da parte delle forze di ogni schieramento e dei decisori pubblici a tutti i livelli, perché rappresenta oggi una delle più importanti voci di spesa per il sistema e ancor più lo sarà in futuro.

Il Sistema Sanitario è una componente vitale nella società contemporanea, in quanto *driver* di salute pubblica e di sviluppo sociale, oltre che di progresso tecnologico ed economico nell'era della conoscenza e delle scienze per la vita.

Appare pertanto evidente l'importanza strategica del settore sotto diversi punti di vista: innanzitutto in chiave sociale, per il suo impatto in termini occupazionali; in secondo luogo in quanto fattore critico di sviluppo economico, per la sua capacità di attrarre investimenti (ricordiamo che il comparto farmaceutico italiano costituisce uno dei più importanti settori industriali in Europa, in termini di volumi di investimento e numero di occupati). Infine, non meno importante è l'incidenza del Sistema Sanitario sulla salute pubblica, nell'attuale contesto di progressivo invecchiamento della popolazione, in termini di riduzione della mortalità e innalzamento delle aspettative e della qualità della vita.

A ciò si aggiunga il fatto che i cittadini hanno sempre più accesso a informazioni di qualità, sono competenti e desiderosi di partecipare attivamente al processo terapeutico.

La complessità e la molteplicità dei fattori considerati impone una riflessione a 360° sul rapporto costo-efficacia del Sistema Sanitario nel suo complesso, sulla sua capacità di utilizzare risorse appropriate secondo criteri razionali di allocazione, mantenendo allo stesso tempo livelli assistenziali di eccellenza.

Lilly è un'azienda leader nella ricerca scientifica e nello sviluppo di nuovi farmaci, attraverso un crescente investimento in biotecnologie, terapie personalizzate e analitiche avanzate. Negli ultimi anni Lilly ha stretto collaborazioni e alleanze che le hanno permesso di espandere la propria capacità di ricerca e l'accesso a idee, talenti e nuove molecole in studio. L'investimento in ricerca e sviluppo nel 2014 è stato di circa 5 miliardi (4.734 miliardi) di dollari, pari al 24% delle risorse finanziarie. Le aree terapeutiche in cui Lilly sta investendo per lo studio di nuovi farmaci sono quelle che a livello globale presentano le domande di salute più pressanti, che non trovano risposta o che trovano risposte ancora parziali: diabete, oncologia, malattie autoimmuni, malattie neurodegenerative e dolore.

Operando in uno scenario sempre più complesso e sfidante, e credendo in un approccio olistico e sinergico come scelta strategica vincente per tutti gli attori, la Lilly promuove rapporti di collaborazione tra pubblico e privato al fine di **favorire l'appropriatezza nel suo senso più completo: prescrittiva e organizzativa.**

All'interno del percorso di collaborazione Lilly aspira a essere riconosciuta quale partner affidabile e di valore da parte delle istituzioni pubbliche, coerentemente con una logica che consenta alle imprese operanti in ambito sanitario e farmaceutico di porsi non più quali semplici "finanziatori", ma come veri e propri partner qualificati, mettendo a disposizione il *know how* acquisito in aree terapeutiche specifiche.

È proprio in questa ottica di dialogo aperto, etico e trasparente che Lilly mette a disposizione il proprio contributo in termini di conoscenza e competenza per supportare progetti che, pur nella grande varietà di ambiti e dislocazione geografica sul territorio, hanno tre principi ispiratori comuni fondamentali: migliorare il servizio sanitario per il paziente, mantenere sostanzialmente invariati i costi per il sistema, garantire il percorso diagnostico e assistenziale.

Solo per fare alcuni esempi: Lilly ha partecipato a progetti in trenta realtà diverse su varie tematiche, dalla riduzione delle liste di attesa per pazienti affetti da patologie croniche alla umanizzazione delle cure, dalla collaborazione con le associazioni di volontariato al precedente laboratorio FIASO sulle logiche di governo del SSN.

Seguendo la stessa logica sinergica, Lilly ha sostenuto la ricerca FIASO sui criteri di riparto del SSN. Ne è nato un laboratorio che ha visto coinvolte tutte le Regioni Italiane, moltissime Direzioni Generali e Amministrative delle Aziende Sanitarie, l'Accademia, i pazienti. Qui di seguito ho il piacere di citare gli elementi più significativi emersi dalla collaborazione con FIASO, grazie al fondamentale contributo di CREA-Università di Tor Vergata.

1. Esistono disomogeneità importanti tra le Regioni in termini di distribuzione del fondo, di programmazione e di gestione.
2. Il finanziamento che riceve l'Ente Regione e che poi viene trasferito alla singola ASL è un "finanziamento misto" centrato a seconda della Regione su più livelli: spesa storica, casistica, fondi *ad hoc*, etc. ed è spesso indipendente dalla reale casistica servita.
3. Il sistema dei DRG (*Diagnosys Related Groups*) non è sufficiente a coprire le prestazioni erogate: esistono casi in cui i DRG compensano il 30% della spesa sostenuta per l'erogazione della prestazione e casi in cui si arriva al 70%. In nessuna Regione o ASL d'Italia è possibile compensare per il 100% l'erogazione della prestazione attraverso il sistema dei DRG.
4. Il livello tariffario riconosciuto in media non risulta atto a finanziare completamente i costi di produzione degli ospedali, così che l'equilibrio di bilancio dipende largamente dall'erogazione di fondi concessi per specifiche funzioni.
5. Il sistema non tiene in considerazione la qualità dell'erogazione del servizio: i criteri di finanziamento non vengono ritirati sulla base del livello di soddisfazione del paziente (che quindi subisce in tutto e per tutto le decisioni dei *budget holder*).
6. Il sistema non è in grado di identificare i buoni manager (che si vedono tagliare i fondi in maniera lineare di anno in anno a prescindere dal raggiungimento o meno degli obiettivi):
 - gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali sono quantitativi e non qualitativi;
 - non vengono stabiliti quasi mai i parametri per il controllo.

La disomogeneità tra le Regioni, la frammentazione del finanziamento, l'esistenza di criteri di ripartizione macchinosi e talvolta poco trasparenti non consentono nei fatti né di tagliare le inefficienze, né di valorizzare i casi di corretta gestione del fondo sanitario. La

conseguenza di una cattiva programmazione e di una cattiva gestione è facile da immaginare e porta conseguenze molto spesso dirette sul settore farmaceutico: tagli lineari dei prezzi dei farmaci, tetti *ad hoc* e manovre di ogni genere.

La ricerca appena conclusa può invece insegnarci che è possibile, oltre che necessario, ambire a un sistema sanitario più efficiente e sostenibile, a partire da una revisione dei criteri di ripartizione fino ad arrivare a riconoscere e premiare la qualità vera e i bravi manager.

Lilly auspica che la logica del dialogo possa migliorare la sanità pubblica e favorire l'innovazione sia scientifica che organizzativa. L'innovazione deve essere vista come una irrinunciabile opportunità per il Paese. Mi spiego meglio: essa è il necessario volano per accompagnare la competitività del sistema imprenditoriale, per stimolare la ricerca, per accrescere la produttività e migliorare i servizi pubblici, per aumentare la partecipazione dei cittadini alla vita delle Istituzioni, nonché per avere un ruolo proattivo su questioni sociali e sanitarie emergenti.

Ma l'innovazione è, anche e soprattutto, un bene comune, che in quanto tale va tutelata e garantita da tutti gli attori del contesto politico, sociale ed economico, integrando le rispettive aree di competenza, nel rispetto dei reciproci ruoli e responsabilità.

Comitato Scientifico



Agostina Aimola
Dirigente Amministrativo
Area Vasta Romagna



Walter G. Locatelli
Direttore Generale
ASL di Milano
Vicepresidente FIASO



Valerio Fabio Alberti
Commissario straordinario
IRCCS IFO e IRCCS INMI
Lazzaro Spallanzani
Past President FIASO



Fausto Mariotti
Direttore Generale Azienda
USL 9 Grosseto
Vicepresidente FIASO



Sara Cagliani
Direttore Amministrativo
ASL Milano



Giampiero Maruggi
Già Direttore Generale
AOR Ospedale San Carlo
di Potenza
Vicepresidente FIASO



Paolo Cavagnaro
Direttore Generale
ASL 4 Chiavarese
Vicepresidente FIASO



Giovanni Monchiero
Camera dei Deputati
Past President FIASO



Francesco Cobello
Direttore Generale AOU
"Ospedali Riuniti"
di Trieste
Coordinatore Regionale
FIASO



Giuseppe Pecoraro
Già Direttore Generale
AOU Policlinico
"G.Martino" di Messina
Vicepresidente FIASO



Giovanni Gorgoni
Direttore Generale
ASL LECCE



Francesco Ripa di Meana
Direttore Generale
AUSL Bologna
Presidente FIASO



Tommaso Langiano
Già Direttore Generale
AOU Ospedale Meyer

Gruppo di Ricerca Laboratorio Finanziamento Intraregionale



Giorgia Battaglia
Ricamatore CREA Sanità –
Università di Roma
"Tor Vergata"



Nicola Pinelli
Direttore FIASO



Anna Chiara Bernardini
Ricamatore CREA Sanità –
Università di Roma
"Tor Vergata"



Federico Spandonaro
Presidente CREA Sanità
– Università di Roma
"Tor Vergata"



Federica Lenzi
Ricamatrice FIASO

Il report seguente è stato predisposto da A. Bernardini e G. Battaglia con il coordinamento di F. Spandonaro.

CREA Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) è un Consorzio, senza fini di lucro, promosso dall'Università di Roma "Tor Vergata" e dalla FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale).

Nato nel luglio 2013, è attualmente presieduto da F. Spandonaro, e dispone di un team multidisciplinare di ricercatori attivi su cinque aree principali: politiche sanitarie, supporto tecnico e manageriale alle aziende sanitarie, farmacoconomia e HTA, formazione e sviluppo database statistici e normativi.

Un ringraziamento particolare va riservato a Gianni Pampaloni (*Health Policy Sr. Manager, Corporate and Public Affairs, Eli Lilly Italia*) che non ha mai fatto mancare il proprio supporto in ogni fase dell'attività del laboratorio.

Protagonisti della ricerca e i ringraziamenti

Francesco Morabito	Direttore Generale ASL CN 2
Cristina Peirano	Direttore Dipartimento Amministrativo ASL CN2
Lorenzo Sola	Collaboratore Amministrativo ASL CN2
Andrea Saglietti	Coordinamento Attività di Programmazione dell'attività della SOC Programmazione e Controllo ASL CN2
Walter Bergamaschi	Direttore Generale Sanità, Regione Lombardia
Luciano Flor	Direttore Generale APSS Trento
Tullio Ferrari	Direttore Economico-Finanziario APSS Trento
Franco Debiasi	Direttore Amministrativo APSS Trento
Francesca Springhetti	Collaboratore Amministrativo professionale presso il Servizio Finanza, Bilancio e Contabilità APSS Trento
Gabriele Nube	Programmazione risorse finanziarie SSR, Regione Veneto
Marino Nicolai	Direttore Amministrativo AOU "Ospedali Riuniti" di Trieste
Luciana Rozzini	Adempimenti fiscali tributi gestione economica del personale AOU "Ospedali Riuniti" di Trieste
Nicola Corte	Responsabile Dipartimento Economico Struttura Complessa Bilancio e Contabilità ASL 4 Chiavarese
Roberto Viale	Direttore Amministrativo ASL 4 Chiavarese
Luca Baldino	Direttore Amministrativo AUSL Bologna
Tiziano Carradori	Direttore Generale sanità e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna
Virginia Musconi	Dirigente presso Regione Emilia-Romagna
Dario Rosini	HR Manager Azienda USL9 Grosseto
Walter Orlandi	Direttore Generale AOU di Perugia
Roberto Ambrogi	Responsabile Contabilità e Bilancio AOU di Perugia
Paolo Galassi	Direttore Generale AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Vania Carignani	Direttore SO Controllo di Gestione AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Maria Paola Corradi	Direttore Generale ARES 118
Egisto Bianconi	Direttore Generale AOU Ospedale Sant'Andrea di Roma
Luigi Vittorini	Resp. Ufficio Contabilità analitica e budget AOU Ospedale Sant'Andrea di Roma
Giuseppe Zuccatelli	Già Sub Commissario alla Sanità, Regione Abruzzo
Anna Maria Minicucci	Direttore Generale AORN Ospedale Santobono Pausilipon di Napoli
Daniela Mignone	Direttore S.C. GEF – Gestione Economico-Finanziaria AORN Ospedale Santobono Pausilipon di Napoli

Protagonisti della ricerca e i ringraziamenti

Vincenzo Viggiani	Direttore Generale AOU OO. RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno
Salvatore Guetta	Direttore Amministrativo AOU OO. RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno
Bernardo Capozzolo	Direttore Amministrativo ASL BT
Benedetto Pacifico	Dir. Ufficio GREF - Gestione Risorse economiche e finanziarie, Regione Puglia
Elga Rizzo	Già Direttore Generale AO Ospedale Pugliese Ciaccio di Catanzaro
Giovanni Panarace	Direttore U.O.C Controllo di gestione AOR Ospedale San Carlo di Potenza
Raffaele Giordano	Dirigente responsabile UO Gestione Economico-Finanziaria AOR Ospedale San Carlo di Potenza
Salvatore Sammartano	Dirigente Generale Dipartimento per le Attività Sanitarie Regione Siciliana
Patrizia Schifauo	Dirigente del Servizio V del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato alla Salute Regione Siciliana
Marilù Bua	Servizio V del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato alla Salute Regione Siciliana
Marcello Giannico	Già Direttore Generale ASL 1 Sassari
Walter Messina	Direttore Amministrativo ASP Trapani
Gian Michele Cappai	Programmazione, Controllo di Gestione aziendale e Committenza ASL 1 Sassari

Un ringraziamento particolare va al Dott. Renato Alberto Mario Botti (Direttore Generale Programmazione Sanitaria Ministero della Salute), Dott. Massimo Casciello (Direttore generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute), Dott.ssa Flavia Carle (Direttore VI Ufficio Programmazione Sanitaria Ministero della Salute), Dott.ssa Cristina Tamburini (Direttore Ufficio II di Statistica Ministero della Salute), per aver contribuito alla ricerca attraverso la trasmissione di informazioni necessarie all'elaborazione delle simulazioni per la conclusione del report.

1. SISTEMA DI FINANZIAMENTO E METODOLOGIA DELLA RICERCA

1.1 Dimensioni di analisi

Il meccanismo di finanziamento è uno degli elementi più complessi e, allo stesso tempo, caratterizzanti dei sistemi sanitari: esso regola i rapporti fra i vari livelli di governo del sistema, come anche le sue regole equitative e, non da ultimo, condiziona l'esigibilità dei diritti. La complessità della materia permette, quindi, di parlare in generale di "sistema di finanziamento".

Con il termine "sistema di finanziamento" ci si riferisce, implicitamente, ai sistemi sanitari pubblici, in cui una quota delle risorse provenienti dalla tassazione viene destinata a garantire l'erogazione gratuita o "sussidiata" di prestazioni sanitarie ai cittadini, in modo da rendere le possibilità di consumo sostanzialmente indipendenti da quelle economiche.

Nei sistemi sanitari in cui prevale, o è significativo, l'intervento pubblico sono anche diffusi sistemi di amministrazione dei prezzi delle prestazioni e la definizione di tariffe, (nel caso italiano, ad esempio, per ricoveri ospedalieri o prestazioni ambulatoriali specialistiche), che sono parte integrante e fondamentale del sistema di finanziamento.

In assenza di prezzi di mercato, questo aspetto diviene fondamentale anche nell'analisi dell'andamento economico delle aziende erogatrici di servizi sanitari, in quanto ne condiziona le entrate. Un tema di grande importanza per sistemi in cui l'intervento pubblico comprende l'erogazione diretta di servizi: il caso italiano è paradigmatico, in quanto il ruolo dell'Azienda sanitaria pubblica è centrale nell'assetto dell'intero sistema.

Queste brevi riflessioni rendono evidente la necessità di una analisi multi-dimensionale dei sistemi di finanziamento.

Senza pretesa di esaustività, è possibile elencare le principali dimensioni di analisi possibili (con particolare riferimento ai sistemi solidaristici e federalisti, quale quello italiano):

1. forma e intensità del prelievo e suo impatto equitativo;
2. riparto delle risorse centralmente prelevate alle Regioni;
3. criteri di riparto delle risorse regionali alle Aziende sanitarie;
4. finanziamento delle Aziende Ospedaliere;
5. assegnazione dei budget alle articolazioni locali (es. distretti) e strutture di erogazione.

La presente ricerca si concentra, in particolare, sui punti 3 e 4. Alla base di questa scelta c'è l'obiettivo di tentare una lettura del sistema di finanziamento in chiave eminentemente "aziendalistica": come anticipato, nella struttura del sistema sanitario italiano è centrale il ruolo delle Aziende sanitarie (territoriali e ospedaliere) pubbliche. Si rende importante quindi una misura corretta della *performance* economica che, evidentemen-

te, non è facilmente desumibile dai meri dati contabili, poiché l'obiettivo di erogare un servizio pubblico prevale sulla *performance* economica: l'esito di salute (di popolazione) è l'obiettivo primario dell'Azienda.

Ciò non di meno, le Aziende (pubbliche) sono nate con un mandato tipicamente aziendalistico, ovvero di perseguimento dell'efficienza. La questione è allora riformulabile come segue: se, e in che misura, il dato contabile può almeno rendere conto dell'aspetto dell'efficienza. La risposta non è immediata, in quanto, se i costi sono "facilmente" intellegibili (ma non per questo facilmente confrontabili), sul lato dei ricavi prevalgono entrate regolate non da leggi di mercato, bensì dalle logiche di finanziamento del sistema.

Numerosi temi sono correlati a questo quesito: il ruolo del finanziamento nel processo programmatico regionale e la sua efficienza nell'incentivazione di comportamenti virtuosi; il grado di autonomia regionale rispetto alle indicazioni nazionali in tema di riparto, sia in tema di vincolo sui Livelli Essenziali di Assistenza, sia di criteri di standardizzazione dei fabbisogni in base alle diverse caratteristiche della popolazione; i livelli di accentramento finanziario; il ruolo, a livello di Aziende Ospedaliere, del finanziamento in base alla produzione, ovvero della casistica DRG; la misura dell'incidenza delle quote di risorse concesse in corso d'anno alle Aziende per evitare la formazione di deficit e, di conseguenza, l'utilizzo, esplicito o implicito, del modello (incrementale) della spesa storica.

Non è obiettivo, e neppure presunzione, delle analisi svolte quello di formulare giudizi sulle scelte regionali, perché la forte variabilità che si riscontra può essere interpretata come una ricchezza, ipotesi alla base della scelta istituzionale di stampo federalista. I diversi modelli di finanziamento adottati rispondono inoltre a logiche certamente coerenti con i contesti regionali in cui si muovono. La pur breve esperienza federalista mostra come le Regioni e le Aziende abbiano in generale risposto in modo positivo alle crescenti sfide derivanti, prima di tutto, da una prolungata recessione che non ha precedenti dal dopoguerra.

I fattori di successo e le criticità dei modelli regionali italiani sono stati già analizzati da varie prospettive, risultando ormai noti: possiamo, in larga misura, ritrovarli anche nelle analisi del sistema di finanziamento, sebbene questo mostri una ricchezza di sfumature e varianti degne di nota.

Quella che viene riportata è una fotografia dell'impatto delle scelte regionali sulle Aziende, scevra di valutazioni sulla loro bontà, ma capace di porre le basi per determinare quali elementi godano di larga condivisione e, allo stesso tempo, permettano una maggiore significatività delle analisi di *performance*, in termini di razionalizzazione economica.

1.2 Sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Il Sistema Sanitario italiano è fra quelli definiti pubblici, avendo una quota di finanziamento pubblico che si aggira intorno al 75% (precisamente 77,3% nel 2012). Il restante 22,7% è costituito da spesa privata, di cui l'82,8% *out of pocket*.

Sulla scorta del classico modello Beveridgeano, il sistema di finanziamento del SSN pubblico italiano (Servizio Sanitario Nazionale) poggia in larghissima misura sul gettito della fiscalità generale, garantendo un accesso universale (ai sensi della L. 833/1978) e quasi gratuito a tutti i cittadini italiani ed esteso agli stranieri presenti sul territorio nazionale. Fino a metà degli anni '90, il finanziamento dei servizi è stato garantito da un'imposta di

scopo (il cosiddetto contributo di malattia) che ha sostituito, senza soluzione di continuità, i premi/contributi pagati ante riforma alle mutue. Il gettito era integrato da trasferimenti provenienti dalla fiscalità generale: queste risorse formavano il cosiddetto FSN (Fondo Sanitario Nazionale) di parte corrente.

Successivamente, con l'abolizione dei contributi di malattia, sostituiti dall'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive) e altre compartecipazioni minori, si è inaugurato il processo che ha portato al federalismo. L'introduzione dell'IRAP costituisce, infatti, una pietra miliare nel processo di regionalizzazione prima e di devoluzione federalista dopo dello Stato italiano: per la prima volta circa il 50% delle risorse per il SSN furono direttamente attribuite alle Regioni. Tale cambiamento ha automaticamente ridotto il FSN formalmente trasferito dalle istituzioni centrali alle Regioni per integrarne le entrate proprie.

Il D. lgs. n. 56/2000 ha successivamente completato il processo di decentramento federalista, con l'abolizione definitiva del FSN e l'attribuzione alle Regioni di una compartecipazione all'IVA per finanziare i loro SSR (Servizi Sanitari Regionali); norme successivamente emanate hanno poi modificato aspetti quantitativi del sistema descritto, pur non cambiandone l'impianto generale.

Oggi il finanziamento dei SSR è garantito essenzialmente dal gettito dell'IRAP, dalla compartecipazione all'IVA, oltre che dalle entrate proprie dei SSR (fra cui le compartecipazioni dei cittadini alla spesa) e da altre entrate minori quali le quote di accise e addizionali regionali IRPEF.

In aggiunta, si deve ricordare che, oltre le risorse correnti, in origine erano previste risorse annuali in conto capitale a fronte degli investimenti da sostenere: con il passare degli anni tali risorse sono in parte rientrate fra le assegnazioni generali e in altra parte si sono trasformate in stanziamenti occasionali per l'edilizia sanitaria, alieni da una logica di continuità.

Il percorso di devoluzione delle risorse ha anche implicato modifiche importanti nella seconda fase del processo di finanziamento, deputata a ripartire le risorse complessive fra le Regioni.

Il processo, sin dall'origine, ha risposto all'esigenza, intrinseca nel principio equitativo, di fornire risorse alle Regioni in base al bisogno sanitario delle popolazioni residenti: in altri termini non solo in base alla dimensione della popolazione servita, ma anche alle caratteristiche di essa che ne possono diversificare i bisogni (e i relativi costi o fabbisogni) sanitari.

Questa operazione, in origine gestita centralmente, trasferiva delle risorse del FSN alle Regioni in modo diversificato solo in misura limitata. Il passaggio alla seconda fase, a metà degli anni '90, ha parzialmente cambiato il meccanismo: trattandosi ormai di una integrazione statale alle risorse regionali, venivano trasferite risorse aggiuntive con l'obiettivo di compensare le entrate proprie e garantire a ogni Regione la copertura del fabbisogno espresso dalla popolazione regionale.

Il passaggio al federalismo, implicando la possibilità di una autonomia regionale, ha invece reso necessaria l'introduzione nella riforma costituzionale dell'istituto del Fondo di Perequazione: grazie a esso si determina un meccanismo di trasferimenti "orizzontali" fra le Regioni, basato sul principio dei cosiddetti costi standard, che coniugano efficienza e funzioni equitative.

Per completezza, va detto che il processo non è peraltro ancora pienamente applicato: il riparto regionale rimane di fatto legato al meccanismo del riparto negoziato fra le Regioni in base agli specifici fabbisogni delle popolazioni residenti (o meglio presenti). La negoziazione avviene sulla base di criteri che sono stati modificati più volte durante la vita del SSN, alternando quattro principali riferimenti: la spesa storica, il dimensionamento dell'offerta, la numerosità della popolazione e il bisogno rappresentato dalla popolazione cosiddetta "pesata" per l'età della popolazione.

Quest'ultimo criterio è di fatto quello vigente, costituendo anche la base per la determinazione dei costi standard ai sensi del D. lgs. n. 68/2011.

In altri termini, per determinare la quota di risorse spettanti a ogni Regione si opera in modo proporzionale non alle teste residenti, ma alle teste pesate in base al loro livello di bisogno (o meglio fabbisogno); quest'ultimo viene attribuito sulla base di indicazioni del Ministero della Salute, e di altre agenzie, che forniscono i pesi per singola voce assistenziale (ospedaliera, specialistica, medicina di base, etc.), elaborandoli con i propri sistemi informativi.

Si noti che l'attribuzione delle risorse regionali avviene in realtà in due *step* successivi: prima vincolando quota parte delle risorse sui cosiddetti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), ovvero Assistenza Collettiva nei luoghi di vita e di lavoro, Ospedaliera e Territoriale; quindi, all'interno di ogni singolo LEA (per quello Territoriale in verità si agisce per sotto-voci, quali Farmaceutica, Specialistica, Medicina di Base, altra Assistenza) avviene poi il riparto fra le Regioni, sulla base dei pesi sopra descritti.

Le risorse proprie, più quelle trasferite alle Regioni (in teoria anche sulla base del meccanismo perequativo di cui al fondo inserito nell'art. 119 della Costituzione) devono poi essere ulteriormente ripartite fra le Aziende Sanitarie.

Questa seconda fase (intra regionale) del sistema di finanziamento è in larga misura regolato da scelte regionali: si tratta quindi di un meccanismo molto meno omogeneo e noto, oggetto specifico della ricerca.

In via di principio, ci si potrebbe aspettare che a livello intra regionale si ripeta lo stesso meccanismo descritto per il riparto regionale: ovvero prima la destinazione vincolata delle risorse per i LEA, quindi la ripartizione in base ai bisogni della popolazione afferente alle singole ASL (Aziende Sanitarie Locali).

Le indicazioni della riforma realizzata con il D. lgs. n. 502/1992, che ha previsto la costituzione delle ASL e delle AO (Aziende Ospedaliere), vorrebbero che le prime fossero finanziate con una quota capitaria (presumibilmente pesata in funzione dei diversi bisogni), mentre le seconde venissero finanziate successivamente in base all'attività effettivamente svolta.

Le ASL acquisiscono dalle AO, e dalle strutture private accreditate, prestazioni di ricovero, residenzializzazione, specialistica, etc., remunerandole in base a tariffe convenzionali, tra cui quelle per i ricoveri, legate all'attribuzione del codice DRG, sono certamente le più note.

Al modello teorico si sono però nel tempo sovrapposti aggiustamenti che prevedono anche finanziamenti *a latere*, per funzioni specifiche, ovvero forme di compensazione per il consumo di beni ad alto costo (quali farmaci e dispositivi medici): queste voci di finanziamento sono per lo più regolate centralmente, in modo diretto fra le Regioni e le AO.

Si può, infine, identificare una terza fase del processo di finanziamento, legata alla con-

cessione di risorse aggiuntive, *ex post*, la cui giustificazione risiede nella copertura di eventuali disavanzi: trattandosi, infatti, di aziende pubbliche, esse non possono fallire e i deficit devono trovare copertura, onde permettere la continuazione dell'attività di erogazione dei servizi pubblici a cui le Aziende Sanitarie sono preposte.

Nel seguito si approfondisce la fase di finanziamento intra regionale, quindi la seconda e la terza fase sopra descritte, fornendo un quadro esaustivo dei criteri di regolazione regionali, in termini sia qualitativi (ricostruzione dei flussi) che quantitativi.

1.3 Nota metodologica

La ricerca è stata condotta congiuntamente da CREA Sanità e FIASO, con la supervisione di un Comitato Scientifico costituito *ad hoc*.

Il Comitato Scientifico ha affiancato il gruppo di ricerca in tutto il processo validando, in particolare, i dati e le analisi svolte a livello regionale. In fase di validazione della metodologia esso ha inoltre stabilito di indagare due anni consecutivi, al fine di ridurre possibili interazioni e/o interventi specifici realizzati su base annuale.

Per motivi legati alla disponibilità di dati è stato scelto il biennio 2011-12: si consideri che al momento della stesura finale del rapporto non erano ancora disponibili informazioni complete relative al 2013. La rilevazione si pone così a cavallo di quello che può essere definito un "punto di svolta": il 2012 si caratterizza infatti per evidenti sforzi di contenimento della spesa pubblica¹, che hanno costretto le Regioni a intervenire in maniera decisa e a "rivedere in corso d'opera" le proprie strategie programmatiche.

Un *caveat* appare opportuno: interventi regionali puntuali e centralistici possono essere interpretati sia in chiave congiunturale che in chiave strutturale, nella misura in cui delineano una esigenza eccezionale del momento o una volontà di governo del sistema sanitario teso a limitare l'autonomia aziendale. Per comprendere la natura di questi interventi sarà necessario sviluppare la ricerca su un arco temporale più lungo.

Il 2012 rappresenta un punto di svolta anche per il *management*, in quanto segna l'inizio di una fase di riduzione materiale delle risorse disponibili, che ha certamente reso necessario un ripensamento delle strategie aziendali.

La raccolta delle informazioni è avvenuta operando in parallelo: nella normativa regionale e nazionale e nella letteratura "grigia" e ricercando direttamente a livello regionale le informazioni necessarie per ricostruire il quadro del finanziamento. Lo studio è stato reso più complesso dal fatto che molte delle normative e regolamentazioni necessarie per ricostruire i flussi di finanziamento non sono interamente pubblicate nei Bollettini Ufficiali Regionali (BUR).

La pubblicazione sui BUR non è obbligatoria, nella misura in cui gli atti possono essere considerati interni alle relazioni fra Amministrazioni, ma ciò, di fatto, deprime l'*accountability* delle amministrazioni. Se si vuole perseguire una maggiore trasparenza della PA, la pubblicità degli atti di finanziamento è certamente auspicabile. Nel reperimento delle norme, ha assunto grande rilievo la collaborazione fra i ricercatori del CREA Sanità e i referenti regionali individuati da FIASO.

¹ Gli effetti del DL 95/2012, recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con modifiche nella L. 135/2012 (cd. *spending review*).

Fonti informative e dati raccolti

TABELLA 2	Informazione	Tipologia di Norma/ Delibera	Note <i>(Informazioni principali da reperire nel materiale raccolto)</i>
	Ammontare del FSR	Bilancio, Bilancio Pluriennale, Finanziaria reg., Delibera di accertamento FSR, ...	FSR, Distinzione fra quote vincolate e non
	Criteri di riparto del FSR	Riparto FSR, Riparto alle ASL, ...	Ammontare (o quota del FSR) complessivamente assegnato alle ASL (e AO se finanziate direttamente a funzioni o simili) Quote vincolate sui LEA Quote vincolate per funzioni, obiettivi di piano, etc. Criteri di pesatura del riparto (ad es. età, sesso, etc.) Criteri di finanziamento delle Aziende Ospedaliere
	Integrazioni al riparto	Eventuali delibere di integrazione delle norme di cui sopra	Come sopra
	Ripiano del disavanzo	Delibera di ripiano	Se possibile criterio di ripiano
	Consuntivo	Bilanci consuntivi aziende	
	Finanziamento Ospedali	Tariffe DRG	Opzionale
<i>Raccogliere le informazioni per l'anno 2011 e 2012 Integrare ove necessario con documenti non pubblicati sul BUR che siano attinenti alla materia analizzata</i>			

La normativa raccolta (disponibile su richiesta) è stata classificata e analizzata, predisponendo una griglia di analisi capace di descrivere nel dettaglio i flussi finanziari che si attivano regionalmente e di aggregarli in funzione degli interessi di studio.

Per permettere al lettore un più immediato accesso alla mole di informazioni raccolte nella seconda parte del volume, i flussi sono stati riassunti attraverso grafici, predisponendo per ogni Regione o Provincia autonoma un set di tavole che descrivono, quali quantitativamente, i risultati delle analisi. Sono state inoltre elaborate tavole sinottiche per permettere un confronto fra le diverse realtà regionali.

Malgrado l'impegno profuso, che ha permesso di comporre un quadro esaustivo, esteso a tutte le Regioni e Province autonome, il livello di possibile approfondimento non può dirsi del tutto omogeneo. Questo, come anticipato, dipende dal livello di *accountability* regiona-

le e/o dai diversi modelli organizzativi: citiamo il caso della Lombardia, dove le negoziazioni sono di fatto effettuate direttamente fra Aziende sanitarie, moltiplicando enormemente il numero di analisi che andrebbero effettuate. Analogamente non è stato possibile ottenere la quantificazione dei flussi di finanziamento della Regione Siciliana.

All'interno di questo quadro, lo studio si è dunque confrontato con numerose tematiche, alcune delle quali di natura "macro" (ovvero riferibili a scelte strategiche regionali), altre di carattere "micro" (riferibili a specifici incentivi/indicazioni dati alle Aziende).

Nella seguente trattazione verranno affrontati:

- a. le modalità di realizzazione delle scelte strategiche regionali, in termini di:
 - i. tempistica associata all'approvazione del riparto;
 - ii. leve privilegiate dalla Regione per l'incentivazione al raggiungimento degli obiettivi di programmazione;
 - iii. per le Regioni sottoposte a Piano di Rientro, impatto delle indicazioni del Piano sul processo programmatico e di finanziamento;
- b. il grado di autonomia regionale rispetto alle indicazioni nazionali in tema di riparto, rispetto ai:
 - i. vincoli sui Livelli Essenziali di Assistenza;
 - ii. criteri di standardizzazione dei fabbisogni in base alle diverse caratteristiche della popolazione;
- c. la misura del finanziamento effettivamente distribuito alle Aziende, ovvero trattenuto centralmente per esigenze programmatiche gestite direttamente dalla Regione;
- d. il ruolo, a livello di Aziende Ospedaliere, del finanziamento in base alla produzione, ovvero della casistica DRG;
- e. la misura dell'incidenza delle quote di risorse concesse in corso d'anno alle Aziende per evitare la formazione di deficit;
- f. il ruolo, esplicito o implicito, di residuo utilizzo del modello (incrementale) della spesa storica;
- g. il ruolo dei sistemi premiali/punitivi in funzione del raggiungimento degli obiettivi finanziari prefissati;
- h. l'utilità del risultato di esercizio al fine della misura delle *performance* aziendali.

In questa prima parte del volume vengono presentate le sinossi a livello nazionale elaborate dal confronto fra le esperienze regionali studiate. Nella trattazione si è cercato di seguire quanto più fedelmente possibile le domande di ricerca, dando così conto di quanto emerge dalle scelte operate a livello di singola Regione.

2. LE MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DELLE SCELTE STRATEGICHE REGIONALI

Ci si chiede quale sia il ruolo delle norme che definiscono la ripartizione del Fondo Sanitario tra le Aziende: esse possono essere meramente applicative delle linee di indirizzo strategico, tipicamente espresse nei Piani Sanitari Regionali (PSR), e quindi agire come strumenti della definizione delle strategie programmatiche regionali, o contribuire alla definizione delle strategie, apportando elementi originali.

2.1 Programmazione e norme

La L. n. 833 focalizzava sul Piano Sanitario Nazionale la responsabilità di definire gli indirizzi strategici del SSN, al quale, a cascata, le Regioni avrebbero dovuto ispirare i propri Piani Regionali. Le riforme successive hanno però trasformato il PSN in uno strumento di indirizzo molto generale, finalizzato a indicare obiettivi generali di salute.

In tal modo i PSR, anche in virtù della crescente autonomia regionale, sono assunti a strumenti sostanziali di programmazione, indicando non solo obiettivi specifici di salute, ma anche modalità gestionali e organizzative per il loro raggiungimento.

Su questo quadro si innestano anche le norme di finanziamento, con alcune diversità nei modelli applicativi regionali. Possiamo distinguere due casi paradigmatici:

- Regioni con un proprio PSR vigente (in diversi casi si tratta di Piano Socio Sanitario) che, usualmente, definisce sia gli obiettivi di salute, sia le modalità organizzative e istituzionali per realizzarli. In tale scenario le norme di ripartizione dei fondi alle Aziende rappresentano per lo più la mera quantificazione delle risorse esplicitamente o implicitamente ritenute necessarie al raggiungimento degli obiettivi² di piano;
- Regioni sprovviste di un PSR vigente, per le quali le deliberazioni di ripartizione dei fondi di fatto finiscono per identificare gli obiettivi specifici e quantitativi da raggiungere. In questi casi le norme di finanziamento assumono una importanza strategica evidente.

Questi due modelli di programmazione sanitaria rappresentano anche un diverso modo di intendere il ruolo di coordinamento della Regione e, in definitiva, una diversa importanza attribuita alla funzione di programmazione sanitaria.

² Nello specifico, alcune Regioni con un proprio PSR, definiscono nella DGR di riparto sia gli importi dei fondi da distribuire, sia una serie di regole/obiettivi che devono realizzarsi (es. l'Emilia-Romagna); altre Regioni, invece, hanno un PSR molto più puntuale che contiene obiettivi intermedi e la DGR di riparto dei fondi si limita a definire gli importi stessi (es. la Toscana).

Nel primo scenario descritto, fissando *ex ante* obiettivi che esplicitano le priorità della Giunta, la Regione dimostra di riconoscere l'importanza politica del sistema di programmazione. Di conseguenza, la determinazione delle risorse spettanti è semplicemente una quantificazione dei fondi stimati come necessari.

Questo modello implica, quindi, un percorso di adeguamento a priori dell'offerta, essendo il suo corretto dimensionamento un fattore che condiziona la successiva adeguatezza delle risorse finanziarie. Non è un caso se, a livello regionale, si è progressivamente assistito a un passaggio da indicazioni di massima, come quelle riguardanti i posti letto (PL) ospedalieri e/o in residenza per abitante, a una programmazione sempre più di dettaglio, finalizzata a definire bacini di utenza e offerta necessaria per funzione (*day hospital, week hospital, case della salute, residenze, domiciliare, etc.*).

Ove il Piano è Socio Sanitario (come in Toscana, Veneto, Lombardia), accanto alla programmazione che potremmo definire "verticale", viene stabilita anche quella "orizzontale", relativa al ruolo dei Comuni e al coordinamento fra soggetti differenti (Regione, Comune, Azienda sanitaria).

In questo caso, dal punto di vista del finanziamento, possiamo distinguere diversi modelli di integrazione socio sanitaria: a volte la produzione di alcuni servizi socio sanitari è deputata all'Azienda Sanitaria in nome e per conto dei Comuni, in alternativa, si

Stato di adozione dei Piani Sanitari Regionali

TABELLA 3	Regioni	PSR (vigenza)		ultimo PSR approvato		Tipo di PSR
		al 1 gen. 2011	al 1 gen. 2012	data approvazione	tipo provvedimento	
		(a)	(b)	(c)	(d)	
PIE			si	3-apr-12	DCR	PSSR
VdA	si	si		25-ott-10	L.R.	PSSR
LIG	si	no		30-set-09	DCR	PSSR
LOM	si	si		17-nov-10	DCR	PSSR
BOL	no	no				
TRE	no	no				
VEN	no	si		29-giu-12	L.R.	PSSR
FVG	si	si		11-mar-10	DGR	PSSR
EMR	no	no				
TOS	no	no				PSSR
UMB	si	no				PSR
MAR	no	si		16-dic-11	DGR	PSSR
LAZ	si	si		18-dic-09	DCA	PSR
ABR	no	no				
MOL	no	no				
CAM	si	si		22-mar-11	DCA	PSR
PUG	no	no				(a)
BAS	no	si		24-lug-12	DCR	PSSR
CAL	no	no				
SIC	si	si				PSR
SAR	no	no				

Fonte: Nostra elaborazione su Bollettini Regionali

identificano soggetti “terzi” che svolgono l’attività di integrazione socio sanitaria su mandato della ASL e dei Comuni. Esempio del primo modello è il Veneto (non a caso le Aziende sono denominate Aziende Unità Locali Socio Sanitarie), del secondo modello l’Emilia-Romagna con le ASP (Aziende di Servizi alla Persona). In altre realtà regionali, il rapporto fra l’erogazione dei servizi sanitari e di quelli sociali si fonda su meccanismi di integrazione a livello territoriale, mantenendo comunque ben definiti non solo i ruoli degli erogatori, ma anche dei soggetti di riferimento programmatico (ad esempio in Lombardia).

La Tabella 3 illustra lo stato programmatico nelle diverse Regioni.

Come si vede, nel 2012 diverse Regioni non disponevano (almeno sulla carta) di un proprio PSR³ vigente:

- a) le Province Autonome, l’Emilia-Romagna, l’Abruzzo, il Molise, la Puglia, la Calabria e la Sardegna;
- b) alcune Regioni (Liguria, Umbria) in cui la vigenza del PSR si era conclusa l’anno precedente e il nuovo Piano era in corso di elaborazione. La Regione Toscana aveva al 1/01/2012 una proposta di PSSR, respinta dal Consiglio Regionale (la nuova proposta è attualmente in discussione);
- c) solo alcune (Valle d’Aosta, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Campania, Sicilia) avevano regolarmente in vigore il PSR;
- d) a queste se ne aggiungono altre (Veneto, Marche, Basilicata) che avevano emanato il Piano da poco tempo (in alcuni casi dopo vari anni di assenza).

Le situazioni sono più diversificate di quanto appaia: alcune Regioni soggette a Piano di Rientro hanno optato per trasformare i Piani in strumenti sostitutivi dei PSR (ad esempio, la Puglia adotta il DIFE, Documento di Indirizzo Economico Finanziario). Altre sono nella fase di passaggio da un PSR a un PSSR, la cui costruzione è maggiormente complessa giustificando in parte il ritardo.

La situazione fortemente diversificata, e a volte non facilmente intellegibile, non rende semplice caratterizzare il posizionamento regionale: di seguito si elencano alcuni elementi utilizzabili come chiavi di lettura per interpretare i diversi approcci al finanziamento delle Aziende sanitarie.

2.2 Tempi di approvazione del riparto

Nell’interpretazione del ruolo del finanziamento nel processo di programmazione, assume importanza sostanziale la tempistica degli atti.

Una vera programmazione richiede che la definizione delle risorse debba avvenire in anticipo rispetto alle azioni, attivando il processo di negoziazione fra i diversi livelli territoriali, cosicché l’esercizio inizi con disponibilità finanziarie certe.

Nella pratica, sono pochissime le Regioni che approvano (quanto meno in forma provvisoria) la delibera di ripartizione dei fondi prima dell’inizio dell’anno.

³ Utilizziamo qui l’acronimo PSR intendendo anche il PSSR.

Modello della programmazione delle risorse per il sistema delle Aziende

FIGURA 1



La Tabella 4 indica per gli anni analizzati, 2011 e 2012, la data di effettiva approvazione della DGR di ripartizione per l'anno di competenza.

Appare evidente che:

- soltanto poche Regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Molise, Basilicata) approvano la ripartizione prima della fine dell'anno che precede quello di competenza, la maggior parte di esse sono a statuto speciale o di piccole dimensioni;
- solo la Toscana, nel 2011 e nel 2012, approva la DGR di ripartizione poco dopo l'inizio dell'anno di competenza;
- altre Regioni approvano la delibera entro il 1° semestre dell'anno, testimoniando almeno uno sforzo per regolarizzare il processo di programmazione (in entrambi gli anni Emilia-Romagna e Marche, nel 2011 Liguria e Campania, nel 2012 il Lazio);
- numerose Regioni fanno slittare l'approvazione al 2° semestre dell'anno. In questo gruppo, e a maggior ragione in quello successivo, appare chiaro un modello di programmazione che prevede un finanziamento basato di fatto sulla spesa storica (in entrambi gli anni Piemonte, Veneto, Umbria, Puglia, Sardegna, nel 2011 Lazio e Calabria e nel 2012 la Liguria);
- qualche Regione approva la ripartizione addirittura l'anno successivo a quello di competenza (nel 2012 Campania e Calabria).

Malgrado il processo sia almeno parzialmente condizionato dai tempi di approvazione del riparto nazionale, il valore simbolico della data di approvazione non solo rispecchia il ruolo reale del finanziamento nel modello di programmazione regionale, ma offre anche un'idea del "quadro politico" e della capacità della tecno struttura regionale di predisporre correttamente gli atti.

Data di approvazione della LR o della DGR di ripartizione delle risorse

TABELLA 4		per l'anno 2011	per l'anno 2012
	PIE		29 luglio 2011
VdA		10 dicembre 2010	13 dicembre 2011
LIG		21 giugno 2011	14 dicembre 2012
LOM		1 dicembre 2010	6 dicembre 2011
BOL		23 dicembre 2010	21 dicembre 2012
TRE		26 novembre 2010	14 dicembre 2011
VEN		5 luglio 2011	8 ottobre 2012
FVG		26 giugno 2010	30 novembre 2011
EMR		28 novembre 2011	10 dicembre 2012
TOS		21 febbraio 2011	6 febbraio 2012
UMB		29 dicembre 2011	30 luglio 2012
MAR		29 dicembre 2011	28 dicembre 2012
LAZ		2 dicembre 2011	18 giugno 2012
MOL		15 dicembre 2010	7 novembre 2011
CAM		9 giugno 2011	18 febbraio 2013
PUG		29 dicembre 2011	13 luglio 2012
BAS		29 dicembre 2010	30 dicembre 2011
CAL		24 ottobre 2011	29 gennaio 2013
SAR		23 dicembre 2011	12 novembre 2012

Fonte: Nostra elaborazione su Bollettini Regionali

Per quanto riguarda la prima variabile (il quadro politico), appare intuitivo come la stabilità sia condizione necessaria per poter effettuare scelte strategiche e fissare le risorse per la sanità in tempi congrui. Per quanto riguarda la seconda (la competenza della tecno struttura), la sua efficienza può compensare l'eventuale instabilità del quadro politico (nazionale e regionale), tanto da risultare capace di coltivare strategie gestionali volte al superamento dell'assenza di scelte dei *policy maker*, come dimostrato dal fatto che alcune Regioni riescono comunque a disporre gli atti di riparto in tempi congrui.

Il quadro che emerge non è del tutto "rassicurante": il numero di Regioni che formalizzano con evidente ritardo le scelte di finanziamento aziendale è ancora tale da far concludere che alcune Aziende operano in un regime di scarsa chiarezza sulle risorse disponibili, prevalendo l'instabilità politica e una eccessiva farraginosità dei processi decisionali.

La tempistica rimane, comunque, un indicatore significativo del maggiore o minore ruolo strategico assegnato al processo di allocazione delle risorse a livello regionale.

2.3 Leve per l'incentivazione al raggiungimento degli obiettivi di programmazione

Le Regioni nell'atto amministrativo di ripartizione dei fondi indicano contestualmente obiettivi, tanto organizzativi quanto finanziari, da perseguire con le risorse assegnate.

Le leve utilizzate dalle Regioni per il loro perseguimento sono di due tipi: legate al controllo *ex post* (dell'attuazione o dell'adattamento delle strategie regionali e nazionali) e di tipo normativo.

Fra le prime troviamo forme di monitoraggio puntuale, previste per evitare che l'andamento gestionale e/o finanziario aziendale possa discostarsi significativamente dagli obiettivi programmati. Il modello di ripartizione spesso prevede che nell'allegato della DGR di riparto si indichino, a fianco dell'entità dei fondi, alcuni obiettivi finanziari da realizzare quali il rispetto di un tetto per una particolare voce di spesa (esempio: farmaceutica territoriale).

Va però considerato che in molte Regioni è carente il sistema di indicatori sentinella, nel senso che raramente essi tengono effettivamente conto delle differenze aziendali e delle caratteristiche degli obiettivi da raggiungere, rischiando di far perdere coerenza al sistema di monitoraggio.

Non è neppure chiaro il sistema di conseguenti sanzioni: la normativa nazionale prevede che il mancato raggiungimento di obiettivi di equilibrio economico finanziario sia una delle possibilità di revoca del Direttore Generale, ma senza un adeguato sistema di valutazione della *performance*, questa leva perde evidentemente di efficacia, e risulta di correttezza limitata.

Sul versante degli interventi normativi citiamo, quale esempio, gli adattamenti della normativa regionale rispetto a quella nazionale in campo tariffario. Le differenze delle tariffe per i ricoveri ospedalieri, più che a discrasie di costo adeguatamente dimostrate, rispondono infatti a logiche di incentivo/disincentivo di alcune attività o modalità erogative rispetto ad altre. In questo specifico campo si evidenziano tre strategie sostanziali seguite dalle Regioni:

- (i) assenza di qualsiasi differenziazione fra produttori;
- (ii) differenziazione a seconda della tipologia di struttura erogatrice. Ad esempio, la Regione Emilia-Romagna determina le tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate con una differenziazione in 4 fasce per complessità media della casistica trattata. Solitamente, la previsione è all'interno di altre norme⁴;
- (iii) individuazione di fondi *ad hoc* per alcune tipologie di strutture. La Toscana individua un fondo da destinare alle AOU che si propone di remunerare i DRG particolarmente complessi, la cui tariffa non copre i costi sostenuti. In questo caso la previsione è solitamente all'interno della DGR di riparto.

Quasi tutte le Regioni riconoscono una differenza tariffaria fra presidi pubblici e presidi privati accreditati, senza qualificazioni basate sul *mix* di attività svolte, dimostrando così di voler usare la leva finanziaria più che quella economica basata sulla competizione fra strutture.

Siffatte normative implicano che l'allocazione delle risorse dipenda fortemente da alcune "regole" interne, che deviano da una pura logica di equa assegnazione, privilegiando piuttosto esigenze di incentivo/disincentivo di fattori ritenuti strategici.

In altri termini, si conferma che il sistema di allocazione delle risorse alle Aziende non rispetta un criterio di semplice equità distributiva, dovendo rispondere a logiche multiple.

⁴ Leggi Regionali, accordi con produttori privati, Piani Sanitari Regionali, etc.

2.4 Impatto dei Piani di rientro sul processo programmatico e di finanziamento

Nell'interpretazione dei fenomeni descritti va infine considerato che, per le Regioni in Piano di Rientro, le condizioni operative risultano mediamente più complesse. Le ragioni sono molteplici, ma possiamo osservare che i PdR sottoscritti (Tabella 5) prevedono sostanzialmente due fasi.

Quadro dei Piani di Rientro

TABELLA 5		Sottoscrizione		Vigenza	
				2011	2012
	PIE	29 luglio 2010	si	si	
	LIG	6 marzo 2007			
	LAZ	28 febbraio 2007	si	si	
	ABR	6 marzo 2007	si	si	
	MOL	27 marzo 2007	si	si	
	CAM	13 marzo 2007	si	si	
	PUG	29 novembre 2010	si	si	
	CAL	17 dicembre 2009	si	si	
	SIC	31 luglio 2007	si	si	
	SAR	6 marzo 2007			
<i>Fonte: Ministero della Salute</i>					

La prima si caratterizza per il rientro dal disavanzo strutturale regionale, mentre la seconda dovrebbe concentrarsi sull'ottimizzazione (quali quantitativa) dell'impiego dei fattori della produzione.

In conseguenza del fatto che il Piano di Rientro definisce in prima battuta gli interventi da intraprendere sull'offerta e sui fattori della produzione, alcune Regioni in PdR non hanno ritenuto di stendere un nuovo PSR, mirando piuttosto a tradurre gli obiettivi del PdR in risparmi finanziari declinati direttamente in fase di finanziamento aziendale. In queste Regioni si assiste, quindi, a una soluzione di continuità, con il superamento *de facto* del cosiddetto criterio della spesa storica che le ha spesso caratterizzate.

C'è però il rischio che ciò avvenga al di fuori di un vero e proprio processo di programmazione. Razionalità vorrebbe che, riconvertendo (e/o riducendo) l'offerta, si riconsiderassero i processi organizzativi, riallocando il personale, razionalizzando gli acquisti di beni e servizi, etc. Ma in diverse Regioni in PdR, l'insufficiente o tardiva introduzione dei sistemi di monitoraggio di tipo finanziario e gestionale⁵ rende complesso reingegnerizzare i processi, con la conseguenza che gli interventi non sempre appaiono sufficientemente selettivi.

Questo si riflette anche nei processi di allocazione, ove assistiamo a un forte impulso a utilizzare tutte le leve possibili per ridurre le assegnazioni, ma non sempre in un contesto

⁵ Vanno menzionati casi quale quello della Calabria, dove i diversi sub commissari hanno denunciato l'assoluta incertezza dei dati finanziari fino al 2007. Un altro esempio riguarda la Campania, dove parte dell'incertezza dei costi degli esercizi finanziari fino al 2009 riguardava il costo degli acquisti che sono stati verificati successivamente.

di coerenza generale capace di rivedere in termini equitativi più corretti la distribuzione storica delle risorse assumendo più le sembianze di un taglio lineare.

Inoltre, in tali Regioni l'approvazione della DGR di attribuzione dei fondi alle Aziende avviene in media con molto ritardo (vedi Tabella 4), cosa che potrebbe apparire in contraddizione col fatto che in queste Regioni si cerca di superare il modello della spesa storica. In realtà il processo di finanziamento è condizionato da esigenze di verifica puntuale delle situazioni contabili delle Aziende del SSR, nonché da una maggiore complessità amministrativa rispetto alle Regioni senza PdR.

3. IL GRADO DI AUTONOMIA REGIONALE RISPETTO ALLE INDICAZIONI NAZIONALI IN TEMA DI RIPARTO

L'autonomia regionale nelle logiche di assegnazione delle risorse può essere analizzato da vari punti di vista. Di seguito prenderemo in considerazione i vincoli rispetto alle quote LEA (e relative disaggregazioni) e i criteri di standardizzazione dei fabbisogni in base alle diverse caratteristiche della popolazione.

3.1 Vincolo sui Livelli Essenziali di Assistenza

L'accordo Stato-Regioni ha definito la destinazione dei fondi in 3 Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): il 5% destinato all'assistenza collettiva, il 44% all'assistenza ospedaliera, il 51% all'assistenza territoriale⁶.

La Tabella 6 mostra come in realtà questo vincolo non sia sempre seguito dalle Regioni⁷. Ciò può dipendere da una incapacità di spostare significativamente le risorse verso il territorio, come previsto dalle indicazioni nazionali: alcune Regioni hanno intrapreso con molto ritardo i percorsi di organizzazione della rete ospedaliera, continuando così a registrare un'incidenza della spesa ospedaliera superiore rispetto alla spesa territoriale (esempio: la Regione Abruzzo).

Va considerato che i differenti criteri di vincolo delle risorse possono essere anche dovuti a obiettivi e specificità regionali: in Sardegna, ad esempio, la veterinaria, compresa nell'assistenza collettiva, ha un peso maggiore della media, giustificando un maggiore assorbimento di risorse.

Le differenze riscontrate pongono comunque la questione della coerenza dei vincoli di destinazione. Si aggiunga che, sebbene il riparto fra i LEA rispetti, orientativamente, le indicazioni del citato Accordo in Conferenza Stato-Regioni, analizzando il riparto tra le voci all'interno di ciascun LEA si registra una elevata variabilità regionale, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza territoriale.

Il fenomeno è in larga misura correlato ai criteri di standardizzazione dei bisogni, affrontati nel prossimo paragrafo, ma anche alle diversità delle voci prese in considerazione: alcune Regioni hanno, ad esempio, radicalmente modificato i propri criteri di riparto fra il 2011 e il 2012, adducendo per lo più motivazioni di razionalizzazione della spesa (Campania, Sardegna, Liguria, Basilicata).

Nella Tabella 7 sono state mappate le diverse strategie di allocazione regionale; in sintesi:

- i. le disaggregazioni dei vincoli sulle voci che compongono i LEA risultano da decisioni strettamente regionali, con alcune specificità esaminate in seguito;
- ii. alcune voci, pur avendo denominazioni differenti, possono essere di fatto sovrapposte (ad esempio nel caso delle emergenze);

⁶ Intesa Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

⁷ Per la Toscana la ripartizione riguarda solo il Fondo ordinario di gestione.

Ripartizione dei macroaggregati (assistenza collettiva, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera)

Destinatario	PIEMONTE		VALLE d'AOSTA		LIGURIA		LOMBARDIA		BOLZANO		TRENTO		VENETO	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Assistenza collettiva	5,0%	5,0%	6,0%	6,0%	5,0%	5,0%	5,5%	5,5%					5,0%	5,0%
Assistenza territoriale	51,0%	51,0%	48,0%	48,0%	50,0%	50,0%	51,0%	51,0%			54,8%	55,1%	51,1%	51,0%
Assistenza ospedaliera	44,0%	44,0%	46,0%	46,0%	45,0%	45,0%	43,5%	43,5%			45,2%	44,9%	43,9%	44,0%
Altro														
Destinatario	F.V. GIULIA		E.ROMAGNA		TOSCANA		UMBRIA		MARCHE		LAZIO		ABRUZZO	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Assistenza collettiva	5,0%	5,0%	5,2%	5,2%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	4,3%	4,0%
Assistenza territoriale	51,0%	51,0%	50,1%	50,1%	53,0%	53,0%	51,0%	51,0%	51,0%	51,0%	51,0%	51,0%	46,1%	46,5%
Assistenza ospedaliera	44,0%	44,0%	44,7%	44,7%	42,0%	42,0%	44,0%	44,0%	44,0%	44,0%	44,0%	44,0%	49,7%	49,5%
Altro														
Destinatario	MOLISE		CAMPANIA		PUGLIA		BASILICATA		CALABRIA		SICILIA		SARDEGNA	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Assistenza collettiva	5,0%	5,0%	6,0%	5,0%	4,4%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%			6,2%	5,6%
Assistenza territoriale	51,0%	51,0%	58,2%	51,0%	48,4%	51,0%	51,0%	51,0%	51,0%	51,0%			49,1%	49,6%
Assistenza ospedaliera	44,0%	44,0%	35,8%	44,0%	47,2%	44,0%	44,0%	44,0%	44,0%	44,0%			44,7%	43,1%
Altro														1,7%

- iii. alcune voci di assegnazione comuni sono trattate dalle Regioni in maniera diversa. Quella di maggior peso riguarda i "flussi turistici", che, ad esempio, appartengono alla prevenzione in Emilia-Romagna ma all'assistenza territoriale in Sardegna;
 - iv. l'Umbria non definisce alcun criterio esplicito di disaggregazione del riparto all'interno dei LEA;
 - v. le Marche adottano un criterio di negoziazione per *budget* piuttosto complesso, che di fatto supera il criterio "tradizionale" di ripartizione del fondo;
 - vi. la Toscana basa i criteri di ripartizione su un meccanismo di attribuzione delle risorse basato su fondi "paralleli" destinati a specifiche attività.
- Il quadro generale è quindi caratterizzato da una ampia variabilità, mettendo in discussione la stessa classificazione delle forme di assistenza su cui si basa il sistema di riparto a livello nazionale.

3.2 Criteri di standardizzazione dei fabbisogni in base alle diverse caratteristiche della popolazione

Il principio cardine di ripartizione centrale è quello della popolazione standardizzata in base, essenzialmente, all'età. Esso viene seguito anche in diversi modelli regionali, ma sono sempre di più gli enti che affinano le modalità di ripartizione introducendo criteri con pesature più sofisticate o criteri del tutto alternativi di ripartizione dei fondi. Questo

Tassonomia dei criteri di ripartizione (per singole voci) della spesa per l'assistenza collettiva

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
voci													
modalità diverse di riparto													
gestione (indicazioni criteri di riparto)													
ass. collettive													
previdenze													
ambulatori lavoro													
veterinaria													
... altre funzioni													
ass. lavorativa													
medicina di base													
SADE													
PLS													
CA (continuità assistenziale)													
emergenze													
farmaceutica													
specialistica													
maggiorazione specialistica													
altre ass. distrettuali													
ass. anziani													
esec. 115													
CA + 115													
struttura del territorio													
salute mentale													
dependenza													
area socio-sanitaria (A.DI. ass. ...)													
ass. ospedaliera													
attività H (tutti)													
costi (tutti)													
costi (tutti)													
pronto soccorso													
attività H (costo)													
attività H (costo)													
Funzioni H													
funzioni economiche													
integrazione fase II													
empresariali organizzative													
quote sindacate													
quote prevalenti													

Nota: la colonna "1" è relativa al 2011, la colonna "2" al 2012.

percorso si osserva per esempio nel caso della modifica radicale avvenuta nella Regione Sardegna nel 2012.

Analizzando i criteri utilizzati a livello regionale per ogni singolo LEA emerge che, per quanto riguarda l'**assistenza collettiva**:

- 1) molte Regioni (Lazio, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Molise) utilizzano il criterio nazionale della quota capitaria "pura" (popolazione residente non pesata), con alcune sfumature. In Friuli-Venezia Giulia e Veneto la ripartizione avviene considerando solo la popolazione residente non pesata. Il Lazio usa questo dato, che viene però successivamente corretto;
- 2) la Campania ripartisce 4/5 dell'importo totale in funzione della mortalità infantile e della popolazione non pesata, il rimanente in base a un indice di deprivazione;
- 3) alcune Regioni definiscono in maniera più puntuale le pesature distinguendole anche per sotto voci. Quelle più utilizzate sono:
 - a. ambienti di lavoro (ad es. il numero di impianti produttivi). Poche Regioni adottano un criterio di ripartizione che tenga esplicitamente conto delle attività di prevenzione e controllo degli ambienti di lavoro (Emilia-Romagna, Basilicata). In un caso viene utilizzato il criterio del numero di addetti, nonché quello del numero di aziende produttive (Emilia-Romagna), in un altro solo il numero di aziende (Basilicata);
 - b. veterinaria. Altre Regioni la utilizzano come sotto voce, con il criterio del numero di capi di bestiame (Piemonte, Sardegna).

Per quanto riguarda l'**assistenza territoriale**, i criteri di ripartizione presentano una grande variabilità, come anche le sotto voci considerate:

- i. alcune Regioni non definiscono sotto voci puntuali, se non l'incidenza della spesa farmaceutica territoriale (Campania nel 2011 e Lazio);
- ii. sotto voci comuni sono, oltre alla farmaceutica territoriale, la medicina di base (spesso ripartita fra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) e l'assistenza specialistica. Il criterio di riparto più comune è quello della popolazione pesata. Se è presente la differenziazione fra MMG e PLS, solitamente le Regioni prendono in considerazione la popolazione di età superiore o inferiore a 15 anni (Liguria, Basilicata, Veneto);
- iii. altre sotto voci hanno criteri specifici. Citiamo la struttura geo morfologica e socio economica (nel caso della Campania) del territorio, che interviene in alcune Regioni per definire il fabbisogno del servizio 118 (con altre possibili declinazioni: 118 elisoccorso; 118+continuità assistenziale, etc.). È il caso di Veneto e Liguria, ma anche, in una logica diversa, di un fondo della Regione Toscana ("Governo delle specificità territoriali"). In Liguria la definizione dell'area socio sanitaria determina un riconoscimento extra all'assistenza specialistica convenzionata.

Il caso dell'area dell'emergenza urgenza è paradigmatico nel descrivere le notevoli differenze di approccio regionale. Alcune Regioni definiscono "emergenza" solo la parte legata al trasporto del paziente/cittadino (Piemonte, Sardegna), mentre per altre essa contiene anche la continuità assistenziale (Liguria). In altri casi (Basilicata) l'emergenza viene trattata all'interno di altre voci ("altra assistenza"). Il criterio di ripartizione cambia quindi sulla base delle definizioni adottate da ciascuna Regione.

Le funzioni "emergenza" e "continuità assistenziale" possono essere finanziate per funzio-

ne (rispettivamente in base al numero di medici e al numero di ore effettuate), come in Sardegna, mentre dove si considera il solo “servizio 118” il finanziamento avviene solitamente a costi predefiniti (Piemonte) o a rendiconto (Veneto).

Altri esempi interessanti sono quelli della voce “salute mentale”, presente in Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, e “assistenza agli anziani” (Emilia-Romagna, Piemonte, Sardegna, Liguria). Più puntualmente, la salute mentale evidenzia approcci profondamente difformi, partendo da criteri di ripartizione aggregati basati sulla popolazione residente fra 18 e 64 anni (Piemonte, Emilia-Romagna⁸), ma utilizzando anche modalità maggiormente complesse che adottano indici di deprivazione e livelli di congestione urbana (Campania). In diverse Regioni la salute mentale è invece semplicemente ricompresa nella voce “altra assistenza”.

Anche l’assistenza agli anziani mostra un approccio fortemente differenziato fra le Regioni. Il criterio di ripartizione più comune è basato sull’età, ma con *target* di riferimento diversi: popolazione maggiore di 75 anni in Emilia-Romagna e maggiore di 65 in Liguria, Sardegna e Piemonte. Anche in questo caso, in alcune Regioni anziché prevedere la categoria degli “anziani” si preferisce finanziare le strutture, nella forma di un finanziamento *ad hoc* per l’ADI/domiciliarità in Emilia-Romagna o l’inserimento nell’ “altra assistenza” in Friuli-Venezia Giulia.

Si noti che molte Regioni che prevedevano una voce per i servizi destinati agli anziani l’hanno di recente eliminata o ridotta.

Come questo ultimo caso suggerisce, non è in chiaro se la scelta di criteri più o meno selettivi nella ripartizione dei fondi derivi da ben precise evidenze statistiche o sia (almeno in parte) dettato da contingenze finanziarie.

Per quanto riguarda l’**assistenza ospedaliera**, si evidenzia che:

- i. diverse Regioni hanno modificato i propri criteri di ponderazione e calcolo delle modalità di distribuzione inter aziendali nei due anni considerati. Ciò potrebbe essere interpretato come un segno della difficoltà di trovare un modello efficiente di finanziamento per il settore (Basilicata, Sardegna, Emilia-Romagna);
- ii. le Regioni seguono due principali strategie. La prima prevede un calcolo basato su uno o due criteri a copertura delle funzioni e dei costi per l’attività ospedaliera, la seconda l’utilizzo di più indicatori, con pesi e/o fattori di correzione diversificati.

Frequentemente si utilizzano due distinte fonti di finanziamento per le strutture: una quota ordinaria e una integrativa, con criteri di allocazione molto difformi. Alcuni esempi di criteri specifici di riparto sono l’inserimento della mobilità interregionale (Puglia), la creazione di un fondo *ad hoc* per gli interventi a elevata complessità (Toscana, Sardegna), l’introduzione di indici di consumo delle risorse ospedaliere (Puglia), la penalizzazione dei DRG potenzialmente inappropriati (Sardegna), quote premiali per la riduzione della mobilità (Basilicata).

L’area del pronto soccorso riscontra la maggiore difficoltà di inquadramento: in diversi casi le attività sono remunerate a parte a piè di lista, mentre altri la considerano all’interno della ripartizione dei fondi ospedalieri.

⁸ Questa Regione conteggia anche, per la neuropsichiatria, la popolazione di età inferiore a 18 anni.

Se quindi la variabilità regionale sul lato della distribuzione delle risorse per LEA e sotto voci di assistenza è molto variabile, lo sono ancor di più le soluzioni trovate per standardizzare i bisogni e raggiungere una corretta definizione dei fabbisogni. Anche in questo caso va richiamata la scarsa attenzione prestata a livello nazionale verso una ricca mole di sperimentazioni, che potrebbe essere utile per migliorare il meccanismo nazionale di allocazione delle risorse.

Sotto il profilo quantitativo, le differenze nei criteri potrebbero non implicare differenze significative nelle assegnazioni, traducendosi in scostamenti dalla "regola" tendenzialmente ininfluenti. Per verificare questa ipotesi si è operata una simulazione di riparto, confrontando le assegnazioni effettive secondo i criteri regionali con quelle teoricamente dovute secondo i criteri nazionali.

Rimandando al paragrafo 5.2.1 per una disamina dei risultati ottenuti anticipiamo che, sebbene con un impatto inferiore rispetto a quello derivante dall'accentramento delle risorse, i criteri di allocazione fra i LEA incidono significativamente sulle assegnazioni e meritano quindi una maggiore attenzione.

4. DAI CRITERI ALLA DISTRIBUZIONE EFFETTIVA DELLE RISORSE

4.1 Misura del finanziamento effettivamente distribuito alle Aziende ovvero trattenuto centralmente per esigenze programmatorie gestite dalla Regione

La distribuzione delle risorse alle Aziende è stata anche analizzata in termini di:

- 1) determinazione delle risorse effettivamente trasferite dallo Stato alle Regioni (determinazione dell'importo e della disponibilità effettiva delle risorse);
- 2) determinazione della ripartizione fra risorse effettivamente trasferite alle Aziende del Servizio Sanitario e risorse mantenute a livello centrale.

La quantificazione delle risorse effettivamente disponibili per le Regioni è complessa e ha notevoli riflessi sulla programmazione. Le Regioni sono spesso costrette a programmare non conoscendo l'ammontare delle risorse finanziarie che saranno rese disponibili. La programmazione si basa quindi su previsioni che contengono due principali elementi di aleatorietà:

- a) la somma complessiva del fondo nazionale;
- b) i criteri di ripartizione che verranno adottati per il riparto.

Si noti che le delibere CIPE di attribuzione finale dei fondi alle Regioni, per la competenza 2011, sono state approvate il 20.1.2012 (Del. CIPE n. 15, pubblicata in GU il 23.4.2012), per la competenza 2012 il 21.12.2012 (Del. CIPE n. 141, pubblicata in GU il 26.4.2012⁹).

Queste date dimostrano che le Regioni sono costrette a programmare calcolando in modo del tutto presuntivo l'importo delle risorse disponibili.

Osservando la Tabella 8, che riporta nelle colonne (b) ed (e) quanto è stato distribuito alle Regioni e nelle colonne (a) e (d) l'importo inizialmente indicato nelle DGR regionali, emerge come le differenze siano significative, sia in eccesso che in difetto.

Si noti, in particolare, che in diversi casi (nel 2011 in Piemonte, Liguria, Marche, Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sardegna, nel 2012 in Piemonte, Marche, Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sardegna) la quota determinata dalla delibera CIPE è risultata significativamente inferiore rispetto alla distribuzione dei fondi ipotizzata nella DGR, che avrebbe dovuto rappresentare una stima del fabbisogno ritenuto necessario.

⁹Questo importo è stato rettificato con una successiva delibera CIPE (n. 65 dell'8 agosto 2012).

Risorse previste dalla Regione e risorse effettive

	2011			2012			2012/2011
	DGR (a)	Del. CIPE (b)	differenza (c) = (b) - (a)	DGR (d)	Del. CIPE (e)	differenza (f) = (e) - (d)	
PIE	8.116.826.089	7.877.156.802	-239.669.287	8.028.486.941	7.918.422.570	-110.064.371	-1,4%
VGA	285.552.726	206.482.086	-79.070.640	291.133.677	210.666.392	-80.466.285	-38,2%
LIG	3.198.916.931	2.978.230.914	-220.686.017	2.902.425.901	2.981.786.355	+79.360.454	2,7%
LOM	17.187.000.000	17.410.190.588	+223.190.588	17.450.000.000	17.660.697.762	+210.697.762	-1,19%
BOL	1.171.989.026	849.772.800	-322.216.226	1.171.989.026	961.483.295	-310.505.731	-36,0%
TRE	1.090.189.420	884.645.807	-205.643.613	1.122.231.881	894.627.512	-227.604.369	-25,4%
VEN	8.144.000.000	8.569.002.443	+415.002.443	8.413.000.000	8.632.886.954	+219.886.954	2,5%
FVG	2.189.179.751	224.291.630	+35.111.879	2.225.822.589	2.422.775.746	+196.953.157	-0,1%
EMR	7.871.129.000	8.116.046.114	+244.917.114	7.999.081.000	8.199.624.772	+200.543.772	2,4%
TOS	6.042.287.314	6.738.914.286	+696.626.972	6.178.650.000	6.808.086.976	+629.416.976	9,2%
UMB	1.590.576.926	1.603.821.094	+13.244.168	1.605.475.137	1.611.481.708	+6.006.571	0,4%
MAR	2.958.252.897	2.726.548.530	-231.704.367	2.982.258.779	2.741.713.811	-240.544.968	-8,0%
LAZ	9.618.486.895	9.734.586.613	+116.099.718	9.395.549.572	9.780.278.077	+424.728.505	4,3%
ABR	2.362.231.000	2.241.313.173	-120.917.827	2.366.394.000	2.247.024.820	-119.369.180	-5,3%
MOL	526.710.000	604.719.744	+78.009.744	553.115.340	605.954.505	+52.839.165	8,7%
CAM	9.244.980.281	9.424.023.697	+179.043.416	9.348.910.000	9.512.126.128	+163.216.128	1,7%
PUG	6.814.601.916	6.750.943.913	-63.658.003	6.061.781.461	6.803.395.061	+841.613.600	+0,9%
BAS	1.025.070.000	987.252.531	-37.817.469	1.026.000.000	1.004.073.021	-21.926.979	-2,2%
CAL	3.154.521.000	3.205.396.361	+50.875.361	3.157.048.000	3.204.467.080	+47.419.080	1,5%
SIC		8.349.290.201			8.398.097.794		
SAR	2.957.202.295	2.823.330.753	-133.871.542	3.169.816.547	2.822.994.933	-346.821.614	-12,3%
ALT		192.602.294			202.099.530		

Note: Colonne (a) e (d), si intendono le DGR di attribuzione iniziale dei fondi, colonna (b) delibera CIPE 15/2012 (disponibilità di cassa), colonna (e) delibera CIPE 14/120/12 (disponibilità di cassa) e delibera CIPE 65/2013 (disponibilità di cassa).

Un altro fattore di incertezza regionale è riscontrabile osservando che alcuni fondi finalizzati, pur essendo di competenza di entrambi gli anni del biennio, vengono definiti con grande ritardo: l'importo è stato erogato solo alla fine del biennio (fondi 2011 e 2012 vincolati¹⁰, fondi 2011 e 2012 per la sanità penitenziaria¹¹, fondi per l'esclusività del personale medico¹²). Si avvalorava, quindi, la tesi che il *management* è costretto a operare in assenza di un quadro finanziario determinato. La difficoltà delle Aziende è sostanzialmente il riflesso di una analoga difficoltà regionale, derivante dalle complessità irrisolte del processo di riparto nazionale.

Sebbene il fondo sia assegnato all'erogazione dei LEA, di cui sono investite le Aziende sanitarie, nei fatti una quota più o meno ampia delle risorse viene trattenuta centralmente (vedi Tabella 9). Ad esempio, è frequente che le Regioni finanzino le ARPA con una parte del fondo, sottratta al totale trasferito al sistema delle Aziende sanitarie e ospedaliere. L'aspetto della centralizzazione assume rilievo in base all'entità delle quote trattenute centralmente dalle Regioni, alle motivazioni per cui esse vengono accantonate e alle modalità di successiva distribuzione.

In alcune Regioni i fondi centralizzati consentono di sostenere situazioni di particolare criticità. In Campania, ad esempio, esiste un fondo di perequazione fra aree ("caratteristiche geo-morfologiche e struttura del territorio"), in Toscana un fondo per le zone montane e le isole ("governo delle specificità territoriali"). L'esistenza di questi fondi mira a offrire forme di sostegno a realtà con bisogni particolari che, evidentemente, non si ritengono gestibili con i normali sistemi di riparto.

Si noti che l'incidenza della quota trattenuta dalle Regioni sul fondo indistinto varia notevolmente. Si registrano casi con un dato superiore al 5%, come la Toscana, e Regioni con una quota di pochi decimali di punto, come Liguria e Sardegna.

Le ragioni di questa differenza sono molteplici: la Regione può essersi dotata di organizzazioni o enti che assolvono particolari funzioni accentrate a livello regionale (come le già citate Agenzie Regionali Per l'Ambiente e, in alcuni casi, le centrali di acquisto).

Alcune Regioni gestiscono in modo centralizzato anche la mobilità interregionale. Su questo aspetto si osserva una variabilità di scelte: un primo modello attribuisce la mobilità passiva a fattori di inefficienza delle Aziende del sistema regionale, attribuendone finanziariamente una parte alle Aziende stesse (Liguria). Un secondo modello, invece, vede la Regione farsi carico in toto della mobilità interregionale (Puglia).

In generale si evidenziano fondi per le più svariate finalità:

- a. riequilibrio interno;
- b. finanziamento di progetti speciali. La quota per questi progetti, in qualche caso funzioni assistenziali non coperte da tariffe, richiede finanziamenti maggiori, che sono ottenuti trasferendo fondi *ad hoc* alle Aziende (ad esempio in Liguria);
- c. fondi di spettanza alle ASL/AO non calcolati e rinviati agli anni successivi (ad esempio

¹⁰ Per l'anno 2011, delibera CIPE n. 16/2012 del 20.1.2012, pubblicata sulla GU n. 98 del 27.4.2012. Per l'anno 2012, delibera CIPE n. 142/2012 del 21.12.2012, pubblicata sulla GU n. 97 del 26.4.2013.

¹¹ Per l'anno 2011, delibera CIPE n. 144/2012 del 21.12.2012, pubblicata sulla GU n. 107 del 9.5.2013. Per l'anno 2012, delibera CIPE n. 49/2013 del 19.7.2013, pubblicata sulla GU n. 273 del 21.11.2013.

¹² Valida solo per il 2011, delibera CIPE n. 48/2012 del 23.3.2012, pubblicata sulla GU n. 132 del 8.6.2012.

Ripartizione del fondo indistinto regionale per Ente destinatario (val. in %)

TABELLA 9

	PIEMONTE		VALLE d'AOSTA		LIGURIA		LOMBARDIA		BOLZANO		TRENTO		VENETO	
Destinatario	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Regione	1,1%	3,5%	7,3%	6,7%	2,5%	1,3%	1,31%	2,07%	6,1%	0,5%	0,6%	0,5%	3,5%	2,7%
Aziende	98,9%	96,5%	92,7%	93,3%	96,7%	97,3%	98,69%	97,93%	93,6%	99,5%	99,4%	99,5%	96,5%	97,3%
Altre specifiche destinaz.														
	F.V. GIULIA		E.ROMAGNA		TOSCANA		UMBRIA		MARCHE		LAZIO		ABRUZZO	
Destinatario	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Regione	0,1%	0,1%	3,0%	3,0%	6,7%	7,0%	3,6%	4,2%	0,0%	0,9%	1,3%	3,0%	1,4%	3,6%
Aziende	98%	99,9%	97,0%	95,0%	93,3%	93,0%	96,4%	95,8%	100,0%	99,1%	98,7%	97,0%	98,6%	96,4%
Altre specifiche destinaz.	2%	0,1%		2,0%										
	MOLISE		CAMPANIA		PUGLIA		BASILICATA		CALABRIA		SICILIA		SARDEGNA	
Destinatario	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Regione	12,9%	16,7%	3,3%	4,5%	4,0%	4,8%	2,0%	0,5%	0,6%	1,0%			0,8%	0,7%
Aziende	87,1%	83,2%	90,1%	95,5%	96,0%	94,8%	90,5%	99,5%	99,4%	99,0%			99,2%	99,3%
Altre specifiche destinaz.		6,6%			0,4%	7,6%								

derivanti dalle quote di *payback*). La gran parte delle Regioni non considera nella DGR questa entrata, salvo poi utilizzarla a fine periodo;

- d. quote formalmente trasferite alle ASL/AO ma di fatto trattenute dalla Regioni per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Rientro. In Campania, una parte considerevole del fondo regionale (la quota aggiuntiva) non viene effettivamente trasferita alle Aziende, ma trattenuta dalla Regione, anche se formalmente risulta come trasferita (2011).

Va anche preso in considerazione l'elemento congiunturale: come noto, nel 2012 l'effetto dei tagli finanziari ha di fatto annullato la crescita reale della spesa sanitaria pubblica. A fronte di un'obiettivo difficoltà a intervenire nella riduzione dei costi delle Aziende, la strategia di alcune Regioni è stata quella di contrarre le "spese centralizzate" in maniera da attenuare i tagli aziendali (citiamo il caso della PA di Bolzano, Basilicata, Campania, Veneto). Viceversa altre Regioni (Toscana, Umbria, Lazio, Molise) hanno ulteriormente incrementato negli anni considerati la quota centralizzata (Tabella 9).

Si noti che, detratti i fondi trattenuti centralmente dalle Regioni, le Aziende dovrebbero teoricamente ricevere il rimanente e destinarlo alla copertura dei LEA. Nella pratica questo non avviene sempre, perché a volte una parte del trasferimento è vincolata diversamente: si oscilla da pochi punti percentuali fino al 18% di fondi trattenuti dalla Regione che non vengono destinati esplicitamente ai LEA (vedi Tabella 10)¹³.

¹³ Per la Campania, nel 2012 il valore è superiore a 100, poiché nel calcolo della quota destinata ai LEA è compresa la quota per il ripiano. Eventuali differenze sono dovute ad arrotondamenti.

Quota trasferita alle Aziende del fondo indistinto regionale e quota effettivamente destinata

TABELLA 10

Destinatario	PIEMONTE		VALLE d'AOSTA		LIGURIA		LOMBARDIA		BOLZANO		TRENTO		VENETO	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Quota aziende	98,9%	96,5%	92,7%	93,3%	96,7%	97,3%			93,6%	99,5%	99,4%	99,5%	96,5%	97,3%
LEA	96,9%	96,5%	87,5%	86,5%	79,1%	88,8%					99,4%	99,5%	93,1%	93,2%
Altro	2,0%	0,0%	5,2%	6,8%	17,6%	8,5%					0,0%	0,0%	3,4%	4,1%
Destinatario	F.V. GIULIA		E.ROMAGNA		TOSCANA		UMBRIA		MARCHE		LAZIO		ABRUZZO	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Quota aziende	99,9%	99,9%	97,0%	95,0%	93,3%	93,0%	96,4%	95,8%	100,0%	99,1%	98,7%	97,0%	98,6%	96,4%
LEA	99,9%	99,9%	89,9%	88,4%	81,4%	81,0%	96,4%	95,8%	85,4%		92,6%	90,6%		
Altro	0,0%	0,0%	7,1%	6,6%	11,9%	12,0%	0,0%	0,0%	14,6%		6,1%	6,4%		
Destinatario	MOLISE		CAMPANIA		PUGLIA		BASILICATA		CALABRIA		SICILIA		SARDEGNA	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Quota aziende	87,1%	83,2%	90,1%	95,5%	96,0%	94,8%	90,5%	99,5%	99,4%	99,0%			99,2%	99,3%
LEA	87,1%	83,3%	83,0%	103,2%	88,8%	87,4%	90,5%	96,7%					89,0%	97,6%
Altro	0,0%	0,0%	7,1%	-7,7%	7,2%	7,4%	0,0%	2,8%					10,2%	1,7%

In funzione della dimensione della quota del Fondo centralizzata/distribuita alle Aziende, si può delineare uno stile di *governance* regionale: una distribuzione più o meno integrale del fondo indica un modello più orientato alla responsabilizzazione delle Aziende in termini di gestione dei fattori della produzione. Viceversa, nei casi opposti, accanto a una funzione di programmazione, sembra che la Regione voglia rivendicare anche una vera e propria attività di gestione.

4.2 Ruolo, a livello di Aziende Ospedaliere, del finanziamento in base alla produzione, ovvero della casistica DRG

Adottando la logica dei mercati interni, il meccanismo regolatore dei rapporti fra Aziende territoriali e ospedaliere prevede che le prime acquistino prestazioni (di ricovero, di specialistica ambulatoriale e, al limite, accessi in pronto soccorso) dalle AO, remunerate secondo un sistema tariffario che dovrebbe garantire la copertura (in condizioni di efficienza) dei costi di produzione ospedalieri e quindi l'equilibrio di bilancio.

Di fatto, in tutti i casi esaminati, la Regione trasferisce a priori una quota di risorse direttamente alle AO, indipendentemente dall'attività svolta. La remunerazione delle attività (ricoveri, specialistica, etc.) non copre interamente i costi della produzione: si dimostra, quindi, che l'attuale modello di finanziamento delle AO è sostanzialmente "misto". Rimandando alle simulazioni in conclusione di capitolo per un approfondimento, possiamo anticipare che il livello tariffario riconosciuto in media non risulta capace di finanziare completamente i costi di produzione degli ospedali, cosicché l'equilibrio di bilancio dipende largamente dall'erogazione di fondi concessi per specifiche funzioni, ovvero per ragioni di mero riequilibrio.

È frequente l'adozione di fondi *ad hoc* volti a compensare DRG particolarmente costosi e/o non remunerativi. Al riguardo, si evidenziano due strategie:

(a) scorporo dal DRG di alcune componenti di spesa (tipicamente i farmaci, costituendo così un fondo specifico per questo tipo di bene). È il caso della Lombardia, che ha costituito un fondo per i farmaci particolarmente costosi;

(b) remunerazione aggiuntiva per DRG ad alta complessità (tipicamente per quelli con case mix superiore a 2,5). La Toscana prevede ad esempio un fondo *ad hoc* da ripartire in base alla complessità media dei DRG trattati.

Va notato che alcune Regioni hanno recentemente aggiornato le tariffe, rimodulando anche l'applicazione dei tariffari.

Le entrate delle AO, oltre la parte finanziata dalle ASL, dovrebbero prevedere una entrata per i ricoveri di pazienti in mobilità da altre Regioni. Questa parte è generalmente regolata dalla Regione, ma la rete delle relazioni è variamente definita a livello regionale: si riscontra il caso di relazioni ASL-AO in cui la seconda si relaziona esclusivamente con l'ASL sul cui territorio insiste. In tal caso è la ASL che, a sua volta, si rifà finanziariamente sulle altre ASL per le prestazioni erogate a cittadini non afferenti (è il caso dell'Emilia-Romagna). Si riscontra anche un meccanismo di relazioni contrattuali multi laterali ma predefinite (è il caso della Lombardia e della Puglia), con un forte indirizzo del governo regionale (Tabella 11).

Complessivamente, i rapporti fra le Regioni, ASL e AO sono regolati da relazioni difficilmente classificabili in una precisa tassonomia. Volendo sintetizzare, dall'analisi dei flussi finanziari emerge che in varie realtà le AO (comprese le AOU e gli IRCCS) ricevono significative quote "integrative" di finanziamento direttamente dalla Regione, prima della determinazione dell'attività svolta. Quello che appare certo è che il finanziamento prospettico (a DRG) degli ospedali è in larga misura un'astrazione teorica: le strategie tariffarie regionali non sembrano infatti legate (se non secondariamente) alla valutazione dei costi standard delle prestazioni erogate, risultando quindi poco utili a una misurazione dell'efficienza produttiva degli ospedali come si può desumere in parte dalle simulazioni elaborate nel paragrafo 5.2.2.

Ripartizione del fondo indistinto regionale per tipologia di Azienda (ASL e AO)

TABELLA 11

Destinatario	PIEMONTE		VALLE d'AOSTA		LIGURIA		LOMBARDIA		BOLZANO		TRENTO		VENETO	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
ASL	93,0%	98,6%	100%	100%	72,9%	72,9%			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,0%	98,1%
AO, AOU	7,0%	0,8%	Non presente		27,1%	27,1%			non presenti		non presenti		2,0%	1,9%
Altro	0,7%													
Destinatario	F.V.GIULIA		E.ROMAGNA		TOSCANA		UMBRIA		MARCHE		LAZIO		ABRUZZO	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
ASL		59%	97,0%	96,8%	92,9%	93,8%	97,0%	96,5%	78,2%	78,6%	93,8%	93,3%		
AO, AOU		36%	3,0%	3,2%	6,8%	6,0%	3,0%	3,5%	21,8%	21,4%	6,2%	6,7%		
Altro		6%		0,3%	0,2%									
Destinatario	MOLISE		CAMPANIA		PUGLIA		BASILICATA		CALABRIA		SICILIA		SARDEGNA	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
ASL	100,0%	100,0%	83,8%	86,5%	83,4%	81,9%	94,6%	93,4%	82,6%	98,1%			86,1%	85,8%
AO, AOU	non presenti		16,2%	13,5%	9,6%	10,4%	5,4%	6,6%	17,4%	1,9%			13,8%	14,1%
Altro					7,0%	7,7%							0,1%	0,1%

Note: Per il Trentino è considerato il Fondo Sanitario e il Fondo per l'Assistenza sociale. Per la Toscana nella voce ASL sono compresi anche gli ESTAV. Per la Puglia in "altre destinazioni" si comprendono gli IRCCS privati e gli enti ospedalieri. Per il FVG nel 2011 tutta la ripartizione era mediata attraverso le aree vaste.

4.3 Misura dell'incidenza delle quote di risorse concesse in corso d'anno alle Aziende per evitare la formazione di deficit

Un punto importante per la determinazione del ruolo strategico del finanziamento è quello delle "correzioni e integrazioni" che avvengono in corso d'anno, modificando *ex post* gli assetti programmati inizialmente.

Dall'osservazione del quadro regionale si evidenzia l'esistenza tanto di Regioni che non emanano norme successive di integrazione/correzione, quanto di altre che producono numerose DGR successive alla ripartizione iniziale.

Nel secondo caso, si hanno DGR approvate nel corso dell'anno (solitamente alla fine dell'anno di competenza) e persino DGR approvate l'anno successivo (solitamente in sede di approvazione dei consuntivi). In alcune Regioni, dove è operativa la certificazione dei bilanci, verifica ed eventuali riallocazioni sono determinate solo successivamente alla certificazione. Ad una prima lettura potrebbe definirsi un quadro che "promuove", in termini di capacità programmatoria e previsionale, le Regioni che non devono intervenire con assegnazioni successive.

Di fatto si riscontra un evidente paradosso, in quanto la necessità e la frequenza di re-interventi "in corso d'opera" è correlata alla tempistica della normazione; nelle Regioni risultate virtuose *ex ante*, ovvero che hanno un processo di programmazione degli interventi realizzatosi nei tempi "naturali", le integrazioni sono maggiori che in quelle che hanno chiuso il processo di finanziamento a ridosso della fine dell'esercizio: di fatto in queste ultime più che una programmazione si ratifica il risultato d'esercizio, dimostrando l'inefficacia strategica del processo allocativo.

Le prime, in presenza di scostamenti rilevanti dal programmato, sono costrette a prenderne atto e a (ri)finanziare le Aziende, cosa non necessaria se il finanziamento avviene quando è sostanzialmente noto il consuntivo.

In ogni caso va preso atto che le quote di integrazione del finanziamento riconosciute alle singole Aziende non sono in generale omogenee, o meglio proporzionali al finanziamento *ex ante*: spesso mostrano scarti rilevanti, i quali implicano che il finanziamento effettivamente riconosciuto *ex post* si discosti significativamente da quello impostato *ex ante*.

Come si può osservare nella tabella n. 12, nel 2011 oltre il 20% delle Aziende (28 sulle 182 complessive) ha registrato una differenza tra importo iniziale ed effettivo superiore al 5% (di queste in 18 si evidenzia uno scostamento superiore al 10%). Emergono in particolare gli scostamenti registrati nella Regione Basilicata e in Campania: nella prima 3 Aziende su 4, nella seconda 11 su 17 registrano uno scostamento percentuale superiore/uguale al 5%. Situazione analoga si verifica nel 2012, con 19 Aziende che presentano un differenziale superiore al 10%; significativamente diversa, invece, risulta la flessione (5%) del numero di Aziende con una variazione tra programmato ed effettivo superiore al 5%: da 38 nel 2011 a 30 nel 2012. Considerando il totale delle Aziende che hanno riportato uno scostamento al di sopra del 5%, anche nel 2012 sono la Basilicata e la Campania a registrare i valori maggiori (due Aziende in Basilicata e dodici in Campania). Consistente risulta essere la variazione nella quota di Aziende che hanno registrato una riduzione nell'erogazione dell'importo effettivo rispetto al programmato: +18% rispetto al 2011, passando da 18 Aziende a 51; questo fenomeno è imputabile in particolare alla Regione Emilia-Romagna e alla Regione Sardegna, dove tutte le Aziende regionali hanno visto decurtato il finanziamento effettivo rispetto al programmato.

Distribuzione per range percentuali degli scostamenti per Azienda tra finanziamento iniziale ed effettivo (anni 2011 e 2012)

Regione	2011						2012							
	N. Aziende	ND	<0%	0-2%	2-5%	5-10%	>10%	N. Aziende	ND	</=0%	0-2%	2-5%	5-10%	>10%
Piemonte	21		7	5	4	2	3	19		8	7	3	1	0
Valle d'Aosta	1		0	0	0	1	0	1		1	0	0	0	0
Liguria	9		0	4	5	0	0	9		0	2	4	3	0
Lombardia	ND		ND	ND	ND	ND	ND	ND		ND	ND	ND	ND	ND
P.A. Bolzano	1		0	0	0	0	1	1		0	0	0	0	1
P.A. Trento	1		0	1	0	0	0	1		1	0	0	0	0
Veneto	24		0	14	8	1	1	24		3	16	4	0	1
Friuli Venezia Giulia	12	12						12	5		7			
Emilia Romagna	17	6	11					17		17	0	0	0	0
Toscana	19	0	0	5	4	7	3	19		0	10	4	2	3
Umbria	6	0	0	5	0	0	1	6		3	2	0	0	1
Marche	4	3		1				4	3		1			
Lazio	13	13						12		4	7	0	0	1
Abruzzo	4		0	4	0	0	0	4		0	4	0	0	0
Molise	1		0	0	1	0	0	1		0	1	0	0	0
Campania	17	3	0	2	1	3	8	17		0	2	3	2	10
Puglia	6	6	0	0	0	0	0	10		4	2	1	0	2
Basilicata	4		0	0	1	2	1	4		0	2	0	2	0
Calabria	10	1	0	9				10		5	0	0	0	0
Sicilia	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND							
Sardegna	12		0	1	7	4	0	12		12	0	0	0	0
Totale Nazionale	182	44	18	51	31	20	18	183	17	51	67	18	11	19
Incidenza		24%	10%	28%	17%	11%	10%		9%	28%	37%	10%	6%	10%

Per le Regioni di cui sono disponibili i dati di dettaglio (Piemonte, Trentino, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Campania, Basilicata, Calabria, Sardegna) possono aggiungersi alcune ulteriori considerazioni:

- (i) in qualche caso, più che a un intervento *ex post* si procede a un riallineamento della ripartizione del fondo regionale (Piemonte e Friuli-Venezia Giulia). In altri termini l'integrazione è funzione non di quanto ottenuto nella specifica Azienda, ma dei risultati annuali complessivi;
- (ii) in altri casi sono state le norme nazionali sulla *spending review* a imporre modifiche, implicando tagli lineari non sempre facilmente gestibili dalle Aziende (Umbria);
- (iii) in delle Regioni l'integrazione del finanziamento fotografa effettivi interventi di emergenza dovuti a significativi *deficit* di bilancio. L'incidenza di questi interventi non sembra mai superare l'1% del fondo sanitario (Veneto, Liguria);
- (iv) sono presenti casi di adeguamento dei fondi sulla base di più delibere approvate durante l'anno (Emilia-Romagna);
- (v) in alcuni esempi si osserva che l'intervento è successivo alla definizione delle perdita di esercizio (Toscana, Liguria), mentre in altri esso la anticipa (Veneto, Emilia Romagna);
- (vi) in un caso l'integrazione era già definita a priori (Campania);
- (vii) i maggiori scarti a consuntivo riguardano le Aziende Ospedaliere (principalmente quelle Universitarie) e le Aziende sanitarie delle grandi città.

Tenuto conto che le Aziende Ospedaliere Universitarie si trovano solitamente nelle grandi città, l'ultimo punto sembra evidenziare una difficoltà delle Regioni a definire fabbisogni standard validi e a implementarli attraverso l'eliminazione dell'eccesso di offerta che caratterizza i contesti fortemente urbanizzati, inducendo domanda inappropriata.

4.4 Ruolo, esplicito o implicito, di residuo utilizzo del modello (incrementale) della spesa storica

Il modello di finanziamento disegnato dalla L. n. 833/1978¹⁴ prevede che la scelta dei programmi di sanità pubblica debba avvenire sulla base di valutazioni dei costi e dei benefici. Questo però non può dirsi realizzato, poiché implica il completo superamento del principio della spesa storica, che ha caratterizzato il funzionamento dell'intera macchina amministrativa pubblica in Italia sin dal dopoguerra. Esso comporta, infatti, un adeguamento (in termini più o meno vicini all'inflazione reale) degli importi impegnati nell'anno precedente, indipendentemente da valutazioni di efficienza.

La spesa storica tende a premiare le gestioni più inefficienti ricomprendendo nel termine sia l'inefficienza tecnica che quella allocativa. Ancora oggi un meccanismo di sostanziale spesa storica è compreso nella deliberazione del CIPE di attribuzione dei fondi: si ricorda come le assegnazioni negli anni esaminati sono state approvate rispettivamente il 20 gennaio 2012 (ripartizione relativa al 2011)¹⁵ e il 21 dicembre 2012 (ripartizione relativa al

¹⁴ Art. 11 della Legge di riforma sanitaria.

¹⁵ Delibera CIPE 15/2012 per la ripartizione cd. indistinta, delibera CIPE 16/2012 per la ripartizione delle quote vincolate. Queste delibere sono state pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 95 del 23 aprile 2012.

¹⁶ Delibera CIPE 141/2012 per la ripartizione cd. indistinta, delibera CIPE 142/2012 per la ripartizione delle quote vincolate. Queste delibere sono state pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 97 del 26 aprile 2013.

2012)¹⁶ e sono il risultato di complesse negoziazioni, che poco hanno a che fare con i costi standard¹⁷, che avrebbero dovuto sancire il superamento della spesa storica.

Va evidenziato che la definizione degli importi dei fondi vincolati (ad esempio quelli della medicina penitenziaria o del fondo per l'esclusività del personale sanitario) sperimenta ritardi anche maggiori.

Come già detto, nel loro percorso di programmazione le Regioni si trovano ad agire "ipotizzando" le risorse di cui disporranno per l'anno in corso. Nelle norme regionali di riparto delle risorse alle Aziende, l'ipotesi formulata è solitamente di poco inferiore rispetto all'effettiva cifra poi ripartita.

Nessuna Regione azzarda l'adozione di un approccio basato sull'analisi dei costi impliciti nella programmazione approvata. Probabilmente, anche nel lungo periodo, il pieno superamento della spesa storica non sarà facilmente attuabile, data l'inerzia delle modificazioni dei livelli di offerta. Va dato atto che alcune realtà cercano una modalità di superamento (almeno *ex ante*) del finanziamento in base alla spesa storica, attraverso atti di indirizzo e/o fondi di bilancio mirati.

Non di meno, come si è visto, *ex post* prevalgono logiche di riequilibrio finanziario, che di fatto riconfigurano un finanziamento a spesa storica. Il modello è senza dubbio difficilmente superabile, poiché l'Azienda pubblica deve garantire, senza soluzione di continuità, l'erogazione di servizi che rappresentano diritti soggettivi per i cittadini.

Volendo tentare una sintesi, potremmo delineare i seguenti approcci regionali:

- (a) modello a spesa storica, che resiste implicitamente, pur non indicato quale criterio fondante nelle DGR di ripartizione. La definizione degli obiettivi di salute implica semplicemente un aggiustamento di quanto fatto l'anno precedente, come a volte si desume dal riferimento nelle norme alla spesa dell'anno precedente rivalutata, per lo più riproposta come tetto massimo di spesa;
- (b) modello misto, in cui l'individuazione di alcuni obiettivi (e quindi dei programmi) viene associata al mantenimento dei livelli storici di offerta;
- (c) modello per obiettivi, in cui la loro definizione viene negoziata fra livello regionale e aziendale e le risorse sono definite prevedendo modifiche, anche sostanziali, dei livelli di offerta.

Ovviamente, nella realtà le demarcazioni non sono così nette: gli esempi riportati non mirano a inserire ogni Regione in una categoria, ma a offrire, attraverso una fotografia degli atti normativi/regolatori, un'idea dei problemi e/o delle difficoltà derivanti da ciascun modello.

L'esperienza dimostra che le modificazioni dell'offerta richiamate nel punto (c) spesso richiedono tempi più lunghi di quelli previsti, con interventi significativi di integrazione. Nell'attuale assetto del sistema sanitario, caratterizzato da una prevalenza di Aziende pubbliche di fatto erogatrici, al più si potrebbe parlare di un superamento dell'applicazione *ex ante* del criterio della spesa storica.

¹⁷ Secondo quanto previsto dalla L. 42/2009 e dal successivo d. lgs. 68/2011.

5. LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI

5.1 Ruolo dei sistemi premiali/punitivi in funzione del raggiungimento degli obiettivi finanziari

Lo studio, esaminando le modalità di finanziamento delle Aziende, fa anche emergere le difficoltà delle politiche regionali in tema di premialità e sanzioni.

Potremmo aspettarci atteggiamenti regionali diversi a seconda del ruolo assegnato alle Aziende, ad esempio un minore utilizzo di forme di premialità/sanzione lì dove le Regioni, rafforzando il proprio ruolo, mirano a limitare le Aziende (sanitarie e Ospedaliere) a una funzione di erogazione di attività *core* (offerta di assistenza sanitaria), trattenendo, direttamente o attraverso propri enti, le attività strumentali *non-core* (servizi legali, gestione degli stipendi, etc.).

Altre Regioni sono più inclini a considerare le Aziende come un'organizzazione razionale dei fattori della produzione per la realizzazione di obiettivi generali, sebbene – per convinzione o per obbligo normativo – alcune funzioni siano comunque accentrate a livello regionale o sovra aziendale. In questi casi le politiche premiali e sanzionatorie possono e devono avere un ruolo maggiore.

Le condizioni generali della finanza pubblica, e i continui interventi di razionalizzazione, hanno inciso fortemente sulla capacità delle Regioni di far seguire un meccanismo di premialità finanziaria alla definizione di un sistema di valutazione delle Aziende.

A riprova di ciò, non si rileva in alcuna delibera regionale una ripartizione di fondi che tenga conto (in termini premiali) dei risultati dell'anno precedente. Un meccanismo simile è previsto in Friuli-Venezia Giulia (Regione a statuto speciale), dove vengono definiti progetti di valenza regionale coordinati dalle Aziende sanitarie, assegnati (anche) in base ai risultati aziendali.

A oggi l'unico strumento cogente sembra essere la sanzione personale, ovvero la sostituzione del Direttore Generale nell'eventualità che non riesca a realizzare gli obiettivi prefissati, sulla base però di un sistema di valutazione in larga misura fondato su indicatori "extra contabili".

5.2 Utilità del risultato di esercizio al fine della misurazione delle performance aziendali

Sin dall'aziendalizzazione degli anni '90 si prevede una razionalizzazione economico finanziaria del sistema sanitario (prima italiano e poi regionale), mediante il perseguimento di una maggiore efficienza delle Aziende.

Tale evoluzione esperimento istituzionale, le Aziende sanitarie pubbliche hanno giocato, e giocano, un ruolo fondamentale, basato sull'utilizzo della loro autonomia organizzativa (la legge recita più ampiamente "imprenditoriale"), per perseguire gli obiettivi regionali e nazionali, in un ambito di generalizzata responsabilizzazione finanziaria.

Una schematizzazione forse troppo *naïve* prevederebbe quindi che le Aziende, e le Direzioni Generali, fossero giudicate per la loro efficienza, ovvero tanto per il raggiungimento degli obiettivi di salute quanto per i risultati finanziari.

La valutazione dell'efficienza in campo sanitario non può sottrarsi a valutazioni costo/beneficio, cioè a misurazioni del costo sociale per unità di salute prodotta. A livello regionale, questo è lo scopo del sistema di indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi delle Direzioni, che utilizza indicatori di esito e di processo. Ciò che rimane di più difficile è proprio la valutazione dei risultati economico-finanziari, in cui le informazioni contabili dovrebbero avere un peso preponderante, rappresentando (sebbene con il rischio di qualche possibile distorsione) il riferimento per valutare le *performance* economiche aziendali. L'obbligo di redigere bilanci economico-patrimoniali, introdotto con l'aziendalizzazione, va ricondotto all'aspettativa di una maggiore trasparenza e *accountability* economico finanziaria delle Aziende sanitarie.

Di recente l'utilizzo dei dati contabili ha avuto nuova attenzione, in corrispondenza della *spending review* e della definizione dei cosiddetti costi standard. In particolare, la determinazione dei costi aziendali di produzione, dopo adeguata standardizzazione (e scontando una sostanziale omogeneità di attribuzione), è fondamentale per il *benchmarking* a cui si ispirano i costi standard.

Malgrado le difficoltà, non banali, di standardizzazione, sul lato dei costi è relativamente facile individuare approcci comparativi e misure di *performance*, mentre la questione risulta molto più complessa sul lato dei ricavi.

L'introduzione dei sistemi tariffari di remunerazione per i *provider* ha dotato le Aziende sanitarie di un metodo per stimare il "valore della produzione", che, come entrata attribuibile, può dissipare la nebbia dell'assenza di prezzi tipica dei mercati non competitivi.

Le DGR nulla dicono (con l'eccezione della Toscana) sulla chiave di lettura da privilegiare in tema di utile/perdita di esercizio: se sia da attribuirsi a inefficienza aziendale, a errori del modello di finanziamento o a strategie tese a incentivare modificazioni degli assetti regionali esistenti. La questione è quindi sinora rimasta negletta e irrisolta, e la presente ricerca ha cercato di colmare alcuni vuoti conoscitivi, con l'intento di fornire elementi di giudizio.

5.2.1 Simulazione e confronto con i criteri di riparto nazionali

L'analisi può essere completata e verificata quantitativamente. Quanto esposto mostra notevoli elementi di variabilità regolatoria e, quindi, un bisogno di riordino complessivo della materia, almeno ai fini del ripristino di condizioni di omogeneità nel finanziamento locale. Conclusa una analisi qualitativa dei criteri effettivi di allocazione, rimane da verificare se questi modelli, pur fortemente diversificati, possono portare a risultati quantitativi sovrapponibili.

Va premesso che il confine fra variabilità regionale "positiva", ovvero frutto di adattamenti alle specifiche condizioni operative locali, e "negativa", ovvero spiegata da fenomeni non governati a pieno, è oggetto di dibattito ed è intrinsecamente di difficile determinazione.

Sul piano pratico, si può convenire che scarti di finanziamento di dimensioni contenute possono essere attribuiti a forme di "equità verticale", e quindi a un adattamento alle specificità locali, mentre qualora si superi un certo livello dimensionale, il rischio di iniquità diviene

sostanziale e fa pensare a una carenza di governo del sistema di riparto. Per indagare questo aspetto è stata sviluppata una simulazione quantitativa, ricalcolando il riparto teorico delle risorse regionali sulle ASL sulla base dei criteri utilizzati in sede nazionale.

Le somme così determinate diventano il *benchmark* con il quale confrontare le assegnazioni effettive e valutare la dimensione degli scarti.

L'analisi sin qui condotta ha dimostrato come il riparto infra regionale sia un processo in continuo divenire, condizionato da numerosi fattori, fra cui citiamo quello dei criteri di vincolo e ponderazione, ma anche l'accentramento regionale delle risorse.

Il puro confronto fra "teoricamente assegnabile" ed "effettivamente allocato" è quindi il risultato di un coacervo di fattori di diversa natura. Si è ritenuto opportuno scomporlo nelle sue varie componenti, evidenziando in particolare l'impatto dei criteri di riparto sulle assegnazioni.

In primo luogo è stato elaborato il rapporto fra la quota di risorse teoricamente assegnabili secondo i criteri nazionali e quella effettivamente assegnata con quelli regionali. Questo confronto è stato costruito indipendentemente dalle somme effettivamente assegnate che, come sopra esposto, risentono di vari fattori, permettendo di apprezzare l'effetto degli scostamenti fra criteri di riparto nazionali e regionali. Successivamente il confronto è stato esteso al riparto finale, frutto delle somme effettivamente assegnate integrate, a vario titolo, dalle Regioni (Tabella 13).

La simulazione condotta sembra confermare quanto atteso: le differenze qualitative descritte nei paragrafi precedenti producono un immediato e significativo riscontro quantitativo sui livelli di finanziamento delle singole Aziende, con scarti che arrivano a sfiorare il 60%. Anche se gli scarti di maggiore rilievo andrebbero approfonditi singolarmente, rimane una disparità non trascurabile, che conferma la difficoltà di interpretazione del concetto di "ricavo" nelle Aziende sanitarie pubbliche.

Si noti che le differenze non sembrano correlate alla "complessità" dei criteri di riparto: realtà come l'Emilia-Romagna, che pure hanno un sistema di ponderazione largamente rivisto rispetto a quello nazionale, generano scarti percentuali inferiori al 3%, mentre Regioni con poche variazioni generano differenze rilevanti (Friuli-Venezia Giulia e Liguria).

È difficile individuare il segno delle integrazioni *ex post* al riparto iniziale: in alcune Regioni si mitigano, almeno in parte, le differenze originarie, mentre in altre si allargano ulteriormente. Si conferma, nel complesso, l'esistenza di differenze finanziarie significative fra le logiche di riparto nazionali e quelle regionali.

5.2.2 Simulazione e confronto delle entrate per le Aziende Ospedaliere

Per quanto concerne le AO, le analisi sono complicate ulteriormente dal fatto che il criterio di finanziamento dovrebbe essere basato sulla remunerazione delle prestazioni rese, ma in realtà è condizionato tanto dalle politiche tariffarie quanto dalle quote riconosciute per specifiche funzioni (prima fra tutte quella di Pronto Soccorso).

In tema di remunerazione delle attività conta il livello tariffario regionale, ma anche la remunerazione prevista per la produzione di prestazioni (ad esempio specialistiche) non in regime di ricovero. Inoltre, in aggiunta alle cosiddette "funzioni" (reparti di alta specialità, pronto soccorso, etc.), vanno considerati i rimborsi per l'utilizzo di fattori produttivi ad alto costo (ad es. i farmaci nel cosiddetto "file F"). Va poi aggiunta l'analisi della provenienza, che rileva se la remunerazione deriva prevalentemente dalle ASL (intra ed extra

Finanziamento ASL: scarti fra riparto teorico e effettivo anno 2012

TABELLA 13

Regione	Max/Min	Effetto criteri regionali + quote acc. + ass. succ.	Effetto criteri regionali + quote acc.
Piemonte	Max	9,4%	10,1%
	Min	-10,7%	-10,2%
Valle d'Aosta	Max	0,0%	0,0%
	Min	0,0%	0,0%
Pr. Aut. di Bolzano	Max	0,0%	0,0%
	Min	0,0%	0,0%
Pr. Aut. di Trento	Max	0,0%	0,0%
	Min	0,0%	0,0%
Veneto	Max	14,1%	13,4%
	Min	-6,6%	-5,7%
Friuli Venezia Giulia	Max	-58,0%	-10,3%
	Min	-33,5%	-62,3%
Liguria	Max	26,3%	28,1%
	Min	-19,2%	-20,5%
Emilia Romagna	Max	2,7%	2,7%
	Min	-2,4%	-2,4%
Toscana	Max	18,0%	12,0%
	Min	-5,4%	-4,6%
Umbria	Max	4,0%	3,9%
	Min	-4,8%	-4,7%
Marche	Max	0,0%	0,0%
	Min	0,0%	0,0%
Lazio	Max	6,0%	6,6%
	Min	-9,1%	-5,1%
Abruzzo	Max	5,0%	5,0%
	Min	-9,2%	-9,2%
Molise	Max	0,0%	0,0%
	Min	0,0%	0,0%
Campania	Max	12,5%	4,0%
	Min	-17,5%	-23,5%
Puglia	Max	1,2%	10,7%
	Min	-0,8%	-12,6%
Basilicata	Max	3,7%	3,6%
	Min	-1,9%	-1,9%
Calabria	Max	22,0%	22,0%
	Min	-3,3%	-3,3%
Sardegna	Max	14,5%	17,9%
	Min	-20,2%	-19,3%

regionali) o dalla Regione, la quale, come detto, può anticipare quote per le attività rese e/ o remunerare per funzioni.

Un approfondimento esaustivo sul tema del finanziamento delle AO esula dalle prospettive del presente lavoro: per apprezzare almeno in prima approssimazione la grandezza dei fenomeni, e valutare l'opportunità di uno sviluppo della ricerca, è stato elaborato un

confronto per un campione di AO fra finanziamento effettivo (iniziale e dopo le integrazioni), entrate da Regione, ASL e altre istituzioni, e valore della produzione. Le Aziende sono state scelte per dimensione e quindi per completezza del dato (di finanziamento e attività) disponibile.

Come si evince dalla Tabella 14, gli scarti fra ricavo teoricamente attribuibile e ricavi effettivi nelle cinque realtà considerate appaiono decisamente rilevanti.

Dopo questa prima e parziale analisi, sembra confermarsi che il valore della produzione (per ricoveri, file F e specialistica) si attesta nel range 60-75% del costo della produzione, mentre per le prestazioni la quota tariffabile a DRG si attesta fra il 50 e il 70%.

Le entrate sono commisurate ai costi della produzione, cosicché si registra un sostanziale pareggio. Il 10-30% di esse provengono dalla Regione. Il 25-40% di entrate aggiuntive, rispetto al valore delle prestazioni rese, copre funzioni particolari (compreso il pronto soccorso) ed eventuali integrazioni a ripiano.

La Regione assegna a priori alle AO considerate una quota di risorse che varia tra l'8 e il 40% del valore delle prestazioni prodotte. Questa quota non varia significativamente a posteriori. I primi risultati sembrano confermare che il sistema di finanziamento per DRG è interpretato in modo ibrido, poiché la quota integrativa di risorse assegnate alle AO è rilevante. È inoltre fondamentale il finanziamento diretto regionale alle strutture ospedaliere. Sembra dominare un atteggiamento che privilegia l'obiettivo dell'equilibrio finanziario delle AO: in nessuno dei casi considerati si riscontrano, *ex post*, risultati significativamente negativi.

In sintesi, il finanziamento regionale extra tariffario, che certamente trova svariate giustificazioni, ha ragionevolmente effetti in termini di incentivi alla ricerca della efficienza gestionale, che andrebbero ulteriormente indagati.

Finanziamento teorico e effettivo AO (campione di aziende - Dati 2012)

Azienda Ospedaliera	Entrate da ASL	Quota su Tot. Entrate	Entrate da Regione	Quota su Tot. Entrate	Entrate altri soggetti	Quota su Tot. Entrate	Altre entrate	Quota su Tot. Entrate	Entrate Tot.	Deficit	Quota su Tot. Entrate
	VENETO - A.O. PADOVA	348.118.000	64,0%	79.390.000	14,6%	40.234.000	9,1%	66.823.000	12,2%	543.565.000	-38.602.000
EMILIA-ROMAGNA - A.O. REGGIO EMILIA	213.869.000	74,2%	31.162.000	10,8%	16.231.000	5,6%	27.087.000	9,4%	288.349.000	8.000	0,0%
PIEMONTE - A.O. NOVARA	165.666.000	61,1%	65.392.000	24,1%	11.439.000	4,2%	28.540.000	10,5%	271.037.000	-1.153.000	-0,4%
PIEMONTE - A.O. AHRIGO	153.478.000	64,8%	58.881.000	24,9%	7.900.000	3,3%	16.609.000	7,0%	236.868.000	-34.000	0,0%
BASILICATA - A.O. S.CARLO	120.912.000	55,3%	60.759.000	27,8%	20.292.000	9,3%	16.711.000	7,0%	218.674.000	211.000	0,1%
	Ricoveri+ File F	Specialistica	Tot. Prestazioni	Valore DRG	Quota su Tot. Prestazioni	Finanz. Iniziale	Quota su Tot. Prestazioni	Finanz. Finale	Quota su Tot. Prestazioni	Costo della produzione	Quota su Tot. Prestazioni su costo della produzione
Azienda Ospedaliera											
VENETO - A.O. PADOVA	302.182.000	57,374.000	359.556.000	188.183.081	52,2%	65.000.000	18,1%	65.000.000	18,1%	566.532.000	63,5%
EMILIA-ROMAGNA - A.O. REGGIO EMILIA	158.533.000	47,303.000	205.836.000	111.713.828	54,2%	17.693.082	8,6%	15.549.340	7,6%	278.281.000	74,0%
PIEMONTE - A.O. NOVARA	128.481.000	45,406.000	171.807.000	110.363.754	63,5%	50.733.000	34,4%	64.957.000	37,4%	164.174.000	65,8%
PIEMONTE - A.O. AHRIGO	122.355.000	37,453.000	159.808.000	99.757.145	62,4%	56.596.000	35,4%	58.821.000	36,8%	228.422.000	70,0%
BASILICATA - A.O. S.CARLO	124.092.000	15,314.000	139.406.000	99.212.789	71,2%	57.232.000	41,1%	60.682.000	43,5%	210.134.000	66,3%

6. ANALISI REGIONALE

L'analisi regionale è stata condotta riassumendo tutti i flussi finanziari dalla Regione alle relative Aziende. La sintesi è stata anche resa in forma grafica (su più schede): tale modalità si è ritenuta necessaria a causa della complessità dei flussi e della mole di informazioni finanziarie raccolte.

I riferimenti alle singole norme, che sono alla base dell'analisi, sono contenuti in una apposita scheda regionale e i testi completi sono disponibili su richiesta.

Per comodità di analisi, le schede cercano di ripetersi (separatamente per le due annualità studiate) nella forma, uguali per ogni singola Regione, seguendo sempre lo stesso schema interpretativo, che prevede:

- sinossi della normativa
- sinossi degli attori di sistema
- modello dei flussi finanziari
- analisi dei flussi temporali
- riparto delle risorse
- analisi dei livelli di accentramento
- analisi dei vincoli di destinazione
- analisi dei criteri di riparto
- analisi delle integrazioni
- confronti fra le annualità.

Nel seguito per ogni Regione sono riportate prima una breve analisi descrittiva, che evidenzia gli elementi ritenuti qualificanti per posizionare la Regione nel quadri complessivo nazionale, e una sintesi delle schede sopra descritte: la serie completa delle schede in forma grafica è disponibile su supporto informatico.

6.1 PIEMONTE

Aziende e territorio

La Regione Piemonte attribuisce 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) (Art. 4 L.R. n. 10/1995).

Il Sistema Sanitario Regionale è composto da:

- 13 Aziende Sanitarie Locali (ASL)
- 3 Aziende Ospedaliere (AO)
- 3 Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU)

Attori del Sistema Sanitario Regionale

GRAFICO 6.1.1

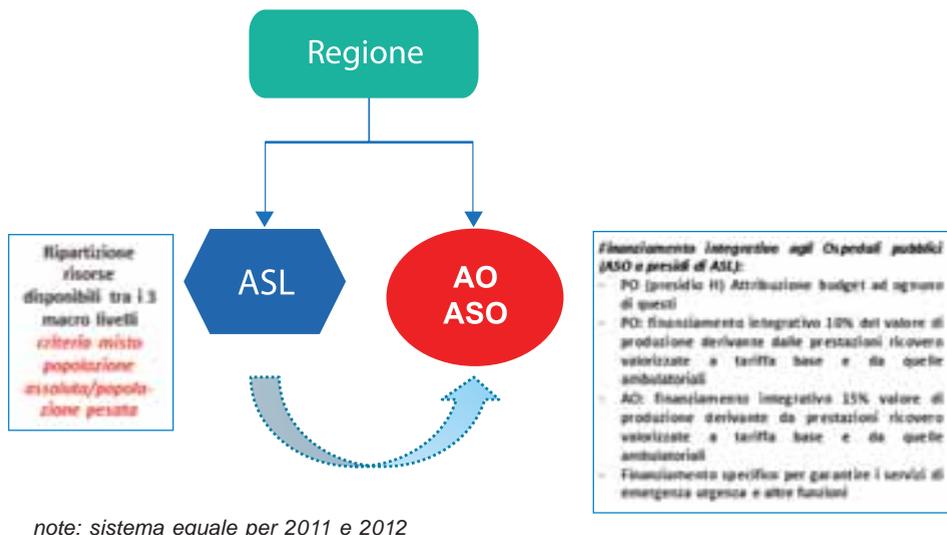
PIEMONTE



Modello di finanziamento delle Aziende

GRAFICO 6.1.2

PIEMONTE



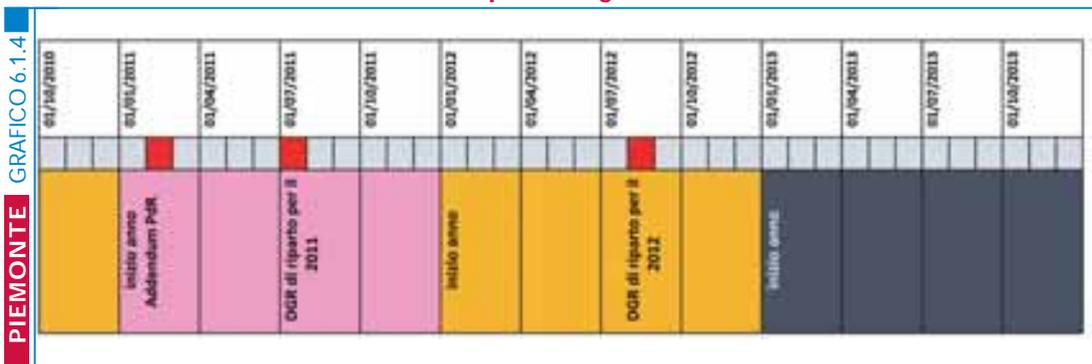
Tempistica associata alla approvazione dei fondi alle Aziende

L'approvazione della normativa di riparto avviene (sia nel 2011 che nel 2012) durante il secondo semestre dell'anno; appare chiaro un modello di programmazione che sconta un finanziamento di fatto basato sulla spesa storica.

Basi Normative (con data di approvazione)

PIEMONTE GRAFICO 6.1.3	PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
	<ul style="list-style-type: none"> DGR 3-2482/2011 (29.7.11) - riparto del fondo DGR 44-1615/2011 (28.2.11) - adozione addendum Piano di rientro 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 2-4477/12 (6.08.12) - riparto del fondo

Tempi e Assegnazioni

**Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto**

L'attività di pianificazione si concretizza con la predisposizione del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR); questo individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo dei servizi socio sanitari regionali e rappresenta altresì lo strumento di definizione delle macro linee di indirizzo della programmazione sanitaria.

La Regione Piemonte ha siglato il Piano di Rientro dal disavanzo il 29 luglio 2010. Il 30 settembre 2010 la Regione ha inviato il Programma Attuativo del Piano di Rientro di riqualificazione e riorganizzazione del SSR¹.

Dalla verifica di sintesi effettuata dal Ministero della Salute nell'analisi del *trend* 2009-2012, i principali scostamenti dal valore di riferimento riguardano la situazione relativa all'erogazione di assistenza territoriale; l'aggiornamento degli indicatori al 2012 evidenzia una quota di anziani assistiti a domicilio inferiore all'atteso².

¹ Il 10 settembre 2013 ha presentato una bozza di Programma Operativo 2013-2015.

² Come da valore definito adeguato dal Comitato LEA. Inoltre, vi è una dotazione di posti letto presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti molto elevata (24,3 per 1.000 abitanti anziani rispetto al valore di riferimento di 10 posti letto per 1.000 anziani).

La Regione destina oltre il 98% nel 2011 e circa il 97% nel 2012 del fondo alle ASL. Il riparto tra le Aziende Sanitarie avviene in base ad un criterio misto popolazione assoluta/ popolazione pesata (specificati nella delibera di riparto) e viene previsto un finanziamento integrativo agli ospedali pubblici in base alle seguenti modalità:

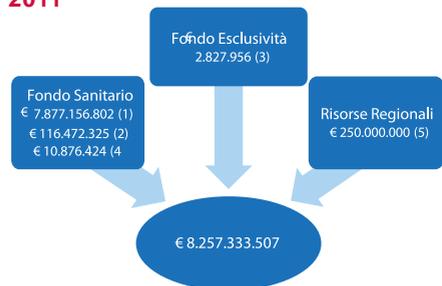
- presidio ospedaliero: attribuzione di un budget a ognuno di essi. Inoltre, finanziamento integrativo pari al 10% del valore di produzione derivante dalle prestazioni di ricovero valorizzate a tariffa base e da quelle ambulatoriali
- AO: finanziamento integrativo del 15% del valore di produzione derivante dalle prestazioni di ricovero valorizzate a tariffa base e da quelle ambulatoriali
- finanziamento specifico per garantire i servizi di emergenza urgenza e le altre funzioni.

Applicando detti criteri e modalità di finanziamento vengono definiti i finanziamenti spettanti per livello di assistenza che sia per il 2011 e il 2012 rispettano le quote definite a livello nazionale. Il fondo sanitario complessivo è depurato della quota attribuita all'ARPA.

Risorse Finanziarie Complessive SSR (consuntivo)

PIEMONTE GRAFICO 6.1.5

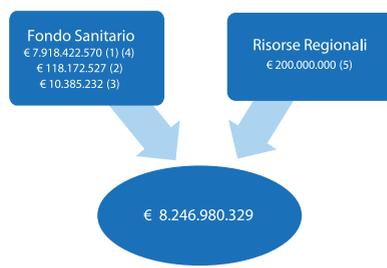
2011



La slide indica le fonti finanziarie e le risorse del SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (dicembre 2012), comprendendo le DGR e delibere CIPE

note: (1) delibera CIPE (15/2012); (2) delibera CIPE (16/2012); (3) delibera CIPE (18/2012); (4) delibera CIPE (14/2012); DGR 44-1615/2011

2012



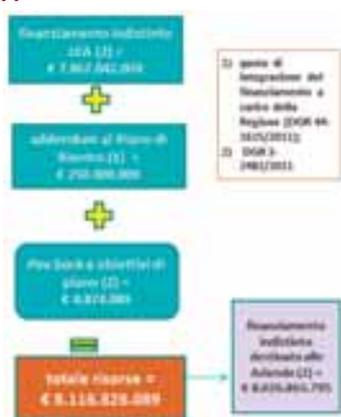
La slide indica le fonti finanziarie e le risorse del SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (luglio 2013), comprendendo le DGR e delibere CIPE

note: (1) delibera CIPE (14/2012); (2) delibera CIPE (14/2012); (3) delibera CIPE (49/2013); (4) delibera CIPE (65/2013); (5) DGR 44-1615/2011

Finanziamento del SSR

PIEMONTE GRAFICO 6.1.6

2011



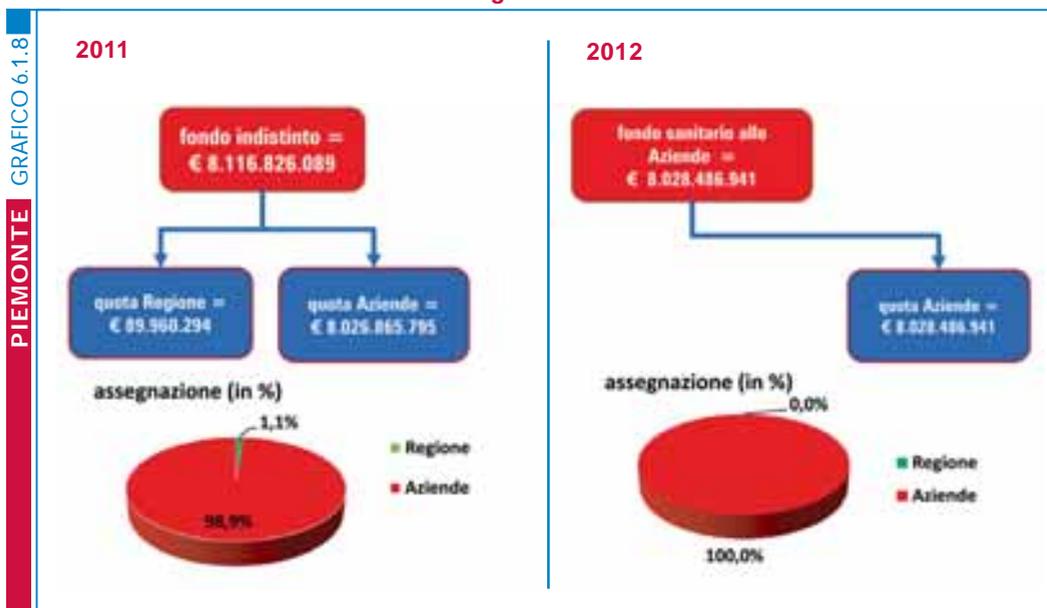
2012



note: (1) DGR 2-4474/2012; (2) cd.spending review; (3) DGR 44-1615/2011

Criteri pesatura Funzioni

PIEMONTE	GRAFICO 6.1.7	2011	
		La DGR 3-2482/2011 è stata pubblicata sul BUR senza illustrare i criteri di riparto per le funzioni	
	2012		
	ASSISTENZA COLLETTIVA - Veterinaria	DISTRETTUALE - Salute mentale degli adulti	
	• 50% in base alle Unità Bovine Equivalenti e 50% in base alla popolazione	• popolazione residente tra i 18-64 anni	
	ASSISTENZA COLLETTIVA - SEPI	DISTRETTUALE - Tossicodipendenze	
	• definizione quota da parte della Regione	• popolazione residente tra i 15-50 anni	
	ASSISTENZA COLLETTIVA - Altre funzioni di I Livello (medicina legale, screening, PMPV)	DISTRETTUALE - Domiciliare, residenziale e semiresidenziale agli anziani	
	• quota capitaria	• popolazione residente con età superiore ai 65 anni	
	DISTRETTUALE - Emergenza Sanitaria Territoriale 118	DISTRETTUALE - Altre funzioni	
	• personale e costi gestione concordati con Regione	• Quota capitaria	
	DISTRETTUALE - Medicina Generale	ASSISTENZA H - Ordinario	
	• quota capitaria	• 50% popolazione pesata (pesi MinSalute per 2012)	
	DISTRETTUALE - Assistenza farmaceutica	• 50% popolazione non pesata	
• quota capitaria comprendente anche i costi dei farmaci H e DPC	ASSISTENZA H - Finanziamento integrativo		
DISTRETTUALE- Specialistica ambulatoriale	• Valore produzione ricoveri ordinari e DH anno 2010 per residenti + Mobilità passiva extra		
• popolazione pesata (pesi MiniSalute 2012)			

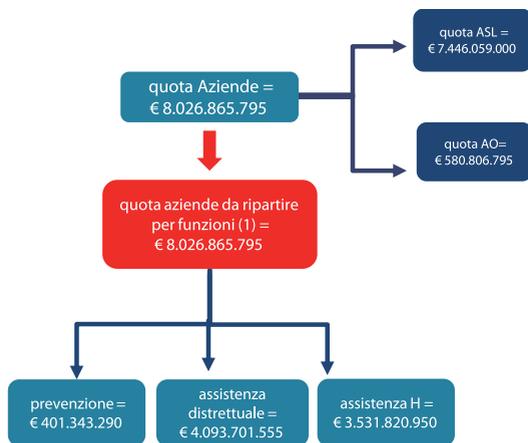
Assegnazione FSR

Assegnazione FSR per funzioni ed enti

PIEMONTE

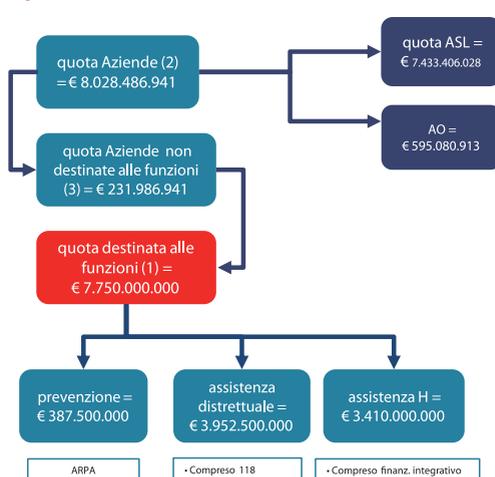
GRAFICO 6.1.9

2011



note: (1) in assenza di criteri espliciti di ripartizione si sono utilizzate le quote nazionali

2012



note: (1) DGR 2-4474/2012 (tab.A5); (2) DGR 2-4474/2012 (tab.A8); (3) diverse economie quali i farmaci, il personale, ecc.

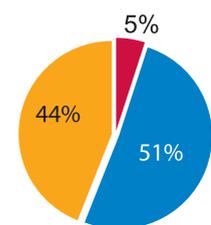
Assegnazione FSR (per funzione ed ente in val. %)

PIEMONTE

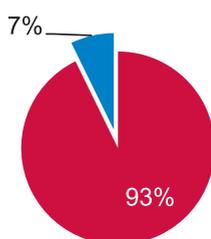
GRAFICO 6.1.10

2011

■ prevenz. ■ distrett. ■ H

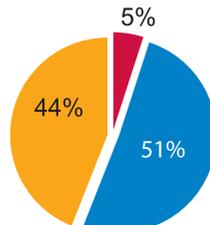


■ ASL ■ AO, EO, ..

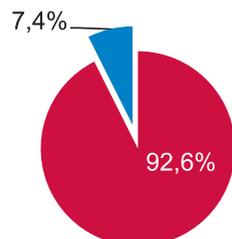


2012

■ prevenz. ■ distrett. ■ H



■ ASL ■ ASO



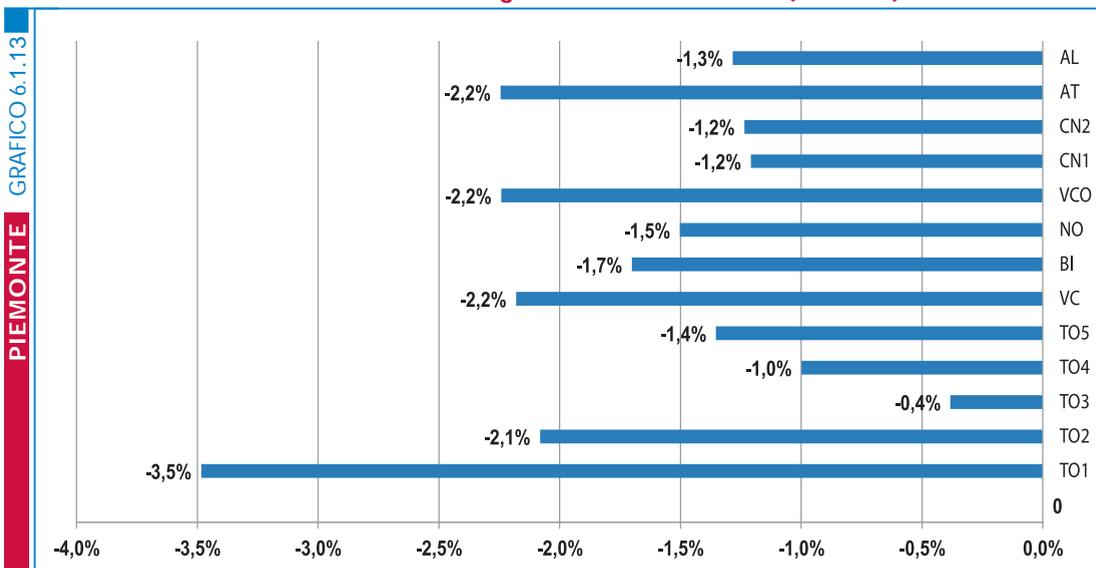
Finanziamento SSR (2011): Confronto tra assegnazioni iniziali e finali

Azienda	Riparto iniziale FSR	Integrazioni	Incidenza	Riparto effettivo FSR	Incidenza	Diff. Importo iniziale ed effettivo	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASL 201-T01	850.617.000	33.220.000	3,9%	883.837.000	10,8%	3,91%	-9.404.000	1,06%
ASL 202-T02	800.395.000	-1.368.000	-0,2%	799.027.000	9,8%	-0,17%	-25.282.000	3,16%
ASL 203-T03	912.912.000	14.324.000	1,6%	927.236.000	11,3%	1,57%	-12.633.000	1,36%
ASL 204-T04	855.871.000	23.276.000	2,7%	879.147.000	10,8%	2,72%	-9.958.000	1,13%
ASL 205-T05	476.805.000	5.674.000	1,2%	482.479.000	5,9%	1,19%	-1.297.000	0,27%
ASL 206-VC	328.547.000	-6.478.000	-2,0%	322.069.000	3,9%	-1,97%	-1.937.000	0,60%
ASL 207-BI	292.694.000	-2.156.000	-0,7%	290.538.000	3,6%	-0,74%	-1.547.000	0,53%
ASL 208-NO	507.678.000	13.677.000	2,7%	521.355.000	6,4%	2,69%	-5.586.000	1,07%
ASL 209-VCO	315.682.000	-2.365.000	-0,7%	313.317.000	3,8%	-0,75%	-1.685.000	0,54%
ASL 210-CN1	697.568.000	2.109.000	0,3%	699.677.000	8,6%	0,30%	-10.706.000	1,53%
ASL 211-CN2	263.511.000	4.947.000	1,9%	268.458.000	3,3%	1,88%	-708.000	0,26%
ASL 212-AT	375.263.000	-1.503.000	-0,4%	373.760.000	4,6%	-0,40%	-3.874.000	1,04%
ASL 213- AL	768.516.000	14.011.000	1,8%	782.527.000	9,6%	1,82%	-7.159.000	0,91%
Aso 901 - S.Giovanni Battista	179.730.000	15.416.000	8,6%	195.146.000	2,4%	8,58%	-5.715.000	2,93%
Aso 902 - CTO	95.081.000	3.054.000	3,2%	98.135.000	1,2%	3,21%	-3.098.000	3,16%
Aso 903 - OIRM Sant'Anna	82.361.000	6.127.000	7,4%	88.488.000	1,1%	7,44%	-2.342.000	2,65%
Aso 904 - S.Luigi	40.885.000	-5.385.000	-13,2%	35.500.000	0,4%	-13,17%	-666.000	1,88%
Aso 905 - NO	48.719.000	16.086.000	33,0%	64.805.000	0,8%	33,02%	-7.115.000	10,98%
Aso 906 - CN	40.251.000	8.282.000	20,6%	48.533.000	0,6%	20,58%	-13.013.000	26,81%
Aso 907 - AL	52.185.000	8.500.000	16,3%	60.685.000	0,7%	16,29%	-3.084.000	5,08%
Aso 908 Mauriziano	41.596.000	-1.748.000	-4,2%	39.848.000	0,5%	-4,20%	68.000	-0,17%
TOTALE	8.026.867.000	147.700.000	1,8%	8.174.567.000	100%	1,84%	-126.741.000	1,55%

Finanziamento SSR (2012): Confronto tra assegnazioni iniziali e finali

Azienda	Riparto iniziale FSR	Integrazioni	Incidenza	Riparto effettivo FSR	Incidenza	Diff. Importo iniziale ed effettivo	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASL 201-T01	871.494.000	-18.450.000	-2,1%	853.044.000	10,6%	-2,12%	-5.670.000	0,66%
ASL 202-T02	778.050.000	4.347.000	0,6%	782.397.000	9,7%	0,56%	-9.552.000	1,22%
ASL 203-T03	918.626.000	5.067.000	0,6%	923.693.000	11,5%	0,55%	-10.000	0,00%
ASL 204-T04	869.482.000	882000	0,1%	870.364.000	10,8%	0,10%	-1.000	0,00%
ASL 205-T05	477.187.000	-1.234.000	-0,3%	475.953.000	5,9%	-0,26%	3.000	0,00%
ASL 206-VC	316.688.000	-1.642.000	-0,5%	315.046.000	3,9%	-0,52%	-6.000	0,00%
ASL 207-BI	285.884.000	-288000	-0,1%	285.596.000	3,6%	-0,10%	-3.675.000	1,29%
ASL 208-NO	517.152.000	-3.628.000	-0,7%	513.524.000	6,4%	-0,70%	-3.000	0,00%
ASL 209-VCO	306.386.000	-95000	0,0%	306.291.000	3,8%	-0,03%	-3.162.000	1,03%
ASL 210-CN1	691.297.000	-76000	0,0%	691.221.000	8,6%	-0,01%	-3.740.000	0,54%
ASL 211-CN2	264.488.000	653000	0,2%	265.141.000	3,3%	0,25%	-355.000	0,13%
ASL 212-AT	366.269.000	-901000	-0,2%	365.368.000	4,5%	-0,25%	-159.000	0,04%
ASL 213- AL	770.403.000	2.080.000	0,3%	772.483.000	9,6%	0,27%	-66.000	0,01%
Aso 901 - S.Giovanni Battista								
Aso 902 - CTO								
Aso 903 - OIRM Sant'Anna								
AOU città della Salute e della Scienza	366.539.000	7.691.000	2,1%	374.230.000	4,7%	2,10%	-4.013.000	1,07%
Aso 904 - S.Luigi	34.135.000	197000	0,6%	34.332.000	0,4%	0,58%	-2.431.000	7,08%
Aso 905 - NO	59.733.000	5.224.000	8,7%	64.957.000	0,8%	8,75%	-1.153.000	1,78%
Aso 906 - CN	41.285.000	642000	1,6%	41.927.000	0,5%	1,56%	-9.611.000	22,92%
Aso 907 - AL	56.596.000	2.225.000	3,9%	58.821.000	0,7%	3,93%	-34.000	0,06%
Aso 908 Mauriziano	36.793.000	943000	2,6%	37.736.000	0,5%	2,56%		0,00%
TOTALE	8.028.486.000	3.637.000	0,0%	8.032.123.000		0,05%	-43.638.000	0,54%

Differenza fra fabbisogno finale 2012 e 2011 (in val. %)



Scelte Strategiche (differenze 2012 su 2011)

GRAFICO 6.1.14
PIEMONTE

Voce	Δ	$\Delta\%$
Fondo Sanitario Indistinto	41.265.768	+0,5%
FSR assegnato alle Aziende	1.621.146	+0,0%
Fondo destinato alle funzioni	-276.865.795	-3,4%

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Le Aziende Sanitarie sono indirizzate e coordinate dalla Regione che definisce gli obiettivi sanitari da perseguire e le politiche da attuare avvalendosi del Consiglio Regionale di Sanità e Assistenza (CORESA)³, dell'Agenda Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS)⁴ e della Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria.

Annualmente la delibera di riparto definisce gli obiettivi economico finanziari delle Aziende Sanitarie Regionali in relazione agli obiettivi definiti dal Piano Socio Sanitario Regionale e dai vincoli generali di carattere finanziario.

³ istituita con la L.R. n. 30 del 4 luglio 1984.

⁴ istituita con la L.R. n.10/1998.

6.2 VALLE D'AOSTA

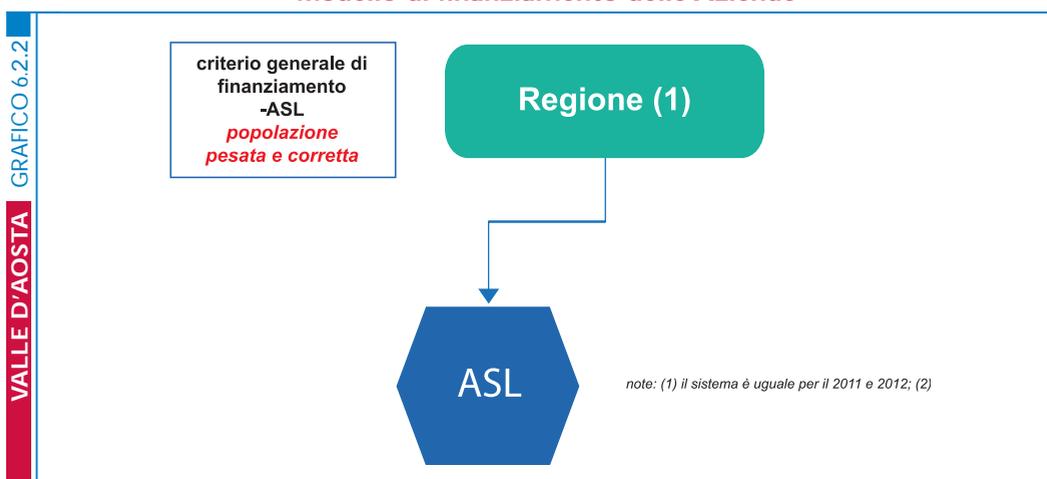
Aziende e territorio

Nella Regione Autonoma della Valle d'Aosta è stata istituita una sola Unità Sanitaria Locale che copre l'intero territorio regionale.

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



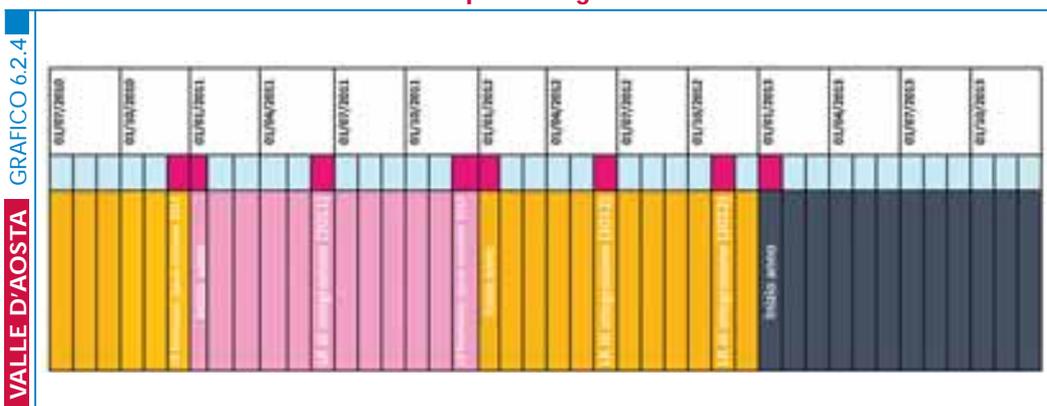
Tempistica associata alla approvazione del riparto

Le norme di riparto del Fondo per gli anni 2011-2012 sono definite con Legge Regionale (finanziamento spesa sanitaria corrente) nel mese di dicembre dell'anno precedente rispetto a quello di competenza.

Basi Normative (con data approvazione)

PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
<ul style="list-style-type: none"> LR 40/2010 (10.12.10) - finanziamento spesa sanitaria corrente 	<ul style="list-style-type: none"> LR 30/2011 (13.12.11) - finanziamento spesa sanitaria corrente
<ul style="list-style-type: none"> LR 16/2011 (28.6.11) - integrazione finanziamento spesa sanitaria corrente 	<ul style="list-style-type: none"> LR 19/2012 (27.6.12) - integrazione finanziamento spesa sanitaria corrente
	<ul style="list-style-type: none"> LR 30/2012 (21.11.12) - integrazione finanziamento spesa sanitaria corrente

Tempi e Assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

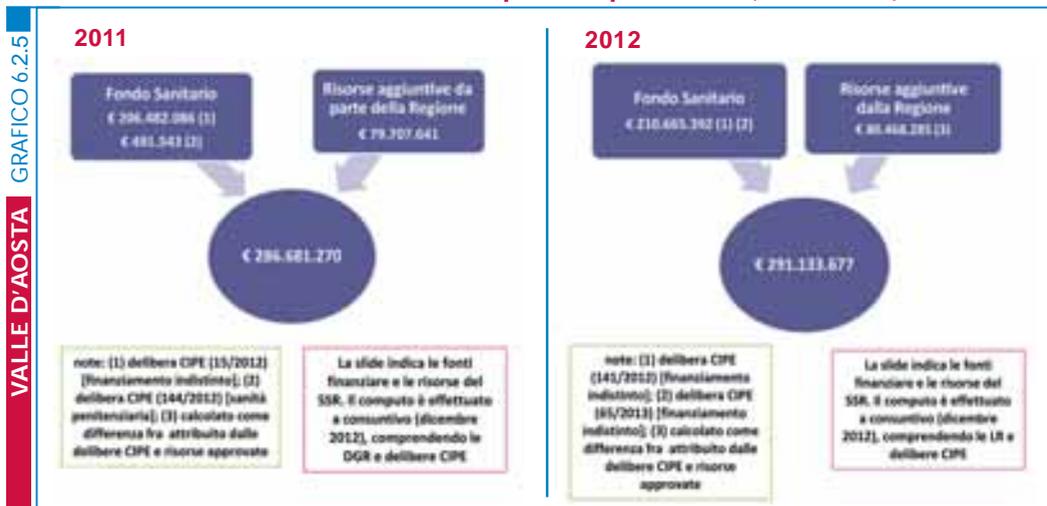
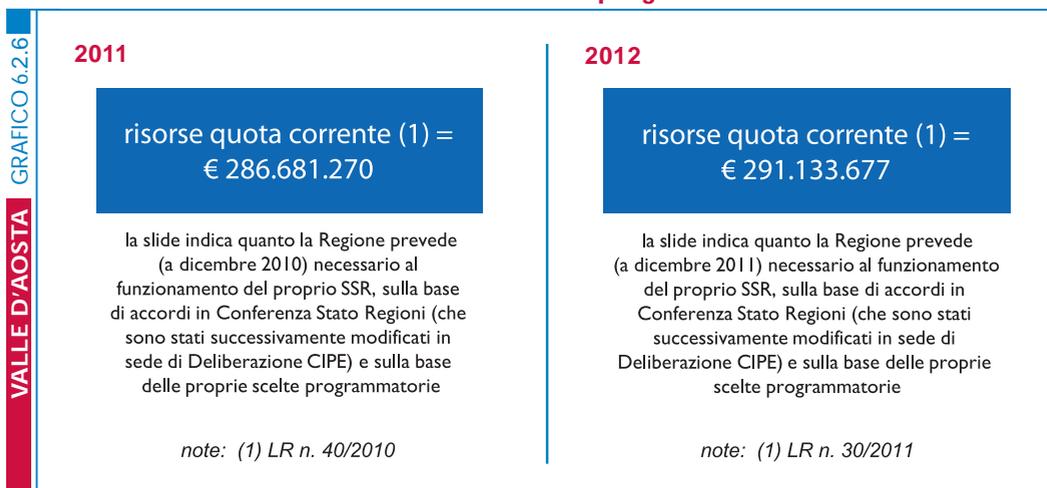
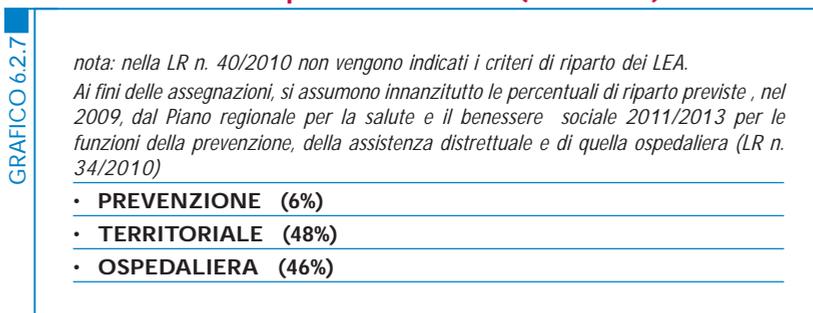
La programmazione regionale si attua attraverso il Piano Socio Sanitario Regionale ed i relativi strumenti di attuazione, in coordinamento con la programmazione socio assistenziale.

In particolare, il PSSR adottato con legge nell'anno antecedente al triennio al quale si riferisce la programmazione è l'atto con il quale la Regione, in armonia con il Piano Sanitario Nazionale, definisce, per il triennio di riferimento, gli interventi per il raggiungimento degli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi.

La Regione trasferisce alla USL unica le risorse per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Non vengono indicati i criteri di pesatura per funzioni dei LEA, ma, ai fini dell'assegnazione si assumono le percentuali di riparto previste nel 2009 dal Piano Regionale per la Salute e il Benessere Sociale 2011-2013:

- Assistenza collettiva: 6%
- Assistenza territoriale: 48%
- Assistenza ospedaliera: 46%.

Negli anni oggetto dell'analisi la quota del fondo indistinto destinata all'Azienda è stata circa del 93% per entrambi gli anni.

Risorse Finanziarie Complessive per il SSR (consuntivo)**Finanziamento SSR nella programmazione****Criteri pesatura Funzioni (2011/2012)**

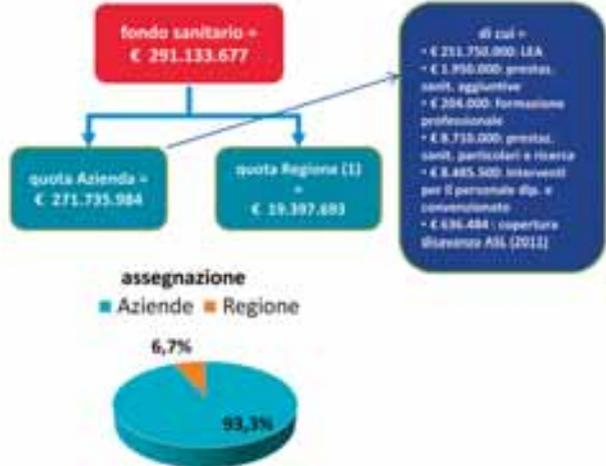
Assegnazione risorse finanziarie

2011



note: (1) di cui €19.450.000 per mobilità passiva e € 1.435.270 per interventi diretti della Regione; (2) di cui = €250.920.000 per LEA; €1.900.000 per prestazioni sanitarie aggiuntive; €208.000 per formazione professionale; €5.100.000 per prestazioni sanitarie particolari e ricerca; €7.668.000 per interventi per il personale dipendente e convenzionato

2012



note: (1) = mobilità passiva e interventi diretti dalla Regione

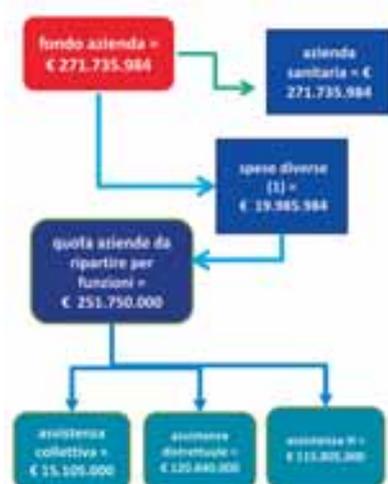
Assegnazione FSR per funzioni

2011



note: nella LR n. 40/2010 non sono specificatamente indicate le % di attribuzione. Si assumono le percentuali previste nella LR n. 34/2010 (Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013); (1) prestazioni sanitarie aggiuntive; formazione professionale; assistenza e prestazioni sanitarie particolari e ricerca; interventi a favore del personale dipendente e convenzionato

2012



note: nella LR n. 40/2010 non sono specificatamente indicate le % di attribuzione. Si assumono le percentuali previste nella LR n. 34/2010 (Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013); (1) prestazioni sanitarie aggiuntive; formazione professionale; assistenza e prestazioni sanitarie particolari e ricerca; interventi a favore del personale dipendente e convenzionato; copertura del disavanzo ASL (2011)

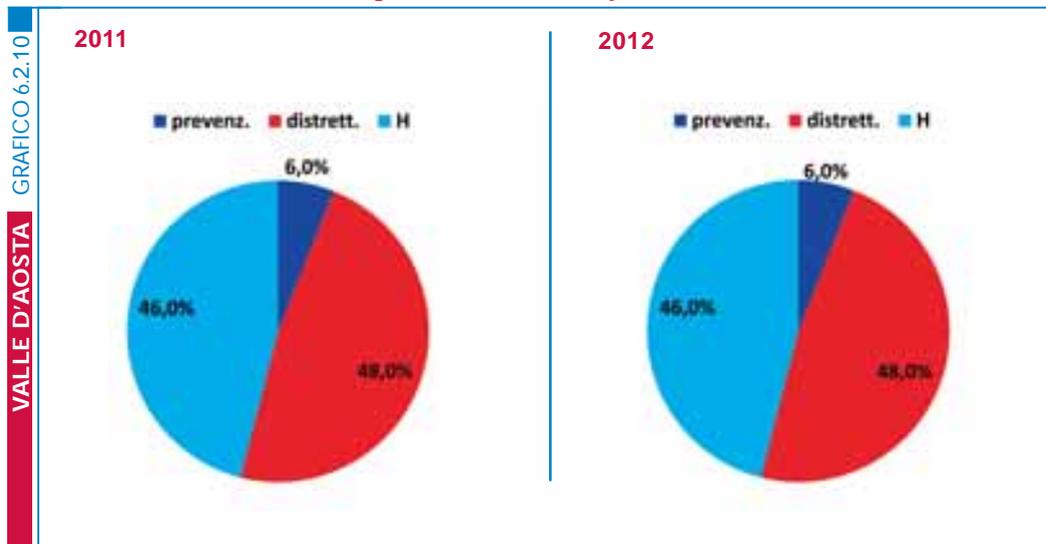
Assegnazione del FSR (per funzione)**Fondi assegnati - integrazione (in va e in %)**

GRAFICO 6.2.11
VALLE D'AOSTA

2011						
Riparto iniziale FSR	Integrazioni	Riparto effettivo FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo	
272.681.270	14.000.000	286.681.270	5,13%	-636.000	0,22%	
95%	5%	100%				
2012						
Voce	Riparto iniziale FSR	Integrazioni	Riparto effettivo FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
Risorse correnti	291.133.677	-1.890.000	289.243.677			
Aziende	271.735.984	-1.890.000	269.845.984	-0,70%	654.000	-0,24%
Quota LEA	251.750.000	-870.000	250.880.000			
Altro	19.985.984	-1.020.000	18.965.984			
Regione	19.397.693		19.397.693			

Scelte strategiche nella programmazione

GRAFICO 6.2.12

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR (da LR)	+2.562.407	0,89%
Quota FSR (da delibera CIPE)	+4.183.306	2,03%
Trattenuto Regione	-1.487.577	-7,12%
Assegnato Azienda	+5.939.984	2,23%

VALLE D'AOSTA

Variazioni destinazioni risorse 2012/2011

VALLE D'AOSTA

<ul style="list-style-type: none"> • RISORSE REGIONALI COPRONO: <ul style="list-style-type: none"> - 28,0% spesa sanitaria (anno 2011) - 22,5% spesa sanitaria (anno 2012) (pre-spending review) - 21,9% spesa sanitaria (anno 2012) (post-spending review)
<ul style="list-style-type: none"> • QUOTA DESTINATA AI LIVELLI LEA: <ul style="list-style-type: none"> - 87,5% spesa sanitaria (anno 2011) - 86,5% spesa sanitaria (anno 2012) (pre-spending review) - 86,7% spesa sanitaria (anno 2012) (post-spending review)

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Per quanto riguarda la pianificazione locale, la legge disciplina, secondo i principi della legislazione statale, il Piano Attuativo Locale (PAL), chiamato a dare esecuzione pratica agli indirizzi e agli obiettivi della programmazione regionale. Circa i contenuti, il PAL deve definire gli obiettivi e i risultati che l'Azienda intende conseguire attraverso le azioni, i progetti e le attività da realizzare, nei limiti delle risorse disponibili e dei vincoli di pareggio di bilancio.

6.3 LIGURIA

Aziende e territorio

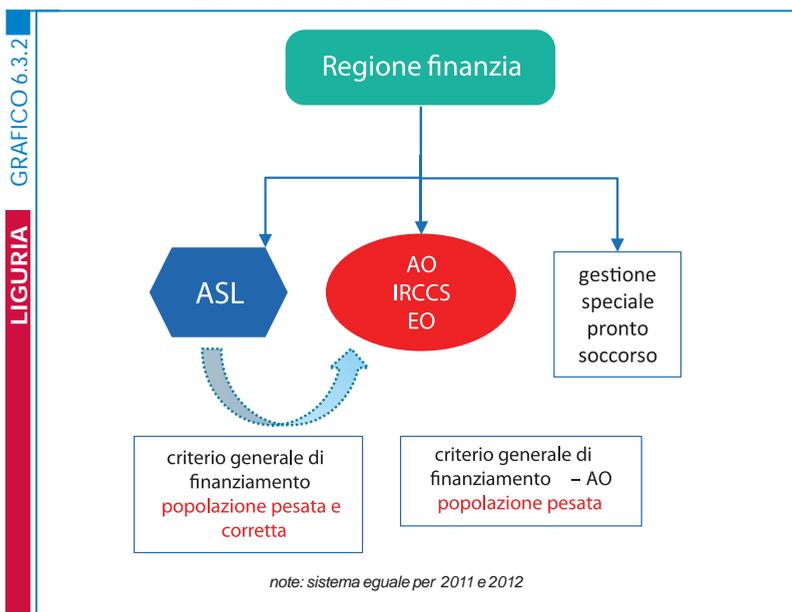
Il territorio ligure è caratterizzato da:

- 5 ASL
- 1 AOU⁵
- 1 IRCCS
- 2 Enti Ospedalieri

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



⁵ Nel periodo in esame si è concluso l'accorpamento dell'IRCCS IST.

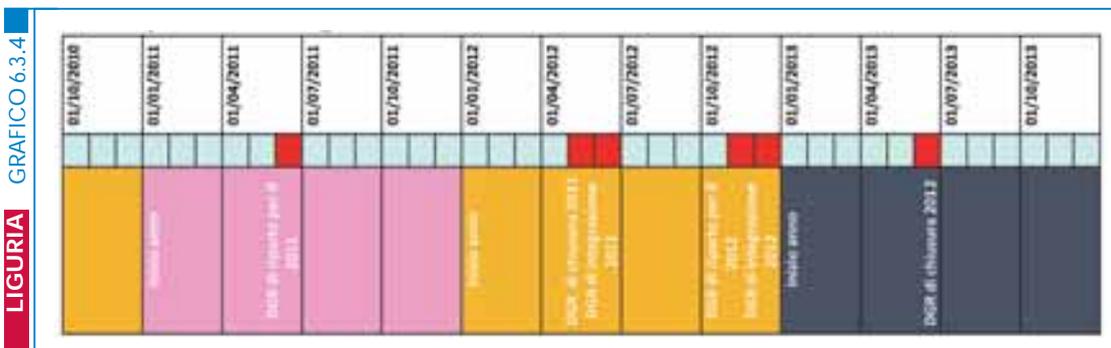
Tempistica associata alla approvazione del riparto

La delibera di riparto viene adottata per il 2011 nel primo semestre mentre nel 2012 nel secondo semestre dell'anno di competenza.

Basi Normative (con data di approvazione)

LIGURIA	GRAFICO 6.3.3	PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
		<ul style="list-style-type: none"> DGR 719/2011 (21.6.11) - riparto del fondo 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1521/2012 (14.12.12) - riparto del fondo
		<ul style="list-style-type: none"> DGR 695/2012 (15.6.12) - riparto rivostoe 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1681/2012 (28.12.12) - fondo sanitario aggiuntivo
		<ul style="list-style-type: none"> DGR 696/2012 (15.6.12) - integrazione aziende 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1734/2012 (28.12.12) - integrazione aziende
			<ul style="list-style-type: none"> DGR 500/2013 (7.5.12) - integrazione e chiusura

Tempi e Assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

La Regione è stata oggetto di un Piano di Rientro risoltosi in maniera positiva. L'adozione del PdR ha richiesto una decisa riorganizzazione dell'offerta, nonché un sostanziale blocco del *turn-over*.

Il finanziamento avviene principalmente via pro-capite (con popolazione pesata o meno, a seconda delle singole voci).

La ripartizione del finanziamento per livello di assistenza sia per il 2011 che per il 2012 è pari a:

- Assistenza collettiva: 5%
- Assistenza territoriale: 50%
- Assistenza ospedaliera: 45%

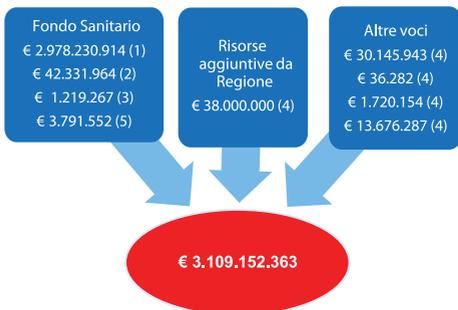
La Regione destina circa il 97% del fondo alle Aziende sia nel 2011 che nel 2012.

Risorse Finanziarie Complessive SSR (consuntivo)

GRAFICO 6.3.5

LIGURIA

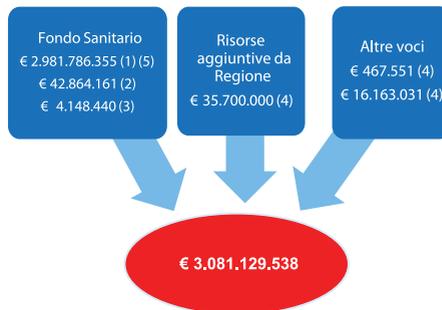
2011



La slide indica le fonti finanziarie e le risorse del SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (dicembre 2012), comprendendo le DGR e delibere CIPE

note: (1) delibera CIPE (15/2012) [finanziamento indistinto]; (2) delibera CIPE (16/2012) [obiettivi di piano]; (3) delibere CIPE (48/2012) [rapporto esclusività]; (4) DRG (719/2011) [payback, saldo positivo mobilità, IBMDR saldo e 2011]; (5) delibera CIPE 144/2012 [sanità penitenziaria]

2012



La slide indica le fonti finanziarie e le risorse del SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (maggio 2012), comprendendo le DGR e delibere CIPE

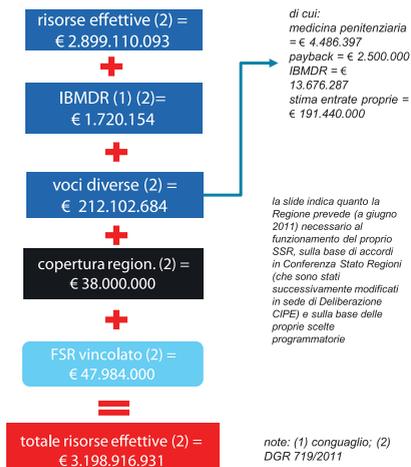
note: (1) delibera CIPE (141/2012) [finanziamento indistinto]; (2) delibera CIPE (142/2012) [obiettivi di piano]; (3) delibera CIPE (49/2013) [sanità penitenziaria]; (4) DRG (1521/2012); (5) delibera CIPE (65/2013) [finanziamento indistinto]

Finanziamento SSR nella programmazione

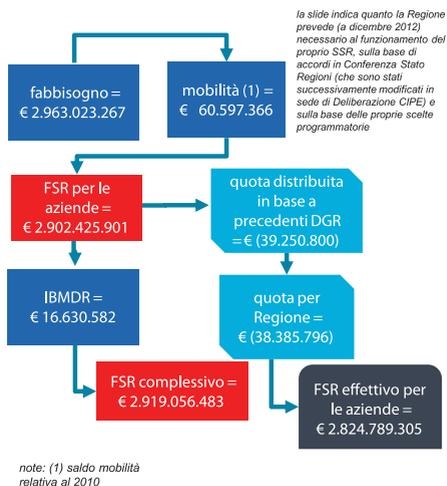
GRAFICO 6.3.6

LIGURIA

2011



2012



Criteria pesatura Funzioni (2011/2012) (a)

GRAFICO 6.3.7

LIGURIA

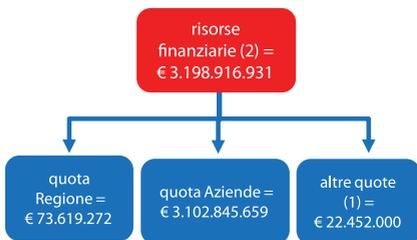
PREVENZIONE	TERRITORIALE-assistenza specialistica
<ul style="list-style-type: none"> popolazione residente non pesata 	<ul style="list-style-type: none"> popolazione pesata (AGENAS), corretta con saldo della mobilità (intra e extraregionale)
TERRITORIALE-MMG	TERRITORIALE-maggiorazione assistenza specialistica (esclusa laboratoristica)
<ul style="list-style-type: none"> popolazione residente > 14 anni 	<ul style="list-style-type: none"> (ASL) maggiorazione tariffaria nomenclatore del 25% (Gaslini) maggiorazione tariffaria nomenclatore del 40%
TERRITORIALE-PLS	TERRITORIALE-anziani
<ul style="list-style-type: none"> popolazione residente < 14 anni 	<ul style="list-style-type: none"> popolazione residente > 65 anni
TERRITORIALE-continuità assistenziale e 118	<ul style="list-style-type: none"> nel 2012 individuazione dei costi rilevati con mod. LA; (b) individuazione best performance (ASL con costi minori); (c) scostamento di ogni ASL da best performance; (d) individuazione della somma corrispondente al 15% dello scostamento; (e) attribuzione del finanziamento sulla base spesa 2010 ridotta degli importi di cui al punto (d); (f) ADI incremento del 5% rispetto costi mod. LA 2010
<ul style="list-style-type: none"> popolazione residente non pesata (95%) + popolazione residente pesata per indice di dispersione (5%), corretta per i costi dell'AO San Martino 	TERRITORIALE-altra assistenza
TERRITORIALE-farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> popolazione residente non pesata
<ul style="list-style-type: none"> costo obiettivo procapite calcolato su popolazione farmaceutica pesata sottratta della distribuzione diretta (H osp 2), ponderato per la popolazione residente pesata 	
OSPEDALIERA-costi fissi attività H	
<ul style="list-style-type: none"> (personale) spesa personale modello CE 2009 (AO) spesa personale modello CP 2009 (presidio H) 	
OSPEDALIERA-pronto soccorso	
<ul style="list-style-type: none"> numero accessi in base al codice individuazione % degli accessi codice verde in DEA e calcolo di una tariffa std. tariffa std.+280 € per ogni codice rosso tariffa std.+140 € per ogni codice giallo tariffa std.+100 € per ogni codice verde in pronto soccorsi con % RC codici verdi inferiori alla media regionale tariffa std.+quota variabile (max 99 €) per ogni codice verde in pronto soccorsi con % RC codici verdi superiori alla media regionale 	
OSPEDALIERA-attività H	
<ul style="list-style-type: none"> popolazione pesata (ospedaliera) corretta con saldo mobilità valorizzazione attività (diversi criteri) 	

Assegnazione FSR

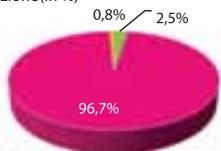
GRAFICO 6.3.8

LIGURIA

2011



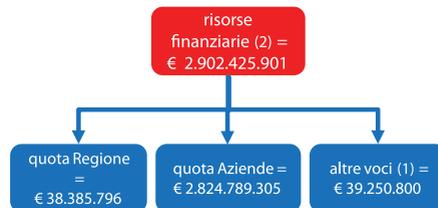
assegnazione(in %)



■ Regione ■ Aziende ■ altre quote

note: (1) costi extra budget a carico degli enti ospedalieri; (2) DGR di giugno 2011

2012



assegnazione(in %)



■ Regione ■ Aziende ■ altre

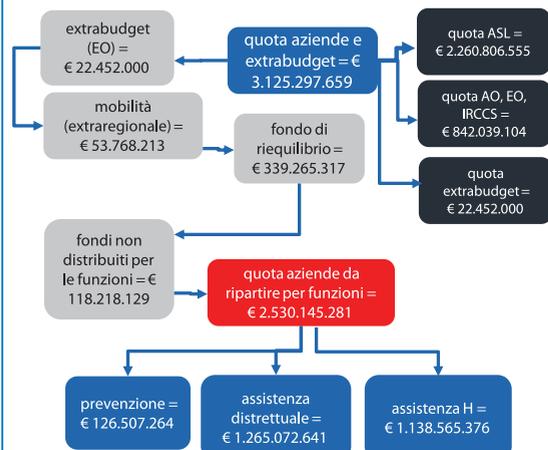
note: (1) spese già sostenute e definite da precedenti DGR; (2) DGR di giugno 2012

Assegnazione del FSR per funzioni ed enti

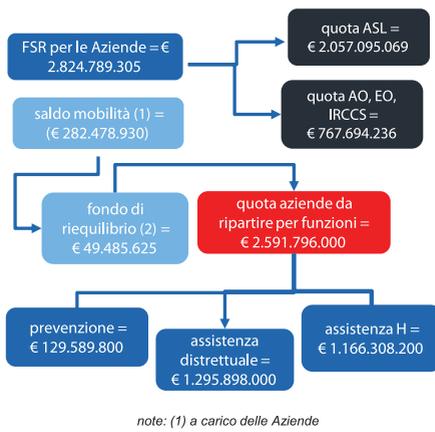
GRAFICO 6.3.9

LIGURIA

2011

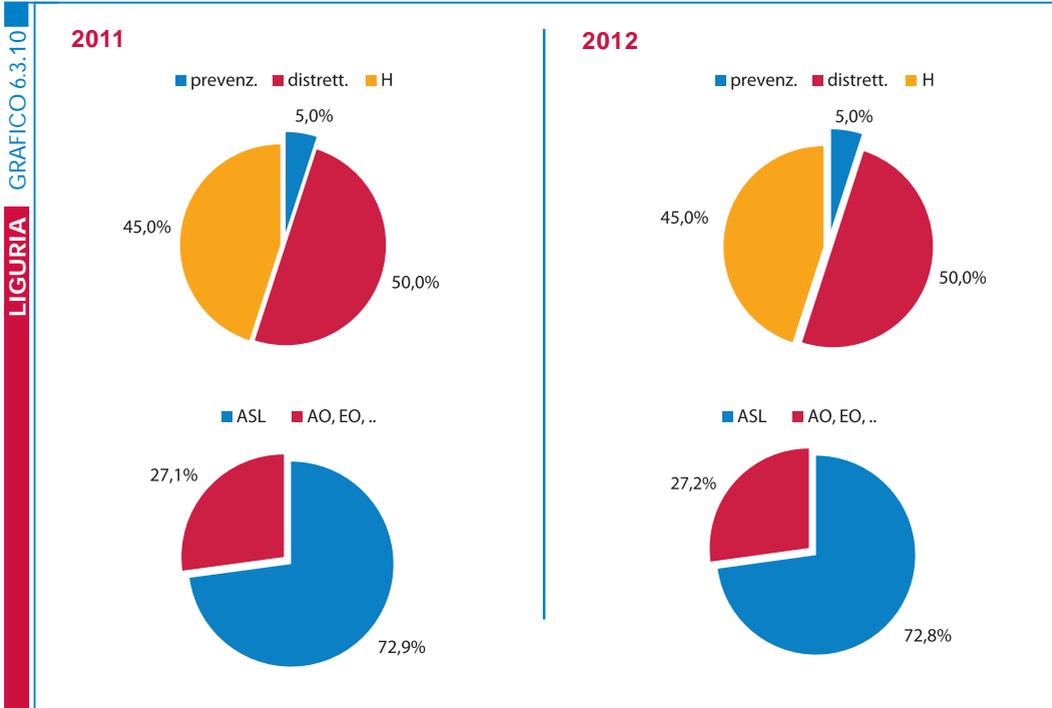


2012



note: (1) a carico delle Aziende

Assegnazione del FSR



Fondi assegnati alle Aziende 2011

LIGURIA GRAFICO 6.3.11

Azienda	Riparto iniziale FSR	FSR vincolato	Integrazione FSR indistinto	Integrazioni	Riparto effettivo FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASL 1	299.558.898	6.043.173	268.491	841.417	306.711.979	2,4%	-11.870.000	3,87%
ASL 2	469.383.231	7.959.692	504.078	1.803.859	479.650.860	2,2%	-25.446.000	5,31%
ASL 3	761.575.099	20.366.475	937.958	2.988.761	785.868.293	3,2%	-42.162.000	5,37%
ASL 4	208.936.504	4.334.629	264.068	947.937	214.483.138	2,7%	-13.372.000	6,23%
ASL 5	325.270.143	5.979.946	360.386	1.270.505	332.880.980	2,3%	-17.920.000	5,38%
AOU San Martino-IST	443.757.814	1.729.350	354.613	5.882.316	451.724.093	1,8%	-1.158.000	0,26%
EO Galliera	141.912.262	609.597	116.231	497.075	143.135.165	0,9%		
EO Evangelico	44.522.457	53.116	7.269	30.094	44.612.936	0,2%		
Gaslini	132.294.567	699.055	205.568	904.224	134.103.414	1,4%	-12.756.000	9,51%
Totale	2.827.210.975	47.775.033	3.018.662	15.166.188	2.893.170.858	2,3%	-124.684.000	4,31%

Fondi assegnati alle Aziende 2012

GRAFICO 6.3.12

LIGURIA

Azienda	Riparto iniziale FSR	FSR vincolato	Integrazione FSR indistinto	Integrazioni	Riparto effettivo FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASL 1	304.052.281	7.642.782	567.959	1.194.912	313.457.934	3,1%	-926.000	0,30%
ASL 2	473.372.988	8.789.003	884.242	3.279.033	486.325.266	2,7%	-2.106.000	0,43%
ASL 3	742.535.722	22.834.372	1.387.030	20.320.508	787.077.632	6,0%	-14.717.000	1,87%
ASL 4	208.936.504	5.035.327	390.286	3.448.911	217.811.028	4,2%	-2.580.000	1,18%
ASL 5	328.197.574	6.813.144	613.061	3.283.782	338.907.561	3,3%	-2.124.000	0,63%
AOU San Martino-IST	444.201.572	260.000	829.752		445.291.324	0,2%	-1.000	0,00%
EO Galliera	144.750.507	470.216	270.389	8.530.344	154.021.456	6,4%		
EO Evangelico	46.447.590	43.776	86.762	314.507	46.892.635	1,0%		
Gaslini	132.294.567	552.936	247.121	10.233.003	143.327.627	8,3%	-6.955.000	4,85%
Totale	2.824.789.305	52.441.556	5.276.602	50.605.000	2.933.112.463	3,8%	-29.409.000	1,00%

note: DGR 1478/2012 (Farmaci rari). DGR 1521/2012 (Ripartizione fondo), DGR 1681/2012 (Ulteriore integrazione), DGR 1734/2012 (Integrazione). DGR 500/2013 (Chiusura bilanci 2012)

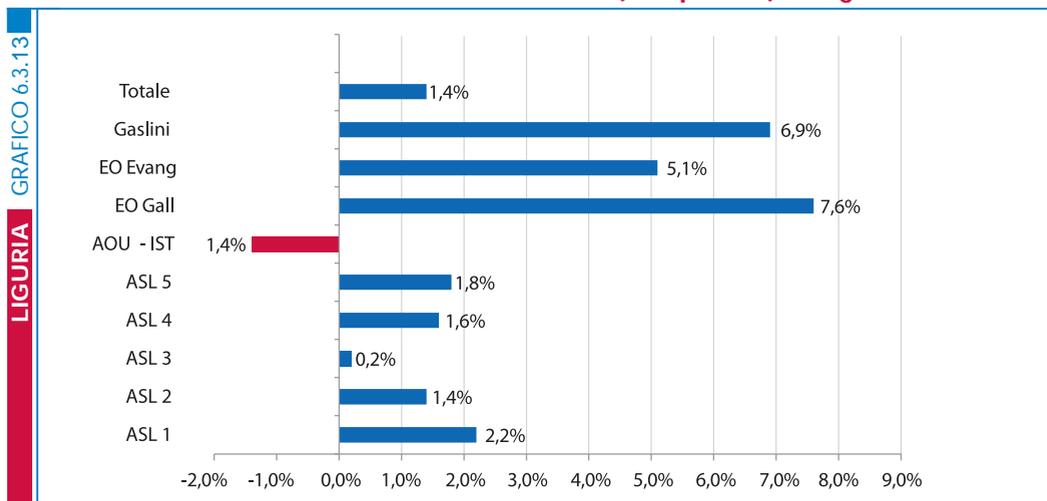
Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati**Scelte strategiche**

GRAFICO 6.3.14

LIGURIA

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
Finanziamento indistinto	3.555.441	0,12%
Trattenuto Regione	-35.233.476	-47,86%
Assegnato Aziende	-278.056.354	-8,96%
Integrazione Regione	-2.300.000	-6,05%
Quota ripartita per funzioni	61.650.719	2,44%
Fondo riequilibrio	-289.779.692	-85,41%

Differenze nei criteri di distribuzione fra 2011 e 2012

LIGURIA

- **SPESA FARMACEUTICA (TERRITORIALE)**
 - spesa farmaceutica (territoriale)
- **SPESA ASSISTENZA SPECIALISTICA (esclusa laboratoristica) (maggiorazione) (territoriale) (applicato solo per il 2011)**
- **SPESA PER ANZIANI (TERRITORIALE)**
 - presente nel 2011
 - dal 2012 costituita la voce "area sociosanitaria (anziani, disabili, dipendenze, psichiatria, ADI, consultori)"
- **SPESA OSPEDALIERA**
 - voci "costi fissi"

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Annualmente, gli obiettivi delle Aziende sono concordati con l'Assessorato che identifica, nelle delibere di ripartizione del fondo, sia le modalità di ripartizione, sia i risultati da raggiungere.

6.4 LOMBARDIA

Aziende e territorio

Nel Sistema Sanitario Regionale, i ricoveri e le prestazioni ambulatoriali (visite ed esami diagnostici) vengono erogati dalle Aziende Ospedaliere pubbliche e da numerose strutture private accreditate, in modo da garantire la maggior libertà di scelta possibile ai cittadini. L'offerta di servizi è, pertanto, molto ampia e diffusa sul territorio.

La Lombardia è caratterizzata da una capillare rete di Aziende sanitarie e ospedaliere e il SSR segue un modello di ASL finanziatrice. Nella fattispecie si contano su tutto il territorio regionale:

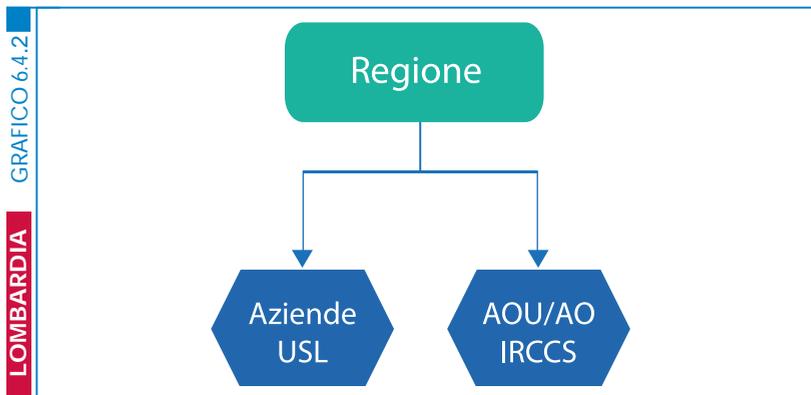
- 15 ASL
- 29 AO
- 4 IRCCS
- 1 AREU (Azienda dell'emergenza)

Attori del Sistema Sanitario Regionale

GRAFICO 6.4.1

LOMBARDIA



Modello di finanziamento delle Aziende**Tempistica associata alla approvazione del riparto**

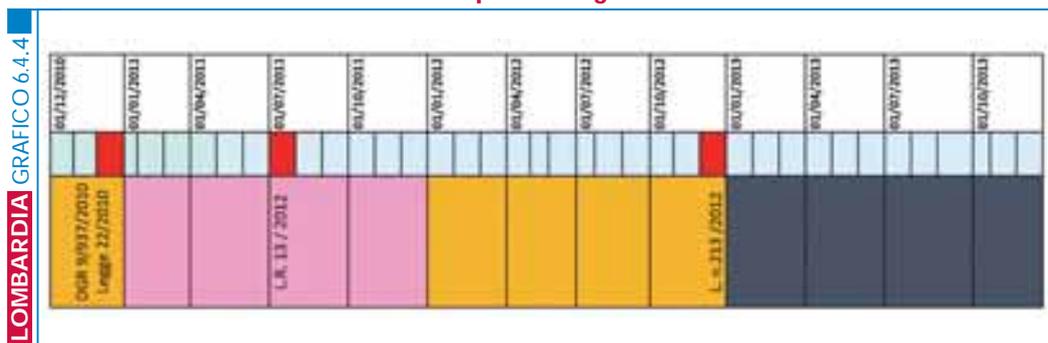
La definizione delle risorse in Lombardia avviene con Delibera della Giunta Regionale al termine dell'anno precedente di competenza.

Basi Normative (con data di approvazione)

GRAFICO 6.4.3

LOMBARDIA

PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
<ul style="list-style-type: none"> DGR 9/937 2010 (1.12.10) <ul style="list-style-type: none"> - Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 	<ul style="list-style-type: none"> L. n.213 /2012 (7.12.12) <ul style="list-style-type: none"> - Relazione sulla gestione della Regione Lombardia nell'esercizio 2012 (cortei dei conti)
<ul style="list-style-type: none"> Legge 22/2010 (28.12.2010) <ul style="list-style-type: none"> - Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 	<ul style="list-style-type: none"> DGR IX/2633 (6.12.2011) <ul style="list-style-type: none"> - determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012
<ul style="list-style-type: none"> Legge regionale 13/2012 (18.07.12) <ul style="list-style-type: none"> - Rendiconto generale per l'esercizio finanziario 2011 	

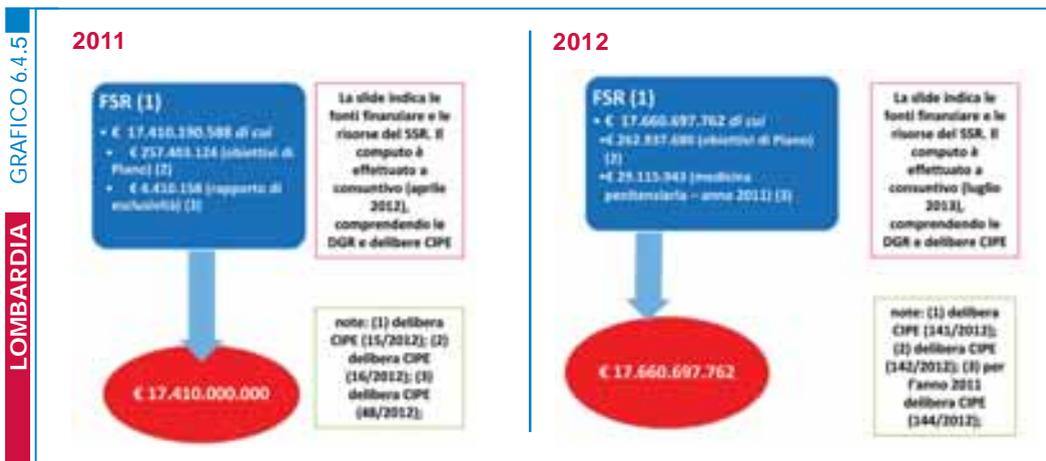
Tempi e Assegnazioni

Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

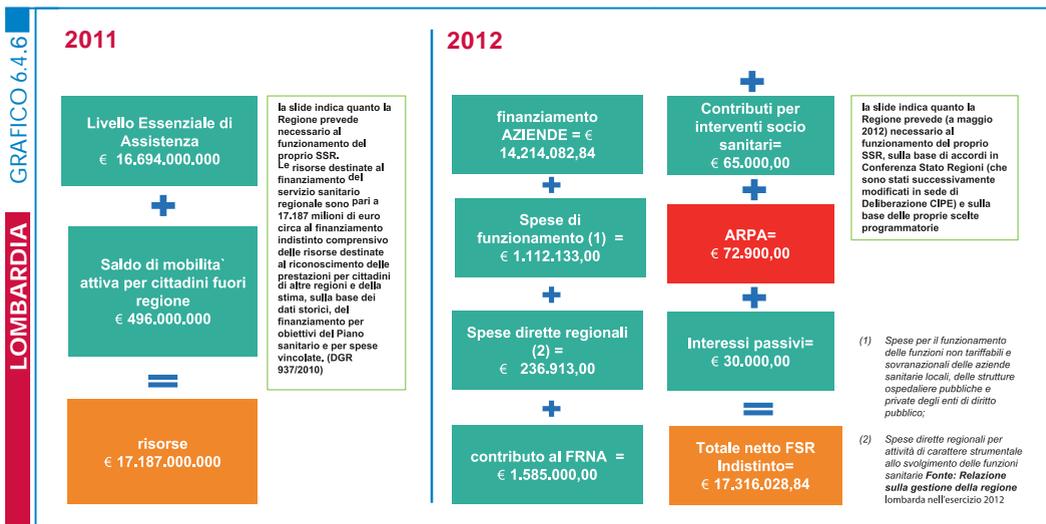
La Regione Lombardia ha approvato con Delibera del Consiglio Regionale il PSSR quale strumento di programmazione e definizione degli indirizzi sanitari regionali.

Al fine di ridurre i tempi di pagamento dei fornitori, la Regione, avvalendosi della collaborazione di Finlombarda⁶, ha istituito con DGR 4680/2007 il Fondo Socio Sanitario che viene utilizzato per effettuare il pagamento della maggior parte di beni e servizi acquisiti dalle Aziende Sanitarie.

Risorse finanziarie complessive SSR (consuntivo)



Finanziamento SSR nella programmazione

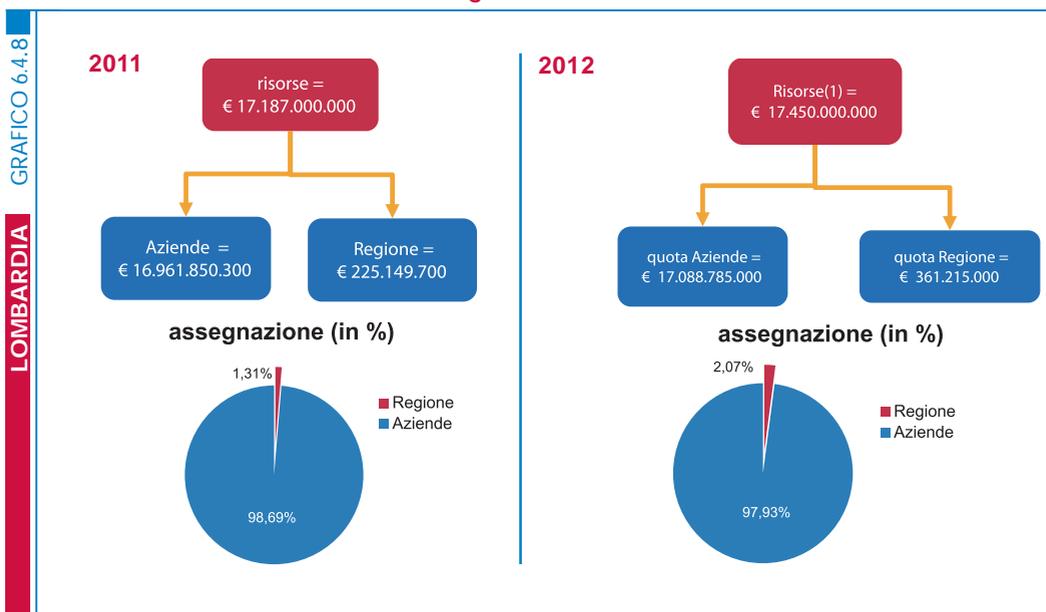


⁶ Società controllata dalla Regione, che opera *in house*.

Criteria pesatura Funzioni

2011		2012	
LOMBARDIA	PREVENZIONE COLLETTIVA	PREVENZIONE COLLETTIVA – 5,5%	
	• Popolazione non pesata	• Popolazione non pesata	
	TERRITORIALE -medicina di base	TERRITORIALE – 51%	
	• Popolazione non pesata	• Popolazione non pesata	
	TERRITORIALE-Farmaceutica	TERRITORIALE - Farmaceutica	
	• Tetto imposto sul fabbisogno complessivo	• Tetto imposto sul fabbisogno complessivo	
	TERRITORIALE-specialistica	TERRITORIALE - specialistica	
• popolazione pesata	• popolazione pesata		
OSPEDALIERA	TERRITORIALE – medicina di base		
• 50% Popolazione non pesata	• Popolazione non pesata		
• 50% Popolazione pesata	OSPEDALIERA – 43,5%		
	• 50% Popolazione non pesata		
	• 50% Popolazione pesata		

Nel riparto del FSN alle regioni il livello "prevenzione" rappresenta il 5% del fondo, ed il criterio di riparto è costituito dalla popolazione non pesata. Il livello "distrettuale" corrisponde al 51% del FSN ed è a sua volta composto da quattro sottolivelli: la medicina di base (7%), ripartita a popolazione grezza; la farmaceutica, la cui quota (13,5%) è tolta direttamente dal totale complessivo; la specialistica (13,3%), ripartita a popolazione pesata, dove i pesi per età sono calcolati a partire dalla distribuzione dei consumi di prestazioni ambulatoriali riscontrati a livello nazionale; la medicina territoriale (17,13%), ripartita a popolazione grezza. Il livello di assistenza "ospedaliera" rappresenta il 44% del fondo: metà di questa quota (22%) è ripartita a popolazione grezza e metà (22%) a popolazione pesata, dove i pesi per età sono calcolati a partire dalla distribuzione dei ricoveri riscontrati a livello nazionale.

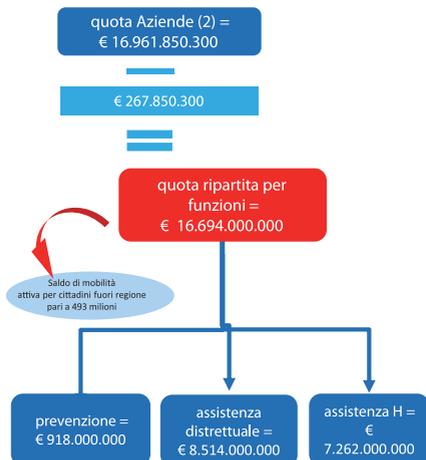
Assegnazione risorse

Assegnazione risorse per funzioni ed enti

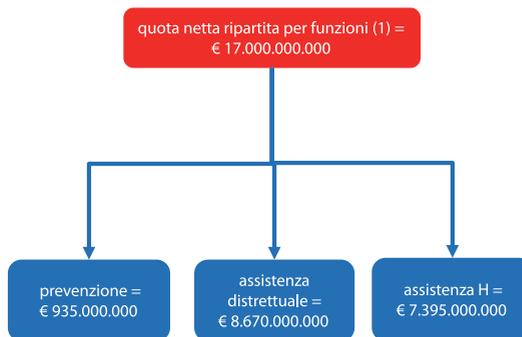
GRAFICO 6.4.9

LOMBARDIA

2011



2012



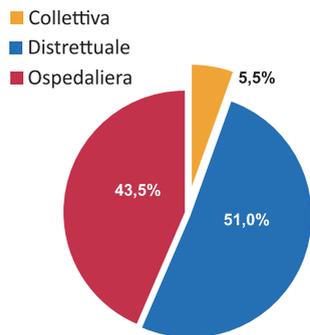
note: (1) DGR 2633/2011

Assegnazione del FSR per funzione

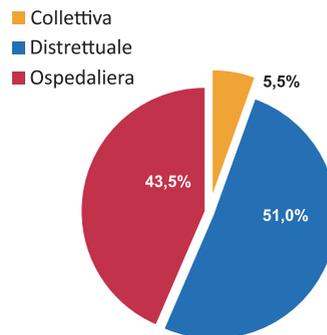
GRAFICO 6.4.10

LOMBARDIA

2011



2012



Scelte strategiche

GRAFICO 6.4.11

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR indistinto	250.507.174	1,4%
Quota trattenuta dalla Regione	136.065.300	60,4%
Quota assegnata alle Aziende	126.934.700	0,7%
Quota iniziale ripartita per funzioni	306.000.000	1,8%

LOMBARDIA

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

La Lombardia (ma questo vale in generale per le Regioni che gestiscono direttamente una quota del finanziamento del Servizio Sanitario) ha attivato la Gestione Sanitaria Accentrata quale centro di responsabilità cui compete la tenuta di una contabilità economico-patrimoniale.

Per quanto riguarda la ripartizione per livello di assistenza si individuano, sia per il 2011 che per il 2012, le seguenti quote:

- Assistenza collettiva: 5,5%
- Assistenza territoriale: 51%
- Assistenza ospedaliera: 43,5%.

La Regione nel 2011 e nel 2012 ha destinato circa il 98% del Fondo alle Aziende

Dal 2011 gli interventi sulle risorse hanno indotto i responsabili regionali a focalizzare l'attenzione su due principali fabbisogni del sistema regionale: l'integrazione tra aziende e l'innovazione nei processi tecnico sanitario amministrativi, ponendo come attori principali i portatori di interesse (DGR n. 2633/2011).

6.5 PA DI BOLZANO

Aziende e territorio

Il modello altoatesino prevede l'Azienda Sanitaria Unica articolata in 4 comprensori sanitari, che erogano e producono beni e servizi verso i cittadini, e ripartizioni che offrono i servizi di supporto alla produzione/erogazione di beni e servizi.

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

Le norme di riparto del Fondo, stabilito mediante il bilancio di previsione regionale per gli anni 2011-2012, è stato pubblicato nel dicembre dell'anno precedente rispetto a quello di competenza.

Basi Normative (con data di approvazione)

GRAFICO 6.5.3

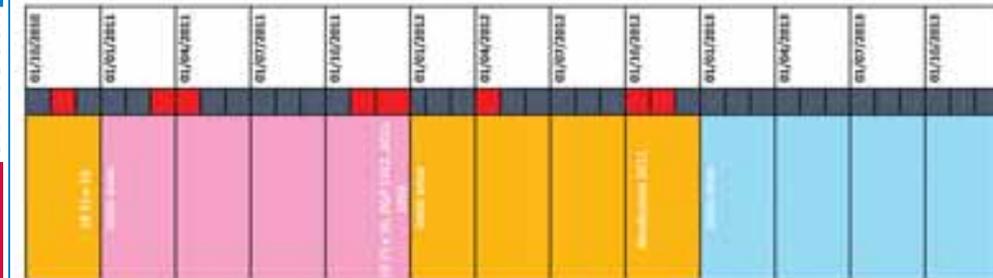
PA di BOLZANO

PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
<ul style="list-style-type: none"> • LP 15/10 (23.12.10) - finanziaria 2011 	<ul style="list-style-type: none"> • LP 15/2011 (21.12.11) - finanziaria 2012
<ul style="list-style-type: none"> • LP 16/10 (23.12.10) - bilancio di previsione 2011 	<ul style="list-style-type: none"> • LP 16/2011 (21.12.11) - bilancio previsione 2012
<ul style="list-style-type: none"> • LP 18/12 (11.10.12) - rendiconto 2011 	<ul style="list-style-type: none"> • DGP 1912/12 (17.12.12) - finanziamento aggiuntivo AS
	<ul style="list-style-type: none"> • DGP 2012/12 (27.12.12) - assegnazione fondi AS
	<ul style="list-style-type: none"> • DGP 2016/12 (27.12.12) - spending review
	<ul style="list-style-type: none"> • DGP 2015/12 (27.12.12) - fondi per la formazione

Tempi e Assegnazioni

GRAFICO 6.5.4

PA di BOLZANO



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

La provincia di Bolzano ha investito quote superiori rispetto al riparto CIPE. In Alto Adige la ASL gestisce anche una parte del Fondo per la non autosufficienza e le dipendenze. Nel 2011 è stato destinato alla Azienda il 93,9% del Fondo indistinto, mentre nel 2012 la quota risulta essere superiore al 99%.

Risorse Finanziarie Complessive SSR (consuntivo)

GRAFICO 6.5.5

PA di BOLZANO

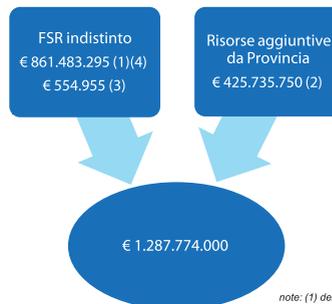
2011



La slide indica le fonti finanziarie e le risorse del SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (dicembre 2012), comprendendo le DGR e delibere CIPE

note: (1) delibera CIPE (15/2012); (2) delibera CIPE 144/2012. La quota attribuita è presunta in quanto la delibera stanziava un importo complessivo per le due provincie autonome. Tale importo viene ripartito al 50%; (3) computato come differenza fra totale entrate e fabbisogno del SSP a fine periodo;

2012



La slide indica le fonti finanziarie e le risorse del SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (dicembre 2012), comprendendo le DGR e delibere CIPE

note: (1) delibera CIPE (141/2012); (2) computato come differenza fra totale entrate e fabbisogno del SSP a fine periodo; (3) delibera CIPE (49/2013) [sanità penitenziaria]. Somma accantonata per la Regione Trentino Alto Adige in attesa che vengano adottati i regolamenti di attuazione. Si è adottato un computo di ripartizione al 50%; (4) delibera CIPE (65/2013)

Finanziamento SSP nella programmazione

GRAFICO 6.5.6

PA di BOLZANO

2011

fondo sanitario provinciale (1) = €
1.171.989.026

la slide indica quanto la Provincia prevede (a dicembre 2010) necessario al funzionamento del proprio SSR, sulla base di accordi in Conferenza Stato Regioni (che sono stati successivamente modificati in sede di Deliberazione CIPE) e sulla base delle proprie scelte programmatiche

note: (1) LR 16/2010 comprende anche la spesa per investimenti

2012

fondo sanitario provinciale (1) (2) (3) =
€ 1.171.989.026

la slide indica quanto la Provincia prevede (a dicembre 2011) necessario al funzionamento del proprio SSR, sulla base di accordi in Conferenza Stato Regioni (che sono stati successivamente modificati in sede di Deliberazione CIPE) e sulla base delle proprie scelte programmatiche

note: (1) LP 16/2011; (2) il fondo prevede la spesa in c/capitale per €70.770.000 e in c/corrente per €1.101.219.026; (3) l'importo complessivo per il 2012 è esattamente eguale a quello del 2011, mentre c'è una riduzione della spesa per investimenti e una crescita della spesa corrente

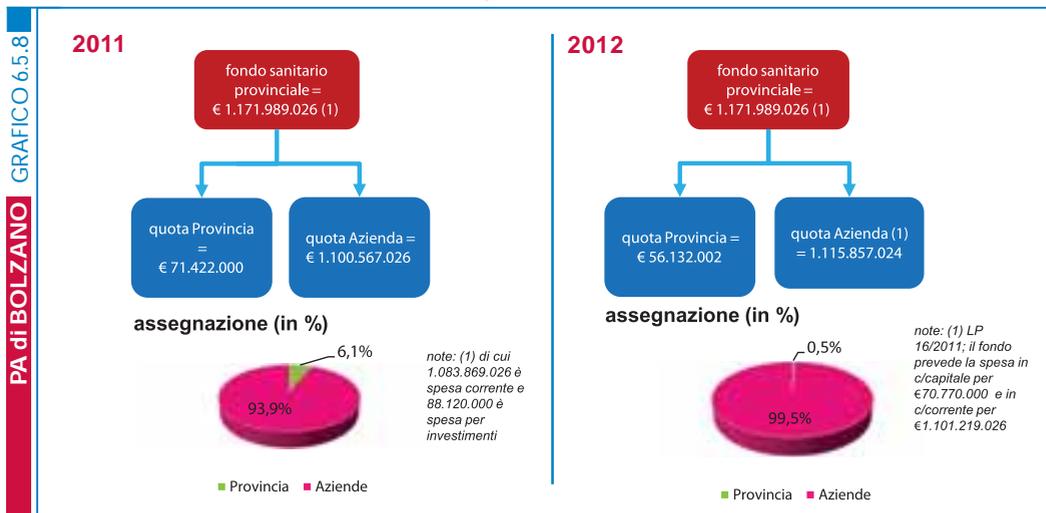
Criteri pesatura 2011-2012

GRAFICO 6.5.7

il criterio è volto a garantire i livelli essenziali di assistenza, distintamente per la parte corrente e per la parte in conto capitale

PA di BOLZANO

Assegnazione Fondi



Fondi assegnati 2011

GRAFICO 6.5.9

Azienda	Riparto iniziale FSR (1)	Integrazioni (3)	Riparto finale FSR (2)	Incidenza dell'integrazione su totale entrate (%)	Quota riparto iniziale FSR	Integrazioni	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASAA	1.100.567.026	128.877.974	1.229.445.000	10,5%	89,5%	10,5%	11,71%	-2.613.000	0,21%
Provincia	71.422.000	-13.093.000	58.329.000		100,0%	-22,4%			
Totale	1.171.989.026	115.784.974	1.287.774.000	9,0%	91,0%	9,0%			

note: (1) LR 16/2010; (2) Relazione sanitaria 2011; (3) calcolato come differenza fra la quota iniziale e la quota finale
il ripiano viene calcolato come quota integrativa del FSR attribuita alla ASAA

PA di BOLZANO

Fondi assegnati 2012

GRAFICO 6.5.10

Azienda	Riparto iniziale FSR (1)	Integrazioni (3)	Riparto finale FSR (2)	Incidenza dell'integrazione su totale entrate (%)	Quota riparto iniziale FSR	Integrazioni	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASAA	1.115.857.024	113.587.976	1.229.445.000	9,2%	90,8%	9,2%	10,18%	-4.078.000	0,33%
Provincia	56.132.002	2.196.998	58.329.000		96,2%	3,8%			
Totale	1.171.989.026	115.784.974	1.287.774.000	9,0%	91,0%	9,0%			

note: (1) LR 16/2011; (2) Relazione sanitaria 2012; (3) calcolato come differenza fra la quota iniziale e la quota finale
il ripiano viene calcolato come quota integrativa del Fondo sanitario attribuita alla ASAA

PA di BOLZANO

Scelte strategiche

GRAFICO 6.5.11

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
Finanziamento indistinto	11.710.495	1,4%
quota finanziata dalla Regione	0	0,0%
quota trattenuta dalla Regione	-15.289.998	-21,4%
quota erogata all'ASAA	15.289.998	1,4%

PA di BOLZANO**Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari**

Obiettivo dell'Azienda è il mantenimento dell'attuale standard quali quantitativo dell'offerta. Questo implica un modello per cui i miglioramenti dell'efficienza e dell'efficacia delle attività dell'Azienda possono implicare anche ulteriori finanziamenti a carico della Provincia.

Essendo azienda unica i meccanismi di trasmissione delle indicazioni politiche e tecniche sono immediate e rapide.

6.6 PA DI TRENTO**Azienda e territorio**

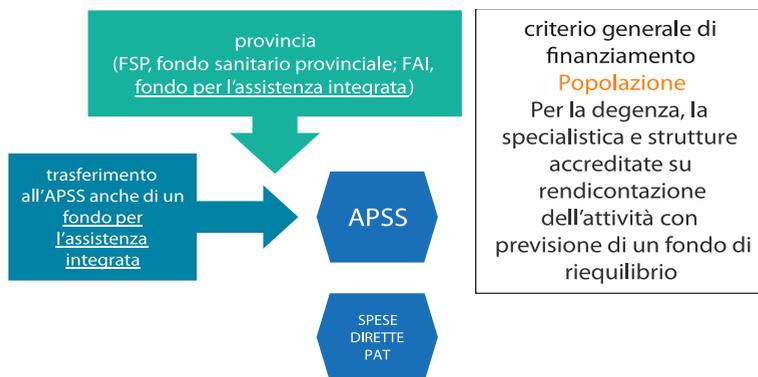
In Trentino opera l'Azienda per i Servizi Socio Sanitari articolata in 4 distretti.

Attori del Sistema Sanitario Regionale

Modello di finanziamento delle Aziende

GRAFICO 6.6.2

PA di TRENTO



Tempistica associata alla approvazione del riparto

Le norme di riparto del Fondo per gli anni 2011-2012 sono definite con Delibera di Giunta Provinciale prima della chiusura dell'anno precedente rispetto a quello di competenza.

Basi normative (con data di approvazione)

GRAFICO 6.6.3

PA di TRENTO

PER L'ANNO 2011

- DGP 2690/10 (26.11.10)
- riparto del fondo
- DGP 542/11 (25.3.11)
- integrazione
- DGP 755/11 (15.4.11)
- integrazione
- DGP 2917/11 (23.12.11)
- chiusura 2011

PER L'ANNO 2012

- DGP 2754/11 (14.12.11)
- riparto del fondo
- DGP 663/12 (5.4.12)
- integrazione
- DGP 2138/12 (5.10.12)
- integrazione
- DGP 2619/12 (30.11.12)
- integrazione

Tempi e Assegnazioni

GRAFICO 6.6.4

PA di TRENTO

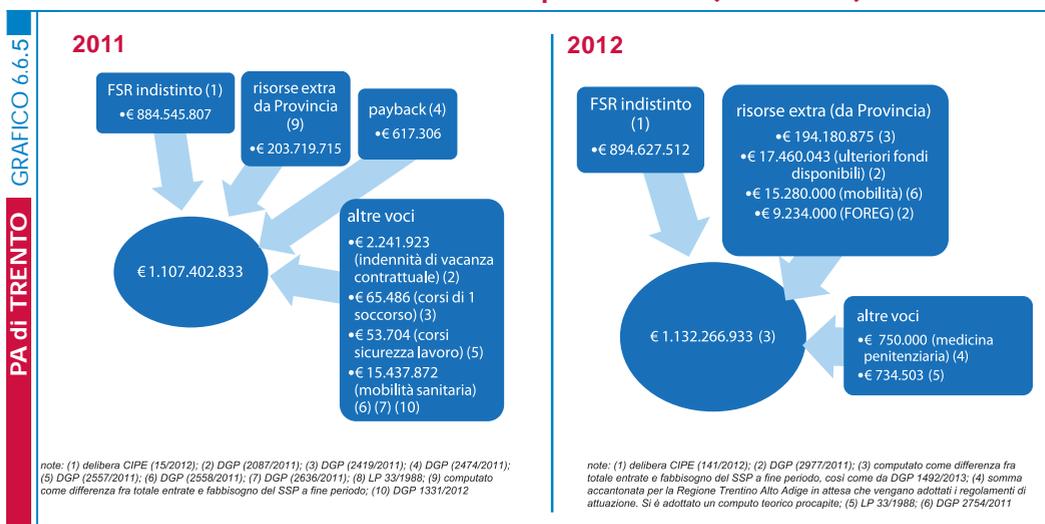
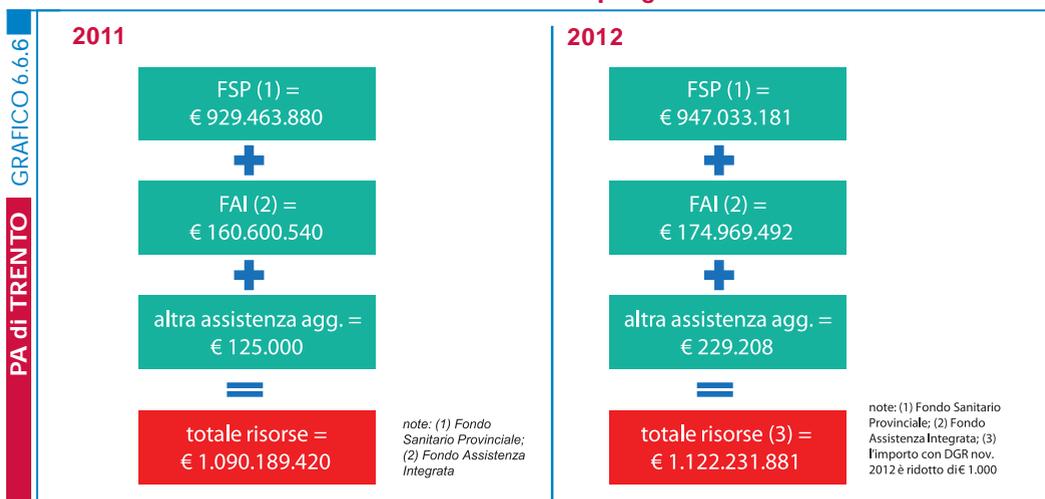


Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

La P.A. di Trento destina oltre il 99% del fondo alle ASL sia nel 2011 che nel 2012. In questo caso la provincia contribuisce, avvalendosi della sua autonomia, al finanziamento dell'Azienda. In virtù della sua attività sia di carattere sanitario che di carattere sociale, l'Azienda riceve fondi finanziari rientranti nel Fondo sanitario e nel Fondo sociale; il contributo della Provincia è pari a circa al 20% del fondo.

La Provincia non prevede per entrambi gli anni di riferimento la quota destinata alla funzione di prevenzione e destina alle altre funzioni rispettivamente il:

- Assistenza territoriale: 54,8% nel 2011 e 55,1% nel 2012
- Assistenza ospedaliera: 55,2% nel 2011 e 44,9% nel 2012.

Risorse Finanziarie Complessive SSR (consuntivo)**Finanziamento SSP nella programmazione**

Criteri pesatura 2011-2012

GRAFICO 6.6.7

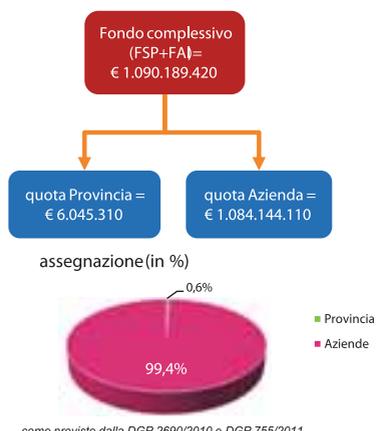
"il criterio è volto a garantire i livelli essenziali di assistenza, distintamente per la parte corrente e per la parte in conto capitale"

PA di TRENTO

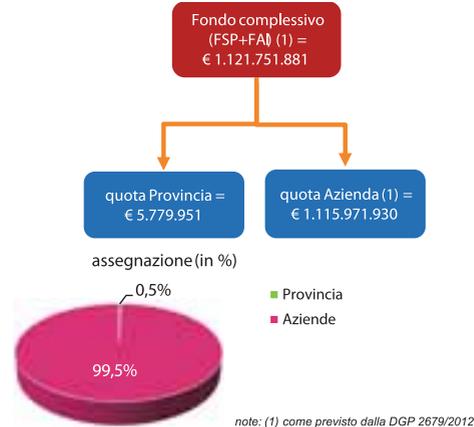
Assegnazione Fondi

GRAFICO 6.6.8

2011



2012

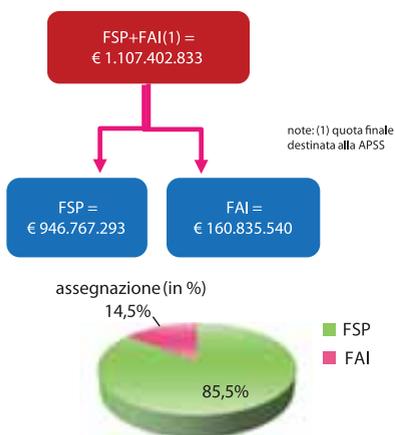


PA di TRENTO

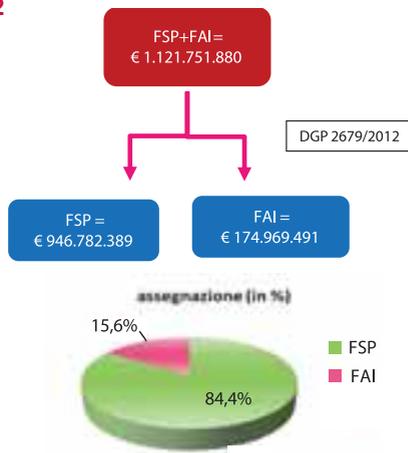
Ripartizione finale Fondi per macrofunzioni

GRAFICO 6.6.9

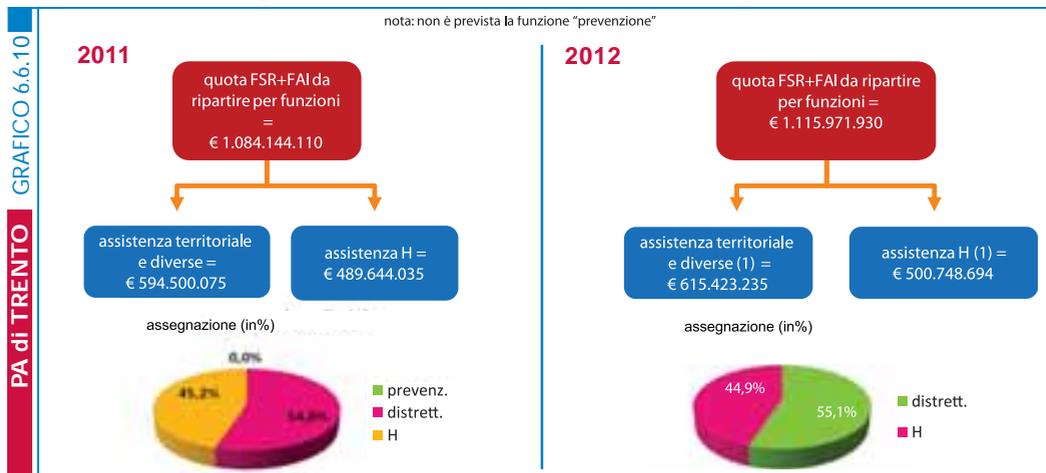
2011



2012



PA di TRENTO

Assegnazione iniziale dei Fondi classificati per funzioni**Fondi assegnati 2011**

Azienda	Riparto iniziale FSR	Integrazioni (ass. H conv.)	Integrazioni	Riparto finale FSR	Diff. Importo iniziale effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
APSS	1.084.144.110	1.000.000	18.628.583	1.103.772.693	1,81%	98.000	-0,01%
Provincia	6.045.310		-2.415.170	3.630.140			
Totale	1.090.189.420	1.000.000	16.213.413	1.107.402.833			

PA di TRENTO**Fondi assegnati 2012**

Azienda	Riparto iniziale FSR	Integrazione (ass. H conv.)	Integrazioni	Riparto finale FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
APSS	1.116.171.930	800.000	-1.000.000	1.115.971.930	-0,02%	63.000	-0,01%
Provincia	6.059.951		-280.000	5.779.951			
Totale	1.122.231.881	800.000	-1.280.000	1.121.751.881			

PA di TRENTO**Scelte strategiche**

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSP+FAI (APSS)	+14.349.048	+1,3%
FSP	15.096	+0,0%
FAI	14.133.951	+8,8%
Quota FSP (delibera CIPE)	+10.126.705	+1,1%

PA di TRENTO

6.7 VENETO

Aziende e territorio

La Regione assicura tramite le ULSS, 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 prestazioni dalle Aziende Ospedaliere o da istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata accreditata, alle quali vengono corrisposte delle tariffe sulla base dell'apposito sistema tariffario regionale.

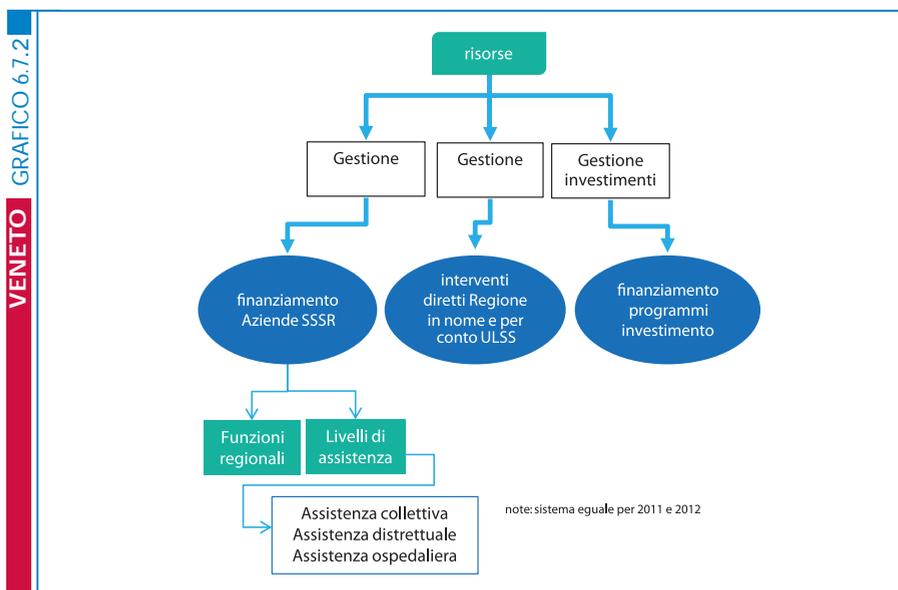
Attualmente il Sistema Sanitario Regionale è composto da:

- 22 Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS)
- 2 Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU)
- 1 IRCSS (IOV).

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di Finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

L'approvazione della normativa di riparto avviene (sia nel 2011 che nel 2012) durante il 2° semestre dell'anno; qualificandosi anche in questo caso come modello di programmazione che sconta un finanziamento di fatto basato sulla spesa storica.

Basi normative (con data approvazione)

PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
<ul style="list-style-type: none"> DGR 951/2011 (5.07.11) riparto del fondo 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 2038/2012 (8.10.12) - riparto del fondo
<ul style="list-style-type: none"> DGR 2496/2011 (29.12.11) - riparto Fondo Regionale per la non Autosufficienza 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 2618/2012 (18.12.12) - fondo per il finanziamento degli investimenti
<ul style="list-style-type: none"> DGR 557/2012 (3.4.12) - precisazioni alla DGR 951/2011 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 2952/2012 (28.12.12) - riparto delle rimanenti risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza
<ul style="list-style-type: none"> DGR 2728/2012 (24.12.12) - ripiano perdite 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1427/2013 (6.8.13) - bilancio consolidato

Tempi e Assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

In Veneto le ASL gestiscono anche una parte del sociale attraverso il Fondo per la Non Autosufficienza e le Dipendenze. Le risorse appartenenti al Fondo vengono assegnate con vincolo di destinazione alle aziende ULSS competenti territorialmente e gestite con contabilità separata.

Il riparto del fondo regionale per la non autosufficienza è definito con provvedimento della Giunta Regionale, previo parere della competente commissione consiliare.

La Regione svolge le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e coordinamento nei confronti delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende attraverso il 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.

La Regione destina oltre il 96% del fondo alle ASL sia nel 2011 che nel 2012. Il riparto tra le Aziende Sanitarie avviene in base ad un criterio misto popolazione assoluta/popolazione pesata (specificati nella delibera di riparto). La ripartizione per funzioni rispecchia i parametri nazionali.

Il modello logico di riparto ha subito una variazione tra il 2011 ed il 2012. Viene reintrodotta il doppio canale di finanziamento: (a) gestione corrente e (b) gestione degli investimenti. Per questo motivo, all'interno della gestione accentrata, viene ricavato un apposito fondo alimentato da una quota parte delle risorse LEA e dedicato al finanziamento degli investimenti del SSSR integrando, quindi, le ulteriori risorse in conto capitale aventi diversa natura.

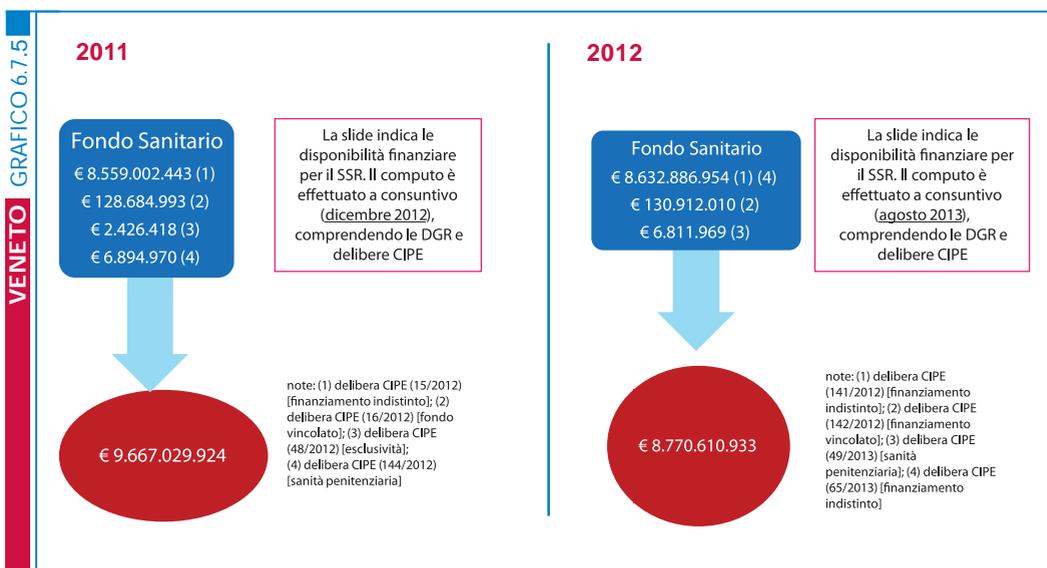
L'ammontare delle risorse erogato in relazione al raggiungimento degli obiettivi è calcolato sul totale assegnato ai Livelli Essenziali di Assistenza a esclusione dei livelli socio-sanitari (fondo per la non autosufficienza e le dipendenze).

Depurato dal fondo indistinto sono presenti nel 2011 il:

- Fondo Regionale per le Attività Trasfusionali (F.R.A.T.)
- Fondo integrativo per funzioni ospedaliere provinciali
- Fondo farmaci oncologici
- Fondo sviluppo assistenza primaria
- Fondo per il finanziamento ed investimenti

Nel 2012 sono indicate solo le risorse assegnate al F.R.A.T (Fondo Regionale per le Attività Trasfusionali).

Risorse Finanziarie Complessive per il SSR (consuntivo)

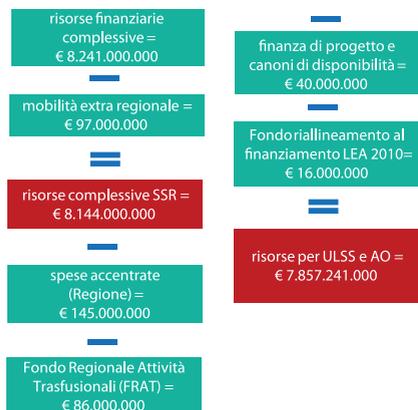


Finanziamento SSR nella programmazione

VENETO

GRAFICO 6.7.6

2011



2012



note: (1) quota oggetto di un successivo provvedimento (DGR n. 2952/2012) ancora non sono state ripartite alle Aziende le somme per tale fondo

Criteri pesatura funzioni 2011-2012

VENETO

GRAFICO 6.7.7

ASSISTENZA COLLETTIVA

- popolazione residente non pesata (al 31.12.2010)

TERRITORIALE-Farmaceutica

- consumo procapite std. €147,00 e140,00 calcolato pop. residente "pesata" per classi di età

TERRITORIALE-Specialistica ambulatoriale (esclusa la diagnostica preventiva)

- consumo pro-capite std. €160,00 calcolato pop. residente "pesata" per classi di età
- Nel 2012 consumo pro-capite standard pari a euro 30,00 relativamente all'attività di laboratorio
- Nel 2012 consumo pro-capite standard complessivo calcolato sulla popolazione residente al 31.12.2011 "pesata" per classi di età

TERRITORIALE-Fondo per la non autosufficienza

- storico e popolazione

TERRITORIALE-Specificità anziani

- dipendenza strutturale degli anziani (peso relativo 75%)
- densità (peso relativo 25%)

OSPEDALIERA-Assegnazione a funzioni

- copertura dei costi derivanti dai percorsi di formazione universitaria delle facoltà di medicina (per AO)
- conclusione start up aziendale e completamento dell'assetto organizzativo e strutturale (per IOV)
- assegnazione 2010 (per presidi H)

OSPEDALIERA

- 75% popolazione pesata (al 31.12.2010)
- 25% popolazione non pesata

Specificità montagna/laguna

- Popolazione dei comuni con particolari caratteristiche

TERRITORIALE-Riabilitativa residenziale e semiresidenziale a soggetti dipendenti da sostanze d'abuso, presidi tossicodipendenti in carcere

- spesa media sostenuta negli anni 2008-2009-2010
- spesa prevista per il 2011

- popolazione residente 15-54 anni al 31.12.2008 (ISTAT)

- numero medio utenti inseriti in CT - anni 2007-2008-2009

- utenti in carico al servizio

TERRITORIALE-Assistenza di base, distrettuale ed altra assistenza territoriale

- quota capitaria su popolazione non pesata (al 31.12.2010)

TERRITORIALE-SUEM ed elisoccorso

- Nel 2011 valorizzazione a costo standard delle ambulanze, auto mediche, postazioni di ascolto, elisoccorso (dati 2010)

- Nel 2012 emergenza territoriale: 80% del costo rendicontato nel 2011

- risorse parzialmente dedicate al trasporto e/o pronto soccorso: 65% del costo rendicontato nel 2011

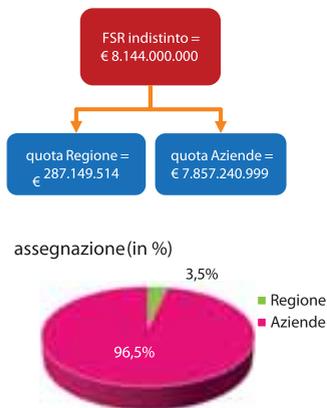
- Elisoccorso: riduzione della tariffa di compensazione intraregionale

Assegnazione FSR

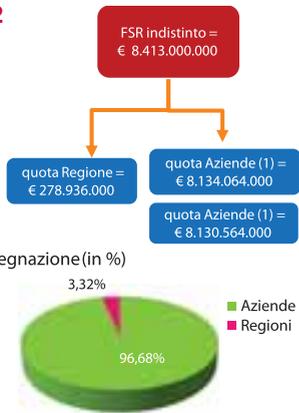
VENETO

GRAFICO 6.7.8

2011



2012



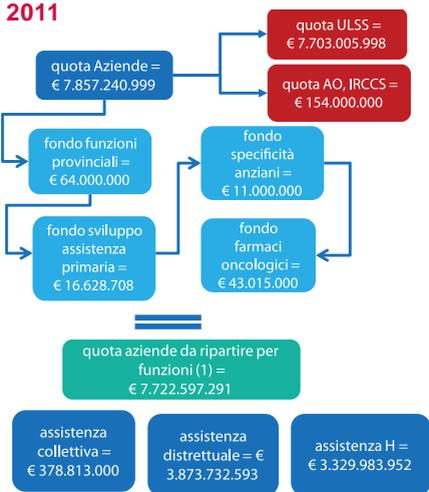
note: (1) La DGR 2038/2012 stabilisce l'ammontare del FNA pari a € 12.472.389 (oggetto di successivo riparto) con la DGR 2952/2012 sono stati distribuite le quote alle aziende per un importo di € 8.972.389 inferiore rispetto a quanto previsto a causa di una riduzione per l'applicazione della spending review; (2) l'incidenza è calcolata sull'effettivo erogato

Assegnazione FSR per funzioni ed enti

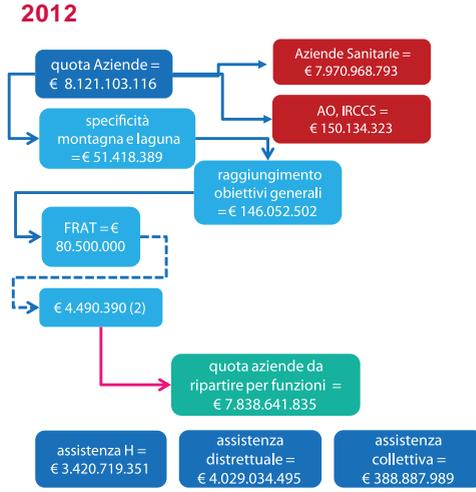
VENETO

GRAFICO 6.7.9

2011



2012

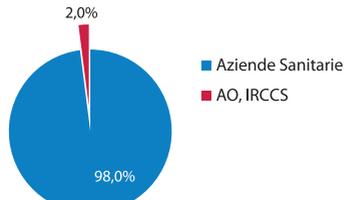
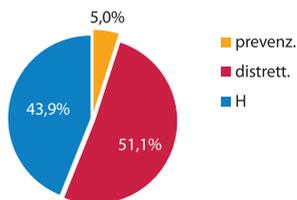


Assegnazione del FSR

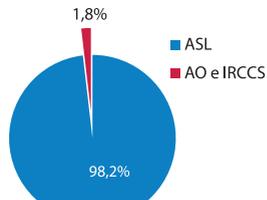
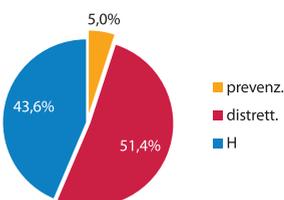
VENETO

GRAFICO 6.7.10

2011



2012



Fondi assegnati alle Aziende 2011

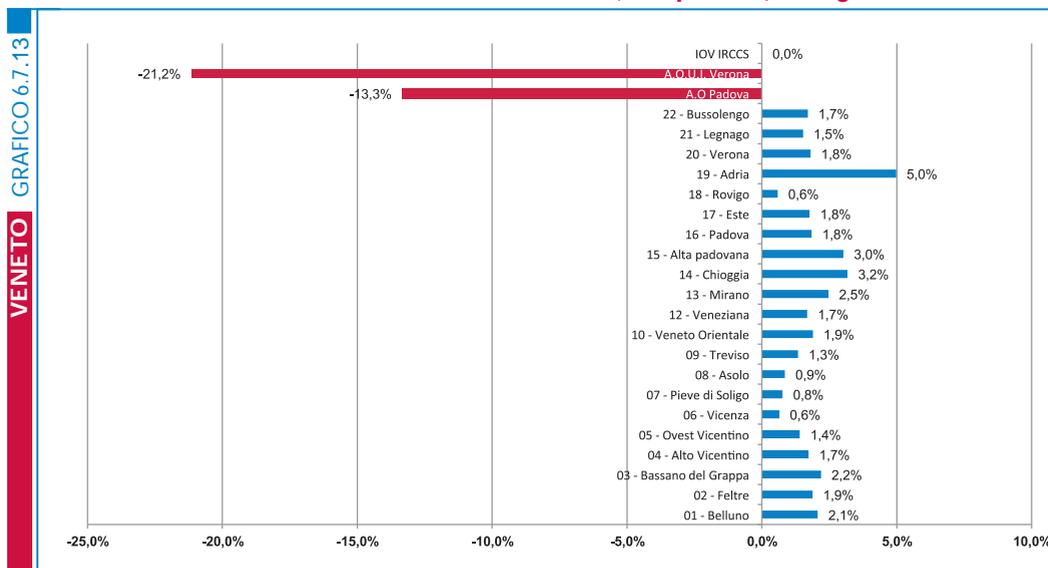
Azienda	Rapporto Iniziale (LRA) (1)	Fondo Nazionale (provinciale) (2)	Fondo Nazionale (regionale) (3)	Fondo Regionale (provinciale) (4)	Spettacolo (LRA) (5)	Rapporto Iniziale (LRA) (6)	Fondo Regionale (7)	Integrazioni (8)	Rapporto Finale (LRA) (9)	Classi (LRA) (10)	Integrazioni (11)	Incidenza % (12)	Diff. Importo iniziale ed effettivo (13)	Quantità di esercizi (14)	Incidenza % (15)
01 - Belluno	214.698.274	7.000.000	1.126.000	433.140	2.287.594	227.633.060	10.713.291	338.817	238.665.334	95,37%	4,63%	2,28%	4,89%	18.421.000	7,77%
02 - Bolzano	140.293.791	801.000	286.120	286.120	2.218.314	144.449.025	718.304	893.842	145.806.672	99,02%	0,97%	1,82%	0,98%	-1.338.000	0,92%
03 - Bergamo	278.171.867	1.267.000	607.856	282.046.772	282.046.772	282.046.772	1.133.336	281.160.959	281.160.959	99,66%	0,40%	3,91%	0,40%	508.000	-0,18%
04 - Alto Adige	284.838.305	1.811.000	633.843	284.663.846	1.505.016	287.469.864	90.72%	805.016	287.469.864	99,72%	0,28%	3,99%	0,28%	9.829.000	-2,06%
05 - Trentino	244.816.937	1.198.000	811.036	239.419.032	1.505.016	243.124.048	16.387.000	945.407	243.124.048	98,94%	0,55%	3,99%	0,55%	-4.633.000	1,64%
06 - Verona	486.065.154	10.000.000	2.384.000	1.079.090	933.523.244	16.387.000	945.407	945.407	933.523.244	98,57%	3,42%	6,52%	3,56%	-18.879.000	3,81%
07 - Pieve di S.	343.129.272	1.000.000	738.464	342.381.737	785.876	343.133.833	90.77%	785.876	343.133.833	99,77%	0,22%	4,28%	0,22%	11.320.000	-3,39%
08 - Trento	371.455.456	816.000	948.982	373.120.438	1.200.000	374.320.438	12.000.000	624.158	386.044.596	98,65%	3,20%	4,81%	3,46%	7.469.000	-1,93%
09 - Trieste	629.501.170	1.165.000	1.402.951	644.010.120	1.320.047	657.322.176	97,95%	1.320.047	657.322.176	97,95%	2,05%	8,29%	2,10%	308.000	-0,06%
10 - Veneto Del.	506.806.791	1.219.000	730.488	508.685.271	12.172.000	520.857.271	12.172.000	818.081	520.857.271	98,91%	0,19%	6,11%	0,19%	-15.968.000	4,89%
12 - Venezia	512.662.037	10.000.000	3.649.000	1.038.848	1.846.167	524.505.687	32.445.000	835.036	542.340.528	94,09%	5,82%	7,61%	6,29%	99.990.000	17,60%
13 - Milano	392.810.382	1.812.000	905.883	398.627.895	905.883	398.627.895	398.627.895	853.852	398.627.895	99,82%	0,17%	4,94%	0,17%	-4.372.000	1,09%
14 - Cremona	397.948.665	1.114.000	231.853	398.295.548	2.841.852	398.295.548	2.841.852	341.795	398.295.548	97,17%	2,83%	1,40%	2,81%	-18.753.000	16,67%
15 - Alta Padov.	387.268.791	2.006.000	857.828	371.222.520	18.380.000	389.604.520	18.380.000	1.600.470	389.604.520	99,80%	4,40%	4,84%	4,40%	-2.981.000	0,76%
16 - Padova	279.692.646	5.432.000	1.854.228	277.779.814	1.600.470	279.380.284	99,79%	1.600.470	279.380.284	99,79%	0,21%	0,21%	0,21%	91.677.000	3,29%
17 - Este	284.781.856	1.722.000	625.211	287.129.066	895.006	287.814.188	99,76%	895.006	287.814.188	99,76%	0,24%	3,64%	0,24%	1.348.000	-0,47%
18 - Rovigo	398.823.621	1.000.000	591.986	395.293.811	6.198.488	398.734.383	97,84%	1.195.056	398.734.383	97,84%	2,42%	3,84%	2,48%	-35.939.000	11,88%
19 - Aosta	373.920.115	540.000	251.444	374.662.274	4.322.009	378.984.283	98,33%	445.176	378.984.283	98,33%	3,67%	1,62%	3,61%	-2.398.000	1,85%
20 - Vercelli	278.580.684	3.322.000	1.596.321	273.499.205	1.838.052	275.337.257	99,16%	1.838.052	275.337.257	99,16%	0,22%	0,17%	0,22%	-38.037.000	5,17%
21 - Lecco	272.879.646	1.230.000	523.509	271.649.137	1.222.000	272.871.137	99,53%	1.222.000	272.871.137	99,53%	0,47%	3,05%	0,47%	9.176.000	3,81%
22 - Biella	429.869.597	2.814.000	978.182	432.683.779	1.241.711	433.925.490	99,71%	1.241.711	433.925.490	99,71%	0,29%	5,42%	0,29%	6.747.000	-1,95%
A00 - Padova	65.000.000	10.000.000	79.000.000	79.000.000	79.000.000	79.000.000	100,00%	79.000.000	79.000.000	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	48.738.000	94,32%
A00 - Verona	63.000.000	10.000.000	73.000.000	73.000.000	73.000.000	73.000.000	100,00%	73.000.000	73.000.000	100,00%	0,00%	1,25%	0,00%	32.546.000	32,43%
029	8.000.000	8.000.000	8.000.000	8.000.000	8.000.000	8.000.000	100,00%	8.000.000	8.000.000	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1.305.000	-41,39%
Totale	7.222.587.291	64.698.000	63.813.000	16.428.708	71.698.000	7.857.246.999	142.149.814	18.628.819	8.018.798.812	97,89%	2,81%	100,00%	2,98%	-338.933.000	4,12%

note: (1) comprensiva quota "raggiungimento obiettivi"; (2) fondo integrativo per funzioni ospedaliere provinciali; (3) fondo per Aziende "con bassa densità di presenza di popolazioni meno autonome"; (4) fondo Regionale Attività Trasversali (FRAT); fondo accompagnamento, finanza progetto e canoni di disponibilità

Fondi assegnati alle Aziende 2012

Azienda	Riparto iniziale FSR	Riparto finale FSR	FIAT	Specificità montagna	Differenza riparto iniziale- finale FSR	Integrationsi	Incidenza % dell'assegnato sul totale	DIRT. Importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultata esercizio su finanziamento
01 - Belluno	240.053.352	243.626.194	3.619.032	15.533.038	3.562.842	1,48%	3,00%	1,48%	-4.119.000	1,69%
02 - Feltre	146.818.670	148.603.000		2.372.170	1.984.330	1,35%	1,83%	1,35%	1.458.000	-0,98%
03 - Bassano	285.435.420	287.336.496		2.000.000	1.901.076	0,67%	3,54%	0,67%	358.000	-0,12%
04 - Alto Vicen.	292.417.680	292.467.000			49.320	0,02%	3,60%	0,02%	398.000	-0,14%
05 - Ovest Vicen.	276.032.400	275.950.000			-82.400	-0,03%	3,40%	-0,03%	32.000	-0,01%
06 - Vicenza	508.558.230	524.788.909	16.231.150		16.230.679	3,19%	6,46%	3,19%	-5.576.000	1,06%
07 - Pieve di S.	345.791.680	345.777.000			-14.680	0,00%	4,26%	0,00%	8.010.000	-2,32%
08 - Asolo	388.971.200	389.334.385			363.185	0,09%	4,79%	0,09%	5.941.000	-1,53%
09 - Treviso	650.510.700	666.401.974	12.297.784		15.891.274	2,44%	8,21%	2,44%	395.000	-0,06%
10 - Veneto Ori.	335.355.600	335.400.496			34.696	0,01%	4,13%	0,01%	-6.679.000	1,99%
12 - Venetiana	559.332.774	571.759.623	12.391.571	22.134.124	12.426.949	2,22%	7,04%	2,22%	-55.194.000	9,65%
13 - Mirano	406.116.000	406.089.000			-27.000	-0,01%	5,00%	-0,01%	3.280.000	-0,81%
14 - Chioggia	116.033.691	116.053.000		3.712.475	19.309	0,02%	1,43%	0,02%	-14.217.000	12,25%
15 - Alta padov.	385.045.500	400.021.560	14.955.132		14.975.060	3,89%	4,93%	3,89%	325.000	-0,08%
16 - Padova	793.335.600	793.814.365			478.765	0,06%	9,77%	0,06%	-4.652.000	0,59%
17 - Este	292.871.580	292.907.208			35.628	0,01%	3,61%	0,01%	2.829.000	-0,97%
18 - Rovigo	304.687.710	309.533.975	4.871.248		4.846.265	1,59%	3,81%	1,59%	-28.597.000	9,24%
19 - Adria	136.096.040	136.096.000		5.666.583	-40	0,00%	1,68%	0,00%	-5.531.000	4,06%
20 - Verona	748.168.980	748.404.608			235.628	0,03%	9,22%	0,03%	-20.475.000	2,74%
21 - Legnago	244.314.480	244.316.000			1.520	0,00%	3,01%	0,00%	-5.517.000	2,26%
22 - Buss.	442.335.240	442.288.000			-47.240	-0,01%	5,45%	-0,01%	4.998.000	-1,13%
AO Padova	65.000.000	65.000.000			0	0,00%	0,80%	0,00%	-38.602.000	59,39%
AOU Verona	63.000.000	79.134.323			16.134.323	25,61%	0,97%	25,61%	-34.183.000	43,20%
IOV	6.000.000	6.000.000			0	0,00%	0,07%	0,00%	2.186.000	-36,43%
Totale	8.032.102.727	8.121.103.116	80.500.000	51.418.389	89.000.389	1,11%	100,00%	1,11%	-193.133.000	2,38%

note: (1) DRG 84/2012 e DRG 2038/2012 (all. A)
DGR 2038/2012 (all. D)

Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati**Scelte strategiche**

VENETO | GRAFICO 6.7.14

Voce	Δ (2012/2011) (va)	Δ (2012/2011) (in %)
Finanziamento indistinto	73.884.511	0,86%
Fondo vincolato	2.227.017	1,73%
Fondo indistinto	269.000.000	3,30%
Quota Regione	-8.213.514	2,86%
Quota aziende	273.323.001	3,48%
Quota per LEA	116.044.544	1,50%
ass.collettiva	10.074.989	2,66%
ass. distrettuale	155.301.902	4,01%
ass. H	90.735.399	2,72%

Variatione criteri pesatura ripartizione (fondi) LEA

VENETO

- **TERRITORIALE (FARMACEUTICA)**
 - riduzione del consumo std. procapite (da € 147 a € 140)
 - popolazione residente pesata al 31 dic. anno precedente
- **TERRITORIALE (specialistica esclusa diagnostica)**
 - popolazione residente pesata al 31 dic. anno precedente
 - (2011) consumo pro-capite std. € 30,00 attività laboratorio
- **TERRITORIALE (emergenza e SUEM)**
 - (2011) costo std. ambulanze, auto mediche, postazioni di ascolto, elisoccorso
 - (2012) emergenza territoriale: 80% costo 2011; risorse dedicate al trasporto e/o pronto soccorso: 65% costo 2011; elisoccorso: riduzione della tariffa di compensazione intraregionale
- **H (ASSEGNAZIONE A FUNZIONI)**
 - (2011) copertura costi percorsi formazione universitaria facoltà medicina (per AOU)
 - (2011) conclusione start up aziendale e completamento assetto organizzativo e strutturale (per IOV)
 - (2011) assegnazione 2010 (per presidi H)
 - (2012) assegnazione 2011
- **H**
 - (2011) 75% popolazione pesata; 25% quota capitaria
 - (2012) quota capitaria sulla base della popolazione residente pesata per fascia d'età

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Attraverso apposita delibera (DGR n. 3140/2010) la Regione definisce gli obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle Aziende ULSS, AO e IRCCS; al fine di verificare il conseguimento degli obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi previsti dai LEA e dai documenti regionali di programmazione vengono individuate tre Aree: l'Area Sanitaria, l'Area Informatica e l'Area Amministrativa.

Per ognuna delle tre sono dettagliatamente illustrati gli obiettivi e gli indicatori di *performance*.

6.8 FRIULIVENEZIA GIULIA

Aziende e territorio

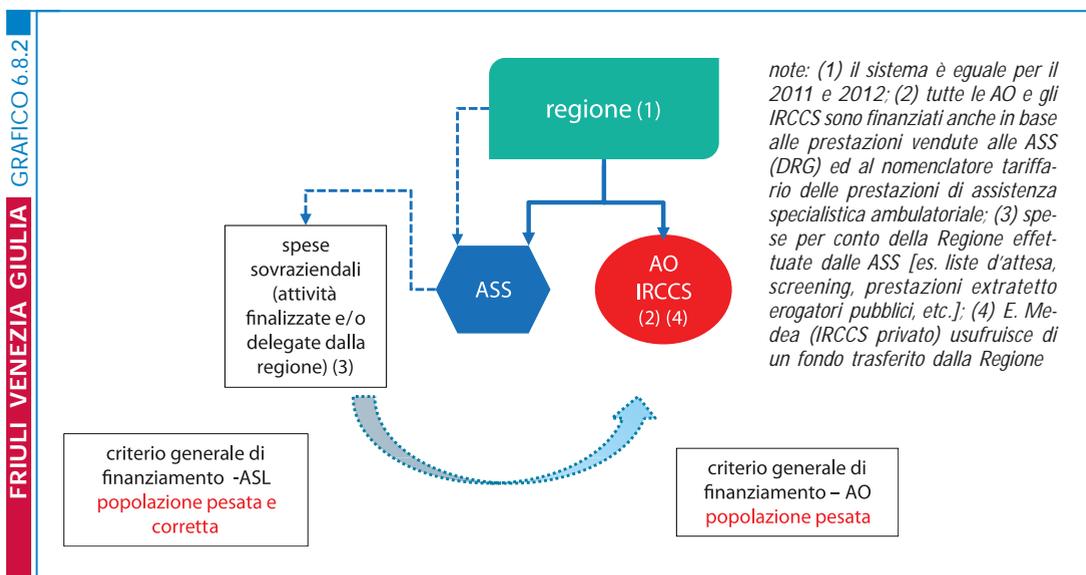
Il Sistema Sanitario Regionale è composto da:

- 6 Aziende per i Servizi Sanitari (ASS)
- 3 AOU
- 2 IRCCS.

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

La delibera di riparto viene adottata in entrambi gli anni di riferimento entro il primo semestre dell'anno di competenza.

Basi Normative (con data di approvazione)

GRAFICO 6.8.3

FRIULI VENEZIA GIULIA

PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
<ul style="list-style-type: none"> DGR 2384/2010 (25.11.10) - riparto provvisorio 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 2358/2011 (30.11.11) - riparto provvisorio
<ul style="list-style-type: none"> DGR 2619/2010 (16.12.10) - Integrazioni 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 2591/2011 (29.12.11) - integrazioni
<ul style="list-style-type: none"> LR 22/2010 (29.12.10) - legge finanziaria 2011 	<ul style="list-style-type: none"> LR 18/2011 (29.12.11) - legge finanziaria 2012
<ul style="list-style-type: none"> DGR 597/2011 (8.4.11) - riparto definitivo 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1813/2013 (4.10.13) - atti controllo annuale
<ul style="list-style-type: none"> DGR 1754/2012 (11.10.12) - atti controllo annuale 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 582/2012 (13.04.12) - riparto definitivo

Tempi e Assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

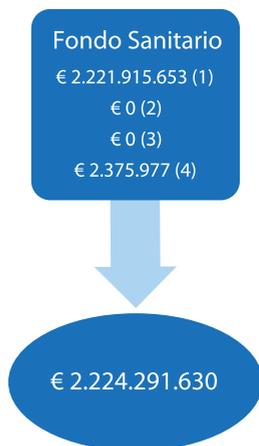
Il Piano Socio-Sanitario 2006-2008 ha dettato le norme per la costituzione della rete ospedaliera regionale organizzata per funzioni e Area Vasta.

Nel corso del 2011 si è portata a compimento l'adozione del nuovo modello di finanziamento del SSR, che porta al definitivo superamento di assegnazioni su base storica evolvendo verso criteri di maggiore equità territoriale, più aderenti ai bisogni reali delle popolazioni e ai livelli di offerta garantiti in ottica integrata di Area Vasta, al tempo stesso attribuendo alle Aziende maggiore autonomia decisionale. La quota del fondo indistinto destinata alle Aziende sfiora sia nel 2011 che nel 2012 il 100%. La ripartizione per funzione rispecchia i parametri nazionali.

Risorse Finanziarie Complessive per il SSR (consuntivo)

GRAFICO 6.8.5

FRIULI VENEZIA GIULIA

2011

note: (1) delibera CIPE (15/2012) [finanziamento indistinto]; (2) delibera CIPE (16/2012) [fondo vincolato]; (3) delibera CIPE (48/2012) [esclusività]; (4) delibera CIPE (144/2012) [sanità penitenziaria]

2012

note: (1) delibera CIPE (141/2012); (2) per l'anno 2011 delibera CIPE (144/2012); (3) DGR (582/2012)

Finanziamento SSR nella programmazione

GRAFICO 6.8.6

FRIULI VENEZIA GIULIA

2011

La slide indica quanto la Regione prevede (a giugno 2010) necessario al funzionamento del proprio SSR, sulla base di accordi in Conferenza Stato Regioni (che sono stati successivamente modificati in sede di Deliberazione CIPE) e sulla base delle proprie scelte programmatiche

note: (1) (2) (3) allegato n. 5 alla delibera n. 597 del 8 aprile 2011

2012

La slide indica quanto la Regione prevede (a novembre 2011) necessario al funzionamento del proprio SSR, sulla base di accordi in Conferenza Stato Regioni (che sono stati successivamente modificati in sede di Deliberazione CIPE) e sulla base delle proprie scelte programmatiche

note: (1) spese effettivamente sostenute dalle Aziende per funzioni di competenza regionale

Criteria pesatura funzioni 2011-2012

GRAFICO 6.8.7

PREVENZIONE	• popolazione residente non pesata
TERRITORIALE-Medicina di base (MMG, PLS, Continuità Assistenziale)	• popolazione residente non pesata
TERRITORIALE-Farmaceutica	• ponderazione della popolazione per età, sesso e rapporto standardizzato di mortalità
TERRITORIALE-Assistenza specialistica ambulatoriale	• ponderazione della popolazione per età, sesso e rapporto standardizzato di mortalità
TERRITORIALE-Altra assistenza	• ponderazione della popolazione per età, sesso e rapporto standardizzato di mortalità
OSPEDALIERA	• ponderazione della popolazione per età, sesso e rapporto standardizzato di mortalità

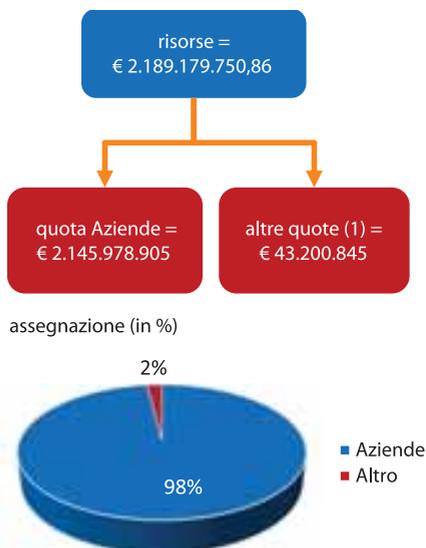
FRIULI VENEZIA GIULIA

Assegnazione risorse finanziarie

GRAFICO 6.8.8

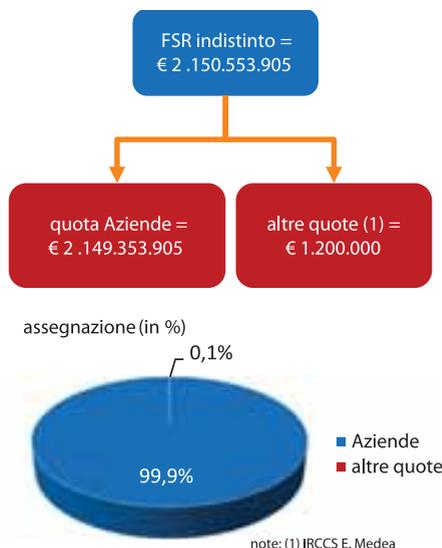
FRIULI VENEZIA GIULIA

2011



note: (1) La quota residua di €43.200.845,86 è formata dall'importo di complessivi €41.853.245,86 per attività sovraziendali che verranno trasferiti alle Aziende beneficiarie gestori degli specifici interventi con provvedimento della DCSISPS, e dall'importo di €1.347.600,00, compreso tra le attività sovraziendali e gestito direttamente dalla DCSISPS (cfr. Allegato 4 "Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione ("sovraziendali") anno 2011").

2012

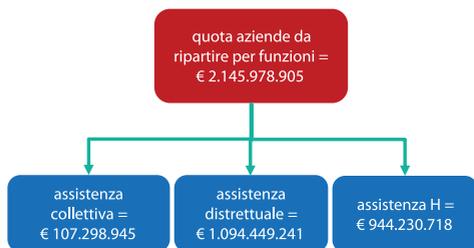


Assegnazione FSR per funzioni

GRAFICO 6.8.9

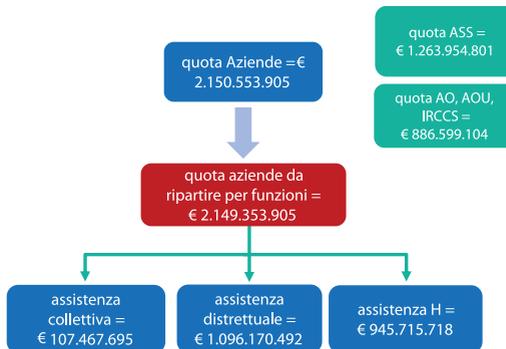
FRIULI VENEZIA GIULIA

2011



note: (a) nella DGR di programmazione iniziale (2384/2010) non vengono indicati gli importi destinati alle singole Aziende; (b) Ai fini delle assegnazioni, si assumono innanzitutto le medesime percentuali di riparto del Fondo sanitario nazionale applicate dallo Stato per le funzioni della prevenzione, della medicina di base, dell'assistenza farmaceutica, dell'assistenza specialistica, dell'assistenza territoriale e di quella ospedaliera (DGR 2384/2010)

2012



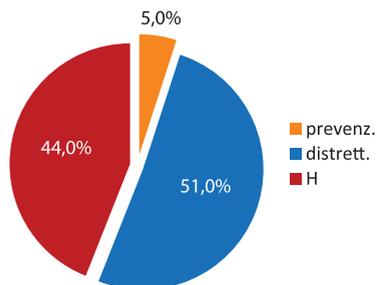
note: allegato alla delibera n. 582 del 13 aprile 2012

Assegnazione del FSR

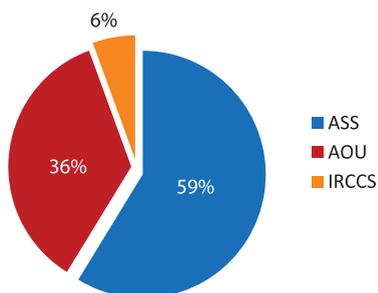
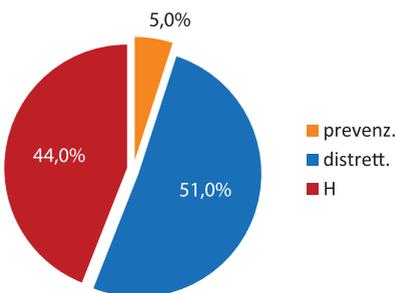
GRAFICO 6.8.10

FRIULI VENEZIA GIULIA

2011



2012



Fondi assegnati 2011

GRAFICO 6.8.11

FRIULI VENEZIA GIULIA

Area vasta, IRCCS e spese sovraziendali	Riparto iniziale FSR	Riparto finale FSR (1)	Assegnazione iniziale %	Integrazioni (%)	Totale entrate (2)	Risultato di esercizio
Giuliano Isontina	749.581.241	744.155.573	100%	0,00%		
ASS 1 (Triestina)		234.287.902			408.006.249	3.358.000
ASS 2 (Isontina)		210.140.264			243.171.859	2.666.000
AOU TS		244.998.411			93.466.509	430.000
IRCCS Burlo Garofalo		54.728.996			32.639.291	953.000
Udinese	912.531.699	929.858.213	98,1%	1,86%		
ASS 3 (Alto Friuli)		119.945.728			139.286.146	1.850.000
ASS 4 (Medio Friuli)		335.782.895			553.182.120	3.590.000
ASS 5 (Bassa Friulana)		155.115.862			177.413.014	4.351.000
AOU UD		319.013.728			106.153.844	68.000
Pordenonese	477.225.313	470.765.119	100%	0,00%		
ASS 6 (Friuli Occidentale)		213.998.700			431.605.279	558.000
AO PN (Santa Maria degli Angeli)		192.673.809			46.976.679	417.000
CRO (Ist. Diagnosi Cura Centro Rif. Oncologico)		64.092.610			23.837.006	4.327.000
IRCCS Medea	1.200.000	1.200.000	100%	0,00%		
Spese sovraziendali	49.041.498	43.200.846	100%	0,00%		
Totale risorse	2.189.579.751	2.189.179.751	100%	100%	2.255.737.996	22.568.000

note: (1) allegato n. 5 alla delibera n. 597 del 8 aprile 2011; (2) entrate comprensive FSR e quota vincolata

Fondi assegnati 2012

GRAFICO 6.8.12

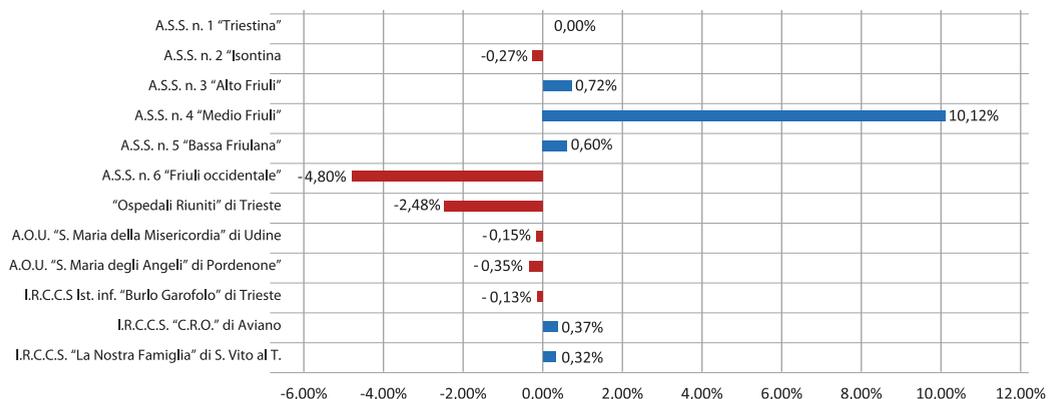
FRIULI VENEZIA GIULIA

Area vasta, IRCCS e spese sovraziendali	Riparto iniziale FSR	Riparto finale FSR	Assegnazione iniziale %	Integrazioni	Totale entrate (1)	Riparto iniziale FSR effettivo	Riparto finale FSR effettivo	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
Giuliano Isontina	751.152.278	751.152.278	100%	0,00%						
ASS 1 (Triestina)					414.441.517	235.039.509	235.039.509	0%	5.094.000	-2,17%
ASS 2 (Isontina)					243.236.504	210.919.354	210.919.354	0%	592.000	-0,28%
AOU TS					88.932.942				2.280.000	
IRCCS Burlo Garofalo					32.177.307				408.000	
Udinese	917.540.949	917.540.949	100%	0,00%						
ASS 3 (Alto Friuli)					140.890.751	119.793.828	119.793.828	0%	1.686.000	-1,41%
ASS 4 (Medio Friuli)					553.698.648	334.619.503	334.619.503	0%	2.600.000	-0,78%
ASS 5 (Bassa Friulana)					177.574.818	154.884.501	154.884.501	0%	3.053.000	-1,97%
AOU UD					110.071.054				253.000	
Pordenonese	480.660.678	480.660.678	100%	0,00%						
ASS 6 (Friuli Occidentale)					429.025.543	208.698.106	208.698.106	0%	2.242.000	-1,07%
AO PN (Santa Maria degli Angeli)					54.223.064				1.498.000	
CRO (Ist. Diagnosi Cura Centro Rif. Oncologico)					23.890.326				4.736.000	
IRCCS Medea	1.200.000	1.200.000	100%	0,00%				0%		
Spese sovraziendali	75.268.684	74.183.684	100%	0,00%						
Totale risorse	2.225.822.589	2.224.737.589	100%	0,00%	2.268.162.474			-0,05%	24.442.000	-1,93%

Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati (1)

FRILUI VENEZIA GIULIA

GRAFICO 6.8.13



nota: (1) entrate comprensive FSR e quota vincolata

Scelte strategiche

FRILUI VENEZIA GIULIA

GRAFICO 6.8.14

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR (da DGR)	3.557.838	-1,6%
Quota FSR (da delibera CIPE)	7.865.828	+ 0,4%
Trattenuto Regione	0	0,0%
Assegnato Aziende	3.375.000	0,2%
Altro (IRCCS E. Medea)	-42.000.845	-97,2%

FRILUI VENEZIA GIULIA

Principali dati salienti

- **RISORSE PER HAUMENTATE**
-
- **RISORSE PER ATTIVITÀ FINALIZZATE E/O DELEGATE DALLA REGIONE (SPESE SOVRAZIENDALI) IN NOTEVOLE CRESCITA DAL 2011 AL 2012 (+53,5%)**

FRILUI VENEZIA GIULIA

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

La Regione attraverso le linee di gestione definisce annualmente per ciascuna Area Vasta obiettivi e risultati attesi. A loro volta le Aziende sono chiamate a definire all'interno delle proprie organizzazioni obiettivi coerenti ai fini della corresponsione di premi incentivanti, suscettibili di valutazione e direttamente collegabili al raggiungimento delle finalità aziendali individuate.

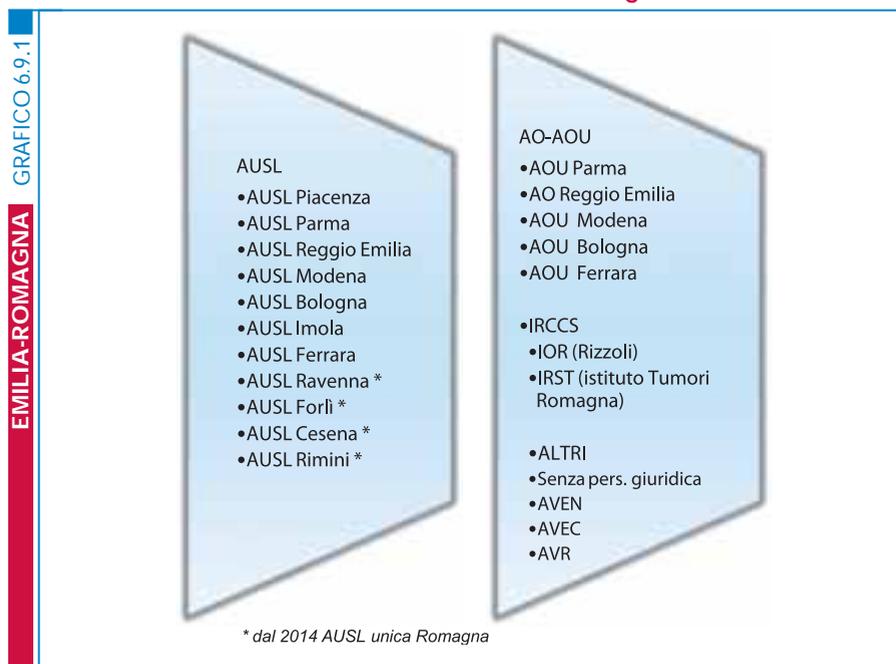
6.9 EMILIA-ROMAGNA

Aziende e territorio

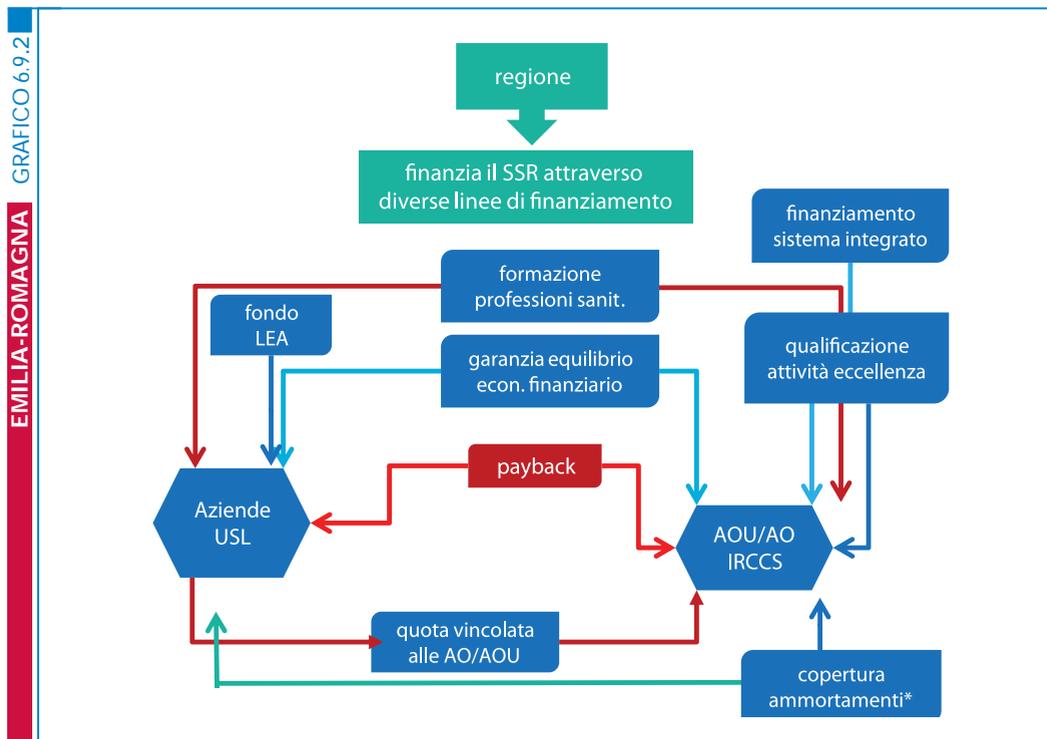
In Emilia Romagna nel periodo oggetto della nostra analisi si contano:

- 11 AUSL⁷.
- 2 AO
- 3 AOU
- 2 IRCCS

Attori del Sistema Sanitario Regionale



⁷ Dal primo gennaio 2014 è nata l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna (AUSL della Romagna, legge regionale n. 22 del 2013). Riunisce le strutture e i servizi delle Aziende Usl di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, che da tale data hanno cessato di esistere. Tra gli attori presenti sul territorio regionale si incontrano anche AVEN, AVEC, AVR (senza personalità giuridica).

Modello di finanziamento delle Aziende**Tempistica associata alla approvazione del riparto**

Sia nel 2011 che nel 2012 le risorse vengono definite entro il primo semestre dell'anno, mentre il riparto definitivo alle Aziende è stato effettuato alla fine del secondo semestre.

Basi Normative (con data di approvazione)

EMILIA-ROMAGNA | GRAFICO 6.9.3

PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
<ul style="list-style-type: none"> DGR 732/2011 (30.5.11) - linee di programmazione e finanziamento 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 653/2012 (21.5.12) - linee di programmazione e finanziamento per il 2012
<ul style="list-style-type: none"> DGR 1505/2011 (24.10.2011) - Provvedimenti in ordine al finanziamento delle Aziende 	<ul style="list-style-type: none"> - linee di programmazione e finanziamento per il 2013 (allegato relativamente al 2012)
<ul style="list-style-type: none"> DGR 1782/2011 (28.11.2011) - Riparti e assegnazione a favore delle aziende sanitarie 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1936/2012 (10.12.12) - Riparti e assegnazioni a favore delle Aziende Sanitarie

Tempi e Assegnazioni

GRAFICO 6.9.4

EMILIA-ROMAGNA



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

Nel periodo in considerazione, 2011-2012, nella Regione è stata registrata una vacanza del Piano Socio Sanitario Regionale.

Obiettivo del modello è l'equità distributiva. Il suo metodo è la trasparenza dei criteri empirici utilizzati per determinare la quota capitaria ponderata di finanziamento per ciascuna Azienda USL. Va rilevato che la Regione ha stanziato anche un Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA).

La Regione nel 2011 e nel 2012 ha destinato circa il 99% del Fondo alle Aziende. Per funzioni dei LEA, le percentuali di riparto previste sono:

- Assistenza collettiva: 5,2%
- Assistenza territoriale: 50,1%
- Assistenza ospedaliera: 44,7%.

Le tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate sono differenziate in 4 fasce per complessità media della casistica trattata:

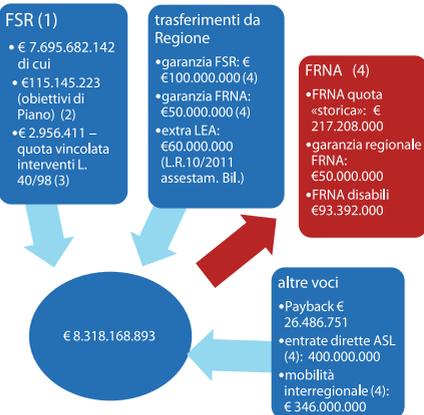
- [A1] AOU e Rizzoli (IRCCS), il cui valore del DRG è il 103% della tariffa nazionale
- [A2] H con più di 300 pl. e presenza di funzioni DEA di 2° livello, il cui valore del DRG è il 100% della tariffa nazionale
- [B] H con 150-300 pl. e presenza di funzioni DEA di 1° livello o Pronto Soccorso con Rianimazione/Terapia Intensiva, il cui valore del DRG è il 95% della tariffa nazionale
- [C] H con meno di 150 pl. con Pronto Soccorso o Punti di Primo Intervento il cui valore del DRG viene determinato secondo un tariffario pubblicato.

Risorse Finanziarie Complessive SSR (consuntivo)

GRAFICO 6.9.5

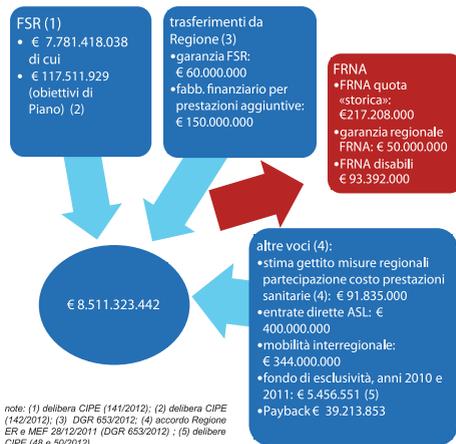
EMILIA-ROMAGNA

2011



note: (1) delibera CIPE (15/2012); (2) delibera CIPE (16/2012); (3) (DGR 440/2012); (4) DRG (732/2011)

2012



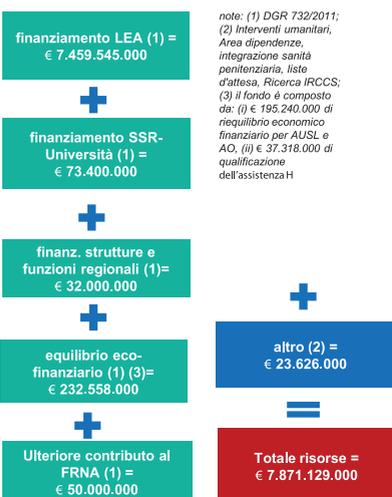
note: (1) delibera CIPE (14/12/2012); (2) delibera CIPE (14/2/2012); (3) DGR 653/2012; (4) accordo Regione ER e MEP 28/12/2011 (DGR 653/2012); (5) delibera CIPE (48 e 50/2012)

Finanziamento SSR nella programmazione

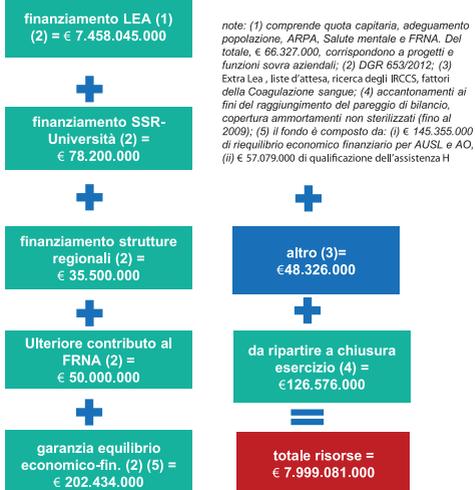
GRAFICO 6.9.6

EMILIA-ROMAGNA

2011



2012



Criteria pesatura funzioni 2011-2012

GRAFICO 6.9.7

EMILIA-ROMAGNA

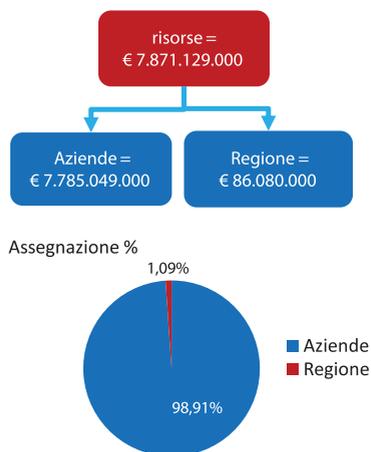
PREVENZIONE COLLETTIVA	TERRITORIALE-dipendenze patologiche
<ul style="list-style-type: none"> igiene pubblica popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti sicurezza e igiene del lavoro unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza: num. impianti da verificare 	<ul style="list-style-type: none"> popolazione residente di età 15 - 54 anni corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcoolodipendenza
TERRITORIALE-farmaceutica	TERRITORIALE-ADI/Hospice
<ul style="list-style-type: none"> Quota capitaria pesata. 	<ul style="list-style-type: none"> popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni (comprende anche la quota di assistenza protesica)
TERRITORIALE-MMG	TERRITORIALE-residenziale e semi residenziale
<ul style="list-style-type: none"> sulla base della distribuzione dei costi delle voci fisse e variabili previste nell' Accordo Collettivo Nazionale. 	<ul style="list-style-type: none"> popolazione ultra 75-enne
TERRITORIALE-salute mentale	TERRITORIALE-altro
<ul style="list-style-type: none"> generale sulla base della pop. residente di età 18-64 anni neuropsichiatria infantile pop. < 18 anni 	<ul style="list-style-type: none"> consultori familiari, emergenza extra H, popolazione di età < 65 anni, donne in età feconda, bambini 0-4 anni, assistenza termale, intera popolazione
TERRITORIALE-contributo al FRNA disabili	
<ul style="list-style-type: none"> popolazione residente di età 15-64 	
OSPEDALIERA	
<ul style="list-style-type: none"> degenza ordinaria corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale (2006-2008) day hospital 	

Assegnazione risorse per funzioni ed enti

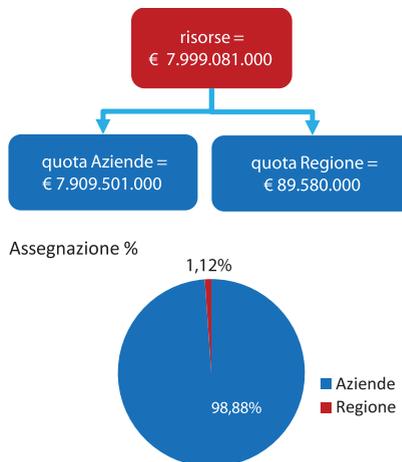
GRAFICO 6.9.8

EMILIA-ROMAGNA

2011



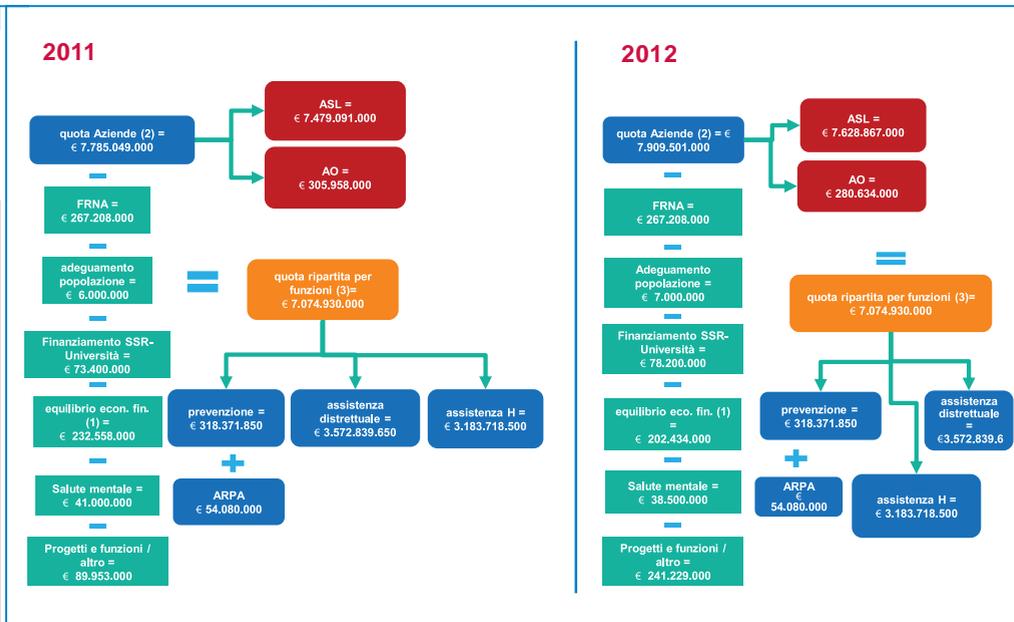
2012



Assegnazione risorse per funzioni ed enti

GRAFICO 6.9.9

EMILIA-ROMAGNA

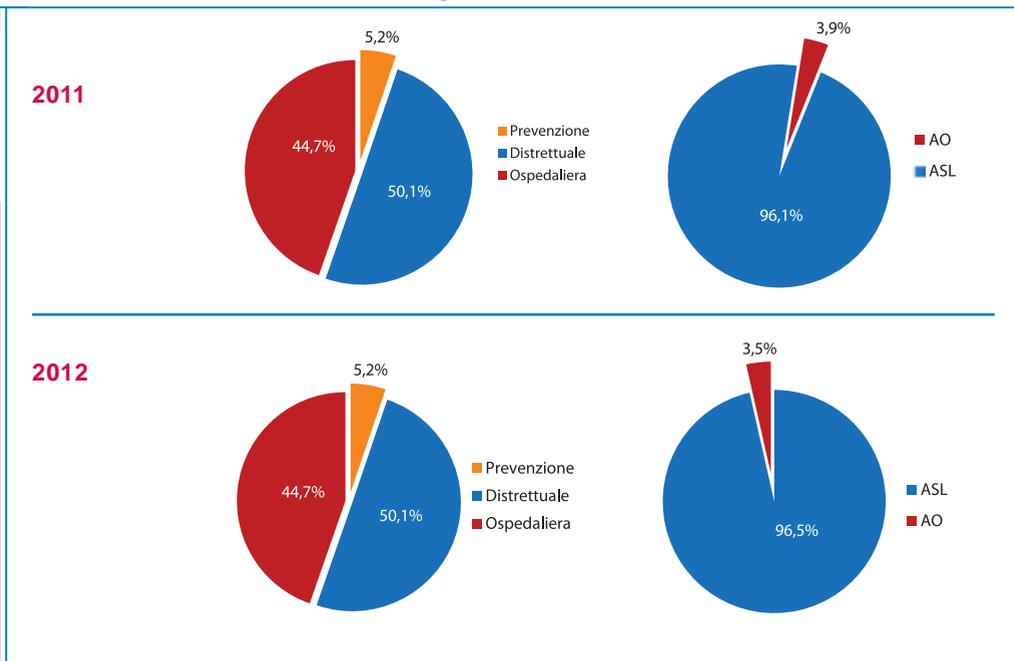


note: (1) la ripartizione fra ASL e AO è stata computata sulla base di una riclassificazione del CREA-Sanità; (2) stessa cifra 2011 e 2012

Assegnazione del FSR

GRAFICO 6.9.10

EMILIA-ROMAGNA



Fondi assegnati alle Aziende (fase della programmazione 2011)

Azienda	Riparto iniziale al LORDO delle quote per AOU e AO (1)	Fondi delle AUSL girati alle AO/AOU	Riparto iniziale al NETTO delle quote per AOU e AO (1)	Incidenza quota finanziamento AUSL su totale	Riduzione dettata da DGR 1505/11 per AUSL e AO	Riparto finale FSR effettivo	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
	(a)	(b)	(c)	(d) = (b)-(c)	(e) = % di (d)				
Piacenza	480.757.553	3.527.546	477.230.007	6,8%	-1.650.118	475.579.889	-0,35%	-5.265.000	1,11%
Parma	712.010.713	13.001.388	699.009.325	10,0%	-2.763.962	696.245.363	-0,40%	-852.000	0,12%
Reggio Emilia	805.683.074	10.364.893	795.318.181	11,4%	-3.198.692	792.119.489	-0,40%	-4.422.000	0,56%
Modena	1.083.777.429	6.724.820	1.077.052.609	15,4%	-4.395.168	1.072.657.441	-0,41%	-7.796.000	0,73%
Bologna	1.406.355.091	15.102.216	1.391.252.875	19,9%	-5.850.349	1.385.402.526	-0,42%	-23.033.000	1,66%
Imola	210.606.669	1.121.373	209.485.296	3,0%	-840.360	208.644.936	-0,40%	-3.885.000	1,86%
Ferrara	612.862.429	9.471.551	603.390.878	8,6%	-2.481.761	600.909.117	-0,41%	-4.416.000	0,73%
Ravenna	636.724.825	2.749.411	633.975.414	9,0%	-2.617.775	631.357.639	-0,41%	-7.312.000	1,16%
Forlì	306.276.822	2.178.779	304.098.043	4,3%	-1.196.389	302.901.654	-0,39%	-189.000	0,06%
Cesena	320.273.262	1.971.276	318.301.986	4,5%	-1.305.040	316.996.946	-0,41%	-5.261.000	1,66%
Rimini	499.602.133	2.126.903	497.475.230	7,1%	-1.905.833	495.569.397	-0,38%	-5.034.000	1,02%
Totale	7.074.930.000	68.340.156	7.006.589.844	100,0%	-28.205.447	6.978.384.397	-0,40%	-67.465.000	0,97%

note: (1) DGR 732/2011, maggio 2011

Fondi assegnati a AO, AOU, IRCCS (2011)

Azienda	Riparto iniziale FSR (1) (3)	Incidenza quota finanziamento AUSL su totale	1° variazione (4)	Fondi per la ricerca (2)	Risultato di esercizio
AOU Parma	20.536.082	19,4%	19.961.335	559.500	-10.497.000
AO Reggio Emilia	13.193.082	12,5%	12.362.315		-4.318.000
AOU Modena	15.639.174	14,8%	15.302.532	1.053.800	-8.539.000
AOU Bologna	31.783.805	30,1%	30.969.184	2.281.900	-7.653.000
AOU Ferrara	15.460.261	14,6%	15.119.416	423.000	-2.414.000
IOR (Bologna)	9.045.659	8,6%	8.955.527	741.743	-690.000
Totale	105.658.063	100,0%	102.670.309	5.059.943	-34.111.000

note: (1) di cui: (a) e44.736.720 finanziamento a carico AUSL provinciali; (b) e23.603.436 finanziamento a carico di altre AUSL provinciali; (c) e37.317.907 finanziamento a carico FSR per qualificazione assistenza ospedaliera. (2) DGR 2167/2012, dic. 2012, nello specifico: fondi per la ricerca innovativa, fondi per il governo clinico. (3) DGR 732/2011, maggio 2011. (4) DGR 1505/2011, ott. 2011

Fondi assegnati alle Aziende USL (fase della programmazione 2012)

Azienda	Riparto iniziale al LORDO delle quote per AOU e AO (1)	Fondi delle AUSL girati alle AO/AOU	Riparto iniziale al NETTO delle quote per AOU e AO (1)	Incidenza quota finanziamento AUSL su totale	Riduzione dettata da DGR 1936/12	Riparto finale FSR effettivo	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
	(a)	(b)	(c)	(d) = (b)-(c)	(e) = % di (d)				
Piacenza	479.805.378	2.773.705	477.031.673	6,8%	3.779.312	473.252.361	-0,79%	30.000	-0,01%
Parma	712.139.445	12.976.903	699.162.542	10,0%	5.609.352	693.553.190	-0,80%	10.000	0,00%
Reggio Emilia	807.455.284	11.275.933	796.179.351	11,4%	6.360.132	789.819.219	-0,80%	28.000	0,00%
Modena	1.083.345.296	7.931.002	1.075.414.294	15,3%	8.533.252	1.066.881.042	-0,79%	33.000	0,00%
Bologna	1.400.445.289	15.988.630	1.384.456.659	19,8%	11.030.973	1.373.425.686	-0,80%	1.000	0,00%
Imola	211.245.650	800.840	210.444.810	3,0%	1.663.932	208.780.878	-0,79%	-	0,00%
Ferrara	610.407.018	9.414.208	600.992.810	8,6%	4.808.030	596.184.780	-0,80%	13.000	0,00%
Ravenna	637.496.739	2.705.120	634.791.619	9,1%	5.021.409	629.770.210	-0,79%	72.000	-0,01%
Forlì	305.912.391	891.557	305.020.834	4,4%	2.409.600	302.611.234	-0,79%	2.000	0,00%
Cesena	321.184.174	1.240.236	319.943.938	4,6%	2.529.891	317.414.047	-0,79%	21.000	-0,01%
Rimini	505.493.336	1.692.231	503.801.105	7,2%	3.981.650	499.819.455	-0,79%	-	0,00%
Totale	7.074.930.000	67.690.365	7.007.239.635	100%	55.727.533	6.951.512.102	-0,80%	210.000	0,00%

note: (1) DGR 653/2012

Fondi assegnati a AO, AOU, IRCCS (2012)

Azienda	Riparto iniziale FSR (1)	Incidenza % su totale	Riduzione finanziamento (2)	Riparto finale effettivo	Risultato di esercizio	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
AOU Parma	33.212.082	19,9%	2.592.631	30.619.451	5.000	-7,81%	-0,02%
AO Reggio Emilia	17.693.082	10,6%	2.143.742	15.549.340	8.000	-12,12%	-0,05%
AOU Modena	20.139.174	12,1%	1.710.323	18.428.851		-8,49%	0,00%
AOU Bologna	52.483.805	31,4%	3.227.570	49.256.235		-6,15%	0,00%
AOU Ferrara	31.760.260	19,0%	1.744.680	30.015.580	3.000	-5,49%	-0,01%
IOR (Bologna)	11.795.659	7,1%	516.869	11.278.790	14.000	-4,38%	-0,12%
Totale	167.084.062	100,0%	11.935.815	155.148.247	30.000	-7,14%	-0,02%

note: (2) DGR 1936/2012, dic. 2012. Questa prevede la riduzione del finanziamento per impatto Spending review

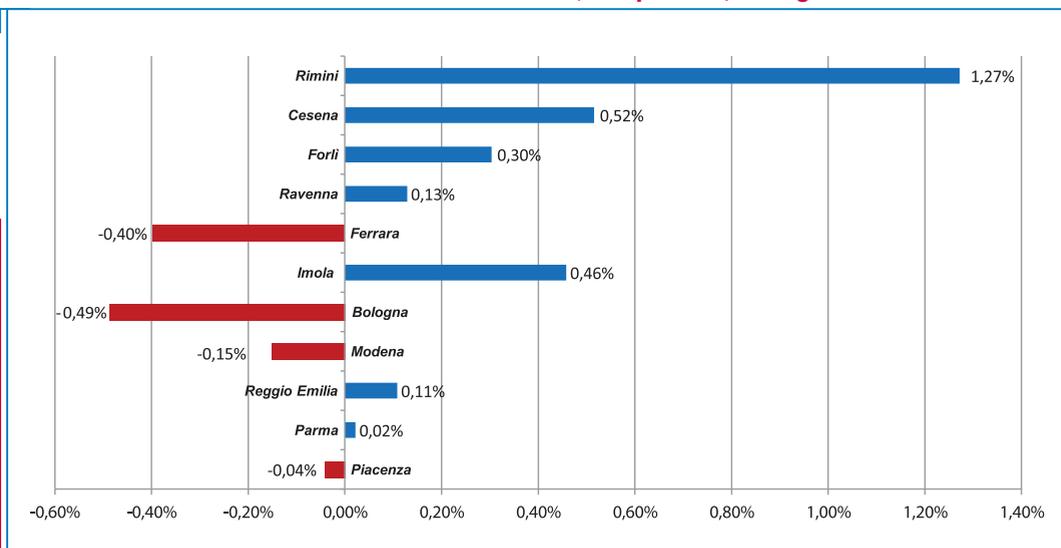
(1) Di cui:

- e44.086.930 finanziamento a carico delle AUSL provinciali;
- e23.603.436 finanziamento a carico delle altre AUSL
- e51.148.055 qualificazione dell'attività di eccellenza
- e40.640.641 garanzia equilibrio economico finanziario AO/AOU
- e7.605.000 copertura ammortamenti 2010-2011

Differenze 2012 su 2011 dei fondi netti (complessivi) assegnati alle AUSL

EMILIA-ROMAGNA GRAFICO 6.9.15

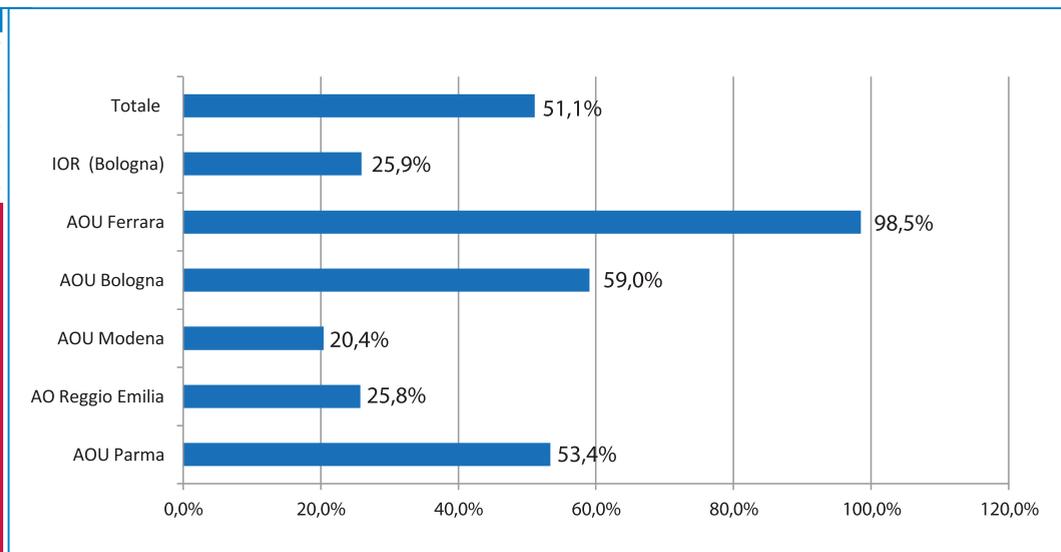
EMILIA-ROMAGNA



Differenze 2012 su 2011 dei fondi netti (complessivi) assegnati alle AO, AOU e IRCCS

EMILIA-ROMAGNA GRAFICO 6.9.16

EMILIA-ROMAGNA



Scelte strategiche

Voce	Δ (2012/2011) (va)	Δ (2012/2011) (%)
FSR indistinto	+86.325.602	+1,1%
Quota trattenuta dalla Regione	+3.500.000	+4,1%
Quota assegnata dalle Aziende	124.452.000	+1,6%
Quota assegnata alle AUSL (al netto)	149.776.000	2,0%
Quota assegnata alle AO/AOU e IRCCS	-25.324.000	-8,3%
Quota iniziale ripartita per funzioni fondo riequilibrio economico- finanziario (1)	0 -30.124.000	0% -13,0%

note: (1) esclusa la componente "qualificazione assistenza H" nel 2011 e "qualificazione attività eccellenza" nel 2012

EMILIA-ROMAGNA | GRAFICO 6.9.17

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Il modello di finanziamento delle Aziende Sanitarie si basa: (i) sul finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, (ii) sull'applicazione del sistema tariffario, (iii) sul finanziamento delle funzioni e (iv) sui finanziamenti a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario.

Per quanto riguarda il finanziamento, vi è una quota capitaria (assistenza termale, oneri vari personale dipendente, specificità aziendali, contributo per trascinarsi arretrati contratto, esclusività di rapporto del personale universitario) comprendente una quota spettante anche alle Aziende Ospedaliere, che sono state trattenute dal finanziamento per livelli delle Aziende USL e vincolate alle Aziende Ospedaliere, sulla base dell'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere calcolato sui volumi finanziari, sia delle Aziende Ospedaliere che insistono sul territorio provinciale sia di quelle extra provincia.

I fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio più graduale verso i nuovi criteri di finanziamento.

L'equilibrio economico finanziario costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale che per le singole Aziende.

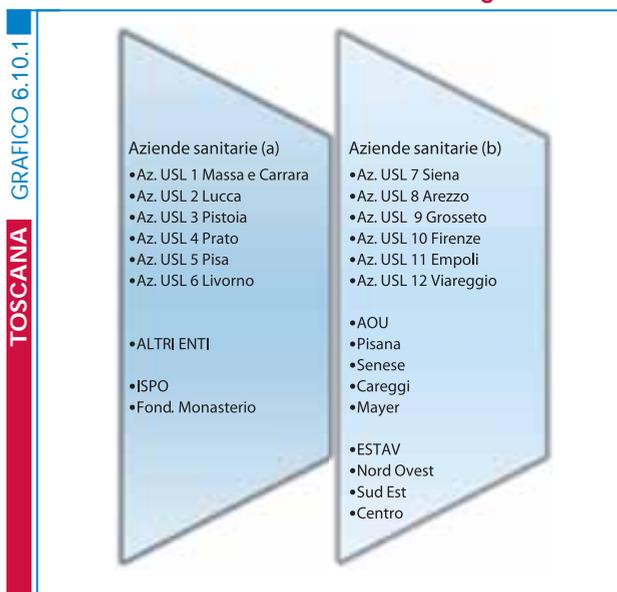
Sono fissati gli obiettivi delle direzioni generali il cui mancato rispetto degli impegni di cui sopra è motivo di decadenza dei Direttori Generali.

6.10 TOSCANA**Aziende e territorio**

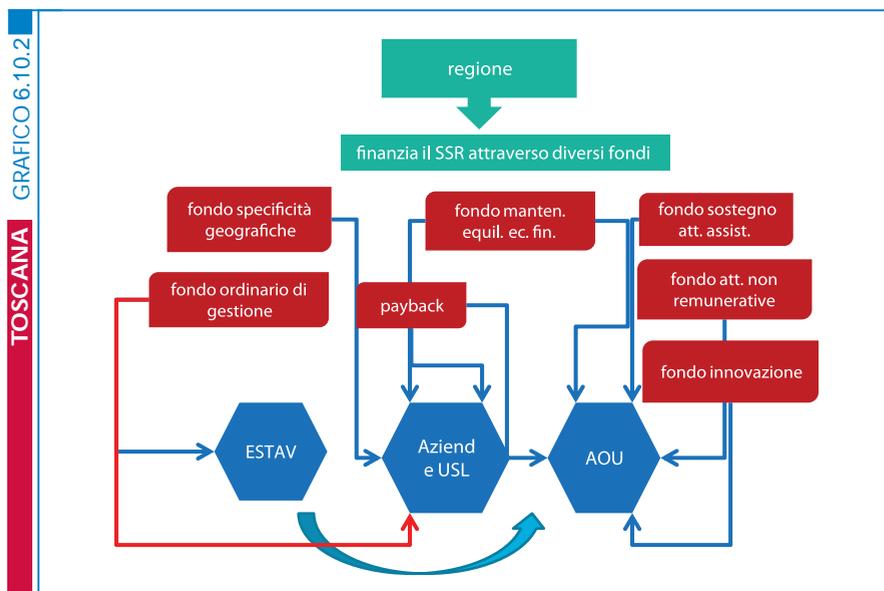
L'offerta pubblica viene esercitata attraverso:

- 12 USL
- 4 AOU (di cui 1 azienda pediatrica)
- 3 enti di supporto funzionale definiti ESTAV.

Attori del sistema sanitario regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

Nel primo semestre vengono definiti gli importi comprensivi dei fondi di riequilibrio e di incentivazione aziendale. Al termine dell'anno vengono effettuate eventuali compensazioni e solo l'anno successivo viene redatto il bilancio.

Basi Normative (con data di approvazione)

TOSCANA GRAFICO 6.10.3	PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
		<ul style="list-style-type: none"> • DGR 96/2011 (21.2.11) - assegnazione fondo ord. di gestione e fondo eq. econom. finanz. (ASL+ESTAV+AOU) • DGR 110/2011 (28.2.11) - fondo per la diffusione dell'innovazione (AOU) • DGR 111/2011 (28.2.11) - fondo di sostegno alle attività assistenziali (AOU) • DGR 116/2011 (28.2.11) - fondi speciali finalizzati (AOU) • DGR 1223/2011 (27.12.11) - fondo governo delle specificità geografiche (ASL) • DGR 382/2012 (7.5.12) - integrazione 2011 • DGR 615/2012 (16.7.12) - impegno ripiano debiti aziende ASL • DGR 791/2012 (3.9.12) - ripiano perdite aziende ASL

Tempi di assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

Negli anni in esame il PSSR era in corso di discussione; la Regione aveva al 1 gennaio 2012 una proposta di PSSR che successivamente è stata respinta dal Consiglio Regionale, la nuova proposta è attualmente in discussione. In ogni caso il modello di finanziamento supera il concetto di spesa pro-capite.

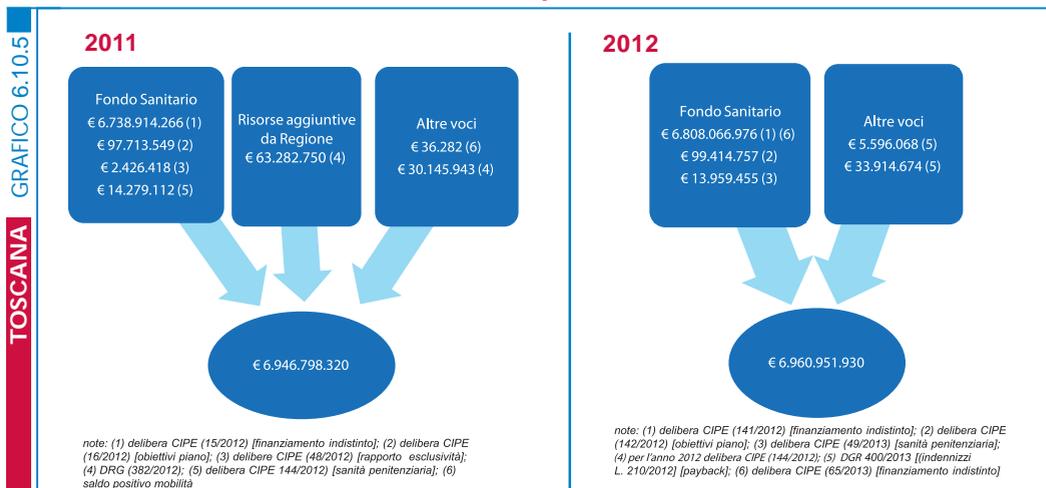
Il modello aziendale prevede una ripartizione ben definita fra le attività sanitarie (a carico delle ASL) e le attività socio sanitarie (a carico dei Comuni) con una precisa identificazione dei meccanismi di coordinamento fra le attività.

La Regione destina circa il 93% del fondo alle Aziende sia nel 2011 che nel 2012. Le quote assegnate per le funzioni dei LEA sono sia per il 2011 che per il 2012 pari a:

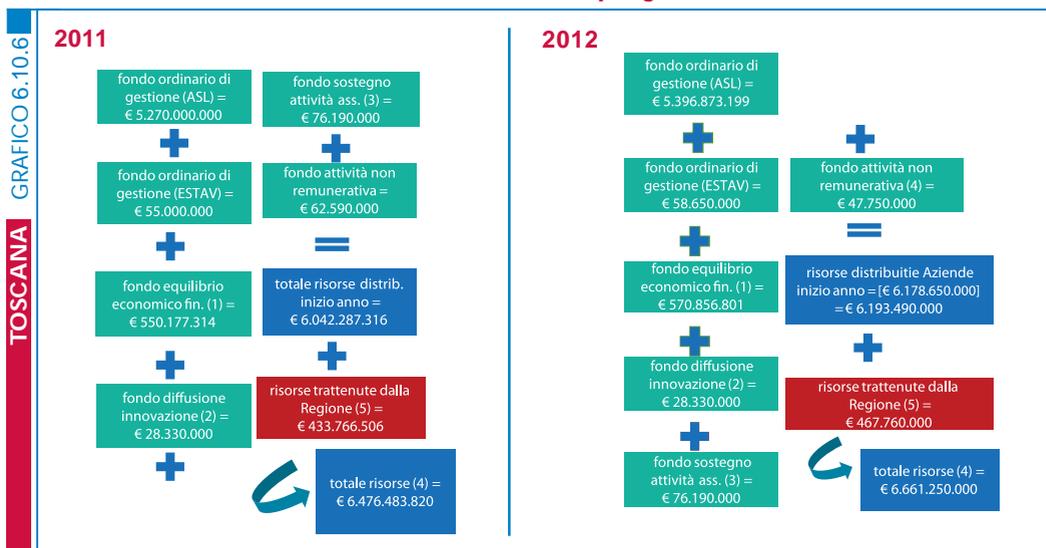
- Assistenza collettiva: 5%
- Assistenza territoriale: 53%
- Assistenza ospedaliera: 42%.

La Regione individua un fondo da destinare alle AOU che si propone di remunerare i DRG particolarmente complessi la cui tariffa non copre i costi sostenuti⁸.

Risorse Finanziarie Complessive SSR (consuntivo)



Finanziamento SSR nella programmazione

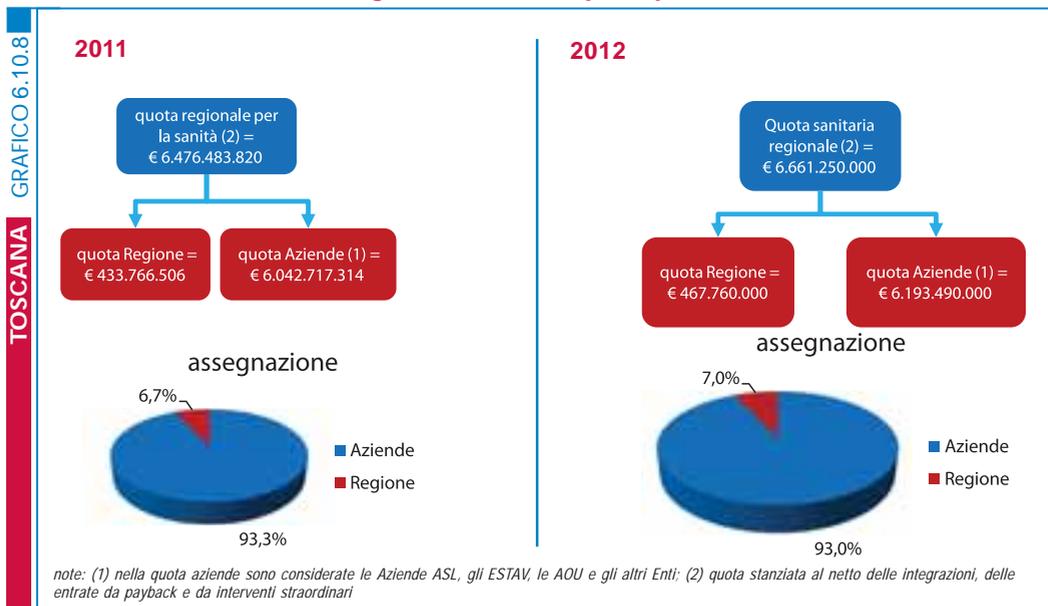


⁸ Tale fondo viene ripartito per il 95% in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso superiore a 2,5) e per il 5% in base all'*impact factor*. Vedi DGR 110/2011.

Criteria pesatura fondi 2011-2012

TOSCANA	GRAFICO 6.10.7	FONDO ORDINARIO DI GESTIONE (ASL)	FONDO PER LA DIFFUSIONE DELL'INNOVAZIONE DESTINATO ALLE AOU PER LE ATTIVITA' GESTITE CON RISORSE DEL SSR E DELL'UNIVERSITA'
		<ul style="list-style-type: none"> calcolo: costo pro-capite per ogni ASL (popolazione ponderata) (a) individuazione 3 ASL con costo pro-capite inferiore (b) 	<ul style="list-style-type: none"> ripartizione: 95% in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso > 2,5) 5% in base all'indice di impact factor
		<ul style="list-style-type: none"> determinazione del rapporto fra fondo indistinto e totale costo residenti (per ogni ASL e individuazione di quella con rapporto minimo) (c) 	FONDO DI SOSTEGNO ALLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI CON RILEVANTE PRESENZA DI FUNZIONI DI DIDATTICA E RICERCA (AOU)
		<ul style="list-style-type: none"> (b) * pop. [moltiplicazione del costo medio ponderato delle ASL con costo procapite inferiore per la popolazione complessiva (compresi anche stranieri)] (d) 	<ul style="list-style-type: none"> ripartizione: in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso > 2,5)
		<ul style="list-style-type: none"> (d) * (c) [fondo ordinario in condizioni di max. efficienza] (e) 	GOVERNO DELLE SPECIFICITA' GEOGRAFICHE
		<ul style="list-style-type: none"> ripartizione: differenza fra quota teorica in condizioni di max efficienza e quota effettiva ricevuta 	<ul style="list-style-type: none"> calcolo: accantonamento sul FSR quando viene determinato il Fondo di gestione ordinario
		<ul style="list-style-type: none"> ripartizione: differenza fra quota teorica in condizioni di max efficienza e quota effettiva ricevuta 	<ul style="list-style-type: none"> ripartizione: per progetti di interesse regionale assegnando l'82,5% alle zone montane e il 17,5% alle zone insulari
		FONDO ORDINARIO DI GESTIONE (ESTAV)	
		<ul style="list-style-type: none"> calcolato e ripartito in base al trasferimento delle funzioni 	
		FONDO DI MANTENIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	
<ul style="list-style-type: none"> calcolo: differenza fra risorse da assegnare alle aziende e il fondo ordinario di gestione 			
<ul style="list-style-type: none"> ripartizione: criterio performance. Sulla base dell'indice sintetico di performance aziendale derivati dagli indicatori MES criterio riequilibrio. Sulla base di meccanismi di riequilibrio delle differenze fra fondi ricevuti e fondi parametrizzati 			
FONDO DI SOSTEGNO ALLE ATTIVITÀ REGIONALI DI RIFERIMENTO E ALLE ATTIVITÀ NON SUFFICIENTEMENTE REMUNERATE			
<ul style="list-style-type: none"> spese per funzioni 			

Assegnazione risorse per tipo di ente



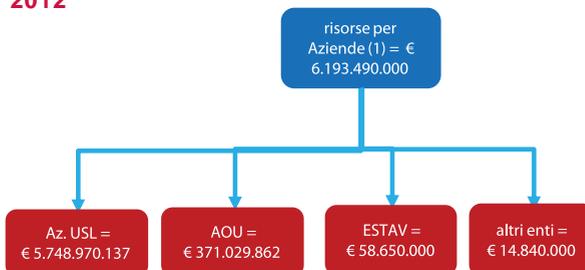
Assegnazione risorse per enti

TOSCANA
GRAFICO 6.10.9

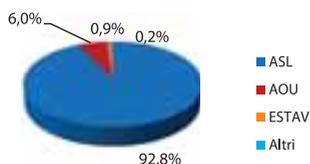
TOSCANA

2011

2012



assegnazioni



nota: (1) dati 1° assegnazione

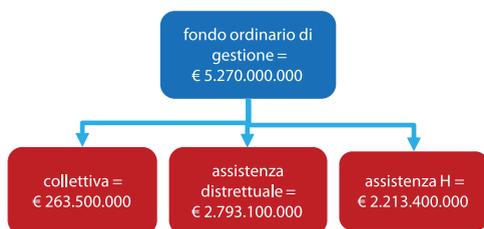
Assegnazione fondo per funzioni

TOSCANA
GRAFICO 6.10.10

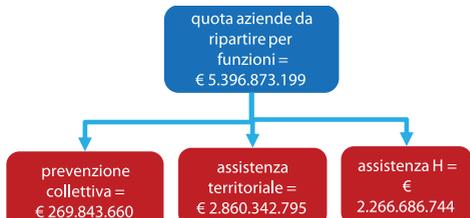
TOSCANA

2011

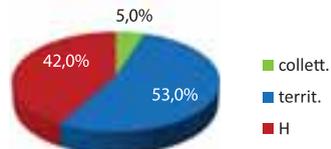
2012



assegnazione (in %)



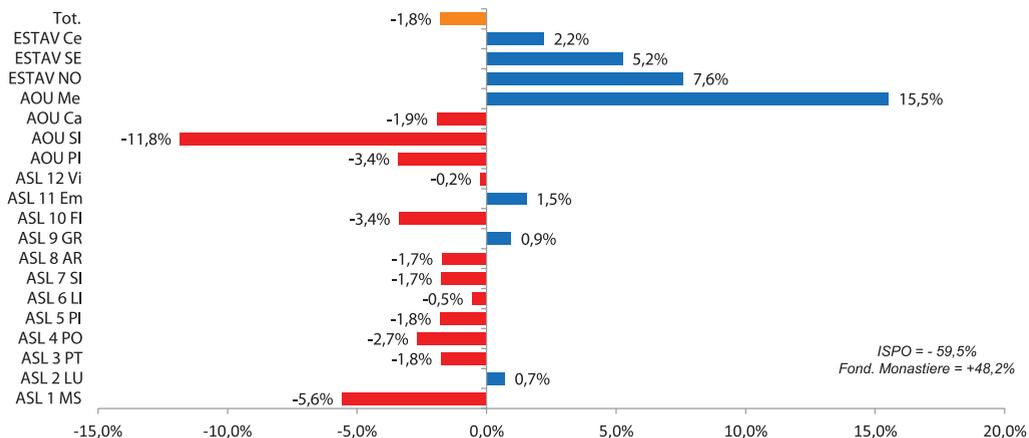
assegnazione (in %)



Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati

GRAFICO 6.10.13

TOSCANA



Scelte strategiche

GRAFICO 6.10.14

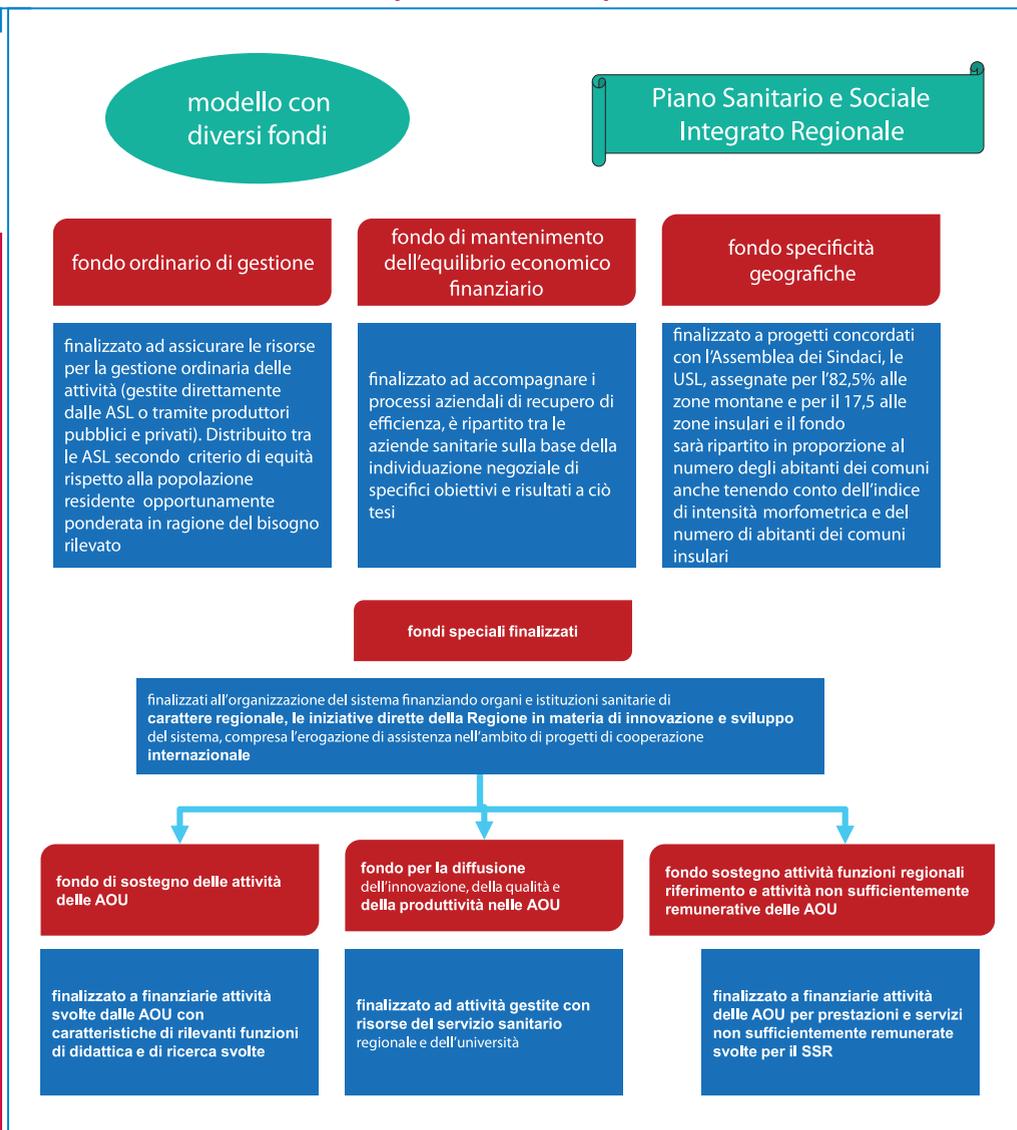
TOSCANA

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR indistinto	+73.912.795	+1,1%
FSR vincolato	+1.701.208	+1,7%
Quota trattenuta dalla Regione	+33.993.494	+7,8%
Quota assegnata alle Aziende (1° ass.)	+150.772.686	+2,5%
Quota assegnata alle Aziende (consuntivo)	-115.453.851	-1,8%
Quota assegnata alle Az. ASL (complessivo)	-103.908.875	-1,7%
Quota assegnata alle AOU (complessivo)	-15.876.600	-3,6%
Quota assegnata agli ESTAV (complessivo)	+2.790.948	+4,9%
Payback	+3.768.731	+12,5%
Fondo ordinario di gestione	+130.523.199	+2,5%
Fondo mantenimento equilibrio economico e finanziario	+20.679.483	+3,8%
Fondo attività non remunerativa	-14.840.000	-23,7%
fondo diffusione innovazione	0	+0,0%
fondo sostegno attività assistenziali	0	+0,0%
fondo specificità geografiche	-3.000.000	-49,4%

Criteria ripartizione fondi per Aziende

GRAFICO 6.10.15

TOSCANA



Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Il PSSR definisce una serie di obiettivi strategici (perseguire la salute come risorsa e non come problema, mettere al centro la persona nella sua complessità, aumentare l'equità, perseguire la sicurezza, l'efficacia, etc), che si declinano in progetti operativi (programmi specifici su stili di vita, sviluppo della sanità di iniziativa, etc).

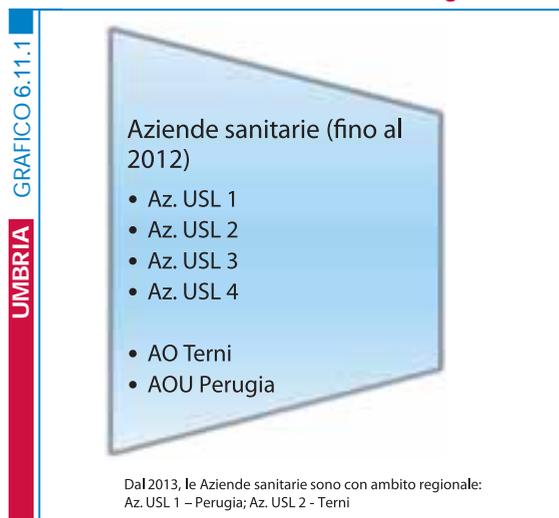
6.11 UMBRIA

Aziende e territorio

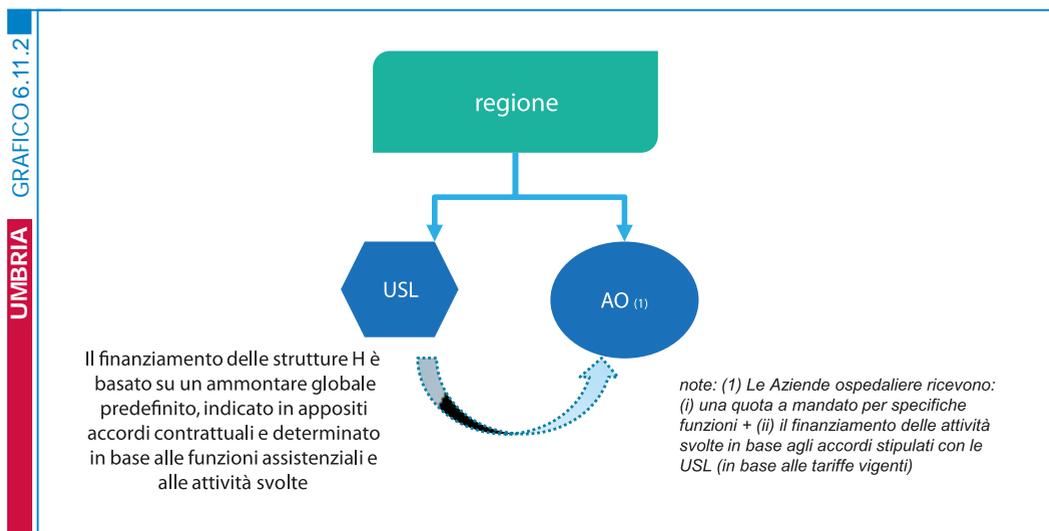
Nella Regione Umbria le aziende presenti sul territorio⁹ nel periodo analizzato sono:

- 4 USL
- 1 AO
- 1 AOU.

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



⁹ Dal 2013, come disposto dal documento politico-programmatico "Linee di indirizzo per il riordino del sistema sanitario regionale" le Aziende sanitarie della Regione sono state accorpate passando da quattro a due aziende territoriali con l'accorpamento delle Usl 1 e Usl 2 nell'Azienda Usl Umbria 1, e Usl 3 e Usl 4 nell'Azienda Usl Umbria 2.

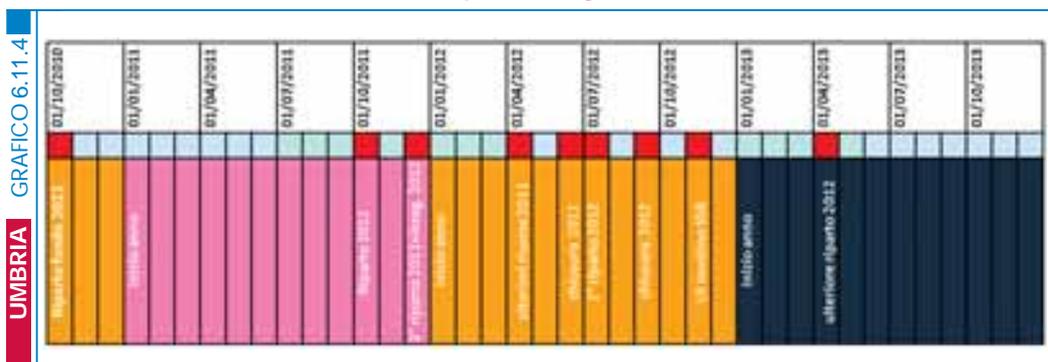
Tempistica associata alla approvazione del riparto

L'approvazione della normativa di riparto avviene (sia nel 2011 che nel 2012) durante il secondo semestre dell'anno: modello di programmazione di fatto basato sulla spesa storica.

Basi Normative (con data di approvazione)

UMBRIA GRAFICO 6.11.3	PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1507/2010 (25.10.10) riparto del fondo - primi indirizzi DGR 1729/2011 (29.12.11) riparto del fondo DGR 438/2012 (24.4.12) ulteriori assegnazioni 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1273/2011 (28.10.11) riparto del fondo - primi indirizzi DGR 1733/2011 (29.12.11) Integrazione DGR 980/2012 (30.07.12) riparto del fondo LR 18/2012 (12.11.2012) riordino del SSR DGR 331/2013 (15.04.2013) ulteriori assegnazioni

Tempi e Assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

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 servizi.

La Giunta Regionale provvede annualmente alla predisposizione di indirizzi vincolanti per la predisposizione del bilancio di previsione nonché alla ripartizione del FSR. È prevista per le ASL l'assegnazione delle risorse finanziarie su base capitaria, con riferimento alla popolazione residente, corretta secondo parametri di natura epidemiologica e demografica.

La Regione destina oltre il 96% del fondo alle ASL sia nel 2011 che nel 2012. Per gli anni analizzati la ripartizione regionale del finanziamento complessivo ripropone i criteri as-

sunti a livello nazionale, calcolando le popolazioni pesate a partire dai consumi effettivi della popolazione residente, tralasciando la correzione secondo i tassi standardizzati, basandosi su un riparto capitaro secco.

Il sistema di finanziamento delle strutture che erogano assistenza ospedaliera a carico del SSN è:

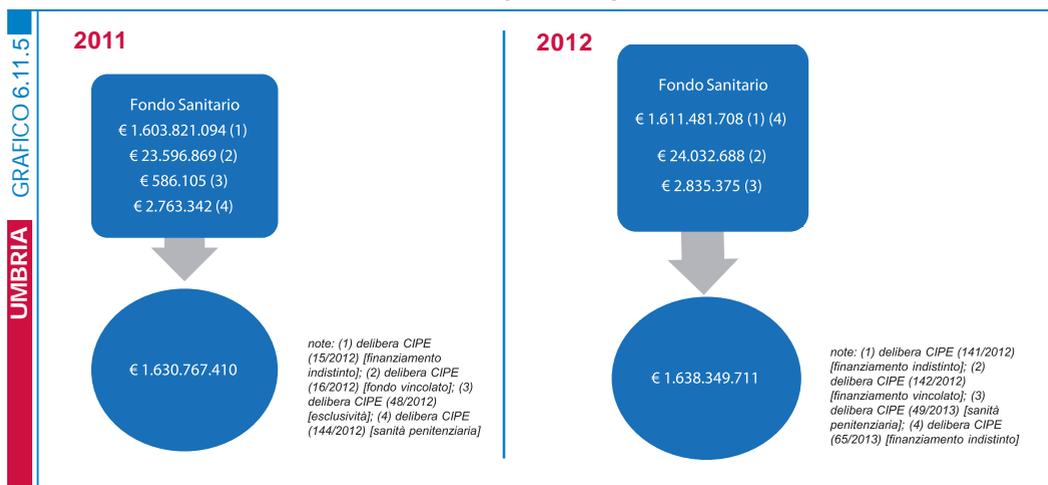
- per le Aziende USL il riparto del fondo in base alla popolazione residente
- per le AO, oltre all'assegnazione di una quota a mandato per specifiche attività, è prevista la stipula di accordi con le USL per la definizione dei volumi di attività che verranno remunerati a prestazione sulla base delle tariffe vigenti.

Con la DGR n. 298/2009 la Regione adottava fino a tutto il 2012¹⁰ un tariffario base allineato al prodotto dei pesi DRG specifici individuati nel D.M. 18.12.2008 per il costo medio di produzione delle prestazioni di degenza ospedaliera. Ai fini della remunerazione, la classificazione delle strutture erogatrici avveniva sulla base della complessità strutturale/organizzativa così articolata:

- Fascia A strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di secondo livello 20% del tariffario base
- Fascia B strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di primo livello 10% del tariffario base
- Fascia C altre strutture non rientranti nelle fasce precedenti Tariffario base.

La quota destinata al finanziamento dei Lea rispetta in entrambi gli anni le quote nazionali. Per quanto riguarda l'assegnazione per funzioni non viene stabilito in modo puntuale il riparto ma vengono seguite le indicazioni del PSR 2009/2011.

Risorse Finanziarie Complessive per il SSR (consuntivo)



¹⁰ Dal 1 settembre 2013 si è verificata una variazione nel modello di finanziamento per le tariffe ospedaliere. Con la DGR n. 957/2013 allineandosi al D.M. 18.10.12 viene prevista l'applicazione del tariffario a tutte le strutture indipendentemente dalle caratteristiche organizzative e di attività (l'applicazione delle tariffe piene solo per l'attività erogata all'interno dei volumi finanziari programmati mentre, per le restanti prestazioni oltre limite, le tariffe vengono progressivamente abbattute, in modo regressivo).

Finanziamento SSR nella programmazione

GRAFICO 6.11.6

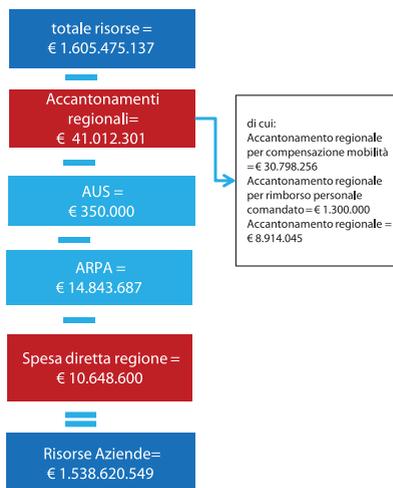
UMBRIA

2011



la slide indica quanto la Regione prevede, sulla base di accordi in Conferenza Stato Regioni (successivamente modificati in sede di Deliberazione CIPE) e sulla base delle proprie scelte programmatiche, necessario al funzionamento del proprio SSR (DGR 1729/2011 - DICEMBRE 2011)

2012



Criteri pesatura funzioni 2011 - 2012

GRAFICO 6.11.7

UMBRIA

riparto capitario secco

Per il 2011 ed il 2012 la ripartizione interregionale del finanziamento complessivo ripropone i criteri assunti a livello nazionale, calcolando le popolazioni pesate a partire dai consumi effettivi della popolazione residente, tralasciando la correzione secondo i tassi standardizzati, basandosi su un riparto capitario secco.

Per quanto riguarda l'assegnazione per funzioni non viene stabilito in modo puntuale il riparto ma in base alle indicazioni del PSR 2009/2011. "La Regione Umbria si pone l'obiettivo tendenziale di allocazione delle risorse finanziarie disponibili nel triennio 2009-2011, pari ad almeno il 5% per la prevenzione, ad almeno il 51% per l'assistenza territoriale e al 44% per l'assistenza ospedaliera"

Assegnazione FSR

GRAFICO 6.11.8

UMBRIA

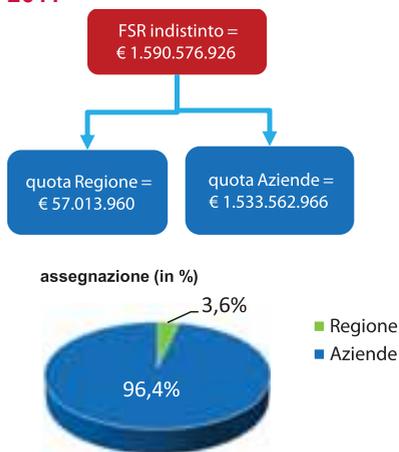
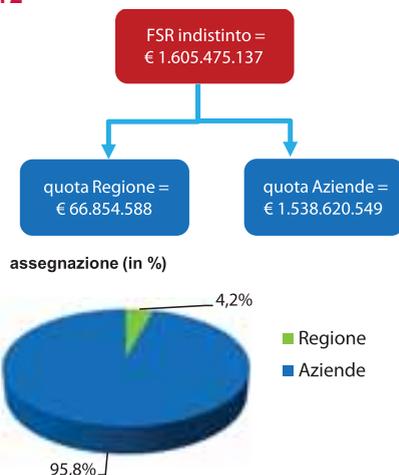
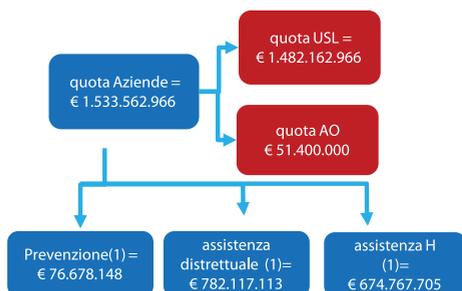
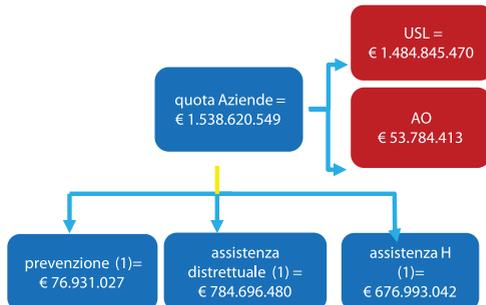
2011**2012****Assegnazione FSR per funzioni ed enti**

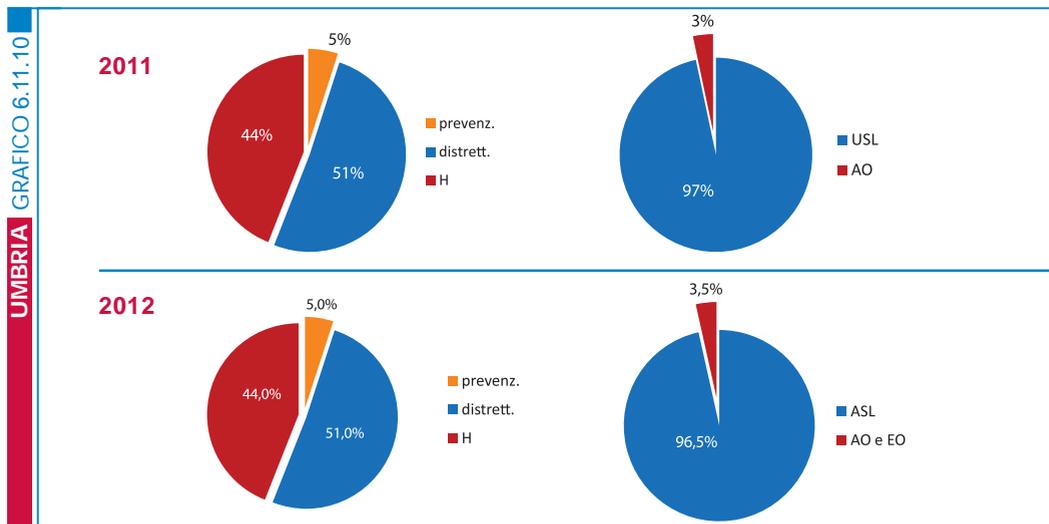
GRAFICO 6.11.9

UMBRIA

2011**2012**

note: (1) ns. stime come da indicazioni del PSR 2009/2011. "La Regione Umbria si pone l'obiettivo tendenziale di allocazione delle risorse finanziarie disponibili nel triennio 2009-2011, pari ad almeno il 5% per la prevenzione, ad almeno il 51% per l'assistenza territoriale e al 44% per l'assistenza ospedaliera"

Assegnazione del FSR



Fondi assegnati alle Aziende 2011

UMBRIA GRAFICO 6.11.11

Azienda	Riparto iniziale FSR (1)	Quota iniziale FSR (2)	Integra-zioni (3)	Integra-zioni (4)	Riparto effettivo FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
USL 1	228.671.521	100,0%			228.671.521	0,00%	153.000	-0,07%
USL 2	574.567.162	99,4%	3.000.000	364.244	577.931.406	0,59%	25.000	0,00%
USL 3	274.584.912	99,4%	1.500.000	264.825	276.349.737	0,64%	2.000	0,00%
USL 4	399.839.371	99,9%		219.110	400.058.481	0,05%	48.000	-0,01%
AO Perugia	34.200.000	99,7%		119.289	34.319.289	0,35%	363.000	-1,06%
AO Terni	14.800.000	84,9%	2.400.000	231.367	17.431.367	17,78%	1.000	-0,01%
Totale	1.526.662.966	99,5%	6.900.000	1.198.835	1.534.761.801	0,53%	592.000	-0,04%

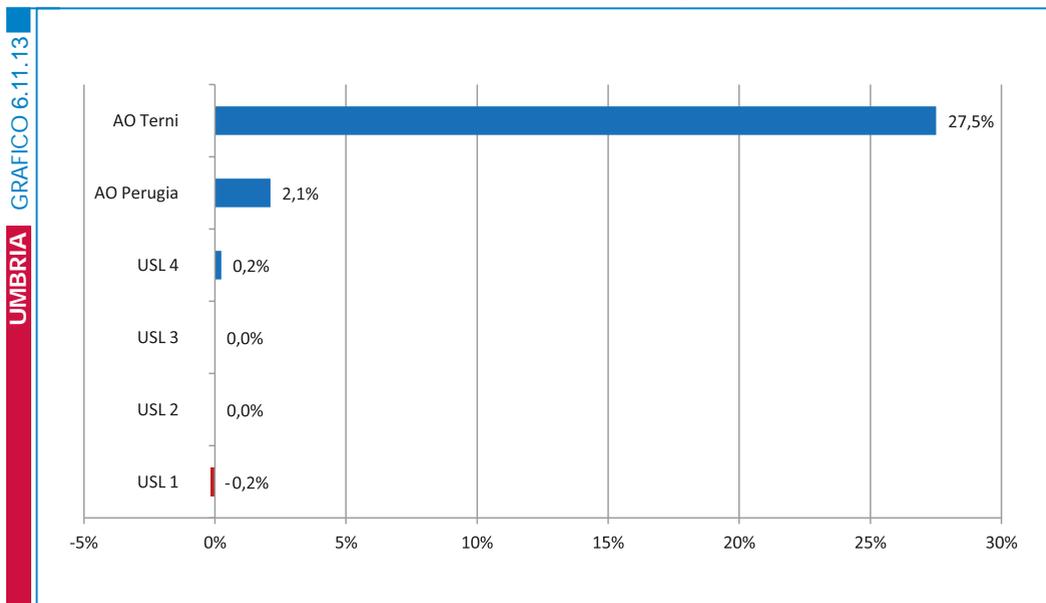
note: (1) DGR 1057/2010 - Primi indirizzi (Nov. 2010); (2) Fondi destinati alle AO per: didattica e ricerca, altre attività di riferimento regionale, Lotta AIDS, centro trapianti [DGR 1507/2010] (dic. 2010); (3) differenza tra primi indirizzi Nov.2010 (DGR 1057/2010) e Assegnazione Dic. 2011 (DGR 1729/2011); (4) di rimborso oneri personale utilizzato anno 2011 pari e 1.198.835 [DGR 1729/2011] (dic. 2011);

Fondi assegnati alle Aziende 2012

UMBRIA GRAFICO 6.11.12

Azienda	Riparto iniziale FSR (1)	Quota iniziale FSR	AOU (2)	Spending review (inc. %) (3)	Entità tagli (spending review) (3)	Integra-zioni (4)	Integra-zioni (5)	Riparto effettivo FSR	Incidenza integrazioni e tagli sul complesso entrate (%)	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
USL 1	230.157.886	100,00%		-0,32%	-743.183		-1.100.000	228.314.703	-0,81%	-0,80%	926.000	-0,4%
USL 2	581.467.588	100,00%		-0,60%	-3.453.023			578.014.565	-0,60%	-0,59%	380.000	-0,1%
USL 3	276.369.714	100,00%		-0,32%	-892.401	900.000		276.377.313	0,00%	0,00%	1.544.000	-0,6%
USL 4	402.238.407	100,00%		-0,30%	-1.199.518			401.038.889	-0,30%	-0,30%	1.059.000	-0,3%
AO Perugia	35.013.481	99,99%	813.481			34.224		35.047.705	0,10%	0,10%	710.000	-2,0%
AO Terni	15.286.519	99,55%	486.519			3.440.855	3.500.000	22.227.374	31,23%	45,41%	439.000	-2,0%
Totale	1.540.533.595	100%	1.300.000	-0,41%	-6.288.125	4.375.079	2.400.000	1.541.020.549	0,03%	0,03%	5.058.000	-0,3%

note: (1) DGR 1273/2011 - Primi indirizzi (Nov. 2011); (2) Fondi destinati alle AO per: intesa SSR e Università; (3) DGR 1733/2011 (Dic. 2011) (4) DGR 980/2012; (5) DGR 331/2013

Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati**Scelte strategiche**

UMBRIA | GRAFICO 6.11.14

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR indistinto	7.660.614	0,5%
Quota regione	9.840.628	17,3%
Quota aziende	5.057.583	0,3%
Quota USL	2.682.504	0,2%
Quota AO	2.384.413	4,6%

Modifica del modello di finanziamento delle strutture H

- basato su un ammontare globale predefinito, indicato in appositi accordi contrattuali e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte

Modello di finanziamento – Sistema tariffario per H

GRAFICO 6.11.15

UMBRIA

fino al 31 agosto 2013:
prestazioni di degenza
ospedaliera

Fascia A - strutture incluse rete di emergenza sanitaria con DEA di 2° livello tariffario base regionale incrementato del 20%

Fascia B - strutture incluse rete di emergenza sanitaria con DEA di 1° livello tariffario base regionale incrementato del 20%

Fascia C - altre strutture non rientranti nelle fasce precedenti alle quali si applica il tariffario base regionale

dal 1 settembre 2013:
prestazioni di degenza
ospedaliera

tariffario applicato a tutte le strutture indipendentemente dalle caratteristiche organizzative e di attività

viene prevista l'applicazione delle tariffe piene solo per l'attività erogata all'interno dei volumi finanziari programmati mentre, per le restanti prestazioni oltre limite, le tariffe vengono progressivamente abbattute (tariffa regressiva)

Programmazione attività Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere

UMBRIA

Legge Regionale n. 3/1998, art. 30

- la Regione indirizza la gestione economico-finanziaria del SSR verso l'obiettivo della massima efficienza ed efficacia, verificando la rispondenza dei risultati di gestione rispetto agli obiettivi programmatici nell'ambito delle compatibilità economiche generali del SSR
- la Giunta regionale provvede annualmente alla predisposizione di indirizzi vincolanti per la predisposizione del bilancio di previsione nonché alla ripartizione del FSR

Modello di finanziamento aziende

UMBRIA

Il sistema di finanziamento delle strutture che erogano assistenza ospedaliera a carico del SSN è:

- Per le Aziende USL il riparto del fondo in base alla popolazione residente
- Per le AO oltre all'assegnazione di una quota a mandato per specifiche attività è prevista la stipula di accordi con le USL per la definizione dei volumi di attività che verranno remunerati a prestazione sulla base delle tariffe vigenti

Criteria pesatura funzioni (come previsto dal PSR, ma non attuato)

UMBRIA

PSR 2009/2011

- La ripartizione interregionale del finanziamento complessivo rappresenta un obiettivo molto difficile da raggiungere, per la difficoltà di individuare e condividere i determinanti del non omogeneo assorbimento di risorse da parte di gruppi diversi di popolazione; l'unico indicatore largamente accettato come predittivo del maggiore consumo di risorse, l'invecchiamento, viene - in occasione di ogni provvedimento di ripartizione dei finanziamenti - rimesso in discussione con gravi rischi per le Regioni come l'Umbria, caratterizzate da una forte presenza di popolazione anziana
- Attraverso il federalismo si potranno creare le condizioni per realizzare, sia a livello interregionale che in ambito infraregionale, strategie mirate ed efficienti di intervento in relazione ai fattori geomorfologici, sociodemografici e socioeconomici specifici di ogni territorio che, dando origine a diversificati bisogni nei cittadini, presuppongono una differenziata risposta
- La normativa richiede di mantenere un'omogeneità di criteri nel trasferimento delle risorse tra diversi livelli del SSN, pur non vincolando le singole regioni ad applicare i fattori di correzione usati a livello nazionale perché «le regioni possono utilizzare informazioni ulteriori relative a variabili ed indicatori più direttamente correlati all'utilizzo atteso di risorse e/o più sensibili ai livelli relativi di bisogno espressi dalla popolazione delle diverse Aziende USL»
- Le deliberazioni di riparto del FSR nel periodo di vigenza del precedente piano hanno in una prima fase sostanzialmente riproposto i criteri assunti a livello nazionale, calcolando le popolazioni pesate a partire dai consumi effettivi della popolazione residente, tralasciando la correzione secondo i tassi standardizzati di mortalità per la scarsa variabilità che caratterizza le diverse aree dell'Umbria e quindi sono state caratterizzate da una semplificazione, basandosi su un riparto capitaro secco

Gli obiettivi fissati dal PSR per il triennio sono:

- affinare la metodologia di calcolo della quota capitaria reintroducendo meccanismi di allocazione basati su sistemi di pesatura della popolazione
- introdurre i nuovi pesi in maniera progressiva, dopo opportuni periodi di sperimentazione, ad iniziare dalla valutazione dell'allocazione delle risorse all'interno del territorio aziendale
- garantire una distribuzione equa delle risorse all'interno delle Aziende USL, attraverso l'introduzione di meccanismi di trasferimento dei finanziamenti ai distretti sulla base della quota capitaria pesata, ai presidi su base tariffaria per le attività di elevata complessità e per funzione composita per le attività di integrazione con il territorio

Criterio generale: popolazione pesata

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

L'equilibrio economico-finanziario, che costituisce l'obiettivo del SSR e vincolo per le singole Aziende, è declinato nei seguenti obiettivi (2011/2012):

- rispetto di tetti di mobilità intra regionale
- limiti per la spesa farmaceutica
- contenimento della spesa del personale e dei costi di produzione.

6.12 MARCHE

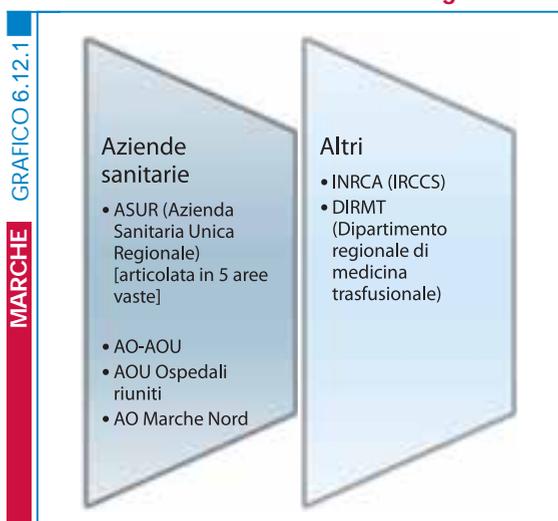
Aziende e territorio

La L.R. n. 13/2003 ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) che esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e delle 5 Aree Vaste. Nel territorio sono presenti:

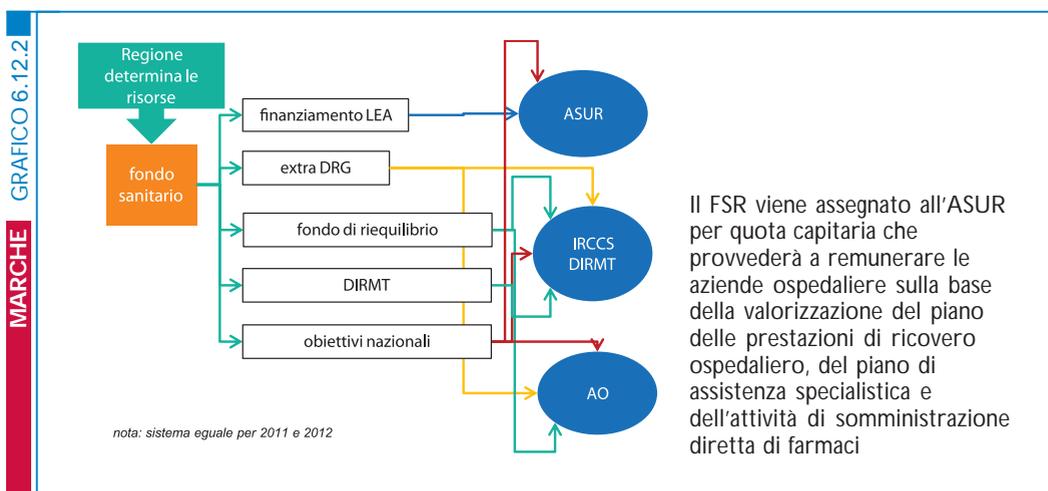
- 1 AOU
- 1 AO
- 1 IRCCS

Inoltre è presente il DIRMT (Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale); Dipartimento interaziendale funzionale con una propria autonomia economico finanziaria.

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

Sebbene l'approvazione della normativa di riparto avvenga (sia nel 2011 che nel 2012) durante il secondo semestre dell'anno, la definizione delle risorse avviene mediante un processo di *budgeting* al termine dell'anno precedente.

Basi Normative (con data approvazione)

MARCHIE	GRAFICO 6.12.3	PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
		<ul style="list-style-type: none"> DGR 1820/2010 (21.12.10) - gestione provvisoria dei bilanci DGR 17/2011 (17.1.11) - linee di indirizzo GR 1161/2011 (29.12.11) - definizione del processo di Budgeting 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1797/2012 (28.12.12) - disposizioni per la redazione del bilancio

Tempi e Assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

La Regione assicura ai cittadini l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza, stabiliti sia dal Piano Sanitario Nazionale che da quello Regionale, attraverso i propri enti. La USL assicura i Livelli Essenziali di Assistenza, avvalendosi delle proprie strutture, delle Aziende Ospedaliere e di altre Istituzioni sanitarie pubbliche o private accreditate.

La Regione destina il 100% del fondo alle ASL nel 2011 ed oltre il 99% nel 2012. Il FSR viene assegnato all'ASUR per quota capitaria, riferita alla popolazione residente per classi di età e corretta in relazione a particolari condizioni epidemiologiche, ambientali ed organizzative. L'ASUR provvede a remunerare le aziende ospedaliere sulla base della valorizzazione del piano delle prestazioni di ricovero ospedaliero, del piano di assistenza specialistica e dell'attività di somministrazione diretta di farmaci.

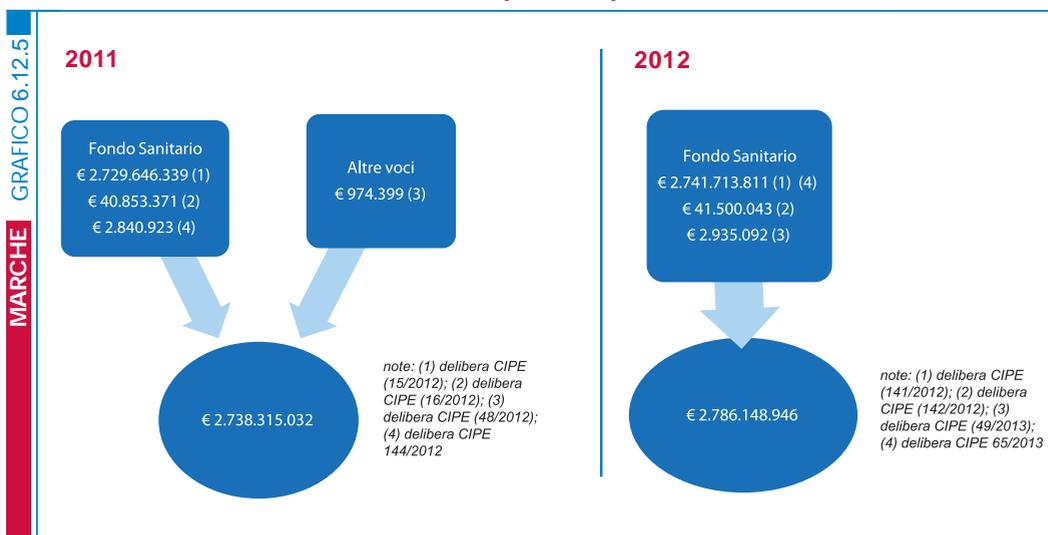
Le risorse ricevute dalla Regione sono destinate, oltre che alla copertura degli oneri di produzione sostenuti dall'ASUR per l'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie ai propri

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.

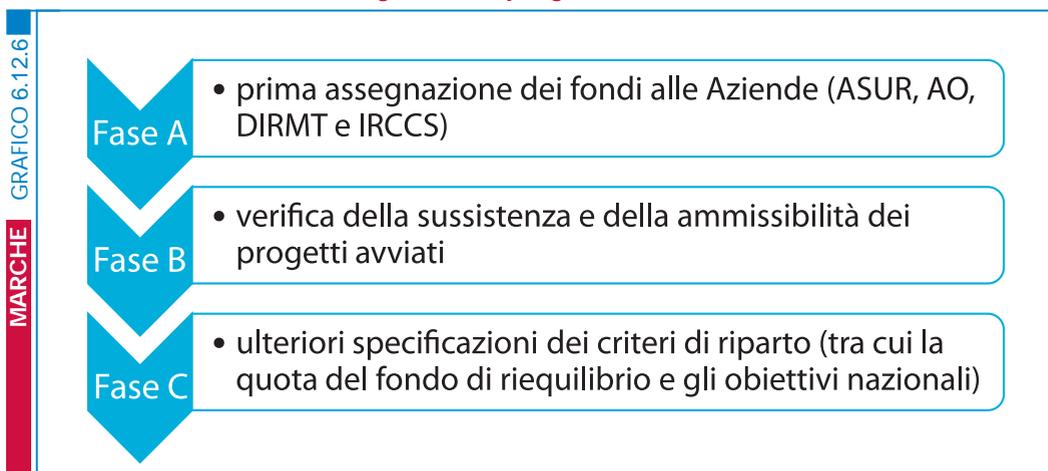
La Regione, in sede di assegnazione delle risorse del FSR, deve accantonare una quota dello stanziamento (fino ad un max del 5%) allo scopo di garantire il riequilibrio delle risultanze economiche delle Aziende e dell'INRCA.

Per quanto riguarda la quota percentuale destinata al finanziamento dei LEA la Regione rispetta le quote di riparto definite a livello nazionale.

Risorse Finanziarie Complessive per il SSR (consuntivo)



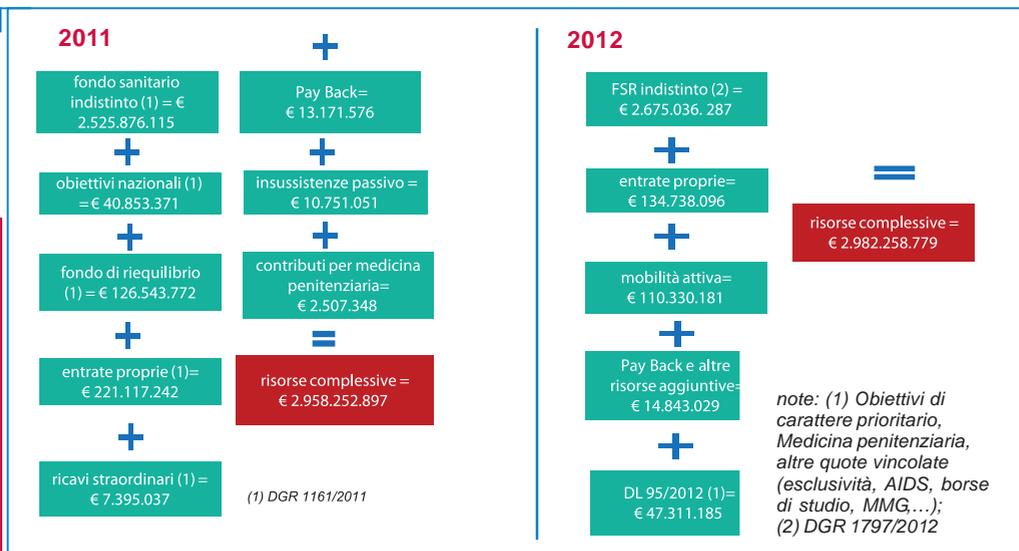
Processo logico della programmazione finanziaria



Finanziamento SSR nella programmazione

GRAFICO 6.12.7

MARCHE



Trasferimento alle Aziende

MARCHE

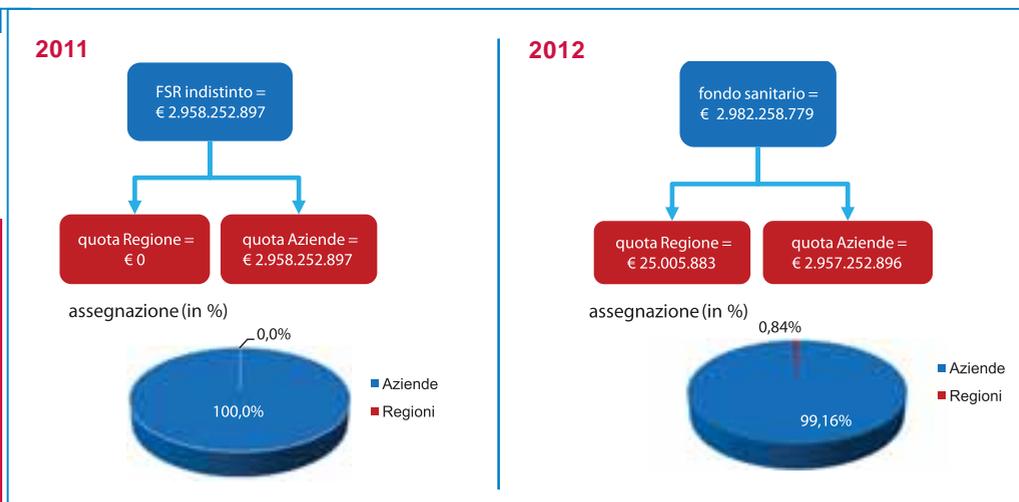
La normativa regionale, prevede un trasferimento di risorse dalla Regione alla ASL, effettuato, comunque, sulla base di una quota capitaria, riferita alla popolazione residente per classi di età e corretta in relazione a particolari condizioni epidemiologiche, ambientali ed organizzative.

Le risorse ricevute dalla Regione sono destinate a: (i) copertura degli oneri di produzione sostenuti dall'ASUR per l'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie ai proprio assistiti, (ii) per l'acquisto delle stesse prestazioni da altri erogatori pubblici e privati accreditati

Assegnazione FSR

GRAFICO 6.12.8

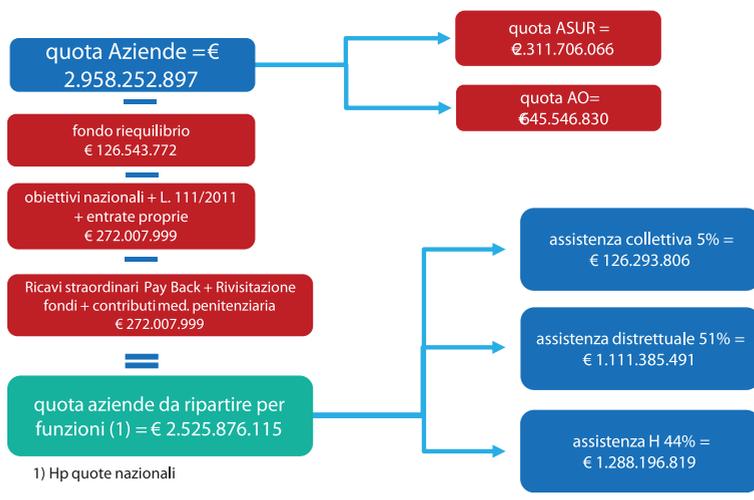
MARCHE



Assegnazione FSR per funzioni ed enti

GRAFICO 6.12.9

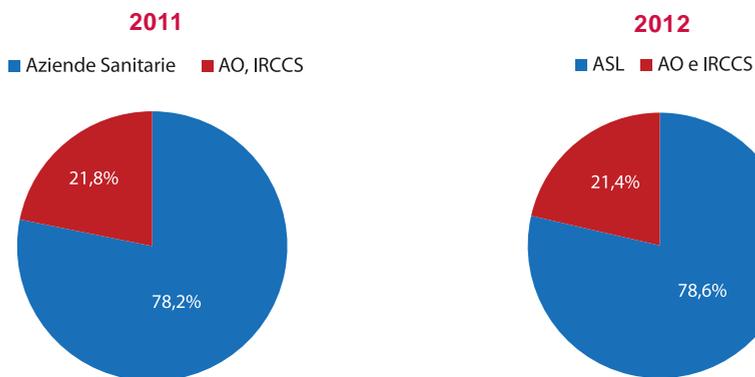
MARCHE



Assegnazione del FSR per ente

GRAFICO 6.12.10

MARCHE



Ripartizione del Budget per Azienda 2011

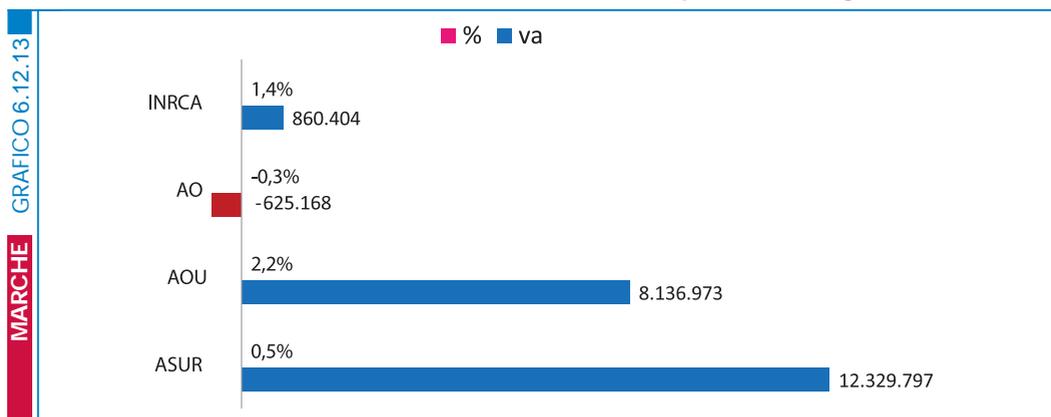
GRAFICO 6.12.11

MARCHE

Azienda	Riparto iniziale FSR	Incidenza % sul totale	Riparto finale FSR effettivo	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASUR	2.311.706.066	78,2%	2.311.706.066	0,00%	61.000	0,0%
AOU Ospedali riuniti	363.006.544	12,3%			-	
AO Marche Nord	220.162.094	7,4%			3.000	
INRCA	62.378.192	2,1%			-	
Totale	2.957.252.896	100,0%			64.000	

Ripartizione del Budget per Azienda 2012

Azienda	Riparto iniziale FSR	Incidenza % sul totale	Riparto finale FSR effettivo	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASUR	2.324.035.863	78,0%	2.324.035.863	0,00%	6.023.000	-0,26%
AOU Ospedali riuniti	371.143.517	12,5%			138.000	
AO Marche Nord	219.536.926	7,4%			80.000	
INRCA	63.238.596	2,1%			5.000	
Totale	2.977.954.902	100,0%			6.246.000	

Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati**Scelte strategiche**

Voce	Δ (2012/2011) (va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR indistinto	12.067.472	0,4%
Assegnazioni alle Aziende	20.702.006	0,7%

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

L'assegnazione delle risorse e degli obiettivi alle Aziende del SSR all'INRCA e al Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale (DIRMT) avviene mediante un processo di *budgeting* distinto in 3 Fasi:

- Fase A prima assegnazione
- Fase B verifica della sussistenza e della ammissibilità dei progetti avviati
- Fase C ulteriori specificazioni dei criteri di riparto (tra cui la quota del fondo di riequilibrio e gli obiettivi nazionali).

6.13 LAZIO

Aziende e territorio

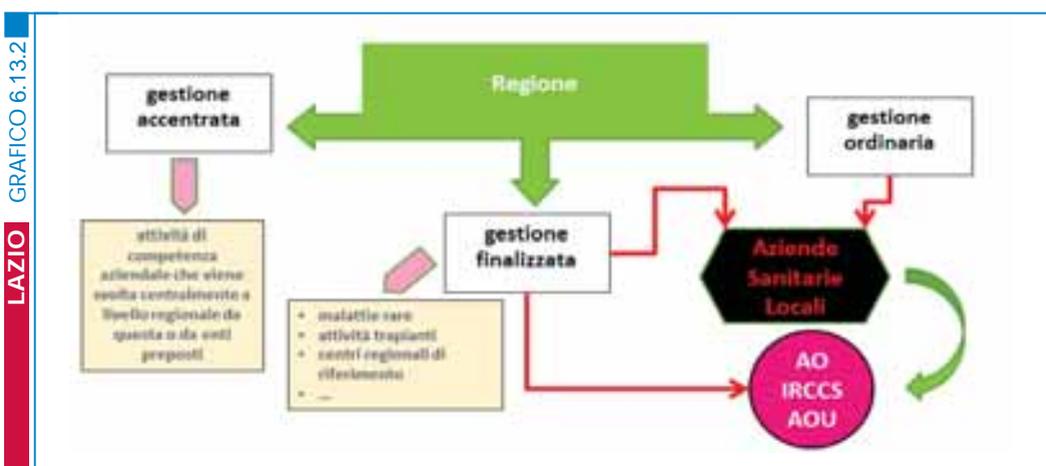
Il Lazio si caratterizza per avere un diffusissima copertura di strutture ospedaliere e sanitarie¹¹:

- 12 ASL
- 1 Agenzia Regionale per l'Emergenza-Urgenza (ARES)
- 3 AO
- 1 Azienda mista¹²
- 1 Policlinico a gestione diretta
- 1 AOU
- 3 IRCCS pubblici.

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



¹¹ Sono previsti altresì 6 IRCCS privati, 42 strutture private accreditate per il ricovero acuti, 7 ospedali classificati.

¹² Fondazione Tor Vergata.

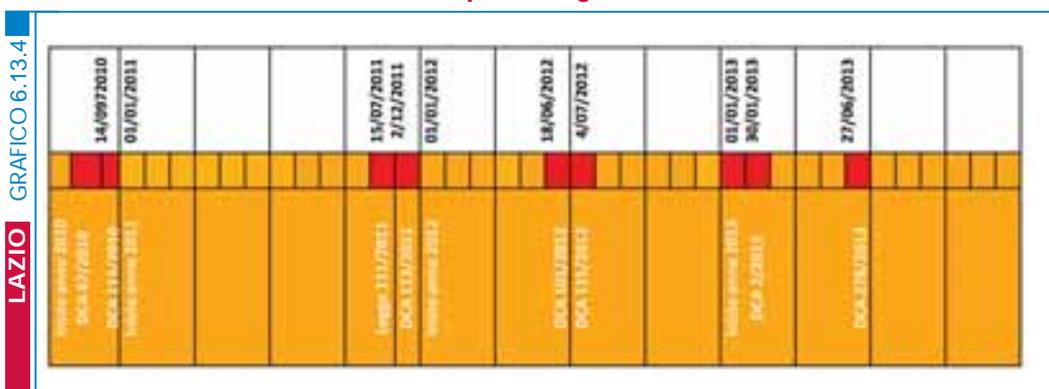
Tempistica associata alla approvazione del riparto

Nel 2011 e nel 2012 la delibera di ripartizione del Fondo è stata approvata a fine anno.

Basi Normative (con data di approvazione)

LAZIO	GRAFICO 6.13.3	PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
		<ul style="list-style-type: none"> DPCA 113/2010 (31.12.2010) - Programmi Operativi Biennio 2011-2012 DGR 113/2011 (02.12.2011) - ripartizione del fondo 	<ul style="list-style-type: none"> DCA 101/2012 (18.6.12) - finanziamento aziende sanitarie DCA 115/2012 - finanziamento funzioni assistenziali DCA 2/2013 (30.1.13) - revisione decreti 101/12 e 115/12 DCA 278/2013 (27.6.13) - rideterminazione riparto FSR 2012

Tempi e Assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

L'individuazione del deficit sanitario, nel novembre del 2005, ha costretto l'amministrazione centrale e quella regionale a sottoscrivere un Piano di Rientro definendo nuove disposizioni introdotte al fine di implementare il monitoraggio della spesa nel settore sanitario e l'appropriatezza delle prescrizioni sanitarie.

In generale tutte le scelte economico finanziarie effettuate dall'anno di sottoscrizione del PdR risentono delle misure di contenimento dettate dallo stesso.

La Regione ha destinato alle Aziende oltre il 98% del Fondo nel 2011 e circa il 97% nel 2012.

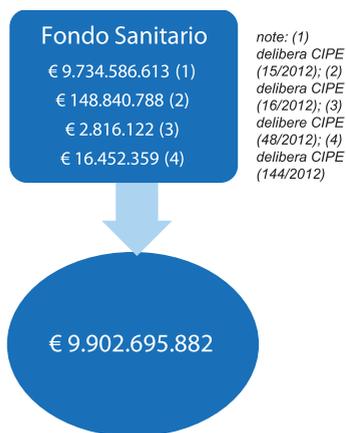
La quota destinata al finanziamento dei LEA rispetta in entrambi gli anni le quote nazionali.

Risorse Finanziarie disponibili (consuntivo)

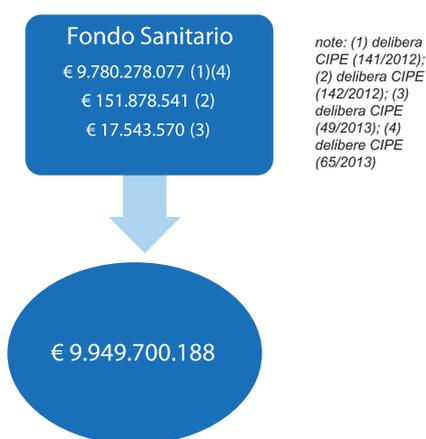
GRAFICO 6.13.5

LAZIO

2011



2012

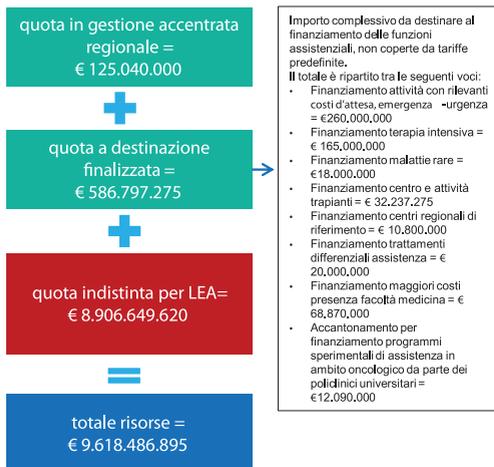


Finanziamento del SSR

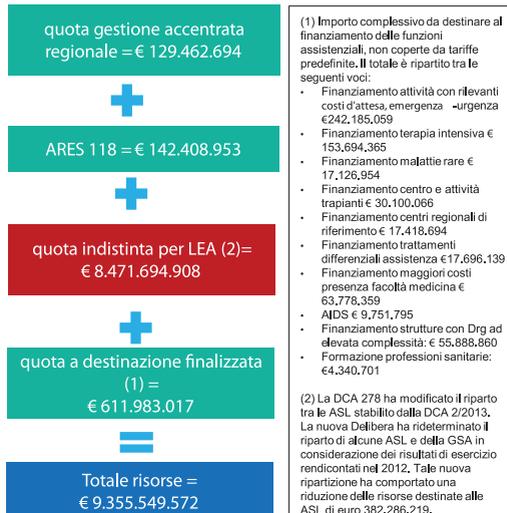
GRAFICO 6.13.6

LAZIO

2011



2012

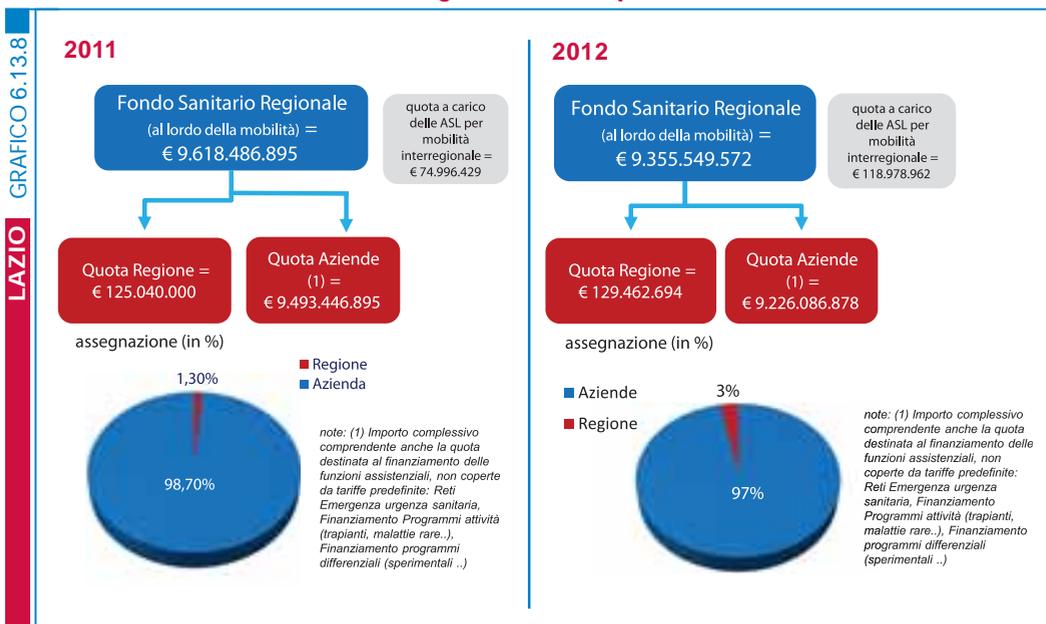


Criteria pesatura per funzioni

	2011	2012
LAZIO GRAFICO 6.13.7	REVENZIONE	PREVENZIONE
	• popolazione semplice 4,75% prevenzione + 0,25% correttivo territoriale	• popolazione residente non pesata
	TERRITORIALE-MMG	TERRITORIALE-MMG
	• popolazione residente non pesata	• popolazione residente > 14 anni
	TERRITORIALE-farmaceutica	TERRITORIALE-FARMACEUTICA
	• tetto fabbisogno complessivo comprensivo somme vincolate	• popolazione residente < 14 anni
	TERRITORIALE-specialistica ambulatoriale	TERRITORIALE-SPECIALISTICA AMBULATORIALE
	TERRITORIALE-EMERGENZA-ARES118	TERRITORIALE-EMERGENZA-ARES118
	TERRITORIALE-ANZIANI RESIDENZIALE	TERRITORIALE-ANZIANI RESIDENZIALE
	TERRITORIALE-DOMICILIARE E RIABILITAZIONE	TERRITORIALE-DOMICILIARE E RIABILITAZIONE
	TERRITORIALE-SALUTE MENTALE	TERRITORIALE-SALUTE MENTALE
	TERRITORIALE-DIPENDENZE	TERRITORIALE-DIPENDENZE
	OSPEDALIERA (H)	OSPEDALIERA (H)

La ripartizione tra le ASL è stata effettuata mutando i criteri adottati dal MdS per la ripartizione tra le Regioni, secondo i livelli ed i sottolivelli essenziali di assistenza, pesati con le fasce di età della popolazione residente adeguandoli alla specificità della realtà regionale laziale applicando un correttivo del 5% delle risorse destinate a ciascun livello di assistenza legato alla distribuzione degli abitanti e di in base alle caratteristiche morfologiche del territorio, al fine di determinare la quota capitaria pesata per il finanziamento delle ASL.

Assegnazione FSR per enti

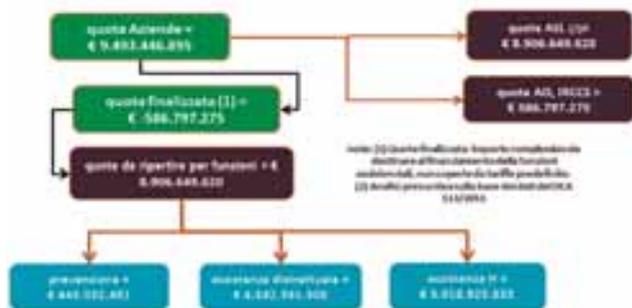


Assegnazione FSR per funzioni

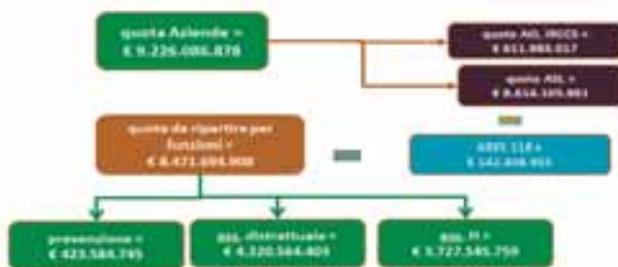
GRAFICO 6.13.9

LAZIO

2011



2012

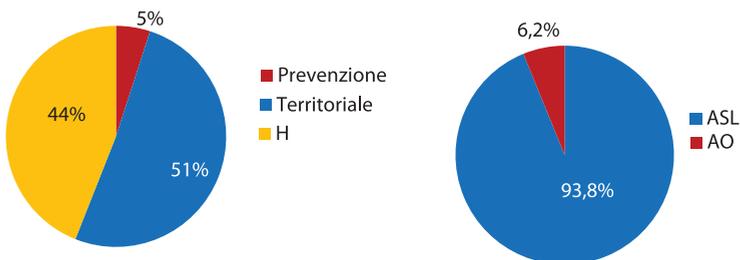


Assegnazione FSR (per funzione e per ente)

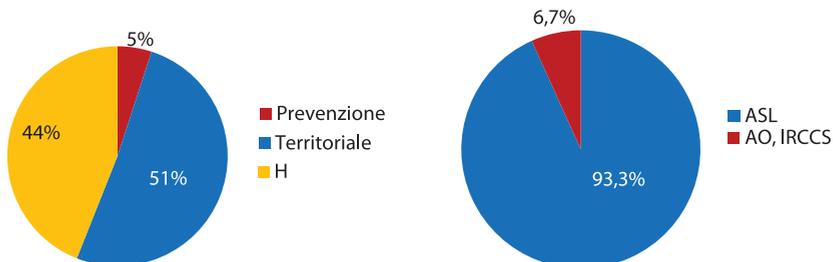
GRAFICO 6.13.10

LAZIO

2011



2012



Fondi Assegnati alle ASL (e ARES) 2011

GRAFICO 6.13.11

LAZIO

Azienda	Riparto effettivo FSR	incidenza % sul totale	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
RM A	773.350.565	8,7%	-3.550.000	0,5%
RM B	1.037.931.553	11,7%	-66.807.000	6,4%
RM C	846.305.521	9,5%	-86.798.000	10,3%
RM D	868.072.126	9,7%	39.921.000	-4,6%
RM E	814.116.902	9,1%	-55.866.000	6,9%
RM F	466.591.323	5,2%	19.337.000	-4,1%
RM G	741.947.010	8,3%	-9.404.000	1,3%
RM H	783.203.196	8,8%	-56.922.000	7,3%
ASL Viterbo	521.237.920	5,9%	-9.606.000	1,8%
ASL Rieti	282.275.852	3,2%	-12.936.000	4,6%
ASL Latina	814.783.799	9,1%	39.195.000	-4,8%
ASL Frosinone	813.892.523	9,1%	89.863.000	-11,0%
ARES 118	142.941.329	1,6%	-7.991.000	5,6%
TOTALE	8.906.649.619	100,0%	-121.564.000	1,4%

Fondi Assegnati alle Aziende 2012

GRAFICO 6.13.12

LAZIO

Azienda	Riparto effettivo FSR DCA 2/2013	Riparto effettivo FSR DCA 278/13	Differenza in valori assoluti	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
RMA	783.345.909	750.814.245	-32.531.664	-4,15%	8.756.000	-1,2%
RMB	1.049.207.233	1.049.207.233	-	0,00%	-42.833.000	4,1%
RMC	913.040.419	913.040.419	-	0,00%	-1.266.000	0,1%
RMD	880.108.344	859.892.096	-20.216.248	-2,30%	1.000	0,0%
RME	878.019.852	1.028.851.004	150.831.152	17,18%	-1.425.000	0,1%
RMF	462.116.310	449.195.492	-12.920.818	-2,80%	105.000	0,0%
RMG	719.940.520	719.940.520	-	0,00%	-23.480.000	3,3%
RMH	790.525.840	790.525.840	-	0,00%	-32.260.000	4,1%
ASL VITERBO	512.728.132	512.728.132	-	0,00%	-6.259.000	1,2%
ASL RIETI	273.743.213	273.743.213	-	0,00%	-15.356.000	5,6%
ASL LATINA	817.590.533	788.173.200	-29.417.333	-3,60%	-4.000	0,0%
ASL FROSINONE	773.614.822	773.614.822	-	0,00%	4.000	0,0%
GSA	-	312.782.937	312.782.937			
TOTALE	8.853.981.127	8.471.694.908	-382.286.219	-4,32%	-114.017.000	1,35%

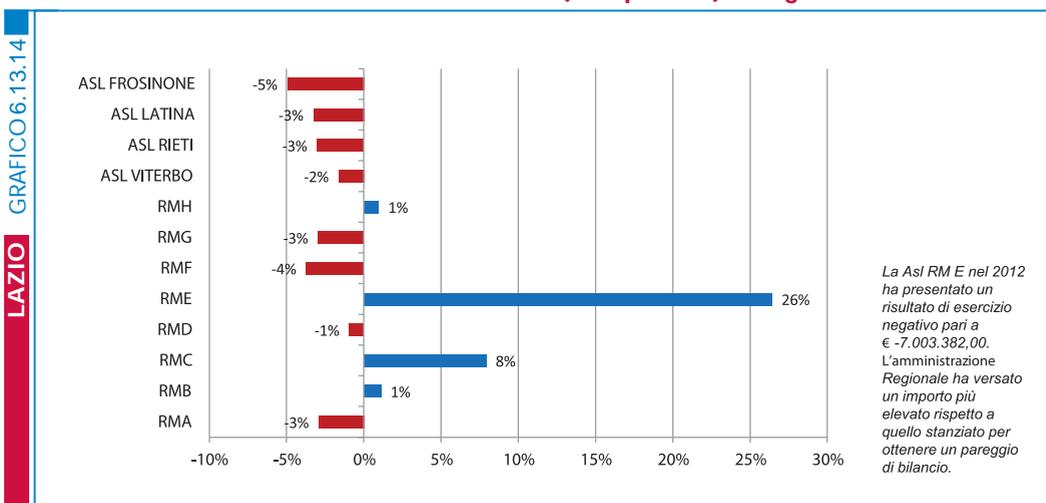
Rideterminazione quote assegnate 2012

GRAFICO 6.13.13

	DCA 101/12	DCA 2/13	DCA 278/13	rideterminazione in diminuzione
Gestione accentrata regionale	130.000.000	129.462.594	-	537.406
Ares 118	143.000.000	142.408.963	-	591.037
Quota finalizzata	657.000.000	611.983.017	-	45.016.983
LEA	8.890.737.652	8.853.991.117	8.471.694.908	36.746.535
Totale	9.820.737.652	9.737.845.691	8.471.694.908	

LAZIO

Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati alle ASL



LAZIO

Scelte strategiche

GRAFICO 6.13.15

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR	45.691.464	0,5%
Quota gestione accentrata regionale	4.422.694	3,5%
Quota destinata alle Aziende	(267.360.017)	-2,8%
Quota a destinazione finalizzata	25.185.742	4,3%

LAZIO

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Nella Regione Lazio il finanziamento delle ASL avviene sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente, coerenti con quelli indicati dalla L. n. 662/1996: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali.

Nel 2011, la ripartizione è stata effettuata secondo i livelli e i sottolivelli di assistenza, pesati con le fasce di età della popolazione residente, adeguandoli alle specificità regionali applicando un correttivo del 5% delle risorse destinate a ciascun livello di assistenza. Alle ASL è destinata anche una quota per il finanziamento delle funzioni assistenziali, non coperte da tariffe predefinite (oltre a comprendere la quota a carico delle ASL per mobilità interregionale):

- reti emergenza urgenza sanitaria
- finanziamento programmi attività (trapianti, malattie rare, etc.)
- finanziamento programmi differenziali (sperimentali).

Gli obiettivi concordati e riportati nel Piano di Rientro riguardavano in particolare:

- la ridefinizione della rete ospedaliera in considerazione dell'offerta eccedente con necessità di rientro negli standard di posti letto all'epoca vigenti
- la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e lo sviluppo del sistema delle cure primarie
- il governo della dinamica dei costi di produzione delle prestazioni e dei servizi direttamente gestiti
- il conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale.

6.14 ABRUZZO

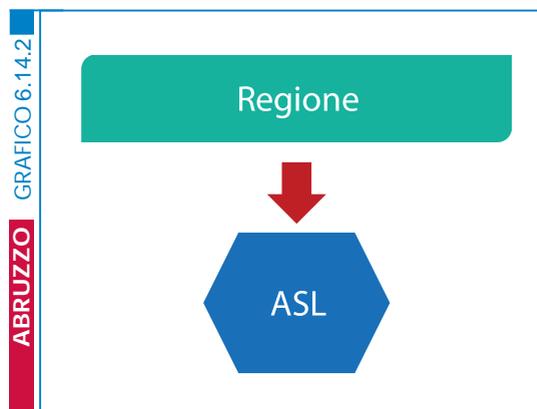
Aziende e territorio

Il territorio abruzzese è caratterizzato da 4 Aziende Sanitarie Locali.

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

Non sono disponibili Delibere Regionali del Commissario ad *acta* o della Giunta Regionale.

Basi Normative (con data approvazione)

Per gli anni oggetto di analisi (2011-2012) i valori sono stati forniti direttamente dal referente regionale.
Non sono presenti riferimenti normativi

ABRUZZO

Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

Per gli anni 2011-2012 la Regione Abruzzo ha proseguito la gestione commissariale dovuta al fatto di essere sottoposta al PdR. In termini concreti è stato prodotto un Piano Operativo 2011-2012 coerente con gli obiettivi finanziari programmati.

Per ciò che concerne le quote destinate al finanziamento dei LEA risultano pari a:

- Assistenza collettiva: 4,3% nel 2011 e 4% nel 2012
- Assistenza territoriale: 46,1 nel 2011 e 46,5% nel 2012
- Assistenza Ospedaliera: 49,7% nel 2011 e 49,5% nel 2012.

Risorse Finanziarie complessive per il SSR (consuntivo)

GRAFICO 6.14.3

ABRUZZO

2011

Fondo Sanitario

€ 2.241.313.173 (1)

€ 35.073.436 (2)

€ 773.489 (3)

€ 3.612.107 (4)

note:
(1) delibera CIPE (15/2012) [FSR indistinto]; (2) delibera CIPE (16/2012) [FSR vincolato]; (3) delibera CIPE (48/2012) [rapporto di esclusività]; (4) delibera CIPE (144/2012) [Sanità penitenziaria];

La slide indica le fonti finanziarie e le risorse del SSR. Il computo è effettuato a consuntivo comprendendo le DGR e delibere CIPE

€ 2.280.772.205

2012

Fondo Sanitario

€ 2.247.024.820 (1) (4)

€ 35.588.705 (2)

€ 3.709.855 (3)

note: delibera CIPE (141/2012) [finanziamento indistinto]; (2) delibera CIPE (142/2012) [fondo vincolato]; (3) delibera CIPE (49/2013) [Sanità penitenziaria]; (4) delibera CIPE (65/2013) [finanziamento indistinto]

La slide indica le fonti finanziarie e le risorse del SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (luglio 2013), comprendendo le DGR e delibere CIPE

€ 2.286.323.380

Finanziamento SSR nella programmazione

GRAFICO 6.14.4

ABRUZZO

2011**2012****Criteria pesatura funzioni 2011/2012**

GRAFICO 6.14.5

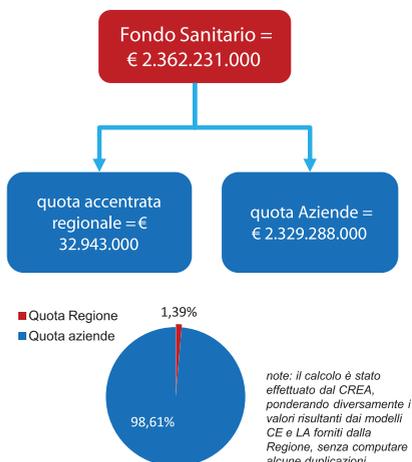
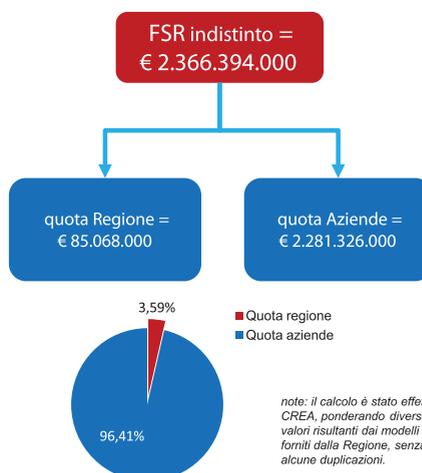
riparto capitario

ABRUZZO

Assegnazione FSR

GRAFICO 6.14.6

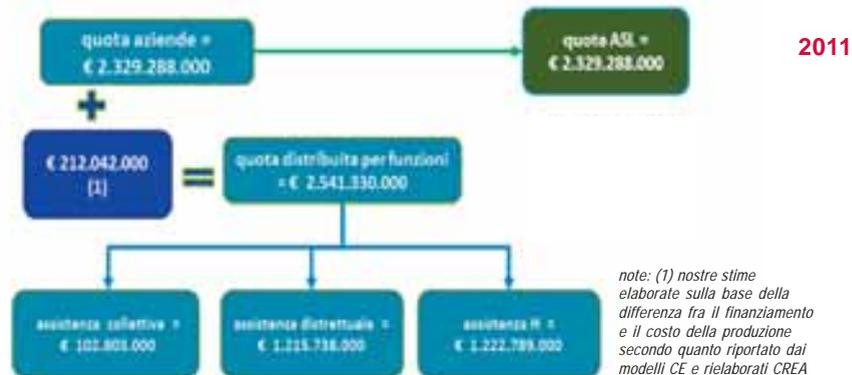
ABRUZZO

2011**2012**

Assegnazione FSR per funzioni ed enti

GRAFICO 6.14.7

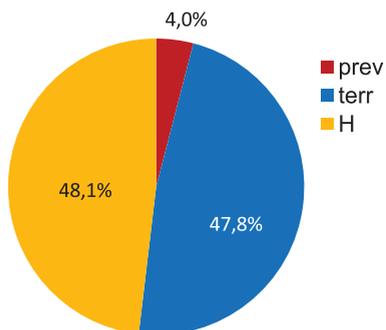
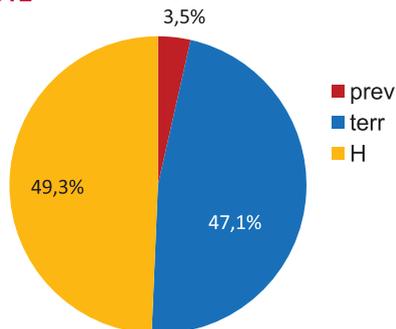
ABRUZZO

**2012**

Assegnazione del FSR (per funzioni)

GRAFICO 6.14.8

ABRUZZO

2011**2012**

Fondi netti assegnati alle Aziende per funzione 2011

GRAFICO 6.14.9

Azienda	Assistenza collettiva	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera	Riparto iniziale FSR	Riparto effettivo FSR	Diff. importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASL 1 (Avezzano/Sulmona/L'Aquila)	22.837.000	313.031.000	268.975.000	604.843.000	604.843.000	0,00%	23.000	0,00%
ASL 2 (Lanciano/Vasto/Chieti)	28.484.000	336.008.000	401.973.000	766.465.000	766.465.000	0,00%	-589.000	0,08%
ASL 3 (Pescara)	26.976.000	288.909.000	306.536.000	622.421.000	622.421.000	0,00%	24.047.000	-3,86%
ASL 4 (Teramo)	24.506.000	277.791.000	245.305.000	547.602.000	547.602.000	0,00%	23.686.000	-4,33%
TOTALE	102.803	1.215.738	1.222.789	2.541.331.000	2.541.331.000	0,00%	47.167.000	-1,86%

ABRUZZO**Fondi netti assegnati alle Aziende per funzione 2012**

GRAFICO 6.14.10

Azienda	Assistenza collettiva	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera	Riparto iniziale FSR	Riparto effettivo FSR	Diff. importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASL 1 (Avezzano/Sulmona/L'Aquila)	22.922.000	319.001.000	315.819.000	657.742.000	657.742.000	0,00%	65.000	-0,01%
ASL 2 (Lanciano/Vasto/Chieti)	26.453.000	352.335.000	449.170.000	827.958.000	827.958.000	0,00%	-9.457.000	1,14%
ASL 3 (Pescara)	24.515.000	324.757.000	322.671.000	671.943.000	671.943.000	0,00%		0,00%
ASL 4 (Teramo)	22.849.000	293.158.000	261.406.000	577.413.000	577.413.000	0,00%	3.000	0,00%
TOTALE	96.739.000	1.289.251.000	1.349.066.000	2.735.056.000	2.735.056.000	0,00%	-9.389.000	0,34%

ABRUZZO**Scelte strategiche**

GRAFICO 6.14.11

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR indistinto	5.711.647	0,3%
FSR vincolato	515.269	1,5%
Quota regione	52.125.000	158,2%
Quota aziende	-47.962.000	-2,1%

ABRUZZO**Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari**

Coerentemente con il Patto della Salute 2010-2012, che prevedeva il mantenimento della gestione commissariale e la stesura di programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati per la prosecuzione del PdR, il Piano Operativo fissa come finalità prioritarie da realizzare attraverso un processo di riordino del SSR di:

- raggiungere l'equilibrio economico-finanziario del SSR
- riqualificare l'offerta ospedaliera e dei servizi territoriali
- migliorare la qualità percepita dai cittadini.

Tra i punti principali del programma operativo 2011-2012 vi è la concentrazione del personale e dei volumi di prestazioni, i tetti per le prestazioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza e le prestazioni territoriali.

6.15 MOLISE

Aziende e territorio

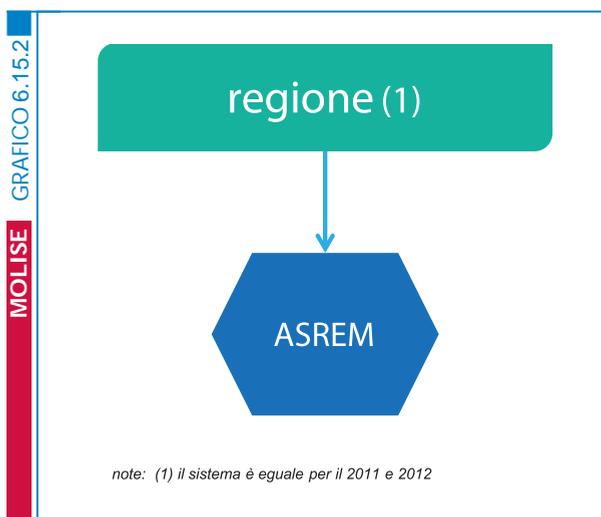
La Regione assicura tramite l'Azienda Sanitaria Regione Molise (ASREM) le prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza stabiliti dal Piano Sanitario Regionale, nel rispetto del PSN, avvalendosi delle proprie strutture o delle istituzioni sanitarie a gestione privata. Attualmente il Sistema Sanitario Regionale è composto da:

- l'ASREM
- 2 enti di diritto privato: Neuromed (IRCCS) e il Centro di ricerca scienza BIOMED U.C.S.C.

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

Il riparto provvisorio avviene entro la fine dell'anno precedente a quello di competenza.

Basi Normative (con data di approvazione)

MOLISE GRAFICO 6.15.3

PER L'ANNO 2011

- DCA 85/2010 (15.12.10)
 - riparto provvisorio
- DCA 95/2011 (7.11.11)
 - come da indicazioni dalla relazione

PER L'ANNO 2012

- DCA 95/2011 (07.11.11)
 - riparto provvisorio
- DCA 01/2013 (20.02.13)
 - riparto definitivo

Tempi e Assegnazioni

MOLISE GRAFICO 6.15.4



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

La Regione Molise ha sottoscritto nel 2007 l'Accordo sul Piano di Rientro con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze per il triennio 2007-2009 ai sensi della L. n. 296/2006 (Finanziaria per il 2007).

In questi anni il sistema regionale ha subito numerosi interventi nell'ambito dell'attuazione del PdR, ma gli effetti sul piano della qualità e della quantità dei servizi erogati e sul risultato finanziario atteso non sono risultati in linea con quelli programmati: i 18 obiettivi del PdR sono stati solo parzialmente raggiunti.

Il 10 dicembre 2013 la Regione ha trasmesso al Ministero della Salute il Programma Operativo per il triennio 2013-2015. I tavoli ministeriali hanno valutato negativamente la bozza di Programma Operativo in quanto risultante non idoneo alla risoluzione delle criticità presenti nella gestione del Servizio Sanitario della Regione.

La Regione, a 7 anni dalla stipula del Piano di Rientro, presenta uno squilibrio di cassa e di competenza fino al 31/12/2012.

Il finanziamento dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale avviene sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente.

Il 3% del finanziamento è condizionato alla verifica positiva degli adempimenti regionali (quota premiale); sia nel 2011 che nel 2012 viene erogato il 97% del fondo sanitario regionale di parte corrente. La quota "premierale" resta accantonata dalla GSA (Gestione Sanitaria Accentrata).

Per quanto riguarda le quote destinate al finanziamento dei LEA risultano pari sia nel 2011 che nel 2012 pari a quelle stabilite a livello nazionale.

Risorse Finanziarie complessive per il SSR (consuntivo)

GRAFICO 6.15.5

MOLISE

2011



note: (1) delibera CIPE (15/2012) [finanziamento indistinto]; (2) delibera CIPE (16/2012) [obiettivi di Piano]; (3) delibera CIPE (48/2012) [fondo esclusività dirigenti]; (4) delibera CIPE (144/2012) [sanità penitenziaria]



La slide indica le fonti finanziarie e le risorse del SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (dicembre 2012), comprendendo le DGR e delibere CIPE

2012



note: (1) delibera CIPE (141/2012) [finanziamento indistinto]; (2) delibera CIPE (142/2012) [obiettivi di Piano]; (3) delibera CIPE (49/2013) [sanità penitenziaria]; (4) delibera CIPE (65/2013) [finanziamento indistinto]



La slide indica le fonti finanziarie e le risorse del SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (dicembre 2013), comprendendo le DGR e delibere CIPE

Finanziamento SSR nella programmazione

GRAFICO 6.15.6

MOLISE

2011

finanziamento ASREM
= € 473.000.000

+

quota a carico Regione
(1) = € 70.000.000

=

totale risorse teoriche
= € 543.000.000 (2)

-

3% (quota premiale) =
€ 16.290.000

=

totale risorse correnti
al netto del 3% =
€ 526.710.000

note: (1) attività a diretta gestione regionale; (2) di cui il 3% è condizionato alla verifica positiva degli adempimenti regionali (quota premiale), quindi viene erogato solo il 97% del fondo (526.710.000);

la slide indica quanto la Regione prevede (a dicembre 2010) necessario al funzionamento del proprio SSR, sulla base di accordi in Conferenza Stato Regioni (che sono stati successivamente modificati in sede di Deliberazione CIPE) e sulla base delle proprie scelte programmatiche

2012

quota ASREM =
€ 475.000.000

+

quota regione(1) = €
95.222.000

=

totale risorse teoriche =
€ 570.222.000 (2)

-

3% (quota premiale) =
€ 17.106.660

=

totale risorse disponibili =
€ 553.115.340

note: (1) attività a diretta gestione regionale; (2) di cui il 3% è condizionato alla verifica positiva degli adempimenti regionali (quota premiale), quindi viene erogato solo il 97% del fondo (553.115.340)

la slide indica quanto la Regione prevede (a novembre 2011) necessario al funzionamento del proprio SSR, sulla base di accordi in Conferenza Stato Regioni (che sono stati successivamente modificati in sede di Deliberazione CIPE) e sulla base delle proprie scelte programmatiche

Criteria pesatura per funzioni 2011/2012

GRAFICO 6.15.7

PREVENZIONE

- 5% del fondo ripartito all'ASREM

TERRITORIALE

- 51% del fondo ripartito all'ASREM

OSPEDALIERA

- 44% del fondo ripartito all'ASREM

MOLISE**Assegnazione FSR**

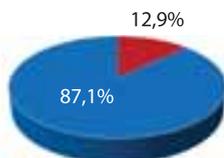
GRAFICO 6.15.8

MOLISE

2011FSR indistinto =
€ 526.710.000quota Regione =
€ 67.900.000quota Aziende =
€ 458.810.000

assegnazione (in %)

- Regione
- Aziende

**2012**FSR indistinto =
€ 553.115.340quota Aziende =
€ 460.750.000quota Regione =
€ 92.365.340

assegnazione (in %)

- Regione
- Aziende

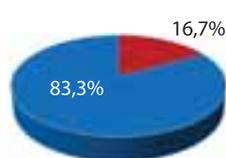
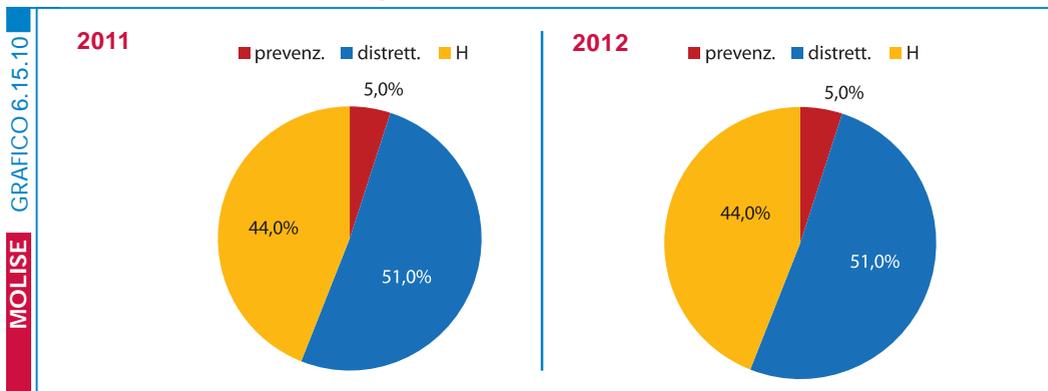
**Assegnazione FSR per funzioni**

GRAFICO 6.15.9

MOLISE

2011quota aziende da ripartire
per funzioni =
€ 458.810.000assistenza
collettiva =
€ 22.940.500assistenza
distrettuale =
€ 233.993.100assistenza H =
€ 201.876.400**2012**quota aziende da ripartire
per funzioni =
€ 460.750.000assistenza
collettiva =
€ 23.037.500assistenza
distrettuale =
€ 234.982.500assistenza H =
€ 202.730.000

Assegnazione del FSR (per funzione)



Fondi netti assegnati alle Aziende per funzione 2011

Ente	Riparto iniziale FSR	Integrazioni	Riparto finale FSR	Quota riparto iniziale FSR	Quota integrazioni	Diff. importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASREM	458.810.000	14.190.000	473.000.000	97,0%	3,0%	3,09%	-41.939.000	8,87%
Regione	67.900.000	2.100.000	70.000.000	97,0%	3,0%			
Totale	526.710.000	16.290.000	543.000.000					

MOLISE

Fondi netti assegnati alle Aziende per funzione 2012

Ente	Riparto iniziale FSR	Integrazioni	Riparto finale FSR	Quota riparto iniziale FSR	Quota integrazioni	Diff. importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASREM	460.750.000	8.999.836	469.749.836	98,1%	1,9%	1,95%	-53.432.000	11,37%
Regione	92.365.340	-22.172.836	70.192.504	131,6%	-31,6%			
Totale	553.115.340	-13.173.000	539.942.340					

MOLISE

Scelte strategiche

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
Quota finanziamento indistinto	1.234.761	+ 0,2%
Trattenuto Regione	24.465.340	+36,0%
Assegnato Azienda	1.940.000	+ 0,4%

MOLISE

Considerazioni

Risorse per H aumentate

Risorse per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (spese sovraziendali) in notevole crescita dal 2011 al 2012 (+ 53,5%)

MOLISE

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

La Regione svolge le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nei confronti dell'Azienda Unica Regionale (ASREM) attraverso il Piano Sanitario Regionale (PSR) e il Programma Operativo. Gli obiettivi e le linee di indirizzo definite in tali documenti sono, a loro volta, attuati dall'ASREM attraverso l'impiego degli appositi strumenti di programmazione aziendale.

6.16 CAMPANIA

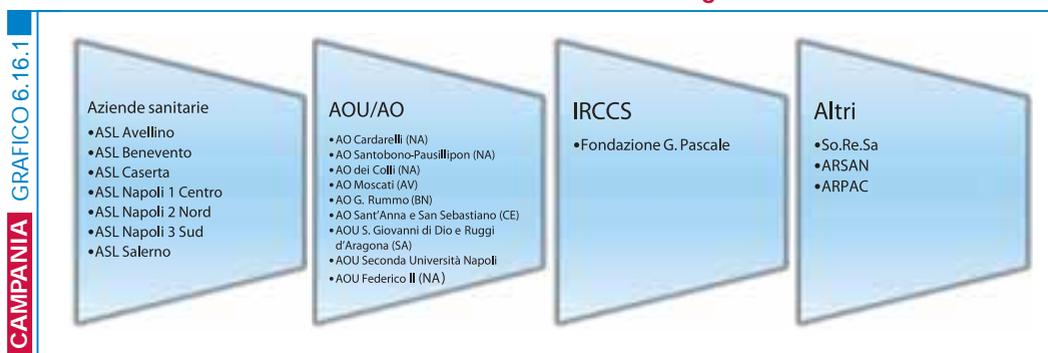
Aziende e territorio

La Regione Campania riconosce alle ASL l'erogazione delle prestazioni previste nei LEA definite nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) e nel Piano Sanitario Regionale (PSR). La LR n. 16 del 28 novembre 2008 ha previsto il processo di riorganizzazione degli ambiti aziendali, prevedendo comunque un'Azienda per provincia, e accorpando le precedenti 13 ASL in 7.

Il territorio è composto da:

- 7 Aziende Sanitarie Locali (ASL)
- 6 Aziende Ospedaliere (AO)
- 3 Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU)
- 1 Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

Nel 2011 il Decreto di riparto è stato approvato nel primo semestre dell'anno di competenza mentre nel 2012 il riparto è avvenuto nei primi mesi dell'anno successivo.

Basi Normative (con data di approvazione)

CAMPANIA GRAFICO 6.16.3

PER L'ANNO 2011

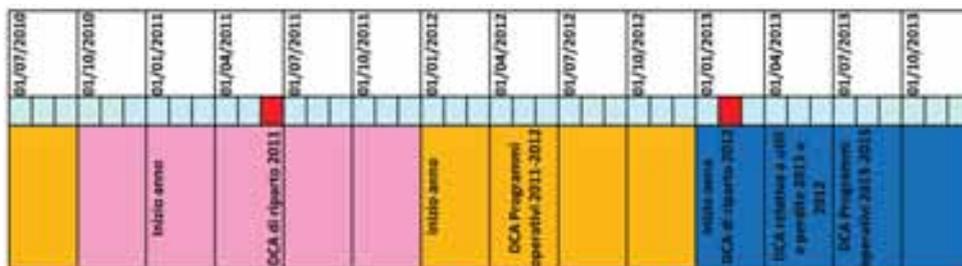
- DCA 42/2011 (09.06.11)
- riparto fondo
- DCA 53/2012 (09.05.12)
- programmi operativi 2011-2012
- DCA 45/2013 (14.05.13)
- disposizioni urgenti: utili e perdite

PER L'ANNO 2012

- DCA 19/2013 (18.02.13)
- riparto fondo
- DCA 45/2013 (14.05.13)
- disposizioni urgenti: utili e perdite
- DCA 82/2013 (05.07.13)
- programmi operativi 2013-2015

Tempi e Assegnazioni

CAMPANIA GRAFICO 6.16.4



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

La Regione ha sottoscritto l'Accordo sul Piano di Rientro con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per il triennio 2007-2009. Alla scadenza del triennio la Regione, in data 24 luglio 2009, è stata sottoposta a commissariamento per non aver raggiunto parte degli obiettivi e in particolare l'equilibrio economico, e ha dovuto proseguire il Piano mediante i Programmi Operativi. Il 2 ottobre 2013 ha presentato i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015.¹³

La Regione disciplina il finanziamento delle ASL sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente e per le Aziende Ospedaliere attraverso la remunerazione a tariffa delle prestazioni erogate; è prevista, comunque, una quota di riserva per le spese impreviste, nonché per favorire il graduale conseguimento dell'equilibrio finanziario delle Aziende.

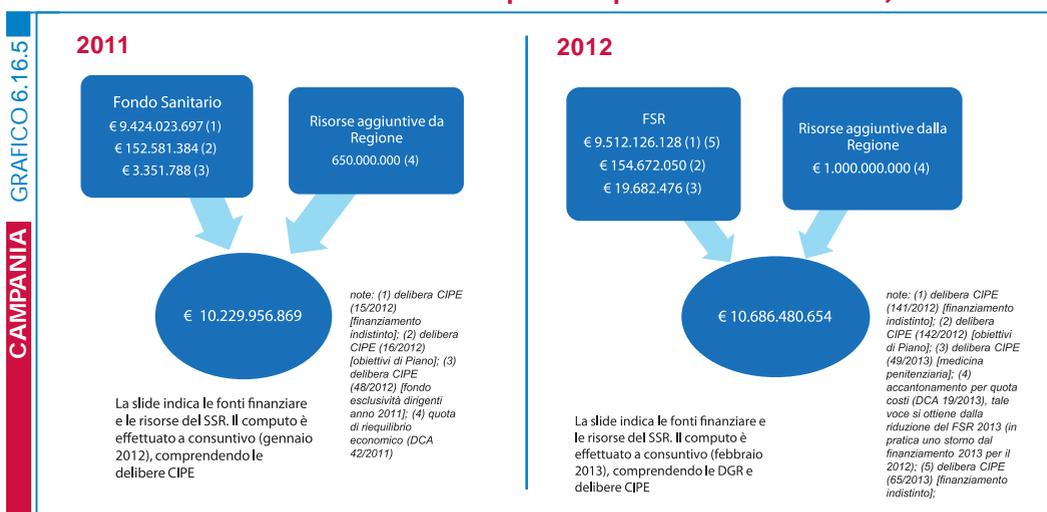
¹³ Il triennio 2013-2015 dovrà segnare il passaggio da una gestione prevalentemente caratterizzata dal contenimento dei costi a una gestione tendente alla garanzia dei LEA, che allo stato attuale risultano carenti come da rilevazione dello specifico Tavolo di verifica e dal monitoraggio di sistema effettuato dai ministeri affiancati.

Dal 2011 al 2012 i criteri sono stati riclassificati. Le aree previste nei criteri 2011 sono state aggregate nei tre macrolivelli e le quote destinate al loro finanziamento sono risultate nel 2012 pari a quanto stabilito a livello nazionale, mentre nel 2011 erano pari a:

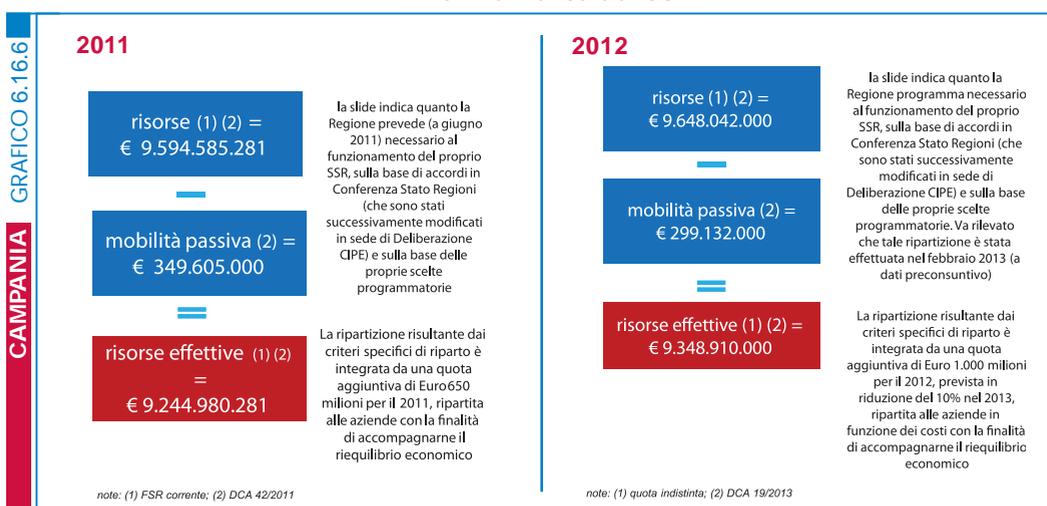
- Assistenza collettiva: 6%
- Assistenza distrettuale: 58,2%
- Assistenza ospedaliera: 35,8%.

La quota del fondo indistinto destinata alle Aziende è risultata pari al 90,1% nel 2011 (nel 2011 la quota AOU, IRCCS e Ospedali Religiosi è inserita tra le funzioni accentrate) e pari a oltre il 95% nel 2012.

Risorse Finanziarie complessive per il SSR consuntivo)



Finanziamento del SSR



Criteria pesatura funzioni 2011

GRAFICO 6.16.7

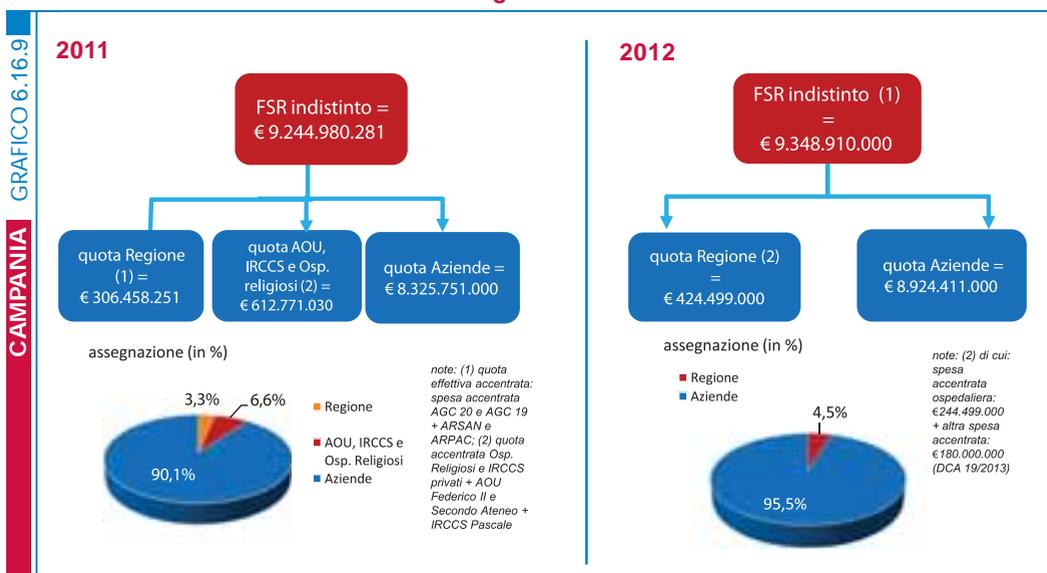
CAMPANIA

PREVENZIONE (5%)
<ul style="list-style-type: none"> • Popolazione residente pesata per: • 40% con la radice quadrata del tasso di mortalità infantile • 20% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione • Il restante 40% è per quota capitaria pura
TERRITORIALE - TOT (48,3%)
<ul style="list-style-type: none"> • Caratteristiche geomorfologiche e struttura del territorio (2%) • Salute mentale (5%) • Medicina generale (7%) • Farmaceutica (14,3%) • Specialistica (13,3%) • Altra distrettuale (6,7%)
CARATTERISTICHE GEOMORFOLOGICHE E STRUTTURA DEL TERRITORIO (2%)
<ul style="list-style-type: none"> • 50% situazione geomorfologica • 30% densità e dispersione della popolazione sul territorio • 20% congestione urbana
<i>note: si perviene tendenzialmente ai criteri generali del riparto nazionale (5% alla prevenzione, 51% all'assistenza distrettuale e 44% all'assistenza ospedaliera)</i>
SALUTE MENTALE (5%)
<ul style="list-style-type: none"> • Popolazione residente pesata per il: • 80% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione, • 20% in base al grado di congestione urbana
TERRITORIALE - MEDICINA GENERALE (7%)
<ul style="list-style-type: none"> • Quota capitaria pura
TERRITORIALE - FARMACEUTICA (14,3%)
<ul style="list-style-type: none"> • 80% per quota capitaria (40% semplice e 60% pesata in base alla struttura per età dei consumi dell'assistenza farmaceutica) • 20% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione
TERRITORIALE - SPECIALISTICA (13,3%)
<ul style="list-style-type: none"> • 60% per quota capitaria (di cui 40% semplice e 60% pesata in base alla struttura, per età dei consumi dell'assistenza specialistica) • 40% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione
TERRITORIALE - ALTRA DISTRETTUALE (6,7%)
<ul style="list-style-type: none"> • 40% per quota capitaria semplice • 30% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione • 30% in base alla struttura per età dei consumi dell'assistenza farmaceutica (integrativa) e specialistica
OSPEDALIERA (40,2%) di cui: - Aziende ospedaliere (29,7%) - Policlinici Universitari, IRCCS e Ospedali Religiosi (6,6%) - Saldo mobilità passiva extra regione (3,9%)
<ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione a tariffa DRG per Ricoveri Acuti Ordinari e Day Hospital, nonché dei Ricoveri non Acuti • Finanziamento dell'assistenza ospedaliera erogata dalle ASL in base alla quota capitaria, pesata per il 60% in base all'età ed alla deprivazione e per il 40% in quota capitaria secca • Assegnazione alle ASL ed alle AO di un incentivo per le strutture sede di I e II livello della rete dell'emergenza, ripartito in funzione dei seguenti parametri: accessi di pronto soccorso non seguiti da ricovero, posti letto di terapia intensiva, ricoveri qualificati di alta complessità e/o di peso > 2,50 • Correzione forfetaria per le AO specializzate in aree di assistenza che, per loro natura, presentano un peso medio di DRG molto basso (assistenza ospedaliera pediatrica: AO Santobono I, oppure, richiedono il mantenimento di una struttura complessa anche se con ricoveri non frequenti e discontinui: malattie infettive: AO Cotugno, confluita dal 2011 nell'AO Monaldi Cotugno - CTO) • Assegnazione del finanziamento aggiuntivo di €2,5 milioni stabilito per l'esercizio 2010 per l'AOU di Salerno Ruggi d'Aragona dalla DGRC n. 110 del 12.02.2010, provvisoriamente confermato nello stesso importo per il 2011

Criteria pesatura funzioni 2012

CAMPANIA	GRAFICO 6.16.8	PREVENZIONE (5%)	<ul style="list-style-type: none"> Popolazione residente pesata, di cui: 40% con la radice quadrata del tasso di mortalità infantile 20% composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione Il restante 40% è per quota capitaria pura 	TERRITORIALE - altra assistenza (17,13%)	<ul style="list-style-type: none"> caratteristiche geomorfologiche e struttura del territorio salute Mentale l'80% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione; il 20% in base al grado di congestione urbana altra assistenza territoriale: 60% per quota capitaria semplice; 40% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione
		TERRITORIALE - medicina di base (MMG, PLS, CA) (7%)	<ul style="list-style-type: none"> popolazione residente non pesata 	OSPEDALIERA (44%)	<ul style="list-style-type: none"> 50% per quota capitaria semplice 25% in base alla struttura per età dei consumi dell'assistenza ospedaliera, come calcolata dal Ministero della Salute per il riparto del FSN 2012 25% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione
		TERRITORIALE - farmaceutica (13,57%)	<ul style="list-style-type: none"> la percentuale si applica sulla somma delle altre quote del riparto di ciascuna ASL 		
		TERRITORIALE - specialistica (13,3%)	<ul style="list-style-type: none"> 45% in base alla struttura per età dei consumi dell'assistenza specialistica, come calcolata dal Ministero della Salute per il riparto del FSN 2012 30% per quota capitaria semplice 25% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione 		

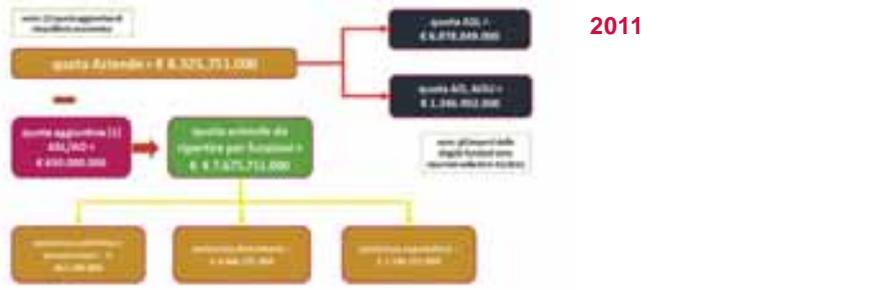
Assegnazione FSR



Assegnazione FSR per funzioni ed enti

GRAFICO 6.16.10

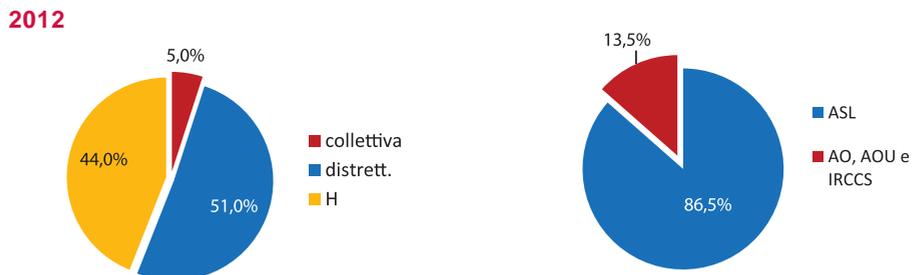
CAMPANIA



Assegnazione del FSR

GRAFICO 6.16.11

CAMPANIA



Fondi Assegnati alle Aziende 2011

CAMPANIA | GRAFICO 6.16.12

Azienda	Riparto iniziale FSR corrente	Integrazione FSR corrente (2)	Differenza in valori assoluti	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASL Avellino	475.131.000	43.000.000	518.131.000	9,05%	20.345.000	-3,93%
ASL Benevento	270.438.000	36.400.000	306.838.000	13,46%	-14.049.000	4,58%
ASL Caserta	1.049.241.000	0	1.049.241.000	0,00%	218.000	-0,02%
ASL Napoli 1 Centro	1.210.937.000	80.600.000	1.291.537.000	6,66%	-307.616.000	23,82%
ASL Napoli 2 Nord	1.140.844.000	0	1.140.844.000	0,00%	-6.263.000	0,55%
ASL Napoli 3 Sud	1.165.475.000	48.000.000	1.213.475.000	4,12%	-18.417.000	1,52%
ASL Salerno	1.375.783.000	83.000.000	1.458.783.000	6,03%	-39.002.000	2,67%
A.O. CARDARELLI	208.812.000	99.000.000	307.812.000	47,41%	-12.521.000	4,07%
A.O. SANTOBONO	101.552.000	17.000.000	118.552.000	16,74%	104.000	-0,09%
AO Monaldi Cot. CTO (1)	182.609.000	112.000.000	294.609.000	61,33%	4.634.000	-1,57%
AOU S.G.di DIO (SA)	181.896.000	51.000.000	232.896.000	28,04%	-46.100.000	19,79%
A.O. MOSCATI (AV)	135.029.000	16.000.000	151.029.000	11,85%	617.000	-0,41%
A.O. G. RUMMO (BN)	91.621.000	21.000.000	112.621.000	22,92%	-1.471.000	1,31%
A.O. CASERTA	86.383.000	43.000.000	129.383.000	49,78%	-24.940.000	19,28%
A.O.U. SUN					-4.000	
A.O.U. Federico II					3.962.000	
IRCCS Pascale					5.040.000	
Totale	7.675.751.000	650.000.000	8.325.751.000	8,47%	-435.463.000	5,23%

note: (1) oggi AO dei Colli; (2) quota aggiuntiva di riequilibrio economico note

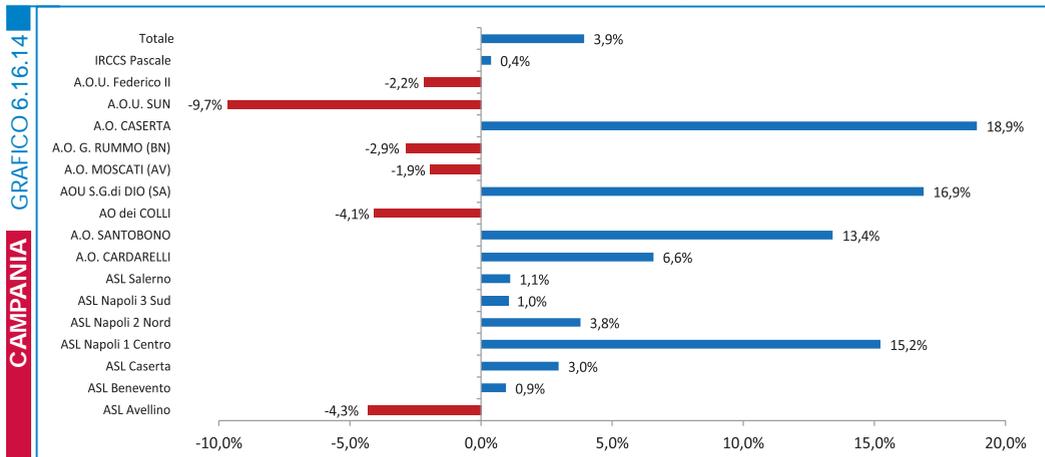
Fondi Assegnati alle Aziende 2012

CAMPANIA | GRAFICO 6.16.13

Azienda	Riparto iniziale FSR indistinto	Integrazioni (1)	Riparto effettivo FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASL Avellino	471.853.000	13.809.000	485.662.000	2,93%	-2.467.000	0,51%
ASL Benevento	261.323.000	41.923.000	303.246.000	16,04%	-10.460.000	3,45%
ASL Caserta	1.053.152.000	5.347.000	1.058.499.000	0,51%	412.000	-0,04%
ASL Napoli 1 Centro	1.178.448.000	277.754.000	1.456.202.000	23,57%	-116.844.000	8,02%
ASL Napoli 2 Nord	1.160.553.000	0	1.160.553.000	0,00%	2.872.000	-0,25%
ASL Napoli 3 Sud	1.159.024.000	41.771.000	1.200.795.000	3,60%	65.000	-0,01%
ASL Salerno	1.322.773.000	121.587.000	1.444.360.000	9,19%	-19.531.000	1,35%
A.O. CARDARELLI	221.768.000	99.469.000	321.237.000	44,85%	11.000	0,00%
A.O. SANTOBONO	73.160.000	58.489.000	131.649.000	79,95%	171.000	-0,13%
AO dei COLLI (NA)	169.698.000	106.964.000	276.662.000	63,03%	0	0,00%
AOU S.G.di DIO (SA)	197.120.000	69.477.000	266.597.000	35,25%	-19.549.000	7,33%
A.O. MOSCATI (AV)	138.850.000	6.135.000	144.985.000	4,42%	-3.415.000	2,36%
A.O. G. RUMMO (BN)	100.243.000	6.831.000	107.074.000	6,81%	-5.476.000	5,11%
A.O. CASERTA	96.109.000	54.536.000	150.645.000	56,74%	-7.120.000	4,73%
A.O.U. SUN	76.409.000	38.593.000	115.002.000	50,51%	17.937.000	-15,60%
A.O.U. Federico II	173.466.000	28.597.000	202.063.000	16,49%	4.164.000	-2,06%
IRCCS Pascale	70.461.000	28.719.000	99.180.000	40,76%	202.000	-0,20%
Totale	7.924.410.000	1.000.001.000	8.924.411.000	12,62%	-159.028.000	1,78%

note: (1) le integrazioni sono determinate in proporzione all'eccedenza dei costi di ciascuna azienda rispetto al "finanziamento base" (riequilibrio economico) (DCA 19/2013 tab. all. 2

Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati



Differenze nei criteri di distribuzione [fra 2011 e 2012]

- Dal 2011 al 2012 i criteri sono stati riclassificati. Le aree previste nei criteri 2011 sono state aggregate nei tre macrolivelli:
 - Assistenza collettiva
 - Assistenza distrettuale
 - Assistenza ospedaliera
- Nel 2011 la quota AOU, IRCCS e Osp. Religiosi e inserita tra le funzioni accentrate

CAMPANIA

Scelte strategiche

CAMPANIA
GRAFICO 6.16.15

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR (da DCA)	103.929.719	+ 1,1%
Quota FSR (da delibera CIPE)	88.102.431	+ 0,9%
Trattenuto Regione (1)	118.040.749	38,5%
Assegnato Aziende	598.660.000	+ 7,2%
Quota finalizzata	188.000.000	+ 100,0%
Risultato netto di esercizio	(-) 254.235.443,18	- 58,8%

note: (1) per il calcolo della variazione, nel 2011 è stata considerata solo la quota «effettiva» accentrata (scorporando AOU, IRCCS, Osp. Religiosi)

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Le Aziende Sanitarie sono indirizzate e coordinate dalla Regione che definisce gli obiettivi sanitari da perseguire e le politiche da attuare.

Tra gli attori del SSR troviamo: la Società Regionale per la Sanità So.Re.Sa (Centrale

acquisti), l'Agenzia Regionale Sanitaria – ARSAN (Supporto tecnico dell'attività del Consiglio regionale e dell'azione della Giunta regionale) e l'Agenzia Regionale Protezione Ambientale della Campania – ARPAC (Monitoraggio, prevenzione e controllo per la tutela della qualità del territorio).

Gli obiettivi delle Aziende sanitarie sono diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dai Programmi Operativi, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione.

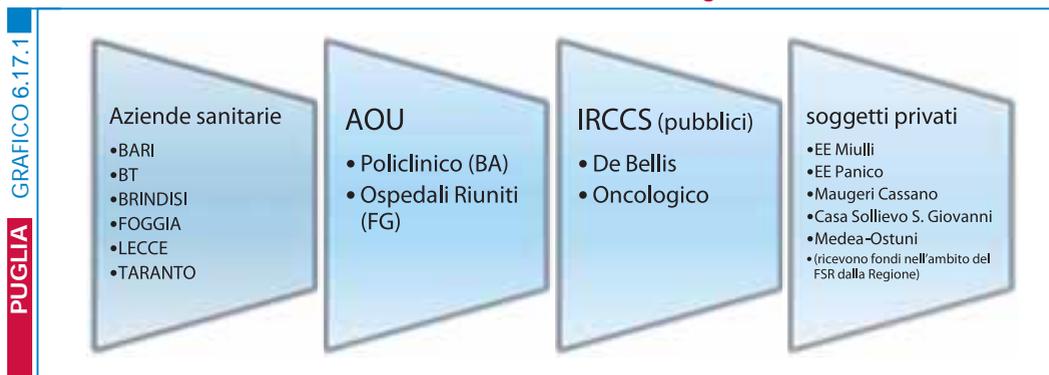
6.17 PUGLIA

Aziende e territorio

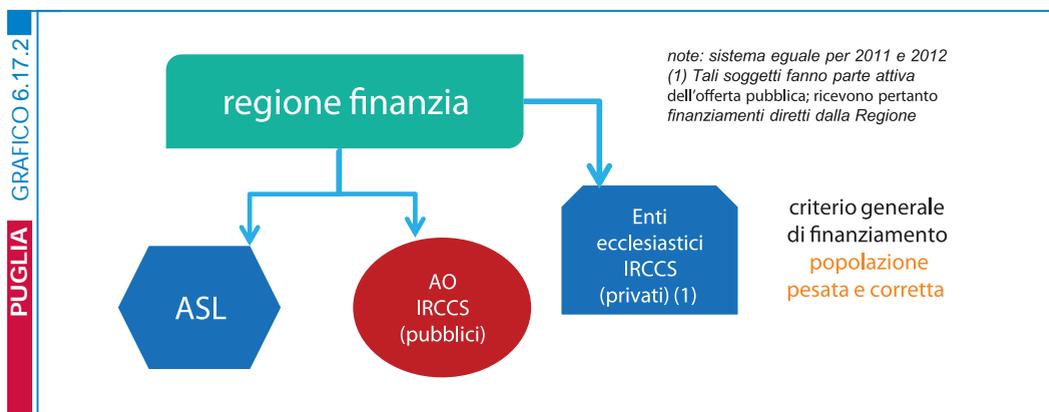
Il Servizio Sanitario della Regione Puglia è composto da¹⁴:

- 6 ASL
- 2 AOU
- 2 IRCCS

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



¹⁴ Inoltre sono presenti 5 "soggetti privati" che fanno parte attiva dell'offerta pubblica e ricevono pertanto finanziamenti diretti dalla Regione.

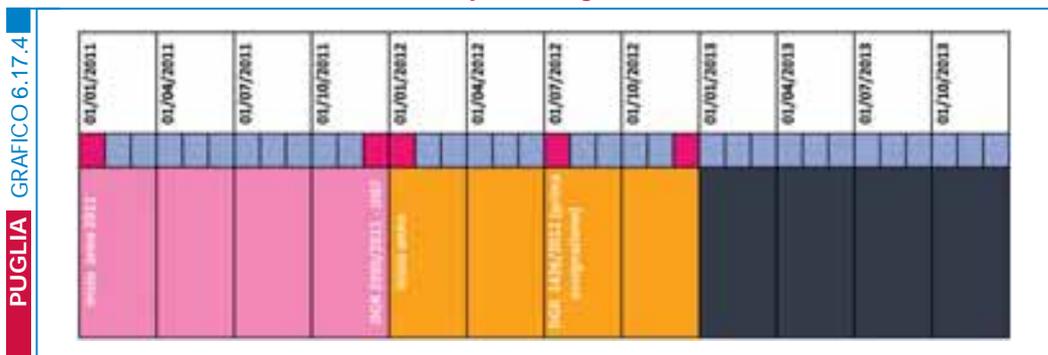
Tempistica associata alla approvazione del riparto

Il DIEF 2011 è stato sottoscritto e approvato alla fine dell'anno di competenza, mentre per il 2012 è stato approvato nel primo semestre dell'anno successivo.

Basi Normative (con data di approvazione)

PUGLIA GRAFICO 6.17.3	PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
	<ul style="list-style-type: none"> DGR 2990/2011 (dicembre 2011) - Documento di Indirizzo Economico-V Funzionale del Servizio Sanitario Regionale di Puglia per l'anno 2011 	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1426/2012 (13.7.12) - Prima Assegnazione alle ASL, alle AO, agli EE ed agli IRCCS di Puglia
		<ul style="list-style-type: none"> DGR 802/2013 - Documento di indirizzo economico funzionale del Servizio Sanitario Regionale. Ripartizione anno 2012

Tempi e Assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

Lo strumento del PdR è il Documento di Indirizzo Economico Funzionale (DIEF) del SSR che definisce gli obiettivi economico finanziari nonché di salute.

Il modello utilizzato prevede che la quota destinata alle Aziende sia suddivisa tra (a) quota da ripartire per funzioni e (b) quota per assegnazioni specifiche: fondo di riequilibrio, fondo programma riconversione, attività didattica, spesa per il personale convenzionato, emergenze e funzioni non tariffate. Il DIEF attribuisce una quota di riequilibrio fra le Aziende della Regione in funzione dei costi di produzione medi regionali.

Nel 2012 il contributo all'equilibrio economico tiene conto per le Aziende Ospedaliere degli effetti derivanti dal Piano di Rientro e in particolare del blocco del *turnover* e dei maggiori costi ex D.Lgs. n. 118/2011 e per gli IRCCS pubblici tiene conto inoltre anche dei maggiori costi derivanti dal trasferimento nelle nuove sedi.

Sia nel 2011 che nel 2012, la Regione ha destinato circa il 96% del Fondo indistinto alle Aziende presenti sul territorio.

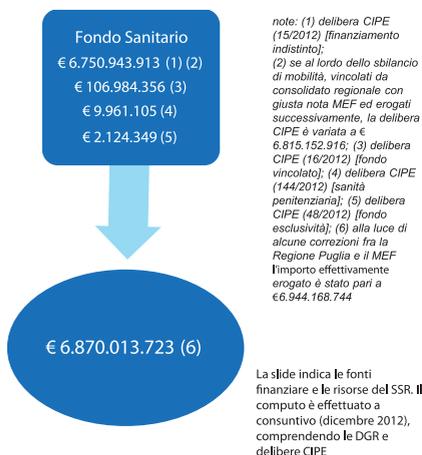
Le quote destinate al finanziamento dei LEA sono risultate nel 2012 pari a quanto stabilito a livello nazionale mentre nel 2011 pari a:

- Assistenza collettiva: 4,4%
- Assistenza distrettuale: 48,4%
- Assistenza ospedaliera: 47,2%.

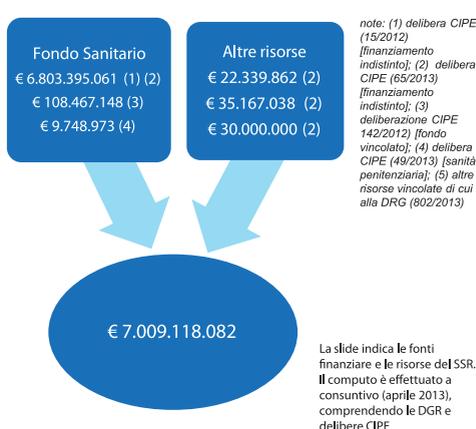
Risorse Finanziarie complessive per il SSR consuntivo

PUGLIA | GRAFICO 6.17.5

2011



2012



Finanziamento SSR nella programmazione

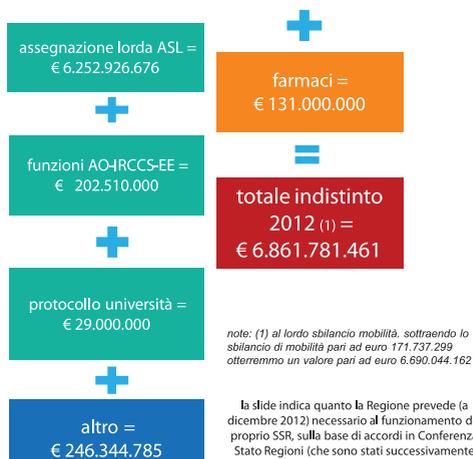
PUGLIA | GRAFICO 6.17.6

2011



La slide indica quanto la Regione prevede (a dicembre 2011) necessario al funzionamento del proprio SSR, sulla base di accordi in Conferenza Stato Regioni (che sono stati successivamente modificati in sede di Deliberazione CIPE) e sulla base delle proprie scelte programmatiche

2012



La slide indica quanto la Regione prevede (a dicembre 2012) necessario al funzionamento del proprio SSR, sulla base di accordi in Conferenza Stato Regioni (che sono stati successivamente modificati in sede di Deliberazione CIPE) e sulla base delle proprie scelte programmatiche

Criteria pesatura funzioni

GRAFICO 6.17.7

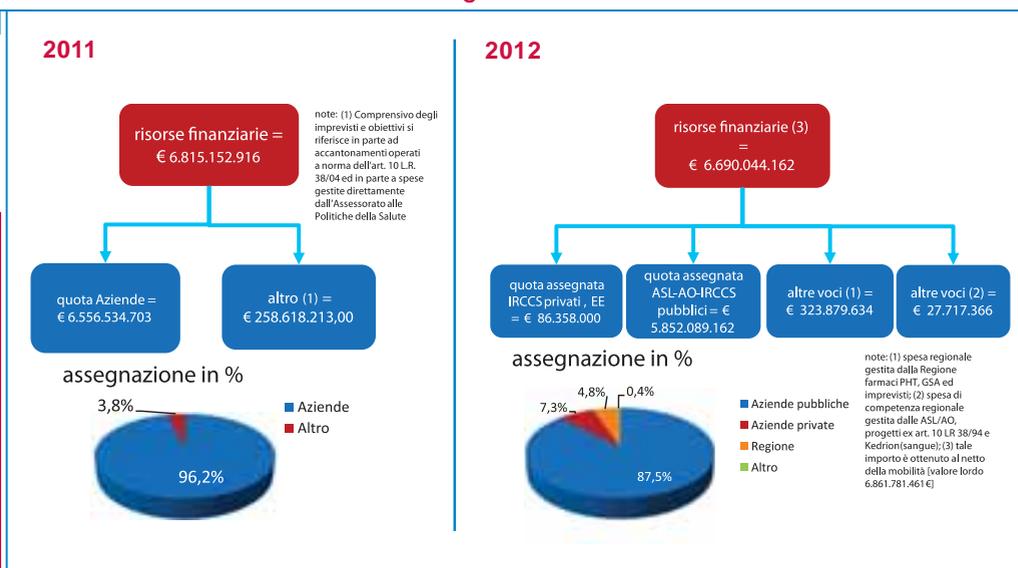
PUGLIA

2011	2012
PREVENZIONE-COLLETTIVA	PREVENZIONE- COLLETTIVA
• popolazione residente (quota capitaria semplice)	• popolazione residente (quota capitaria semplice)
TERRITORIALE-MMG	TERRITORIALE-MMG
• popolazione ponderata per classi di età > 14 anni	• popolazione ponderata per classi di età al di sopra ed al di sotto della soglia dei 14 anni di età
TERRITORIALE-PLS	TERRITORIALE-PLS
• popolazione ponderata per classi di età < 14 anni	• popolazione ponderata per classi di età al di sopra ed al di sotto della soglia dei 14 anni di età
TERRITORIALE-specialistica territoriale	TERRITORIALE-specialistica territoriale
• popolazione residente (quota capitaria semplice)	• popolazione residente (quota capitaria semplice)
TERRITORIALE-farmaceutica	TERRITORIALE-farmaceutica
• attribuita sul totale della quota base pesata	• attribuita sul totale della quota base pesata
OSPEDALIERA	OSPEDALIERA
• in base alla popolazione ponderata secondo l'analisi degli indici di consumo delle risorse ospedaliere desunte dalle SDO ed in base alla popolazione a copertura dei costi strutturali ospedalieri	• popolazione ponderata secondo l'analisi degli indici di consumo delle risorse ospedaliere desunte dalle SDO ed in base alla popolazione a copertura dei costi strutturali ospedalieri: • 50 % costi strutturali ospedalieri a quota capitaria • 50 % assistenza ospedaliera su popolazione pesata

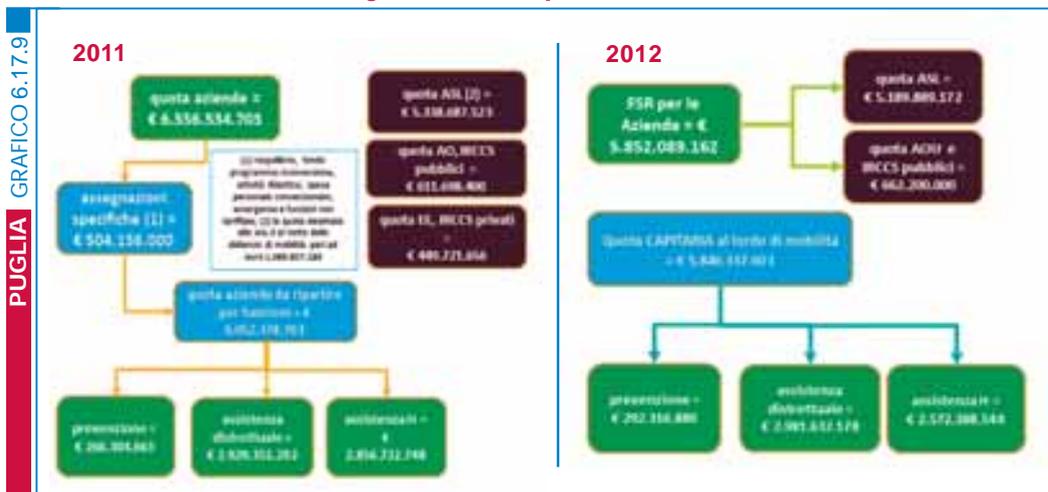
Assegnazione FSR

GRAFICO 6.17.8

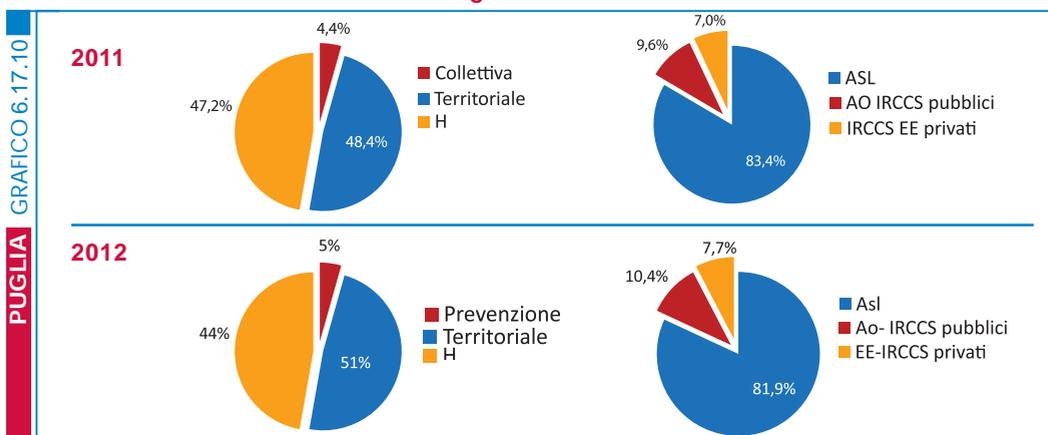
PUGLIA



Assegnazione FSR per funzioni ed enti



Assegnazione del FSR



Riepilogo assegnazioni Aziende Usi (2011)

Azienda	Quota base pesata				Totale assegn. ripartite	Sbilancio mobilità	Totale al netto della mobilità	Risultato di esercizio
Bari	1.854.051.663				1.930.234.092	-371.948.342	1.558.285.750	-35.959.000
BT	570.070.229				629.316.302	-90.660.549	538.655.753	-11.811.000
Brindisi	600.415.265				629.940.770	-62.035.982	567.904.788	-70.640.000
Foggia	946.603.487				1.051.014.115	-351.431.956	699.582.159	-304.000
Lecce	1.222.924.077				1.281.061.313	-114.427.950	1.166.633.363	-40.731.000
Taranto	858.313.982				906.958.111	-99.332.401	807.625.710	-36.849.000
Totale	6.052.378.703				6.428.524.703	-1.089.837.180	5.338.687.523	-196.294.000

fondo programma riconversione, spese personale convenzionato MMG e PLS, riequilibrio, cap. 731030

Fondi Assegnati alle Aziende 2012

GRAFICO 6.17.12

PUGLIA

Azienda	Riparto iniziale FSR	Riparto finale FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
Bari	1.519.862.672	1.795.313.691	18,12%	-18.000	0,00%
BT	527.735.348	556.643.824	5,48%	-190.000	0,03%
Brindisi	585.595.454	580.647.037	-0,85%	-156.000	0,03%
Foggia	724.020.872	901.614.267	24,53%	-102.000	0,01%
Lecce	1.169.237.874	1.169.473.724	0,02%	64.000	-0,01%
Taranto	858.919.641	842.645.060	-1,89%	15.000	0,00%
Totale ASL	5.385.371.861	5.846.337.603	8,56%		0,00%
Policlinico	432.021.742			-200.000	
Ospedali Riuniti	228.366.258			260.000	
Totale AO	660.388.000				
IRCCS De Bellis	33.118.000			6.000	
IRCCS Oncologico	53.398.000			4.000	
Totale IRCCS	86.516.000				
Totale Puglia	6.132.275.861			-317.000	

Differenze 2012 su 2011 dei fondi netti assegnati per ASL

GRAFICO 6.17.13

PUGLIA

ASL	2011	2012	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
Bari	1.558.285.750,00	1.519.862.672,00	- 38.423.078,00	-2,5%
BT	538.655.753,00	527.735.348,00	- 10.920.405,00	-2,0%
Brindisi	567.904.788,00	585.595.454,00	17.690.666,00	3,1%
Foggia	699.582.159,00	724.020.872,00	24.438.713,00	3,5%
Lecce	1.166.633.363,00	1.169.237.874,00	2.604.511,00	0,2%
Taranto	807.625.710,00	858.919.641,00	51.293.931,00	6,4%
Totale	5.338.687.523,00	5.385.371.861,00	46.684.338,00	0,9%

Scelte strategiche

GRAFICO 6.17.14

PUGLIA

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR indistinto	52.451.148	0,8%
Quote nette ASL	46.684.338	0,9%

Il confronto tra 2012 e 2011 è impossibile. Nel 2012 è stato ripartito ufficialmente ed anticipatamente anche il vincolato. L'unico modo per dare coerenza è riportare tutto al netto

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Il Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale di Puglia per l'anno 2011 DIF 2011 ha definito prioritari i seguenti obiettivi:

- adeguamento della rete dei servizi (ospedale, territorio, prevenzione) per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza
- misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del Sistema Sanitario Regionale
- rafforzamento dei meccanismi di governo regionale del sistema sanitario
- azioni di complemento.

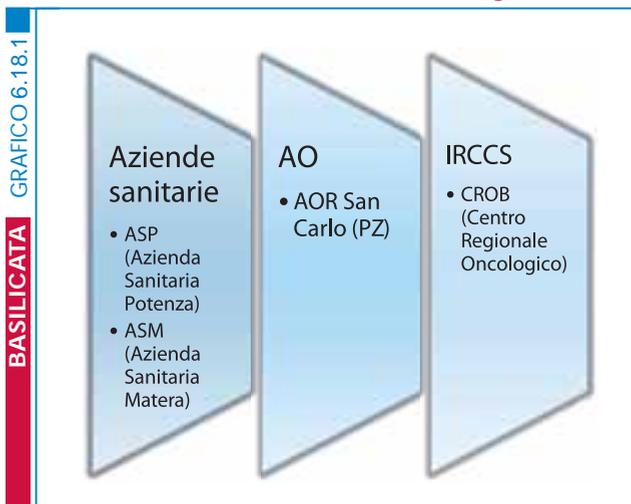
6.18 BASILICATA

Aziende e territorio

Il territorio è composto da:

- 2 ASL
- 1 AO
- 1 IRCCS.

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

Il riparto provvisorio viene approvato in entrambi gli anni in considerazione entro la fine dell'anno precedente a quello di competenza; il riparto definitivo avviene durante il primo semestre dell'anno successivo.

Basi Normative (con data di approvazione)

BASILICATA GRAFICO 6.18.3

BASILICATA

PER L'ANNO 2011

- DGR 2267/2010 (29.12.10)
- riparto provvisorio 2011
- DGR 408/2012 (5.4.12)
- riparto definitivo 2011
- DGR 663/2013 (7.6.13)
- ripiano disavanzi aziende 2011

PER L'ANNO 2012

- DGR 2006/2011 (30.12.11)
- riparto provvisorio 2012
- DGR 470/2013 (30.4.13)
- riparto definitivo 2012

Tempi e Assegnazioni

BASILICATA GRAFICO 6.18.4

BASILICATA



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

La Regione finanzia il SSR definendo all'interno del Fondo Regionale le quote per ciascuna Azienda. Il principio di riferimento per la ripartizione dei LEA è quello indicato a livello ministeriale. La Regione ha approvato il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale nel luglio 2012.

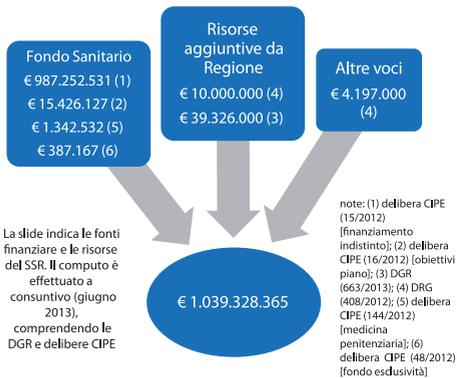
La quota del fondo indistinto destinata alle Aziende è risultata pari al 98% circa nel 2011 e pari a oltre il 99% nel 2012. Le quote percentuali destinate invece al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza risultano per entrambi gli anni di riferimento (2011-2012) pari a quanto stabilito a livello nazionale.

Risorse Finanziarie complessive per il SSR consuntivo)

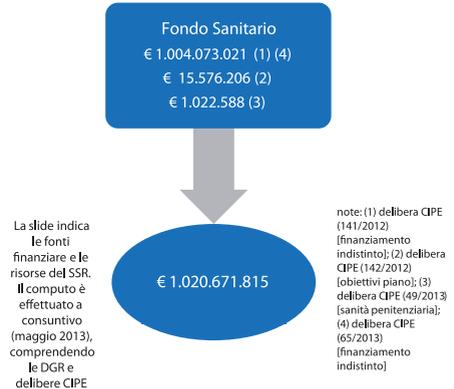
GRAFICO 6.18.5

BASILICATA

2011



2012

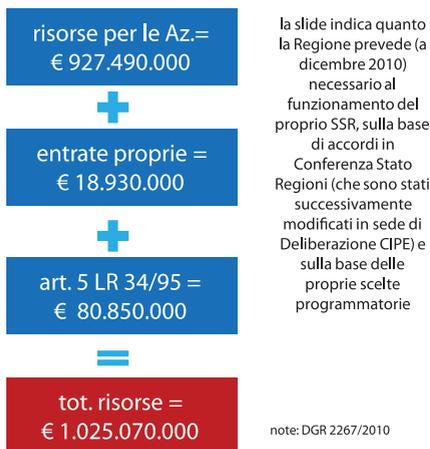


Finanziamento SSR nella programmazione

GRAFICO 6.18.6

BASILICATA

2011



2012



Criteria pesatura funzioni 2011

GRAFICO 6.18.7

BASILICATA

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA - Prevenzione (4,4%)
• popolazione residente non pesata
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA - Assistenza in ambienti di lavoro (0,6%)
• num. imprese attive sul territorio
ASSISTENZA TERRITORIALE - MMG (4,0%)
• popolazione residente > 15 anni
ASSISTENZA TERRITORIALE - PLS (1,0%)
• popolazione residente < 15 anni
TERRITORIALE - Farmaceutica (13,3%)
• quota capitaria ponderata
TERRITORIALE-Specialistica (13,6%)
• quota capitaria ponderata
TERRITORIALE-Altra assistenza (19,1%)
• quota capitaria non ponderata
OSPEDALIERA-Assistenza (per acuti) (28,0%)
• quota capitaria ponderata
OSPEDALIERA-Funzioni ospedaliere (12,0%)
• posti letto ponderati
OSPEDALIERA-Altra assistenza ospedaliera (non acuti) (4%)
• quota capitaria non ponderata

il principio di riferimento per la ripartizione fra le 3 grandi voci è quello indicato dal MinSalute: prevenzione (5%); assistenza territoriale (51%); assistenza ospedaliera (44%)

Criteria pesatura funzioni 2012

GRAFICO 6.18.8

BASILICATA

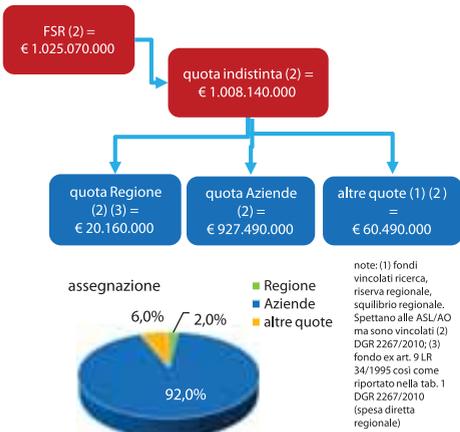
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA - Prevenzione (4,4%)	TERRITORIALE-Specialistica (14,7%)
• popolazione residente non pesata	• quota capitaria ponderata
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA - Assistenza in ambienti di lavoro (0,6%)	TERRITORIALE-Altra assistenza (18,0%)
• num. imprese attive sul territorio	• quota capitaria non ponderata
ASSISTENZA TERRITORIALE - MMG (4,0%)	• DIRES costo storico (Dip. Interegionale Emergenza Sanitaria)
• popolazione residente > 15 anni	OSPEDALIERA-Funzione di committenza (max 30,6%)
ASSISTENZA TERRITORIALE - PLS (1,0%)	• tasso di ospedalizzazione
• popolazione residente < 15 anni	• tariffa convenzionale
TERRITORIALE - Farmaceutica (13,3%)	OSPEDALIERA-Funzione integrazione rete ospedaliera (max 5,3%)
• quota capitaria ponderata	• valore della produzione
<p><i>il principio di riferimento per la ripartizione fra le 3 grandi voci è quello indicato dal MinSalute: prevenzione (5%); assistenza territoriale (51%); assistenza ospedaliera (44%)</i></p>	OSPEDALIERA-Complessità organizzativa (max 1,2%)
	• valore della produzione
	OSPEDALIERA-Pronto soccorso (max 4,8%)
	• accessi ponderati
	OSPEDALIERA-Quota vincolata (max. 0,1%)
	• quota fissa
	OSPEDALIERA-Quota premiale (max 1,9%)
• differenze fra quota complessiva e quota ospedaliera	

Assegnazione FSR

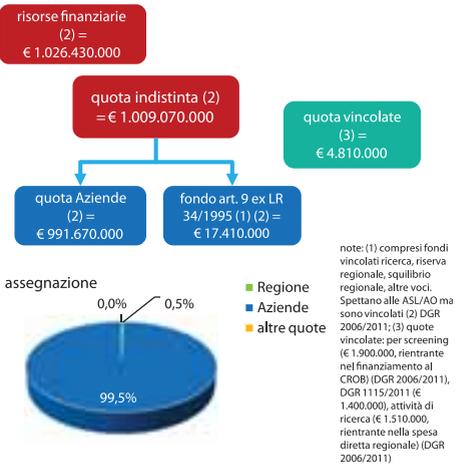
GRAFICO 6.18.9

BASILICATA

2011



2012

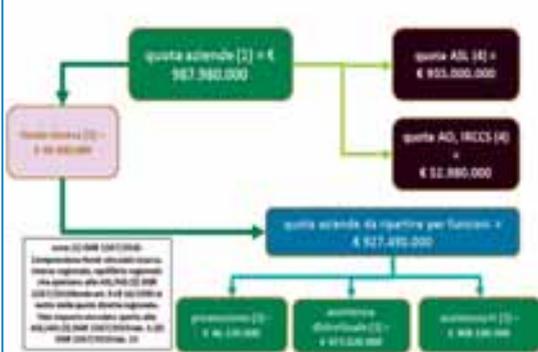


Assegnazione FSR per funzioni ed enti

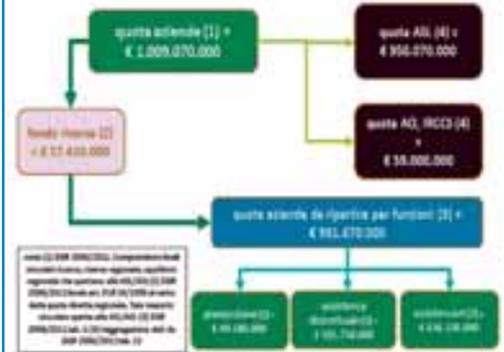
GRAFICO 6.18.10

BASILICATA

2011

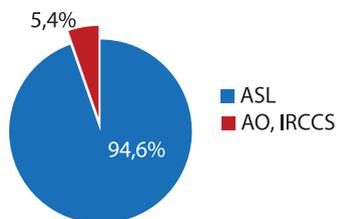
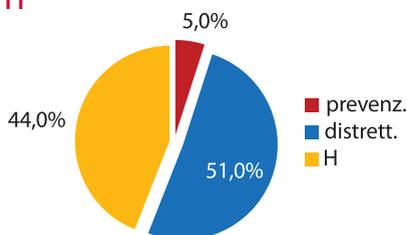


2012

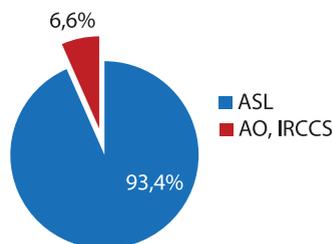
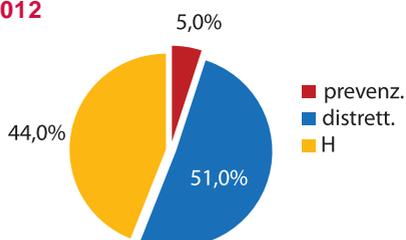


Assegnazione del FSR (per funzione e ente)

2011



2012



Fondi Assegnati alle Aziende 2011

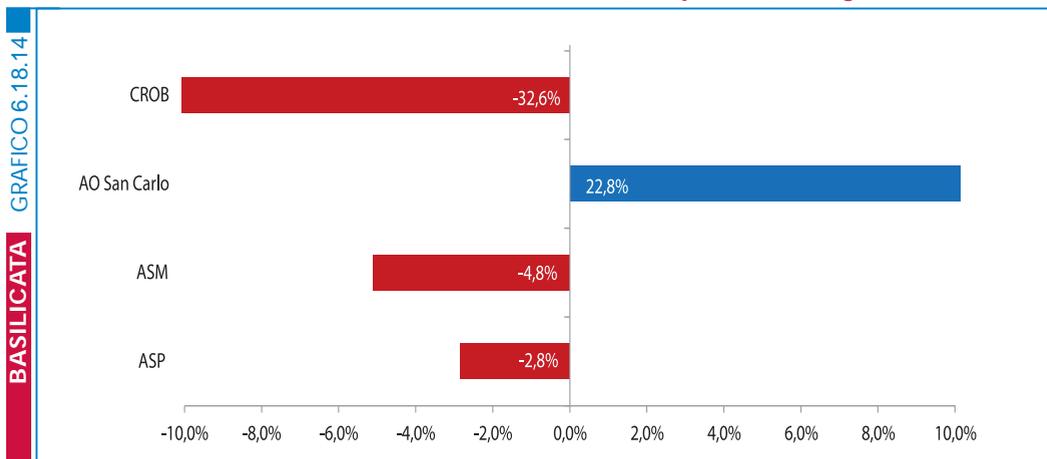
Azienda	Riparto iniziale FSR (1)	Variazione anno (2) (4)	Ripiano (3)	Riparto finale FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2011	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
	[a]	[b]	[c]	[d] = [a] + [b] + [c]			
ASP	603.220.000	9.530.000	19.483.000	632.233.000	4,81%	-19.483.000	3,08%
ASM	331.780.000	7.120.000	18.696.000	357.596.000	7,78%	-18.696.000	5,23%
AO San Carlo	46.510.000	1.740.000	1.147.000	49.397.000	6,21%	-1.147.000	2,32%
CROB	6.170.000	9.963.000		16.133.000	161,47%	1.378.000	-8,54%
Totale	987.680.000	28.353.000	39.326.000	1.055.359.000	6,85%	-37.948.000	3,60%

note: (1) DGR 2267/2010 tab. 13 (valori escludendo colonna «obiettivi di piano e altro» nonché riga «regione»); (2) dati ricavati DGR 2006/2011 tab. di raffronto anni 2011 e 2012 (tali valori non contengono i valori dei disavanzi, ripianati con successiva DGR); (3) DGR 663/2012; (4) per il CROB è intervenuta anche la DGR 1337/2011 per un importo di €3,498 mln.

Fondi Assegnati alle Aziende 2012

Azienda	Riparto iniziale di FSR (1)	Integrazioni(3)	Variazione anno (2)	Riparto finale FSR (4)	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
	[a]	[b]	[c]	[d] = [a] + [b]			
ASP	613.652.000		1.038.000	614.690.000	0,17%	-3.712.000	0,60%
ASM	339.194.000		1.082.000	340.276.000	0,32%	-2.708.000	0,80%
AO San Carlo	57.230.000	1.400.000	3.450.000	60.682.000	6,03%	211.000	-0,35%
CROB	10.032.000	1.898.000 (4)	750.000	10.872.000	8,37%	3.124.000	-28,73%
somma non assegnata	1.510.000						
Totale	1.021.618.000	1.400.000	6.320.000	1.026.520.000	0,48%	-3.085.000	0,30%

note: (1) DGR 2006/2011 tab. 13; (2) dati ricavati dalla differenza fra DGR 2006/2011 tab. di raffronto anni 2011 e 2012 e DGR 470/2013 tab. B; (3) DGR 1115/2011 e DIRES; (4) al valore 1,898 mln. va sottratto la somma che non era stata assegnata con la DGR 2006/2011; (4) DGR 470/2013

Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati**Differenze nei criteri di distribuzione (fra 2011 e 2012)**

BASILICATA

- FINANZIAMENTO SPESA OSPEDALIERA
 - modifica nel 2012 individuando un sistema di incentivazione all'efficienza
 - riduzione spesa per AOR
- VOCE SPESA PER RICERCA

Scelte strategiche

GRAFICO 6.18.15

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR (delibera CIPE)	16.820.490	1,7%
Trattenuto Regione	-20.160.000	-100,00%
Assegnato Aziende	21.090.000	2,1%
Quota ripartita per funzioni	64.180.000	6,9%

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Il sistema obiettivi afferisce a 5 principali aree di risultato:

- tutela della salute
- *performance* organizzative e cliniche aziendali
- gestione economico-finanziaria
- conseguimento di obiettivi strategici regionali
- obiettivi di *empowerment*.

Lo stesso Piano è articolato per le diverse Aziende in:

- 6 obiettivi per le Aziende Sanitarie territoriali (ASP/ASM)
- 10 obiettivi per l'Azienda Ospedaliera San Carlo
- 11 obiettivi per l'IRCCS-CROB

Gli obiettivi hanno volutamente natura sintetica e non esaustiva dell'intero *panel* di indicatori che monitorano l'andamento delle Aziende Sanitarie.

6.19 CALABRIA

Aziende e territorio

La Regione prevedeva la ripartizione territoriale in undici Aziende Sanitarie Locali prima della L.R. n. 9 dell'11 maggio 2007.

Dell'entrata in vigore della Legge, le ASL sono state accorpate in cinque Aziende Sanitarie Provinciali che hanno assunto la denominazione di Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) di Catanzaro, Cosenza, Crotona, Reggio Calabria e Vibo Valentia con territorio corrispondente alle attuali circoscrizioni provinciali.

Attualmente il Sistema Sanitario Regionale è quindi composto da:

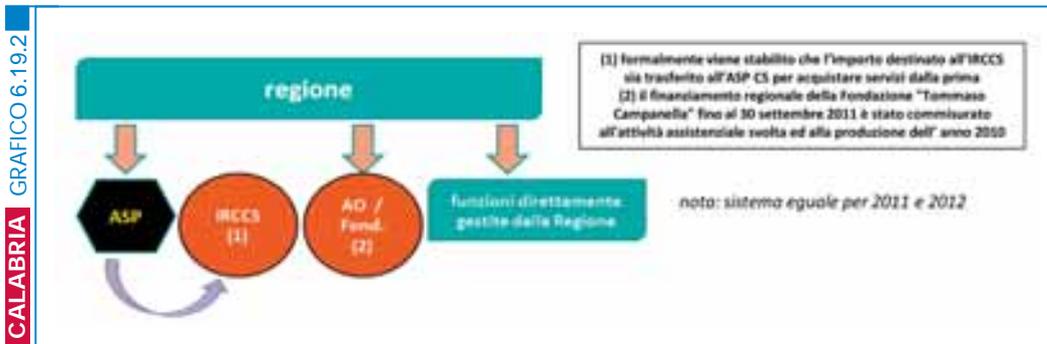
- 5 ASP
- 3 AO
- 1 AOU
- 1 INRCA
- 1 Fondazione per la ricerca e la cura dei Tumori "Tommaso Campanella".

Attori del Sistema Sanitario Regionale



LR 28 settembre 2011, n. 35 - Riconoscimento della Fondazione per la Ricerca e la Cura dei Tumori Tommaso Campanella, Centro Oncologico d'Eccellenza, come ente di diritto pubblico

Modello di finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

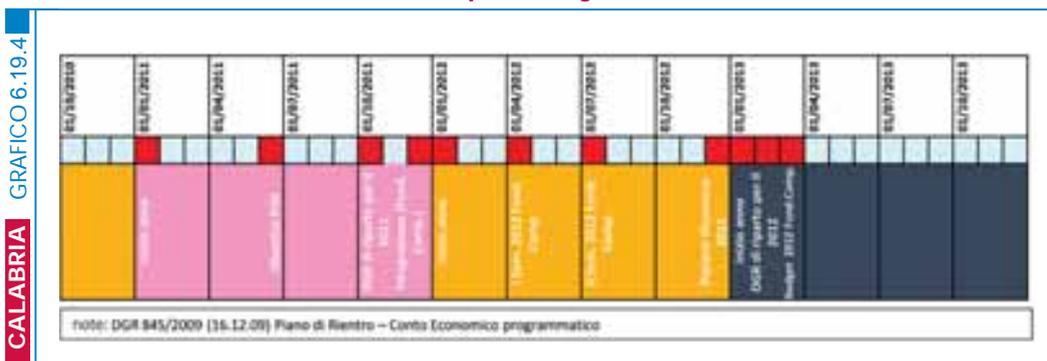
L'approvazione della normativa di riparto avviene nel 2011 durante il secondo semestre dell'anno, nel 2012 viene approvata l'anno successivo a quello di competenza.

Basi Normative (con data di approvazione)

CALABRIA GRAFICO 6.19.3

PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
<ul style="list-style-type: none"> DGR 255/2011 (17.06.11) <ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi PSN 	<ul style="list-style-type: none"> DPGR 49/2012 (27.04.12) <ul style="list-style-type: none"> - Tommaso Campanella – 1 semestre 2012
<ul style="list-style-type: none"> DPGR 110/2011 (24.10.11) <ul style="list-style-type: none"> - riparto del fondo 	<ul style="list-style-type: none"> DPGR 149/2012 (27.07.12) <ul style="list-style-type: none"> - Tommaso Campanella – 2 semestre 2012
<ul style="list-style-type: none"> DGR 595/2011 (23.12.11) <ul style="list-style-type: none"> - finanziamento Fondazione "Tommaso Campanella" 	<ul style="list-style-type: none"> DPGR 4/2013 (29.01.13) <ul style="list-style-type: none"> - riparto del fondo
<ul style="list-style-type: none"> DPGR 186/2012 (4.12.12) <ul style="list-style-type: none"> - Ripiano disavanzo 	<ul style="list-style-type: none"> DPGR 42/2013 (28.03.13) <ul style="list-style-type: none"> - budget definitivo Fondazione Tommaso Campanella

Tempi e Assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

La Regione Calabria ha siglato il Piano di Rientro il 17 dicembre 2009 stabilendo una serie di interventi da attivare nell'arco del triennio 2010-2012, finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione. Dalla verifica di sintesi effettuata dal Ministero della Salute nell'analisi del *trend* 2009-2012 è possibile individuare fra i principali scostamenti dal valore di riferimento la dotazione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie: risultando pari a circa 0,4 posti letto per 1.000 residenti al 1° gennaio 2013, risulta inferiore al valore di riferimento (0,7 pl.)¹⁵.

La Regione destina oltre il 99 % del fondo alle Aziende sia nel 2011 che nel 2012. La Regione non definisce specifici criteri di riparto. (i) I tetti fissati dal piano di rientro vincolano il finanziamento delle singole aziende con un procedimento incompatibile con quello parametrico per quota capitaria, per le ASP; (ii), mentre per le AO, viene utilizzato un sistema di finanziamento tariffario in base alle funzioni svolte.

Il calcolo delle quote di finanziamento delle singole aziende viene effettuato con una metodologia analoga a quella adottata per la determinazione del conto economico programmatico del PdR (tenendo conto fondamentalmente dei tetti già definiti).

Il finanziamento, sulla base dei costi programmatici del Piano di rientro, dà luogo ad un finanziamento globale e onnicomprensivo, che comprende tutte le tipologie di finanziamento precedentemente utilizzate:

- ASP: finanziamento per quote capitarie, finanziamento per funzioni e eventuale quota di riequilibrio
- AO: finanziamento forfetario delle prestazioni che verranno erogate, finanziamento delle funzioni svolte e non remunerate con il sistema tariffario ed eventuale quota di riequilibrio connessa agli eventuali maggiori costi sostenuti rispetto i precedenti finanziamenti.

Risorse Finanziarie (complessive per il SSR consuntivo)

CALABRIA GRAFICO 6.19.5

CALABRIA

2011

Fondo Sanitario
 € 3.205.396.361 (1)
 € 52.635.904 (2)
 € 1.417.923 (3)
 € 6.280.730 (4)

La slide indica le disponibilità finanziarie per il SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (dicembre 2012), comprendendo le DGR e delibere CIPE

€ 3.265.730.918

note: (1) delibera CIPE (15/2012) [finanziamento indistinto]; (2) delibera CIPE (16/2012) [fondo vincolato]; (3) delibera CIPE (48/2012) [esclusività]; (4) delibera CIPE (144/2012) [sanità penitenziaria]

2012

Fondo Sanitario
 € 3.204.467.080 (1) (4)
 € 53.325.952 (2)
 € 5.968.160 (3)

La slide indica le disponibilità finanziarie per il SSR. Il computo è effettuato a consuntivo (agosto 2013), comprendendo le DGR e delibere CIPE

€ 3.263.761.192

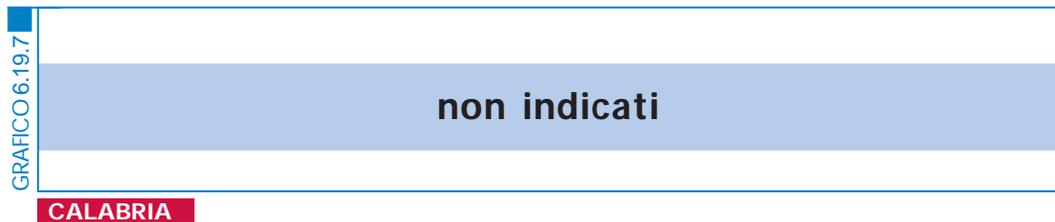
note: (1) delibera CIPE (141/2012) [finanziamento indistinto]; (2) delibera CIPE (142/2012) [finanziamento vincolato]; (3) delibera CIPE (49/2013) [sanità penitenziaria]; (4) delibera CIPE (65/2013) [finanziamento indistinto]

¹⁵ DL 95/2012.

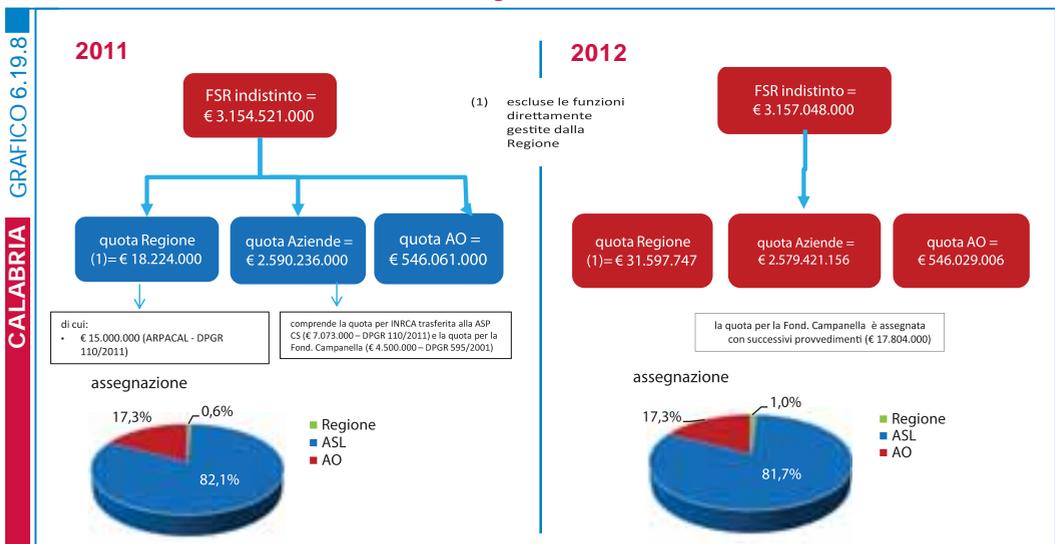
Finanziamento SSR nella programmazione



Criteri pesatura funzioni 2011/2012



Assegnazione FSR



Assegnazione FSR per funzioni ed enti

GRAFICO 6.19.9

CALABRIA

quota Aziende = € 3.136.297.000

quota ASP (1) =
€ 2.590.236.000quota AO =
€ 546.061.000

(1) comprende la quota per INRCA trasferita alla ASP CS (€ 7.073.000) e la quota per la Fond. Campanella (€ 4.500.000)

quota Aziende = € 3.125.450.162

quota ASP (1) =
€ 2.579.421.156quota AO =
€ 546.029.006

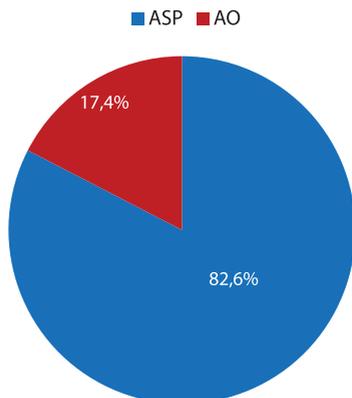
Fond. Campanella € 17.804.000 (DPGR n. 49/2012: € 9.000.000 - DPGR n. 149/2012: € 4.500.000 - DPGR n. 42/2013: € 4.304.000)

Assegnazione del FSR

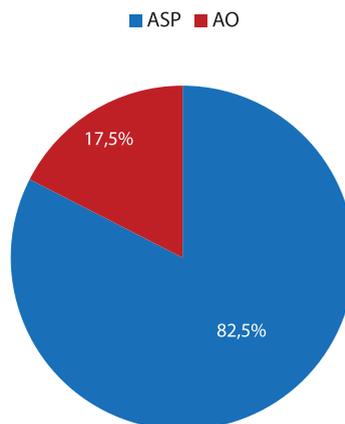
GRAFICO 6.19.10

CALABRIA

2011



2012



Fondi Assegnati alle Aziende 2011

GRAFICO 6.19.11	Azienda	Riparto iniziale FSR	Acconto ripiano 2011	Riparto finale effettivo	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
	ASP CS	919.706.000	47.995.000	919.706.000	0,00%	-82.509.000	8,97%
	ASP KR	266.934.000	2.927.000	266.934.000	0,00%	-5.032.000	1,89%
	ASP CZ	476.891.000	5.220.000	476.891.000	0,00%	-8.974.000	1,88%
	ASP VV	218.358.000	0	218.358.000	0,00%	422000	-0,19%
	ASP RC	696.774.000	0	696.774.000	0,00%	449000	-0,06%
	AO Cosenza	179.062.000	4.632.000	179.062.000	0,00%	-7.962.000	4,45%
	AO CZ	163.493.000	0	163.493.000	0,00%	9.232.000	-5,65%
	AO MD	50.010.000	7.137.000	50.010.000	0,00%	-12.270.000	24,54%
	AO RC	153.496.000	998000	153.496.000	0,00%	-998000	0,65%
	INRCA Cosenza		821000			-1.412.000	
	Totale (1)	3.124.724.000	69.730.000	3.124.724.000	0,00%	-109.054.000	3,49%
	INRCA	7.073.000					
	Fond. Campanella	4.500.000					
	Totale	3.136.297.000					

Fondi Assegnati alle Aziende 2012

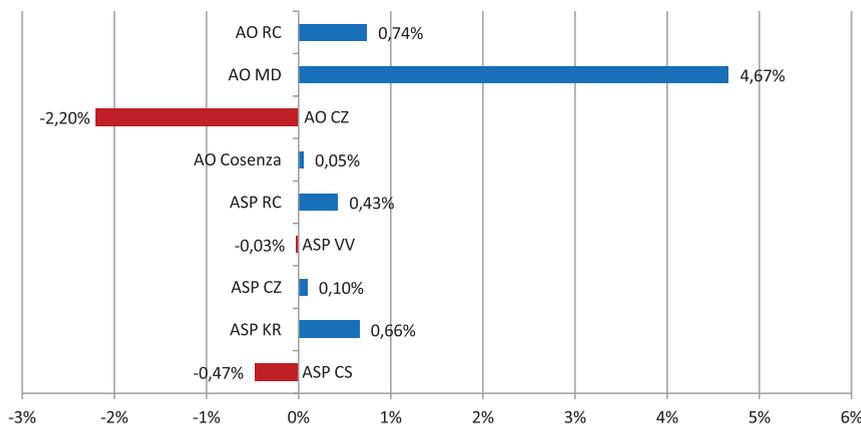
GRAFICO 6.19.12	Azienda	Riparto iniziale FSR	Riparto finale effettivo FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo	Risultato di esercizio 2012	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
	ASP CS	915.340.055	915.340.055	0,00%	-56.331.000	6,15%
	ASP KR	268.692.016	268.692.016	0,00%	-3.516.000	1,31%
	ASP CZ	477.345.028	477.345.028	0,00%	-9.065.000	1,90%
	ASP VV	218.299.016	218.299.016	0,00%	-6.175.000	2,83%
	ASP RC	699.745.041	699.745.041	0,00%	-1.311.000	0,19%
	AO Cosenza	179.158.670			-6.814.000	
	AO CZ	159.895.210			848.000	
	AO MD	52.343.336			-10.793.000	
	AO RC	154.631.880			-598.000	
	INRCA Cosenza				-2.146.000	
	Totale (1)	3.125.450.252	2.579.421.156		-95.901.000	3,72%
	INRCA					
	Fond. Campanella					
	Totale					

note: (1) escluse la quota per INRCA trasferita alla ASP CS (e 7.073.000 - DPGR 110/2011) e la quota per la Fond. Campanella (e 4.500.000 - DPGR 595/2001)

Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati

GRAFICO 6.19.13

CALABRIA



Scelte strategiche

GRAFICO 6.19.14

Voce	Δ (2012/2011) (va)	Δ (2012/2011) (i%)
FSR indistinto	-929.281	-0,03%
Quota regione	13.373.747	73,39%
Quota ASP	-10.814.844	-0,42%
Quota AO	-31.994	-0,01%

CALABRIA

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Gli obiettivi sono diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di Rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione.

6.20 SICILIA

Per la Regione Siciliana non è stato possibile elaborare lo stesso schema di presentazione adottato per il confronto con le altre Regioni. Ciò nonostante, di seguito vengono descritti i criteri di riparto del FSR utilizzati dalla Regione Siciliana per gli anni 2011 e 2012. Le percentuali di riparto del Fondo Sanitario Regionale attribuite alle Aziende Sanitarie Provinciali per livelli di assistenza sono le medesime utilizzate nella proposta di riparto nazionale del FSN.

Fondi Assegnati 2012

GRAFICO 6.20.1

ASL	Riparto iniziale FSR	Riparto finale FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012
<i>Totale</i>	<i>4.715.181.459</i>	<i>4.398.106.878</i>	<i>-6,72%</i>

SICILIA

NORME DI RIFERIMENTO

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502, nel testo modificato con il Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n.517, sul riordino della disciplina in materia sanitaria, e successive modifiche ed integrazioni;
- Legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 di riordino del sistema sanitario in Sicilia pubblicata sulla GURS del 17 aprile 2009, n. 17;
- Legge regionale che approva il bilancio della Regione Siciliana per l'esercizio finanziario in esame.

ACCORDI PROGRAMMATICI

- Intesa della Conferenza Stato-Regioni per la ripartizione del finanziamento della quota indistinta dei livelli di assistenza di Fondo sanitario nazionale;
- Intesa della Conferenza Stato-Regioni per la ripartizione delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

CRITERI

Nella Regione Siciliana, le percentuali di riparto del FSR attribuite alle Aziende Sanitarie Provinciali per livelli di assistenza sono le medesime utilizzate nella proposta di riparto nazionale del FSN.

Livello di assistenza	Quota obiettivo del fondo			Modalità di ripartizione
	Prevenzione	5%		
Distrettuale	51%	Medicina di base PLS	7,00%	Quota capitaria secca
		Farmaceutica	13,57%	Quota capitaria secca
		Specialistica	13,30%	Quota capitaria pesata
		Altra territoriale	17,13%	Quota capitaria pesata
Ospedaliera	44%			Quota capitaria pesata

I pesi attribuiti all'assistenza specialistica e a quella ospedaliera sono quelli previsti dal Ministero, in particolare:

Assistenza specialistica

Fascia età	0	1-4	5-14	15 - 24	25 -44	45- 64	65-74	> di 75
Peso	0,391	0,288	0,341	0,382	0,627	1,123	2,155	2,136

GRAFICO 6.20.3 **SICILIA**

Assistenza ospedaliera

Fascia età	0	1-4	5-14	15 - 24	25 -44	45- 64	65-74	> di 75
Peso	3,184	0,364	0,234	0,371	0,544	0,923	2,047	2,844

GRAFICO 6.20.4 **SICILIA**

Si applicano dei fattori di correzione del valore della popolazione assoluta, per la voce "Altra territoriale", che si basano sulla dispersione superiore alla media, in zone montane e nelle isole:

- a) situazione orografica: comuni situati ad un'altezza superiore a 1.000 metri s.l.m. - Fattore di correzione 4 (con esclusione del comune capoluogo di Provincia – Enna)
- b) densità della popolazione: comuni con popolazione inf. a 1.500 abitanti - Fattore di correzione 3;
- c) isole: comuni allocati nelle isole minori - Fattore di correzione 5.

Si fa riferimento alla popolazione residente nell'ambito del territorio di ogni Azienda Sanitaria Provinciale – ultima disponibile da Fonte ISTAT, i cui valori vengono distinti per classi di età e rielaborati sulla base dei pesi previsti dal Ministero come sopra indicati. In particolare, per quanto riguarda la popolazione siciliana, occorre tenere presente che gli abitanti dei comuni di Capizzi (ME) e di Lampedusa e Linosa (AG) sono assistiti, ai sensi della normativa regionale vigente, rispettivamente dalle ASP di Enna e Palermo e non dalle ASP di Messina e Agrigento (comma 2 bis art.6 l.r. n.30/93).

Per il finanziamento di cassa delle Aziende sanitarie si tiene conto delle prestazioni rese in regime di mobilità intra ed extra regionale sia attiva che passiva determinata sui dati di produzione consolidata dell'anno di riferimento.

Dalla quota complessiva si operano, preliminarmente, le decurtazioni:

- a) di circa il 3% del fondo che servirà per la negoziazione e per specifiche finalità di spesa non riconducibili ai macro livelli;
- b) del valore dei capitoli regionali afferenti la gestione diretta;
- c) delle risorse vincolate a carico dello Stato e destinate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

A questo punto la quota a disposizione viene suddivisa per i macro livelli di assistenza, a cui si apportano decurtazioni per specifiche finalità a esse riconducibili e precisamente:

a) dal 5% per la prevenzione:

- capitoli regionali dedicati alla prevenzione;
- finanziamento dei Registri Tumori della Sicilia;
- finanziamento progetto sul sistema di sorveglianza sui stili di vita della popolazione e adesione ai programmi di sanità pubblica "PASSI";
- finanziamento per il progetto brucellosi-randagismo.

b) dal 51% per assistenza distrettuale:

- capitoli regionali dedicati all'assistenza distrettuale;
- finanziamento delle attività di raccolta plasma e distribuzione emoderivati;
- finanziamento per l'assistenza dei pazienti colpiti dalla malattia di Alzheimer, ai sensi del comma 13 dell'art.25 della l.r. n.19/2005 per le finalità di cui all'art. 59 della Legge regionale 18 maggio 1996, n.33, inerente l'integrazione retta per il ricovero degli anziani presso strutture residenziali;

- finanziamento per la validazione di tutte le unità di sangue con tecniche NAT da parte dei Centri di riferimento;
- quota attribuita alle Aziende sedi di Centrali Operative del Servizio SUES 118 a titolo di finanziamento delle risorse umane e organizzative utilizzate, nonché dell'effettivo costo dalle stesse sostenuto per il personale in incentivazione, i farmaci utilizzati e consumati, etc.;
- altri costi per specifiche finalità.

c) dal 44% per assistenza ospedaliera:

- capitoli regionali dedicati all'assistenza ospedaliera;
- rimborso farmaci antiblastici ed emoderivati somministrati in DH;
- alle Aziende Universitarie Ospedaliere Policlinici, secondo quanto previsto dai protocolli di intesa tra Regione e Università degli Studi, il riconoscimento di un'integrazione della valorizzazione annua dell'attività assistenziale correlata ai valori dei DRG, per i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca;
- finanziamento per le funzioni ospedaliere così distinte.

	Criteria di attribuzione funzioni	Soggetti beneficiari
SICILIA	INTEGRAZIONE COSTI SERVIZI GARANTITI	
	Complessità del Case Mix (alta e media)	AZIENDE PUBBLICHE (escluso ASP)
	Presenza Terapia Intensiva, UTIN, UTIC E GRANDI USTIONATI	AZIENDE PUBBLICHE (escluso ASP)
	Presenza PRONTO SOCCORSO/DEA	AZIENDE PUBBLICHE (escluso ASP)
	Integrazione prestazioni PS non seguite da ricovero	AZIENDE PUBBLICHE (escluso ASP)
	OBIETTIVI STRATEGICI	
	CUP Regionale	AZIENDE PUBBLICHE
	Flussi ministeriali	AZIENDE PUBBLICHE
	Gare centralizzate	AZIENDE PUBBLICHE
	Potenziamento ADI	ASP
	Sviluppo RSA	ASP
	Incentivo riduzione ricoveri DH Medici	AZIENDE PUBBLICHE (escluso ASP)

Sono state definite *ex ante* n. 10 tipologie di funzioni ospedaliere non tariffate di cui n. 4 ad integrazione dei costi dei servizi garantiti (alta e media complessità clinica dei ricoveri, presenza terapia intensiva, presenza emergenza-urgenza, prestazioni ambulatoriali erogate in pronto soccorso che non sono seguite da ricovero) e n. 6 legate a obiettivi strategici.

A ognuna delle tipologie descritte è stato attribuito un valore economico.

La distribuzione è stata articolata come segue:

- **alta e media complessità clinica dei ricoveri:** la quota di accesso si determina in

relazione al peso della produzione relativa ai casi di dimissione ospedaliera identificando i ricoveri ordinari con peso compreso fra 2 e 3 (media complessità) e peso maggiore di 3 (alta complessità) di tutti i reparti ad esclusione della riabilitazione extra ospedaliera (codice disciplina 28, 56 e 75) della lungodegenza (disciplina 60), del nido (disciplina 31) e dell'*hospice* (disciplina 99);

- **terapia intensiva:** la quota di accesso si determina in relazione alle giornate di terapia intensiva erogate da ciascuna struttura sul totale delle giornate erogate dalle strutture coinvolte in questa distribuzione; sono escluse dal computo i transiti nei reparti appartenenti alle discipline selezionate con durata delle degenza 0-2 giorni. Le discipline interessate sono 47, 49, 50 e 73;
- **Emergenza-Urgenza:** la quota di accesso si determina attribuendo un peso diverso se la struttura è dotata di Pronto Soccorso semplice o di un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di 1° o di 2° livello;
- **prestazioni ambulatoriali erogate in Pronto Soccorso:** tale funzione rappresenta una integrazione tariffaria volta a remunerare, stabilito un ammontare massimo, le prestazioni ambulatoriali erogate in Pronto Soccorso che non sono seguite da ricovero e a incentivare la loro corretta rendicontazione attraverso il flusso C;
- **gli obiettivi strategici** sono stati individuati in analogia agli stessi obiettivi fissati ed assegnati ai direttori generali delle Aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere.

Dai criteri di riparto e dalle modalità di individuazione delle funzioni non tariffabili sopra descritte e tenuto conto dei costi rilevati nei modelli CE pre consuntivo delle Aziende siciliane, si evidenziano sensibili margini positivi dei risultati di gestione per alcune Aziende, per lo più generati dalle differenze strutturali nell'offerta sanitaria ancora esistenti tra le varie province.

Per una equa distribuzione delle risorse, finalizzata ad assicurare l'erogazione uniforme, efficace, appropriata e omogenea dei Livelli Essenziali di Assistenza in tutto il territorio regionale, si tiene conto della necessità:

1. per le Aziende sanitarie con risultati economici tendenzialmente positivi, di correlare le risorse assegnate, nel rispetto del vincolo di equilibrio economico, agli effettivi utilizzi programmati dalle stesse in termini di assistenza resa e di investimenti posti in essere, da formalizzare tramite la predisposizione di un "piano di sviluppo";
2. per le Aziende sanitarie con risultati economici tendenzialmente negativi, di correlare le risorse assegnate, in aggiunta a quelle previste dall'applicazione dei criteri, a sostegno di una programmazione economico-gestionale pluriennale finalizzata al progressivo riassorbimento della perdita economica strutturale attraverso la predisposizione di un apposito "piano di rientro".

Pertanto ai fini della negoziazione:

- a) per le Aziende che registravano, rispetto ai costi tendenziali, un margine positivo, si effettua una decurtazione delle risorse attribuite, pari al valore di margine rispetto all'equilibrio economico, finalizzato a costituire un "fondo di sostegno";
- b) si utilizzano parte delle risorse del fondo accantonate per specifiche finalità per sostenere un processo di riorganizzazione in termini di efficienza, efficacia ed economicità finalizzato al progressivo equilibrio economico dell'intero sistema sanitario regionale.

Dagli incontri e dal contraddittorio con le Aziende si assegna in negoziazione le disponibilità scaturenti del fondo di sostegno e dell'utilizzo dell'accantonamento, secondo le seguenti modalità:

- il 90% circa per contributi alle Aziende in tendenziale perdita d'esercizio per sostenere un processo di riorganizzazione in termini di efficienza, efficacia ed economicità finalizzato al progressivo equilibrio economico da conseguire al termine di un prefissato periodo pluriennale, da formalizzare tramite un piano aziendale, assicurando nel contempo l'erogazione uniforme, appropriata e omogenea dei Livelli Essenziali di Assistenza in tutto il territorio regionale;
- il 10% circa per contributi alle Aziende con margini economici tendenziali positivi finalizzati ad attivare, nel rispetto del vincolo di equilibrio economico, programmi di investimento e sviluppo dell'assistenza resa, da formalizzare tramite la predisposizione di un piano di sviluppo.

Gli esiti del procedimento di negoziazione determinano l'assegnazione alle Aziende sanitarie pubbliche Siciliane di quote di risorse finanziarie del Fondo Sanitario Regionale e dei correlati obiettivi economici sottoscritti dai legali rappresentanti delle strutture medesime, che prevedono anche il risultato economico da raggiungere.

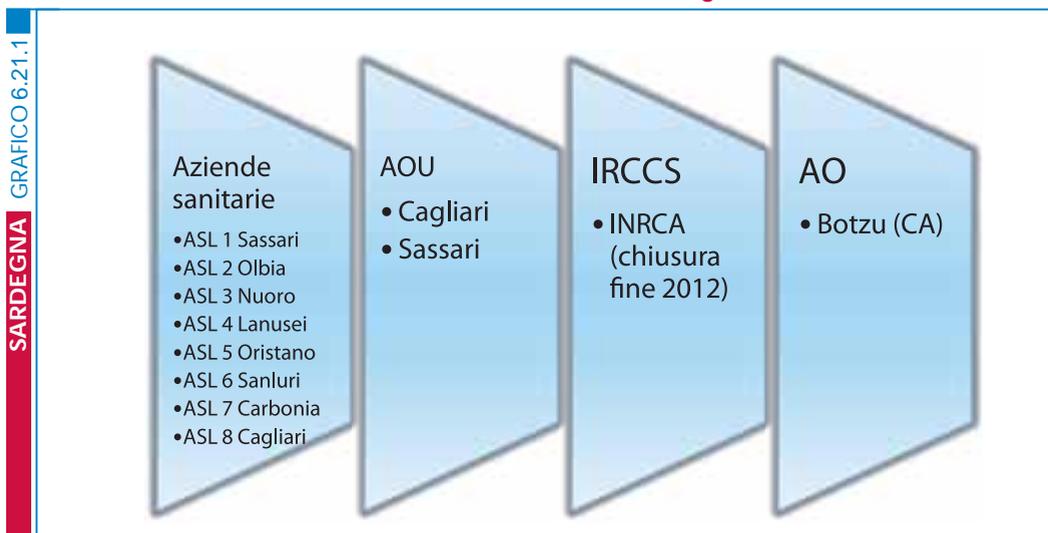
6.21 SARDEGNA

Aziende e territorio

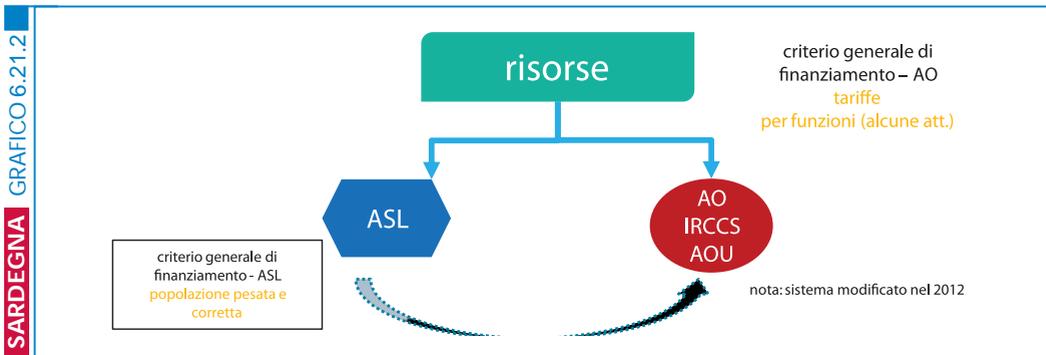
Il SSR è organizzato attraverso:

- 8 ASL
- 1 AO
- 2 AOU

Attori del Sistema Sanitario Regionale



Modello di finanziamento delle Aziende



Tempistica associata alla approvazione del riparto

I criteri di riparto definitivi del fondo sono avvenuti per l'anno 2011 a inizio dell'anno successivo, mentre per il 2012 entro la fine dello stesso anno di competenza.

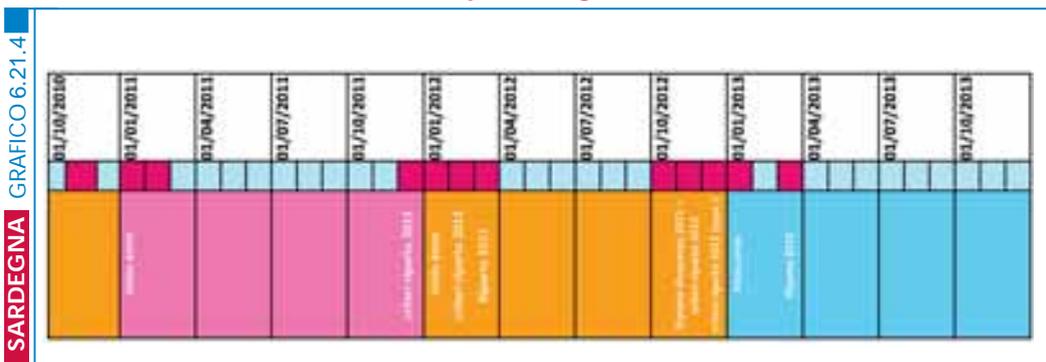
Basi Normative (con data di approvazione)

GRAFICO 6.21.3

SARDEGNA

PER L'ANNO 2011	PER L'ANNO 2012
• DGR 52/89 2011 (23.12.11) - criteri riparto (preliminari)	• DGR 45/17 2012 (12.11.12) - criteri riparto (preliminari)
• DGR 7/10 2012 (16.02.12) - criteri riparto (definitivi)	• DGR 51/4 2012 (28.12.12) - criteri riparto (definitivi)
• DGR 13/9 2012 (28.3.12) - riparto del fondo	• DGR 15/30 2013 (29.3.13) - riparto del fondo
• DGR 44/1 2012 (7.11.12) - variazione bilancio regionale	
• DGR 45/18 2012 (12.11.12) - integrazione fondo	

Tempi e Assegnazioni



Modalità di realizzazione delle scelte strategiche e modalità effettive di riparto

Dal 2012 la Regione è intervenuta modificando profondamente il modello di finanziamento: si è passati da un modello del costo storico alla valutazione delle prestazioni rese, eliminando le procedure a consuntivo. I nuovi criteri (collettiva=5,3%; distrettuale=51,0%; H=43,7%), differenti da quelli nazionali, avrebbero dovuto essere adottati nel 2012 (DGR n. 45/17 del 2012), anche se ciò è stato posticipato.

Per le singole voci, si cambia il modello:

- spesa farmaceutica, con la modifica criteri di pesatura
- assistenza specialistica ambulatoriale, da una popolazione pesata in base al profilo dei consumi per età a un sistema per quote
- spesa ospedaliera: riponderata in maniera profonda

Viene costituito un accantonamento per l'appropriatezza e l'adeguatezza organizzativa (=1,0%).

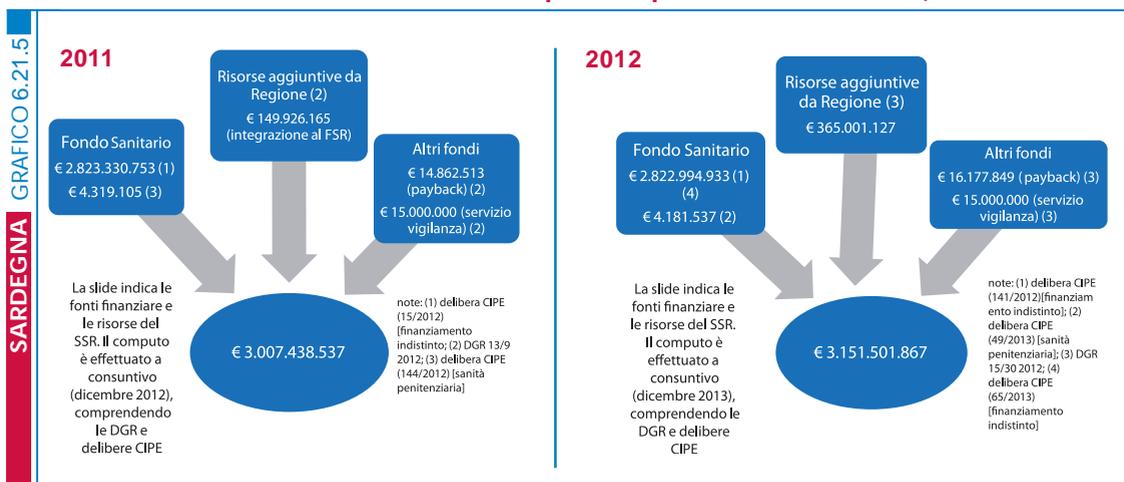
Negli anni oggetto di analisi le quote assegnate per le funzioni dei LEA sono pari a:

- Assistenza collettiva: 6,2% nel 2011 e 5,6% nel 2012
- Assistenza distrettuale: 49,1% nel 2011 e 49,6% nel 2012
- Assistenza ospedaliera: 44,7% nel 2011 e 43,1% nel 2012.

Nel 2012 è stata prevista anche una quota pari all'1,7% per rimborsi del costo del personale dipendente delle ASL in collaborazione progettuale con l'assessorato, finanziamento a funzioni, quota di accompagnamento e compensazione attribuzioni.

La Regione ripartisce l'80% della spesa in prevenzione sulla base nel numero di capi di bestiame e il 20% sulla base della popolazione residente (non pesata).

Risorse Finanziarie complessive per il SSR consuntivo



Finanziamento SSR nella programmazione 2011/2012

il modello di ripartizione seguito dalla Sardegna non definisce formalmente le risorse nella fase programmatrice

Criteria pesatura funzioni 2011

GRAFICO 6.21.7

SARDEGNA

COLLETTIVA-prevenzione	TERRITORIALE-anziani
• popolazione residente non pesata	• popolazione residente > 65 anni
COLLETTIVA-veterinaria	TERRITORIALE-altra assistenza (sociosanitaria disabili, salute mentale, dipendenze, protesica, consultori, integrativa, termale)
• popolazione animale per l'80%	• popolazione pesata per l'indice di dispersione
• popolazione residente per il 20%	OSPEDALIERA-attività ordinaria H
TERRITORIALE-MMG	• quota capitaria (fino a 180 RC per 1.000 ab.)
• popolazione residente > 14 anni	• riparto fra le ASL (in base alla differenza fra i RC effettivi e quelli standard)
TERRITORIALE-PLS	OSPEDALIERA-pronto soccorso
• popolazione residente < 14 anni	• finanziamento per funzione (numero accessi 2010 in base alla qualificazione e all'attività di pronto soccorso)
TERRITORIALE-continuità assistenziale	
• finanziamento per funzione (h. di servizio garantite annualmente) [guardia medica]	
• finanziamento per funzione (h. di servizio garantite) [guardia turistica]	
TERRITORIALE-emergenza	
• finanziamento per funzione (in base al numero dei medici e costi delle centrali)	
TERRITORIALE-farmaceutica	
• popolazione pesata in funzione profilo consumi per età (AGENAS)	
TERRITORIALE-assistenza specialistica ambulatoriale	
• popolazione pesata in base al profilo dei consumi per età	

Criteria pesatura funzioni 2012

GRAFICO 6.21.8

SARDEGNA

COLLETTIVA-prevenzione	TERRITORIALE-emergenza
• popolazione residente non pesata	• finanziamento per funzione (in base al numero dei medici e costi delle centrali)
COLLETTIVA-veterinaria	TERRITORIALE-farmaceutica
• popolazione animale per l'80%	• popolazione pesata sulla base delle indicazioni OsMed relative all'anno 2010
• popolazione residente per il 20%	TERRITORIALE-assistenza specialistica ambulatoriale
TERRITORIALE-MMG	• quota procapite spettante + quota tariffata + quota per prestazioni nella stessa ASL
• popolazione residente > 14 anni	OSPEDALIERA
TERRITORIALE-PLS	• quota capitaria (indice di dipendenza della popolazione dagli H)
• popolazione residente < 14 anni	• produzione tariffata a DRG
TERRITORIALE-continuità assistenziale	• incremento valore DRG (per AOU)
• finanziamento per funzione (h. di servizio garantite annualmente) [guardia medica]	• penalizzazione del 10% del valore DRG sui RC potenzialmente inappropriati
• finanziamento per funzione (h. di servizio garantite) [guardia turistica]	

Assegnazione FSR

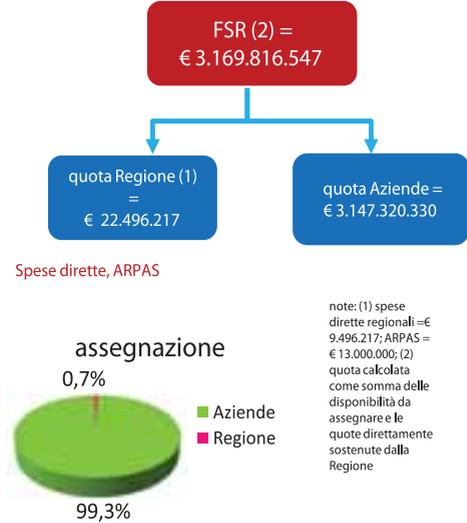
SARDEGNA

GRAFICO 6.21.9

2011



2012

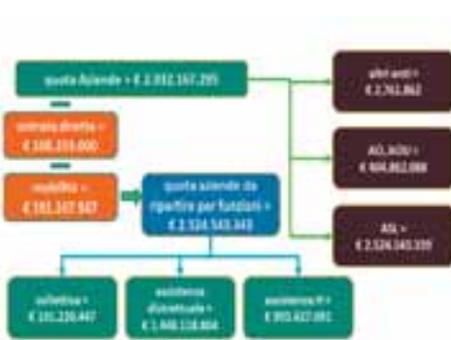


Assegnazione FSR per funzioni ed enti

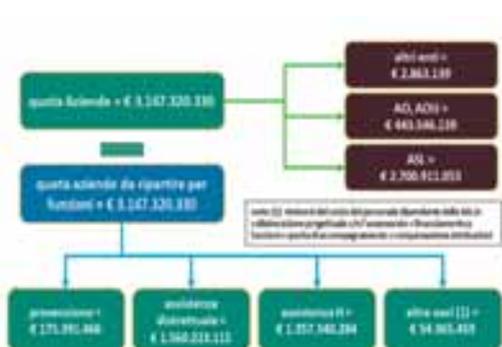
SARDEGNA

GRAFICO 6.21.10

2011



2012

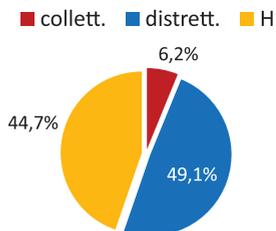


Assegnazione del FSR (per ente e per funzione)

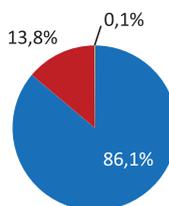
SARDEGNA GRAFICO 6.21.11

SARDEGNA

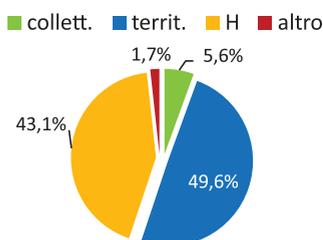
2011



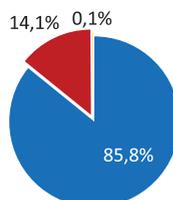
ASL AO, AOU



2012



ASL AO/AOU Altri



Fondi assegnati alle Aziende 2011

SARDEGNA GRAFICO 6.21.12

SARDEGNA

Azienda	Riparto iniziale FSR	Integrazioni	Riparto finale FSR	Integrazione (ripiano)	Incidenza integrazione su totale entrate (%)	Diff. importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASL 1 Sassari	504.147.387	10.702.586	514.849.973	10.702.586	2,1%	2,12%	-13.112.000	2,55%
ASL 2 Olbia	210.148.388	17.412.740	227.561.128	17.412.740	7,7%	8,29%	-23.386.000	10,28%
ASL 3 Nuoro	280.673.180	18.648.441	299.321.621	18.648.441	6,2%	6,64%	-23.784.000	7,95%
ASL 4 Lanusei	88.267.676	3.668.842	91.936.518	3.668.842	4,0%	4,16%	-4.774.000	5,19%
ASL 5 Oristano	238.549.855	11.490.070	250.039.925	11.490.070	4,6%	4,82%	-14.261.000	5,70%
ASL 6 Sanluri	126.857.539	9.492.320	136.349.859	9.492.320	7,0%	7,48%	-9.642.000	7,07%
ASL 7 Carbonia	210.071.616	6.592.764	216.664.380	6.592.764	3,0%	3,14%	-9.668.000	4,46%
ASL 8 Cagliari	865.827.698	21.135.744	886.963.442	21.135.744	2,4%	2,44%	-29.109.000	3,28%
AOU Cagliari	126.977.845	5.961.186	132.939.031	5.961.186	4,5%	4,69%	-7.803.000	5,87%
AOU Sassari	119.709.058	4.672.223	124.381.281	4.672.223	3,8%	3,90%	-5.627.000	4,52%
AO Brotzu	158.175.185	8.614.205	166.789.390	8.614.205	5,2%	5,45%	-12.113.000	7,26%
INRCA	2.761.862		2.761.862	0	0,0%	0,00%	-1.230.000	44,54%
Totale	2.932.167.289	118.391.121	3.050.558.410	118.391.121	3,9%	4,04%	-154.509.000	5,06%

note: il ripiano viene calcolato come quota integrativa del FSR attribuita alle Aziende

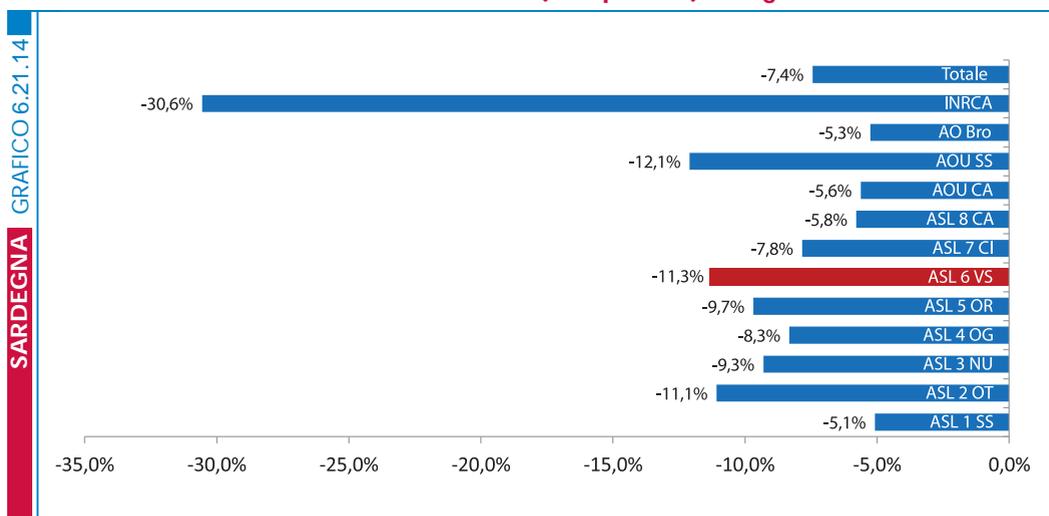
Fondi Assegnati alle Aziende 2012

GRAFICO 6.21.13

Azienda	Quota iniziale FSR	Integrazioni (1)	Riparto finale FSR	Diff. Importo iniziale ed effettivo 2012	Risultato di esercizio	Incidenza risultato esercizio su finanziamento effettivo
ASL 1 Sassari	523.909.051	-35.230.509	488.678.542	-6,72%	531.000	-0,11%
ASL 2 Olbia	232.784.472	-30.423.889	202.360.583	-13,07%	0	0,00%
ASL 3 Nuoro	310.859.197	-39.383.502	271.475.695	-12,67%	-1.491.000	0,55%
ASL 4 Lanusei	94.644.294	-10.357.552	84.286.742	-10,94%	937.000	-1,11%
ASL 5 Oristano	259.366.131	-33.525.518	225.840.613	-12,93%	7.307.000	-3,24%
ASL 6 Sanluri	135.930.012	-15.034.516	120.895.496	-11,06%	-21.000	0,02%
ASL 7 Carbonia	221.354.745	-21.667.442	199.687.303	-9,79%	4.063.000	-2,03%
ASL 8 Cagliari	922.063.151	-86.398.387	835.664.764	-9,37%	-791.000	0,09%
AOU Cagliari	137.416.154	-11.948.154	125.468.000	-8,69%	439.000	-0,35%
AOU Sassari	127.366.592	-18.034.592	109.332.000	-14,16%	301.000	-0,28%
AO Brotzu	178.763.393	-20.747.393	158.016.000	-11,61%	-335.000	0,21%
INRCA	2.863.139	-945.139	1.918.000	-33,01%	-903.000	47,08%
Totale	3.147.320.331	-323.696.593	2.823.623.738	-10,28%	10.037.000	-0,36%

note: (1) DGR 15/30 2013

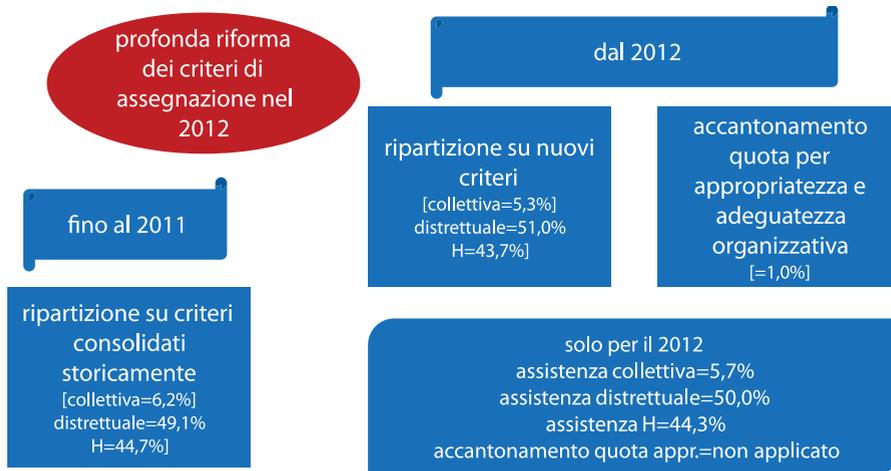
Differenze 2012 su 2011 dei fondi (complessivi) assegnati alle Aziende



Principi di ripartizione del FSR per le Aziende

GRAFICO 6.21.15

SARDEGNA



Differenze nei criteri di distribuzione (fra 2011 e 2012)

SARDEGNA

- SPESA FARMACEUTICA
- modifica criteri di pesatura
- ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
- nel 2011 popolazione pesata in base al profilo dei consumi per eta e nel 2012 per quote
- ANZIANI
- criterio cancellato nel 2012
- ALTRA ASSISTENZA (SOCIOSANITARIA DISABILI, SALUTE MENTALE, DIPENDENZE, PROTESICA, CONSULTORI, INTEGRATIVA, TERMALE)
- criterio cancellato nel 2012
- SPESA OSPEDALIERA
- riponderata in maniera profonda

Scelte strategiche

GRAFICO 6.21.16

Voce	Δ (2012/2011) (in va)	Δ (2012/2011) (in %)
FSR (delibera CIPE)	-335.820	-0,0%
Trattenuto Regione	-2.538.783	-10,1%
Assegnato Aziende	215.153.035	+7,3%
Integrazione Regione	215.074.962	+143,5%
payback	1.315.336	+8,9%
Quota ripartita per funzioni	622.776.987	+24,7%

SARDEGNA

Sistemi di definizione degli obiettivi finanziari

Le Aziende si pongono i seguenti obiettivi sulla base delle indicazioni della Regione:

- appropriatezza organizzativa come adozione del percorso assistenziale più adeguato per una determinata patologia e l'ottimale utilizzo delle risorse nei diversi regimi assistenziali
 - riduzione del tasso di ospedalizzazione inferiore a 160 ricoveri per 1000 abitanti
 - tasso di utilizzazione dei posti letto non inferiore al 75 % al netto dell'80 % dei DRG potenzialmente inappropriati
- Requisito di adeguatezza organizzativo gestionale
- adeguatezza organizzativo gestionale s'intende una gestione che rispecchi i principi e gli standard della tecnica gestionali della *total quality*
 - accreditamento strutture
 - utilizzo di modalità unificate nella gestione degli appalti con particolare riguardo alle Aziende capofila
 - iniziative d'investimento con modalità partecipative
 - qualità dei dati contabili di struttura e di attività
 - implementazione del sistema informativo e corretta e tempestiva compilazione dei flussi informativi e dei modelli economici
 - totale informatizzazione delle agende di prenotazione
- adeguatezza economico-gestionale col rispetto dei parametri economico finanziari di efficienza:
 - contenimento del costo del personale
 - tetto di spesa per la farmaceutica
 - tetti di spesa per le convenzioni con le strutture sanitarie private
- valutazione delle premialità.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

di Francesco Ripa di Meana

Il tema del finanziamento, che può sembrare un semplice valore assoluto collegato solo alla spesa pubblica, rappresenta in realtà un indicatore del livello di sostenibilità del sistema di *welfare* di un paese e della capacità di rendere il momento allocativo un elemento essenziale della credibilità della cosa pubblica, in termini di *accountability* e di equità nella risposta ai bisogni, ancora non uniforme a livello dei diversi territori.

Il tema della sostenibilità è collegato all'andamento economico del paese, definito dal PIL, sul quale viene calcolata la percentuale destinata alla spesa sanitaria. Così, visto il momento recessivo e la riduzione del reddito nazionale, un aumento della percentuale di spesa dedicata può associarsi a una riduzione in valori assoluti del Fondo, mentre risulta stabile la dimensione delle fonti: per tre quarti dalla finanza pubblica e per un quarto dalle tasche dei cittadini. È evidente che il tasso di incremento registrato negli ultimi dieci anni (in media 0,3%) non risulta compatibile con tassi di crescita della spesa sanitaria legati al fabbisogno e che questo lieve aumento corrisponde in realtà, a partire dal 2012, per la prima volta nella storia del SSN, a una contrazione reale delle risorse disponibili.

Per queste ragioni una osservazione delle modalità allocative, a partire dai criteri adottati e dalla serie storica dei risultati, sia a livello di FNS, sia a livello regionale e sulle singole Aziende, può rappresentare un utile strumento di comprensione del "come" e del "perché" di interventi che modifichino la tendenza ad appiattirsi sulla spesa storica, in un momento in cui la carenza di risorse potrebbe anche rappresentare uno stimolo importante all'efficienza e all'innovazione, presenti in modo diverso nelle singole Aziende ma spesso non riconosciute e valorizzate nei meccanismi di riparto.

Un esempio di questa scarsa attenzione alle evidenze di tenuta o meno del bilancio aziendale è la modalità di applicazione degli interventi di razionalizzazione della spesa degli ultimi anni, informati dalla logica del "taglio lineare", che ha rischiato di ingenerare comportamenti opportunistici nella relazione Regioni-Aziende, premiando l'inefficienza e punendo chi ha gestito le risorse in maniera ottimale.

Non si può trascurare la grande differenza che c'è tra ciò che sta accadendo e la precedente crisi finanziaria della fine degli anni '80: le crisi di credibilità e l'inefficienza gestionale hanno provocato all'epoca uno stato di caos istituzionale e di spesa sanitaria fuori controllo, mentre l'attuale assetto del SSN ha consentito, dopo la crisi del 2008, di custodirne la sostenibilità ancorata ai principi ispiratori di universalità ed equità, con traiettorie di miglioramento di qualità del servizio offerto ai cittadini (si vedano ultimi risultati del Piano Nazionale Esiti e attuazione LEA).

Qualsiasi classifica stilata da istituzioni e organismi internazionali riconosce al nostro SSN

un primato mondiale in termini di efficienza: dal terzo posto al mondo del ranking 2014 di Bloomberg (dopo Singapore e Hong Kong) all'evidenza della spesa pro-capite per cittadino cresciuta di meno negli ultimi dieci anni tra tutti i paesi OCSE. In termini di qualità, oltre all'ottimo indicatore sulla aspettativa di vita (tra i primi al mondo), permangono margini di miglioramento non incalcolabili rispetto agli altri sistemi dei nostri vicini europei ma anche, purtroppo, intollerabili differenze territoriali nel raggiungimento di indicatori di esito di salute e di livelli di servizio.

Negli ultimi anni è maturata la necessità di affrontare il tema della sostenibilità del sistema sanitario nazionale in ottica di ridefinizione del finanziamento delle Regioni, attraverso il meccanismo dei costi standard. La messa a regime di questo sistema dovrà essere ulteriormente raffinata, includendo negli algoritmi di ripartizione del fondo anche i fabbisogni standard. Questi ultimi partono dall'assunto che non tutta la produzione sanitaria è appropriata e dovrebbero giustificare, ai fini del finanziamento, solamente quella parte di servizi, e quindi dei relativi costi ritenuti appropriati, prendendo a riferimento le migliori *performance* in termini di utilizzo razionale delle risorse a parità di salute prodotta. Sotto questo profilo, il focus si sposta dall'analisi dei consumi ad una migliore ponderazione dei bisogni da associare ad una corretta definizione dei costi standard.

Produrre appropriatamente e garantire al contempo la sostenibilità del sistema (prima di tutto quello regionale) ha come presupposto il raffreddamento della concorrenza tra le Aziende in termini di attrazione dei pazienti, accompagnata da scelte organizzative e di controllo dei consumi che si riferiscano a ragionevoli certezze *ex ante* delle risorse a disposizione ogni anno. Questo periodo di ristrettezza mette definitivamente in chiaro che a questa certezza delle risorse deve accompagnarsi una capacità allocativa al livello regionale e aziendale in grado di assicurare, a sua volta, un livello accettabile di adeguatezza delle stesse rispetto ai bisogni effettivi di salute effettivi della popolazione dei diversi territori.

Dall'appropriatezza e dalla condivisione dei criteri di riparto discendono sia la fissazione di obiettivi economici credibili che la responsabilizzazione, e quindi la motivazione, del *management* delle Aziende. Essi devono essere ispirati a criteri di equità e riconoscimento dei risultati, in termini di razionalizzazione, e prevedere comunque forme di solidarietà per ridurre le differenze esistenti.

La ricerca condotta dal Laboratorio FIASO sul finanziamento intraregionale ha composto, per la prima volta, un quadro chiaro ed esaustivo dei meccanismi e degli aspetti normativi che regolano il trasferimento di risorse dallo Stato centrale alle Regioni e da queste alle Aziende sanitarie, a quelle Ospedaliere e agli IRCCS. I dati emersi dallo studio evidenziano, in primo luogo, l'esistenza di una forte eterogeneità all'interno delle diverse realtà regionali. Questa eterogeneità rende palese che il criterio della distribuzione delle risorse in relazione ai Livelli Essenziali di Assistenza della popolazione adottato, almeno in linea di principio, nel trasferimento del Fondo Sanitario Nazionale alle Regioni, non si riverbera nel finanziamento delle Aziende sanitarie.

Il ruolo delle Regioni nel finanziamento di ASL, AO e IRCCS vive infatti di una tensione tra tre differenti esigenze: una logica di incentivazione all'efficienza, e quindi all'utilizzo razionale ed efficace delle risorse, l'esigenza di mantenere l'equilibrio finanziario, resasi ancora più stringente negli anni della *spending review*, e la necessità di garantire l'erogazione di un servizio irrinunciabile e universale, a tutela del diritto alla salute. Ne consegue che il siste-

ma di finanziamento è modellato in misura solo marginale sulla valutazione delle risorse necessarie per erogare, in condizioni di efficienza, livelli di salute determinati in sede programmatica nazionale o regionale, in base al principio dei costi e dei fabbisogni standard.

Un primo elemento di difformità tra le Regioni è l'utilizzo di pesature in virtù di criteri demografici o socio-sanitari per determinare la distribuzione delle risorse, modificando così il criterio del riparto per quota capitaria. Vi sono, poi, ritardi frequenti nella determinazione delle disponibilità effettive da parte delle Aziende, poiché le Regioni spesso concludono il processo programmatico a ridosso della fine dell'anno fiscale, e in alcuni casi ancora oltre. Questi stessi ritardi si riscontrano anche per le Regioni, che a volte non concludono le assegnazioni con lo Stato nei tempi stabiliti dalle norme di programmazione della spesa.

Tra i fattori che concorrono all'indebolimento di questa impostazione ideale per il riparto delle risorse tra le diverse realtà di un SSR vi è, in primo luogo, l'accentramento di fondi mantenuti nella disponibilità delle Regioni. Questa eventualità sembra correlata in misura diretta con il livello di disavanzo storicamente registrato dai Sistemi Sanitari Regionali: più esso è alto, più prevale la centralizzazione, per esigenze di controllo della spesa e di ripiano *ex post* dei bilanci delle Aziende in deficit. Questa integrazione avviene con criteri del tutto difformi da quelli utilizzati per l'attribuzione di risorse *ex ante*, e fondati sui deficit registrati dalle Aziende, modificando il saldo a bilancio consuntivo. D'altra parte questa modalità permette maggiore capacità del sistema regionale di reagire ad imprevisti che possono verificarsi ed essere così governati con l'impegno diretto di chi non è direttamente coinvolto.

I numerosi elementi di variabilità qui riassunti rendono patente il fatto che le Aziende possono avere, a parità di condizioni, dotazioni finanziarie non omogenee, sia tra Regione e Regione che all'interno dello stesso territorio. Queste difformità comportano la conseguenza di distorcere il significato del risultato di esercizio aziendale. Il dato contabile si mostra, quindi, strumento inadatto, o quantomeno incompleto, per valutare le capacità gestionali e amministrative del *management* sanitario. È questa una delle cause per cui, spesso, criteri "extra contabili" prevalgono nella valutazione dei risultati ottenuti dalle Direzioni aziendali.

Il percorso di efficientizzazione e misurazione quali-quantitativa della *performance* inaugurato con l'aziendalizzazione, che ha permesso di mantenere elevata la qualità del servizio offerto dalla sanità pubblica del nostro Paese anche in tempi di forte riduzione delle risorse disponibili, non deve però essere abbandonato, così come imprescindibile risulta la valutazione dei risultati di bilancio per definire precisi obiettivi di mandato per i manager della sanità e implementare un sistema di valutazione in grado di premiare le gestioni più efficienti. Tuttavia, i dati emersi da questo studio mostrano la necessità di superare alcune ambiguità.

Per quanto riguarda i sistemi tariffari di remunerazione, essi hanno meritoriamente dotato le Aziende di un metodo per stimare il "valore della produzione" che, in qualità di entrata virtualmente attribuibile, contribuisce a ridurre l'incertezza dell'assenza di prezzi tipica dei mercati non competitivi. Se il confronto tra costi e valore della produzione può rappresentare una valutazione approssimativamente corretta dei livelli di efficienza aziendali, si rende urgente un aggiornamento e una revisione delle tariffe di rimborso per

prestazione, così come una loro estensione oltre gli ambiti coperti a oggi (principalmente ricoveri e specialistica ambulatoriale). Per le Aziende Ospedaliere, inoltre, il finanziamento in base ai volumi quali-quantitativi di produzione è affiancato da finanziamenti per funzioni, le cui modalità di assegnazione dipendono anche dall'esigenza di mantenere l'equilibrio finanziario.

Anche in presenza di criteri di finanziamento disomogenei è possibile sviluppare criteri quali-quantitativi di valutazione in grado di tenere il dato di efficienza al centro del processo di *benchmarking*. Preso atto che le politiche di finanziamento non sono neutrali, ma indicano le direzioni strategiche verso le quali le Regioni intendono muoversi, si potrebbe passare ad analisi di tipo dinamico, che valutino la qualità del *management* secondo le dimensioni evolutive aziendali. Possiamo ipotizzare, ad esempio, un meccanismo di valutazione del tasso di adeguamento aziendale agli standard di finanziamento dettati a livello regionale, o *benchmarking* operati sui costi unitari di fattori di produzione ritenuti strategici in termini di miglioramento dei livelli di efficienza e appropriatezza (intesi come *driver* dei costi standard).

La ricchezza delle soluzioni regionali, se da un lato può essere interpretata come necessaria duttilità del sistema, capace di adattarsi alle differenti peculiarità del territorio e ai bisogni della popolazione, dall'altro mette in dubbio che l'allocazione si basi su evidenze statistiche capaci di garantire equità distributiva, e non su strategie di incentivo/disincentivo legate al governo e al contenimento dei costi, o su impostazioni regionali basate su logiche politiche. Questa ricchezza regionale in termini di criteri di allocazione delle risorse appare un patrimonio di grande valore, che andrebbe però sfruttato riconducendolo ad una maggiore evidenza di tipo gestionale.

Vanno quindi approfondite, riportandole a livello nazionale, le *best practice* riscontrate nelle realtà più virtuose, in un'ottica di condivisione delle esperienze gestionali capace di incentivare approcci di governo aziendale orientate nella direzione dell'efficienza, dell'innovazione e dell'*accountability*. Di fronte alla variabilità regionale emerge, inoltre, il bisogno di un processo, senza dubbio complesso, di standardizzazione delle variabili e degli indicatori di monitoraggio, che non possono esulare dai bisogni specifici delle popolazioni servite, come dai fattori locali di complessità organizzativa. Ciò permetterebbe anche di evitare che eccessive variabilità regionali possano tradursi in anomale valutazioni aziendali, con differenze nelle opportunità, o persino nell'esigibilità dei diritti, per le popolazioni di Regioni diverse o afferenti a diverse ASL della stessa Regione.

Il sentiero da percorrere non è certo quello che abbandona le valutazioni economico-finanziarie: l'esigenza di ripensare complessivamente la gestione della sanità, imposta dalla prolungata crisi economica, deve piuttosto far propendere per un potenziamento del ruolo delle Aziende e del *management*, finalizzato ad una reingegnerizzazione complessiva del processo assistenziale in un contesto di mantenimento dell'equilibrio tra spesa e risorse disponibili.

FIASO

Con il supporto incondizionato

Lilly