

## La sanità tra Stato e Regioni: è ora di discuterne “realmente”

di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno  
CERM – Roma

---

Il nuovo Governo ha compiuto un passo importante, confermando l’“esecutività” dell’articolo della Finanziaria-2006 che richiede che le Regioni con spesa sanitaria superiore allo stanziamento del Fondo Sanitario Nazionale sanino il *deficit* con incrementi delle loro aliquote IRE ed IRAP. E’ la strada giusta per responsabilizzare le Regioni ed interrompere la cosiddetta “sofficità” dei loro bilanci, che in sanità ha provocato un continuo inseguimento dei finanziamenti statali alle maggiori spese a consuntivo. In questo modo, politici ed amministratori da loro scelti sono sottoposti al controllo dell’elettorato regionale, che sopporta direttamente i costi di gestioni inoculate.

La responsabilizzazione rispetto alla sovraspesa sanitaria era già contenuta del Decreto Legislativo n. 56-00 (di ridisegno della fiscalità federalista) e nel successivo Accordo Stato-Regioni dell’8 Agosto 2001, ma non ha mai trovato applicazione in maniera uniforme per tutte le Regioni. Rispetto ad allora, l’obbligo è adesso più forte, perché è individuato un preciso strumento fiscale con utilizzo automatico quando la Regione è inadempiente. Esistono, tuttavia, motivi per ritenere che questo non sia sufficiente a garantire basi di stabilità ai rapporti Stato-Regioni nella sanità.

Il provvedimento soffre di quello che probabilmente è il vizio più forte che ha contraddistinto il nostro federalismo sin dalla nascita: esso agisce su un piano puramente finanziario, continuando a trascurare la necessità che Stato e Regioni coordinino i programmi di politica economica settoriale reale. I due aspetti devono necessariamente procedere in parallelo per ottenere risultati di natura strutturale.

Anche nella sua versione “rafforzata”, la leva di IRE ed IRAP può non essere immune dalla “sindrome dei bilanci soffici”. Chi assicura, per esempio, che gli aumenti necessari delle aliquote (tra l’altro oggi vincolati ad un tetto massimo nazionale) non siano tali, in un solo anno o cumulati su più anni, da risultare politicamente-socialmente inapplicabili, con ciò richiedendo il soccorso dello Stato? Chi assicura che l’automatismo, perfetto nel dettato di legge, non venga complicato e rallentato dall’opposizione delle Regioni, o non si accompagni a strascichi polemici Stato-Regioni con influssi negativi anche al di fuori della sanità? Chi assicura, ancora, che al *bargaining* sull’ammontare del FSN, cui abbiamo assistito in questi anni, non faccia seguito un *bargaining* sull’attivazione della leva fiscale o sulla sua portata? La risposta dei Presidenti delle Regioni interessate dagli aumenti IRE-IRAP è eloquente di questi rischi: “sono situazioni ereditate di cui non siamo responsabili”, “è contro l’ordinamento a statuto speciale”, “il finanziamento centrale è sottostimato in partenza”, etc..

Le difficoltà sono aggravate dal fatto che i politici scelgono in base ad una pluralità di fattori e hanno un orizzonte temporale limitato; questo fa sì che anche il “costo” politico di utilizzare la leva fiscale possa essere stimolo insufficiente a portare avanti riforme strutturali settoriali (da cui pure dipendono LEA - livelli essenziali di assistenza - che devono essere effettivi su scala nazionale). Anzi, nell’immediato il ricorso alla fiscalità generale può risultare persino più agevolmente percorribile di interventi di rigore attuati direttamente in un settore ad elevata sensibilità politico-sociale come la sanità, soprattutto quando il primo può esser presentato come “ingiustamente imposto dall’alto” (il tenore dei commenti di questi giorni dei Presidenti). Con la doppia conseguenza che la pressione fiscale regionale aumenta per finanziare gestioni inefficienti (a discapito di allocazioni alternative

anche all'interno nello sistema sanitario), e che prima o poi questa accumulazione di tensione potrà nuovamente rendere necessario il soccorso esterno.

Come si supera lo "stallo"? Facendo della leva di fiscalità generale regionale *l'extrema ratio*, in conclusione di un percorso di continuo confronto Stato-Regioni (e Regione-Regioni) per l'azione di politica economica settoriale reale. I punti di una possibile *agenda* sono diversi e tutti di rilievo, tra cui:

- la separazione tra ASL (il finanziatore) e strutture ospedaliere (l'erogatore), in mancanza della quale il sistema delle prestazioni a tariffa - i *DRG* - non può ritenersi pienamente implementato;
- il passaggio alle Regioni della completa gestione dei costi del personale;
- la promozione della concorrenza lungo tutta la filiera del farmaco;
- la responsabilizzazione individuale dei pazienti-consumatori, tramite schemi di *copayment* (sui *DRG* e sui farmaci rimborsabili) con esenzioni e abbattimenti per coniugare obiettivi di efficienza ed equità;
- la responsabilizzazione dei medici, tramite il vaglio/indirizzo delle pratiche prescrittive (nel Regno Unito, per esempio, esistono già sistemi di questo genere che si sono dimostrati capaci di fronteggiare possibili distorsioni sulle scelte cliniche);
- lo sviluppo di ampie statistiche socio-sanitarie (*benchmarking* interno ed internazionale) per dare oggettività e flessibilità al confronto politico.

E' necessario costruire una base di efficienza e trasparenza condivisa da tutte le Regioni, in mancanza della quale l'adeguatezza dello stesso FSN e dei flussi redistributivi interregionali impliciti nella sua ripartizione rimane difficilmente valutabile, sia in fase di stanziamento che, soprattutto, in fase di confronto con il consuntivo di spesa.

Responsabilizzazione reale e finanziaria devono andare di pari passo. E' questo il vero banco di prova delle Regioni in un sistema sanitario federalista solidale.

Roma, li 5 Giugno 2006