

## 8. Conclusioni: lettura e indicazioni di *policy*

L'analisi svolta con *Saniregio2* mostra profonde divaricazioni nella *governance* della sanità. Tutto il Mezzogiorno e il Lazio dovrebbero recuperare cospicui margini di efficienza e, con risorse inferiori rispetto a quelle utilizzate oggi per i Lea, riuscire a fornire prestazioni della qualità dell'Umbria, la Regione che si distingue per livello di qualità.

### Le Regioni a maggior devianza

Sono cinque le Regioni per le quali il *gap* di efficienza e di qualità risulta particolarmente acuto: Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio. La Campania dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 33% e aumentare la qualità di quasi il 90%, per emulare in tutto e per tutto l'Umbria. La Sicilia dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 24% e aumentare la qualità anch'essa di quasi il 90%. La Puglia dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 24% e aumentare la qualità di oltre il 96%. La Calabria dovrebbe ridurre la spesa di poco più 15% e aumentare la qualità di oltre il 132% (un più che raddoppio). Il Lazio, infine, dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 13% e aumentare la qualità di oltre il 76% (un ritardo che va soppesato anche alla luce della mobilità in ingresso nel Lazio).

Tradotti in valori assoluti e aggregati, i *gap* di spesa originano valori che colpiscono per gli ordini di grandezza. La Campania dovrebbe liberare risorse per oltre 3,4 miliardi di Euro/anno. La Sicilia per oltre 2,1 miliardi. La Puglia per quasi 1,8 miliardi. Il Lazio per quasi 1,5 miliardi. La Calabria per oltre 560 milioni. Su quest'ultimo dato incide la relativa minor popolosità della Regione rispetto alle altre quattro.

Nel complesso, le cinque Regioni più devianti potrebbero liberare risorse per circa 9,4 miliardi/anno, più del 77% delle risorse, oltre 12 miliardi equivalenti a circa lo 0,8% del Pil, che si libererebbero a livello Paese se tutte le Regioni si posizionassero sulla frontiera efficiente e condividessero le stesse *performance* dell'Umbria, il *benchmark*.

### Le altre Regioni

Al di là di questi cinque casi macroscopici, è importante sottolineare anche le posizioni delle altre Regioni:

- L'Umbria e il Friuli Venezia Giulia sono le Regioni che spiccano su entrambe le dimensioni (spesa, qualità). Le uniche due che, almeno in linea di principio, non sarebbero chiamate a interventi correttivi;
- Alla luce dei risultati, le Marche sono accumulabili a Umbria e Friuli Venezia Giulia, mostrandosi quasi allineate allo *standard* per quanto riguarda la spesa, e staccate solo marginalmente sulla qualità;
- Emilia Romagna, Lombardia e Toscana hanno *gap* contenuti sulla spesa (1%, 1,1% e 2,4% rispettivamente), e solo un po' più evidenti sulla qualità (7,5%, 9,9% e 3,1);
- Per Piemonte, Veneto e Liguria i due *gap* si ampliano, pur rimanendo in *range* nettamente migliori della media Italia: per la spesa i *gap* sono, rispettivamente, del 3,1%, del 5,2% e del 7%; per la qualità, del 4,2%, del 7,5%, e del 28,2%;

- La Liguria, in effetti, si rivela Regione *borderline* sotto entrambe le dimensioni: è l'ultima, nell'ordine in cui si sta facendo l'elenco, con *gap* di spesa ad una sola cifra percentuale; se, si escludono i casi del Trentino Alto Adige e della valle d'Aosta, è l'ultima con un *gap* di efficienza non macroscopico (dopo la Liguria c'è un vero "gradino" di qualità come si evince nel Grafico 3);
- Le rimanenti Regioni hanno tutte *gap* di spesa a doppia cifra, che vanno dal 10,4% del Trentino Alto Adige al 15,3% del Molise. Tra queste, solo due hanno un buon livello di qualità, il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta. Il primo con un *gap* di qualità del 6,4%, la seconda del 16,3%. Queste due Regioni a statuto speciale riescono abbastanza bene nella qualità delle prestazioni, anche se spendono troppo per ottenerla. A livello aggregato, la loro devianza risulta contenuta (soprattutto se paragonata ai casi più inefficienti), perché si tratta di realtà di dimensione geografica e popolosità medio-piccole. Il Trentino Alto Adige potrebbe liberare risorse per circa 227 milioni di Euro/anno, la Valle d'Aosta per circa 36 milioni. Tuttavia, la ridotta scala aggregata non deve, per onestà e coerenza di analisi, far soprassedere sui dati di inefficienza di spesa a livello *pro-capite* e a livello percentuale;
- Tutte le altre Regioni, Sardegna, Abruzzo, Basilicata, Molise, abbinano consistenti *gap* di spesa (tutti a doppia cifra) a consistenti *gap* di qualità (rispettivamente, 75%, 61,3%, 75,4%, 63,9%). A livello aggregato, esse potrebbero liberare 377 milioni di Euro/anno, 301 milioni, 145 milioni, e 99 milioni. Ammontari di grandezza considerevole, con riferimento alla struttura del bilancio dello Stato e, ancor di più, del bilancio regionale.

## Da SaniRegio1 a SaniRegio2

*SaniRegio2* conferma tutti i risultati di *SaniRegio1*, e in chiave di *policy* permette anche alcune considerazioni aggiuntive. Se in *SaniRegio1* i *gap* di spesa erano calcolati a parità qualità, adesso a ciascuna Regione sono attribuite due correzioni da compiersi contemporaneamente, l'una sul fronte della spesa e l'altra della qualità. Le correzioni sono quelle che permetterebbero alle varie Regioni di emulare le *performance* dell'Umbria, individuata come *benchmark* (assieme al Friuli Venezia Giulia). Adesso il *benchmark* è più concreto e realistico (i risultati che l'Umbria ha dimostrato essere possibili), rispetto alla condizione di "a parità di qualità" che, per il livello qualitativo gravemente deficitario di molte Regioni soprattutto del Mezzogiorno, in *SaniRegio1* assumeva una valenza prettamente teorica/euristica. Le correzioni di spesa suggerite da *SaniRegio2* dovrebbero avvenire, non per giustificare il basso livello attuale di qualità, ma assieme all'aumento della qualità sino al livello dell'Umbria<sup>52</sup>.

## La dimensione dei *gap* di spesa

Per apprezzare l'entità delle risorse, si deve riflettere che gli oltre 12 miliardi, liberabili se tutte le Regioni riuscissero ad emulare l'Umbria, equivalgono ad oltre 1/5 della correzione strutturale della spesa pubblica che il Governatore Mario Draghi ha auspicato nel suo commento alla Decisione di Finanza Pubblica 2011. Tale dovrebbe essere la correzione sul lato della spesa pubblica per realizzare l'obiettivo del pareggio di bilancio nel 2014 e riavviare un percorso virtuoso di costante riassorbimento del debito pubblico.

---

<sup>52</sup> In precedenza si è anche osservato come, per la particolare disposizione delle Regioni nel piano cartesiano sovraspesa-qualità (gruppo bassa sovraspesa e alta qualità vs. gruppo alta sovraspesa e bassa qualità), in effetti non ci sia grande differenza tra la correzione orizzontale a parità di qualità (*SaniRegio1*) e la componente orizzontale del vettore di correzione verso l'Umbria (*SaniRegio2*).

Ma ancor più significativo è il paragone con il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze che, inaugurato nel 2008 con una capitalizzazione di 400 milioni di Euro, non è stato possibile continuare a finanziare a causa della crisi e dei problemi di finanza pubblica. Dai risultati di *SaniRegio2* emerge che, con le risorse liberabili, potrebbe essere avviato, su basi strutturali, un fondo con oltre 12 miliardi di capitalizzazione, tale da poter mediamente dedicare a ciascuna Regione un ammontare annuo di risorse superiore a quello stanziato su scala Paese nel 2008. È questo l'esempio più indicativo dell'urgenza delle riforme e del completamento della transizione federalista. Infatti, i risparmi da efficientamento dovrebbero auspicabilmente essere reinvestiti in sanità, per migliorare adeguatezza e sostenibilità economica delle prestazioni. Oggi l'Italia dedica alla sanità Lea una percentuale di Pil sostanzialmente allineata a quella dei maggiori *Partner Ue*, e l'obiettivo delle riforme e del federalismo non è quello di ridurre questa quota, ma di ottimizzare l'allocazione delle risorse, a cominciare dalla copertura di ambiti di prestazioni sinora sottosviluppate o inesistenti come quelle per i lungodegenti.

Un altro esempio di rilievo è il confronto con la spesa in conto capitale della Pubblica Amministrazione. Nel 2010, nel bilancio consolidato della PA gli investimenti fissi lordi sono ammontati a poco meno di 32 miliardi di Euro, in contrazione di oltre 6 miliardi rispetto al 2009, causa la crisi economica<sup>53</sup>. Le risorse annualmente liberabili nel solo Ssn conterebbero per oltre il 37% di quanto la Pubblica Amministrazione annualmente dedica ai programmi di investimento, inclusi quelli riguardanti il sistema sanitario. Una quota di primaria importanza, soprattutto di fronte alle esigenze di rinnovamento ad ampio spettro delle infrastrutture del Paese<sup>54</sup>.

## Il ruolo della perequazione infrastrutturale

Quest'ultimo esempio è utile ad introdurre il tema del grado di infrastrutturazione dei Ssr, e dell'impatto che le infrastrutture hanno sia sull'efficienza della spesa che sulla qualità delle prestazioni. Una lettura approfondita dei risultati di *SaniRegio2* non può prescindere dalla considerazione del diverso grado di infrastrutturazione dei Ssr.

Il *Grafico 12a* riporta i valori di un indicatore sintetico di infrastrutturazione dei Ssr costruito da Paradisi-Brunini<sup>55</sup>. Il Mezzogiorno è staccato di circa 25 punti percentuali rispetto alla media Italia. Il Centro è sostanzialmente allineato alla media. Nord Ovest e Nord Est superano la media di oltre 15 punti percentuali (il Nord Est di quasi 20). Tra il Nord Est e il Mezzogiorno il *gap* è di circa 45 punti percentuali (fatto 100 il livello di infrastrutturazione dell'Italia).

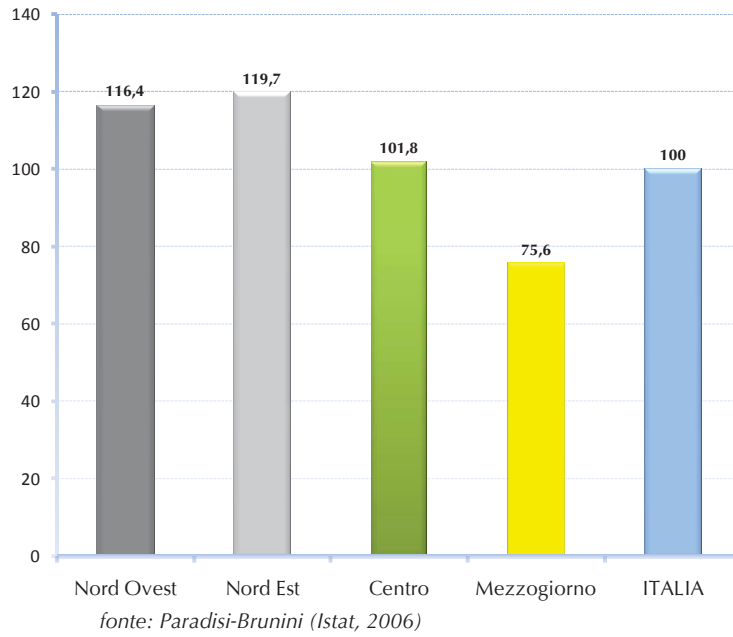
Il *Grafico 12b* riporta, della stessa fonte Paradisi-Brunini, lo spaccato regionale. Si sottolineano le posizioni dell'Umbria e delle Marche, Regioni che, nonostante mostrino valori intermedi dell'indicatore di infrastrutturazione, sono ai vertici dell'indicatore sintetico di qualità (*cf.* *Grafico 3*). Bisognerebbe approfondire con dati regionali, ma si tratta probabilmente di un esempio del fatto che le "strategie" di offerta non sono *tout court* vincolate alla dotazione di capitale fisico, e che deospedalizzazione, integrazione socio-sanitaria e prevenzione (non a caso le "parole chiave" della sanità futura) possono, grazie ad una rete di prestazioni più continua e vicina all'origine dei bisogni, essere strumenti importanti per l'adeguatezza e qualità.

<sup>53</sup> *Cfr.* <http://www.cermlab.it/grafici.php?doc=61>.

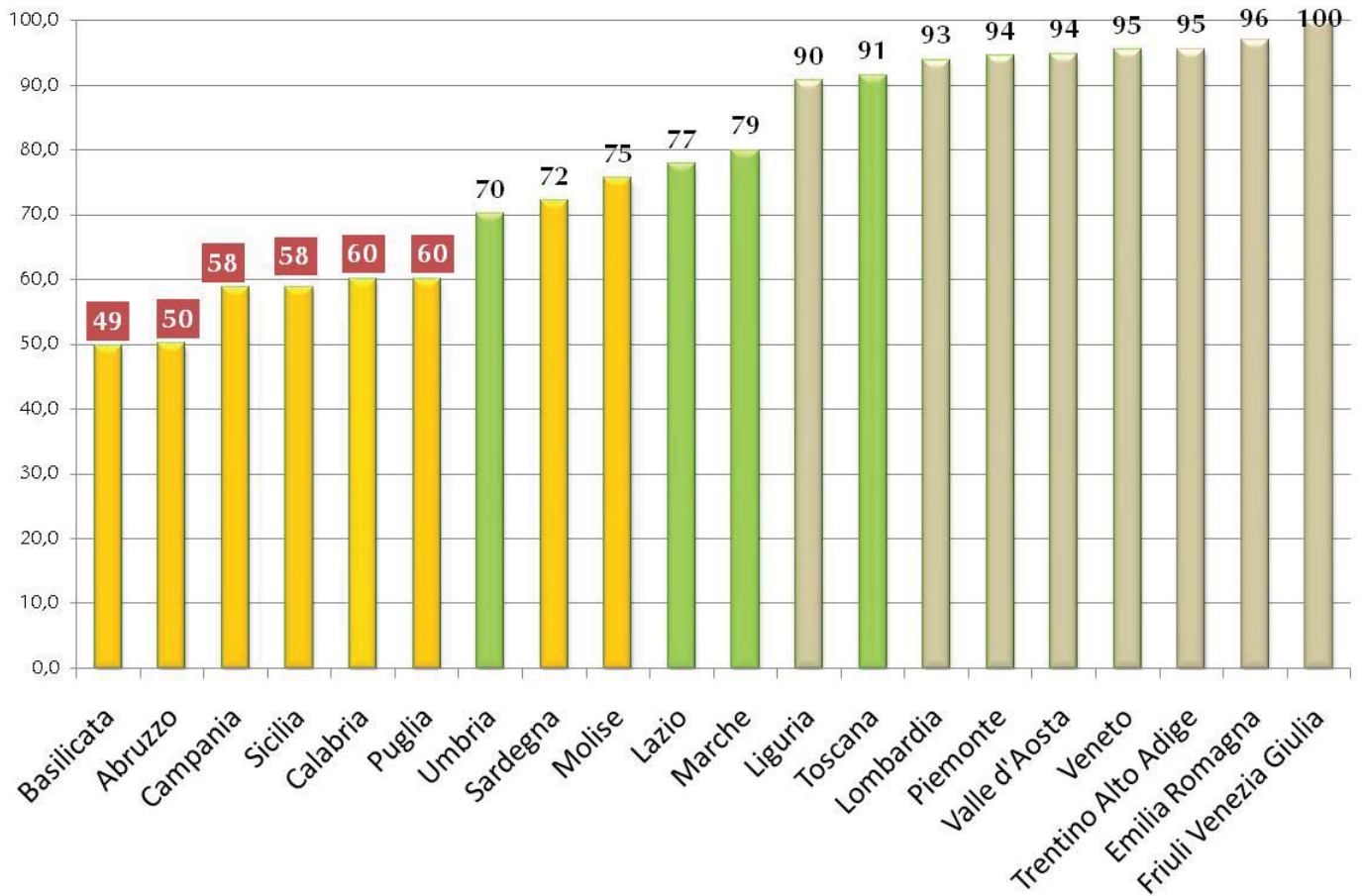
<sup>54</sup> Oltre che per la sanità, il tema è estremamente attuale anche per il trasporto pubblico locale e per i servizi pubblici locali in generale. Mentre si chiude questo *Wp*, Stato e Regioni stanno discutendo dello stanziamento di 425 milioni aggiuntivi per la gestione del trasporto pubblico locale ("Tpl"). Il confronto Stato-Regioni sul Tpl sta diventando, nella logica pervasiva e preponderante di contrattazione contingente che ancora permea la maggior parte dei rapporti tra livelli di governo, un sorta di "merce di scambio" per proseguire lungo la strada del federalismo. Ma necessità di investimenti pubblici riguardano anche le strutture scolastiche e universitarie, l'impianto viario e ferroviario, i nodi intermodali, etc..

<sup>55</sup> Paradisi F., C. Brunini (2006), "Le infrastrutture in Italia - Un'analisi provinciale della dotazione e della funzionalità", pubblicazione nelle collane dell'Istat [http://www.istat.it/dati/catalogo/20060512\\_00/inf\\_0607\\_infrastrutture\\_in\\_Italia.pdf](http://www.istat.it/dati/catalogo/20060512_00/inf_0607_infrastrutture_in_Italia.pdf).

**Grafico 12a – Il livello di infrastrutturazione dei Ssr**



**Grafico 12b – Il livello di infrastrutturazione dei Ssr**



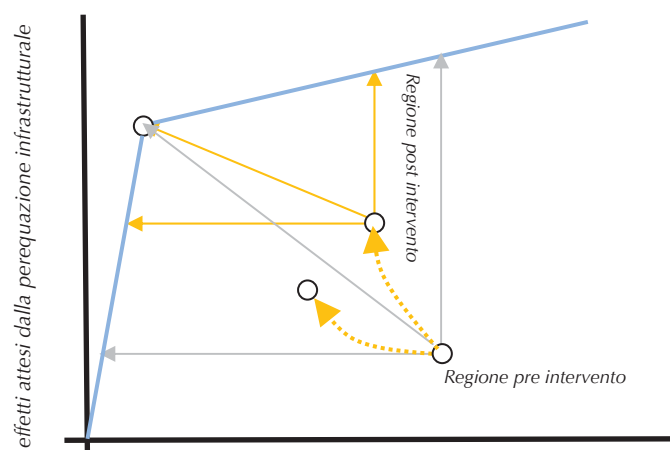
Nella struttura di *SaniRegio2* (come anche di *SaniRegio1*), le variabili dal lato dell'offerta, e tra queste le infrastrutture ricettive e tecnologiche, concorrono a giustificare la spesa. Le Regioni più infrastrutturate hanno più capacità di offrire prestazioni, di incontrare la domanda di terapie, e di conseguenza la loro spesa trova, a parità di tutto il resto (a parità delle altre variabili esplicative utilizzate nel *panel*), maggior ragion d'essere. L'esatto contrario avviene per le Regioni meno infrastrutturate, dove l'assenza o la relativa debolezza di capacità di offerta fa venir meno dei fattori di giustificazione della spesa.

Una argomentazione speculare può essere fatta per la dimensione della qualità. Per come è costruito l'indicatore sintetico di qualità CeRM, il grado di infrastrutturazione va ad incidere su tutti e quattro i suoi sottoindicatori: incide sugli *outcome* di interventi e terapie (l'infrastruttura è strumentale all'operatività dei Ssr); incide sulla soddisfazione percepita e dichiarata dai cittadini; incide sui flussi di mobilità (che normalmente si muovono da Regioni sottodotate a Regioni ben infrastrutturate); incide, infine, sull'appropriatezza delle prestazioni, misurata dai rischi di ricoveri ordinari e di ricoveri per ricadute e complicanze (cfr. *Tavola 7*). Ma, indipendentemente dalla forma specifica dell'indicatore utilizzato in *SaniRegio2*, tra adeguatezza dell'infrastrutturazione e qualità delle prestazioni c'è un legame diretto: le infrastrutture e le dotazioni strumentali sono condizioni necessarie, ancorché spesso non sufficienti e mediate dalla qualità di *governance* e di professionalità, per offrire prestazioni di qualità.

Inoltre, il livello di infrastrutturazione influenza l'efficienza anche secondo un altro canale. Strutture e apparecchiature adeguate e moderne favoriscono le soluzioni terapeutiche migliori e la loro tempestiva applicazione, con ciò riducendo la casistica delle ricadute e delle complicanze. Si potrebbero, inoltre, fare numerosi esempi di infrastrutture moderne con costi di gestione inferiori rispetto a omologhe infrastrutture vecchie (si pensi al consumo energetico, oppure agli aspetti della logistica, o alla necessità di interventi di manutenzione straordinaria, etc.).

Se il grado di infrastrutturazione influenza l'efficienza della spesa e il livello di qualità, questo significa che programmi *ad hoc* di perequazione infrastrutturale - ben disegnati, efficaci, gestiti in modo tale da aiutare a recuperare il *deficit* di *governance* delle Regioni sottodotate e non di esserne negativamente coinvolti - possono da soli avvicinare le varie Regioni, e in particolare quelle del Mezzogiorno, verso la Regione *benchmark*. Tali programmi, in altri termini, potrebbero funzionare come *break* strutturali in grado di reimpostare sia le condizioni di partenza delle Regioni nel piano cartesiano sovrappeso-qualità, sia le leve di *policy* a disposizione di ciascuna Regione per condurre la *governance* del suo sistema sanitario.

Qui di seguito si propone una esemplificazione grafica degli effetti di interventi di perequazione strutturale. Un programma *ad hoc* avrebbe la potenzialità di spostare la Regione *pre-intervento* lungo le due direzioni indicate dalle linee tratteggiate arancione (una delle due, a seconda della tipologia dell'intervento), sino alla posizione della Regione *post-intervento*, più vicina alla frontiera efficiente, più vicina alla Regione *benchmark*.



Il coinvolgimento, nella lettura dei risultati, della dimensione della perequazione infrastrutturale permette un collegamento in più, dopo quello con il *SaniRegio1*. I risultati di *SaniRegio2* sono coerenti anche con il *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite* per fascia di età, l'altra metodologia elaborata da CeRM parallelamente all'approccio econometrico dei due *SaniRegio*<sup>56</sup>.

Infatti, quando si applica la spesa *pro-capite* per fasce di età della Regione *benchmark* (o del gruppo di Regioni *benchmark*) alla struttura demografica delle altre Regioni, al fine di misurare gli scarti di spesa aggregata, si sta implicitamente supponendo che tutte le Regioni possano ottenere gli stessi risultati del *benchmark* utilizzando le medesime risorse correnti (ponderate per tener conto della composizione demografica), ma anche dopo esser state dotate del medesimo livello di infrastrutturazione e strumentazione. In altri termini, il *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite* per età dà per già condotta e conclusa l'azione di perequazione infrastrutturale e, proprio in virtù dell'avvenuta omogenizzazione della base di partenza delle Regioni, a queste può chiedere di rispettare gli stessi *standard* di spesa corrente e di raggiungere la stessa qualità fornita dal *benchmark*.

## Coerenza tra approccio econometrico e approccio per profili di spesa

I risultati dei due approcci - l'econometrico e quello sui profili di spesa *pro-capite* - sono coerenti tra loro. Il *ranking* qualitativo che emerge dai profili di spesa è sostanzialmente sovrapponibile a quello di *SaniRegio2*. Campania, Sicilia, Puglia, Lazio e Calabria sono le Regioni con gli scarti percentuali e assoluti più cospicui. Per Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta trova conferma una elevata inefficienza percentuale, che le dimensioni medio-piccole delle due Regioni trasformano in valori assoluti aggregati molto contenuti rispetto alle devianze del Mezzogiorno<sup>57</sup>. L'Umbria si conferma Regione *benchmark*, e con essa sono associabili nel gruppo *benchmark*, per i ridotti scarti percentuali dallo *standard*, anche Toscana, Emilia Romagna, Marche, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Veneto. Una raffigurazione simile a quella che i due *SaniRegio* danno per il gruppo delle Regioni più vicine alla frontiera (e che definiscono la stessa frontiera). Tutte le altre Regioni hanno scarti percentuali dallo *standard* che si collocano a livelli intermedi tra la Campania (la più deviante) e il gruppo *benchmark*, con scostamenti aggregati che dipendono poi dalla dimensione della singola Regione.

Quel che cambia, passando dall'approccio econometrico a quello per profili, è l'ordine di grandezza degli scostamenti. Ma anche i cambiamenti restano coerenti tra loro e dipendono dalle diverse metodologie di *benchmarking*. Gli scarti sono tutti più ampi nell'approccio econometrico, che non riesce a tener conto dei progressi verso la frontiera che le Regioni compirebbero grazie a programmi di rafforzamento infrastrutturale (i confronti sono tutti tra lo *status quo* e la Regione *benchmark*). Al contrario, l'approccio dei profili, come si è già detto, sottintende che l'adeguamento infrastrutturale sia già avvenuto e che da tutte le Regioni si possano pretendere i livelli di efficienza e di qualità del *benchmark*. Quest'ultimo approccio si colloca virtualmente in uno scenario in cui gli spostamenti descritti nel precedente grafico esemplificativo sono già stati compiuti.

Solo per portare un esempio, la Campania in *SaniRegio2* risulta deviante per il 33,1% (era il 31,9% in *SaniRegio1*) della spesa, e per l'88,7% della qualità (sono i risultati dello *Scenario 1*). La stessa Campania, nel più recente *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite* per fascia di

<sup>56</sup> Cfr.:

Pammolli F., Salerno N. C. (2010), "Benchmarking e Standard su profili di spesa per età", Working Paper CeRM n. 3-2010 [<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=61>];

Pammolli F., Salerno N. C. (2011), "Regole federaliste per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale", documento CeRM depositato in sede di audizione presso la Commissione Parlamentare per l'Attuazione del Federalismo Fiscale [<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=70>].

<sup>57</sup> Qui il *benchmarking* su profili fa notare come la Provincia Autonoma di Bolzano soffra di maggior problemi di inefficienza rispetto a quella di Trento. Uno dei possibili sviluppi del modello *SaniRegio* sarà quello di dare separata evidenza, all'interno del *panel*, alle due Province Autonome.

età, risultava deviante del 14-15% della spesa. Il *benchmarking* su profili di spesa non coinvolgeva affatto la dimensione della qualità, dando per scontato che, a parità di risorse correnti ponderate per la struttura demografica, ogni Regione dovesse emulare il *benchmark* perché già messa nelle condizioni di farlo. A livello aggregato, *SaniRegio2* segnala una correzione necessaria per la Campania di quasi 3,5 miliardi di Euro, mentre il *benchmarking* su profili una correzione di circa 1,5 miliardi. Si tratta delle correzioni più ampie tra tutte le Regioni, anche questo di coerenza tra i due approcci.

## Quattro proposizioni conclusive

Nel complesso, confrontando *cum granu salis* i risultati dei due *SaniRegio* e quelli del *benchmarking* su profili di spesa, sono quattro le considerazioni che si possono trarre in chiave di *policy* e che concludono questo *Working Paper CeRM*:

- I profondi *gap* di efficienza tra Regioni hanno natura strutturale e sono confermati anche attraverso metodologie diverse. Il Mezzogiorno è staccato dal resto d'Italia di ordini di grandezza che dimostrano l'urgenza delle riforme. Non si devono tacere, tuttavia, anche i casi di Regioni medio-piccole, come la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige, che, anche se a livello macroeconomico mostrano scostamenti contenuti dallo *standard*, in termini percentuali sono inequivocabilmente inefficienti;
- La sfida di *policy* è, adesso, quella di disegnare i percorsi di convergenza delle varie Regioni verso il *benchmark*. È una sfida complessa, perché per alcune di loro il tragitto da compiere è lungo. Gli aggiustamenti devono avvenire sia per la spesa che per la qualità, e compiersi durante una transizione che, per essere credibile e irreversibile, deve essere anche circoscritta nel tempo (auspicabilmente meno di un decennio), il più possibile fissata *ex-ante* (senza incognite e senza elementi rimandati a definizione/contrattazione successiva), e sorretta anche da sufficienti avanzamenti sul fronte dell'impalcatura istituzionale<sup>58</sup>;
- La coerenza tra i risultati dell'approccio econometrico e quelli dell'approccio per profili di spesa porta una prova a favore di una soluzione che, sul piano di *policy*, appare quella più concreta e sempre più l'unica soluzione praticabile: (1) assegnare le risorse correnti (*i.e.* ripartire il Fsn) in modo tale che ciascun cittadino per fascia di età si veda riconosciute *ex-ante* le stesse risorse indipendentemente dalla Regione di residenza<sup>59</sup>; (2) fissare il periodo di transizione durante il quale le Regioni devono gradualmente ma irrevocabilmente adattarsi a questa regola di riparto delle risorse correnti; (3) come parte integrante della transizione, procedere con interventi *ad hoc* di perequazione/riorganizzazione infrastrutturale, in modo tale da porre le Regioni su una base di operatività il più possibile omogenea e dotarle di leve di *governance* adeguate. In questa prospettiva, *SaniRegio2* fornisce anche una razionalizzazione degli effetti combinati di correzioni delle inefficienze di spesa corrente e di investimenti nei Ssr (le

<sup>58</sup> Non è questa la sede per aprire e approfondire quest'altro capitolo. Il riferimento va al nascente Senato Federale, al collegamento (funzionale ma anche in sede di elezione dei rappresentanti) tra il Senato e i Consigli Regionali, alla responsabilizzazione di politici e amministratori (decadenza da mandato e decadenza da ruolo direttivo), alla perfetta omologazione dei sistemi contabili, al rinforzato ruolo per la Corte dei Conti (certificazione dei bilanci e validazione del consolidato regionale), alla trasformazione dei Dpef regionali in veri e propri Programmi di Stabilità Regionali ad esame annuale e da cui far scaturire *policy guideline* anche a natura cogente. Su tutti questi temi CeRM è stato antesignano, e li proponeva al dibattito sin dal 2004. Cfr. per esempio:

"I Lea sanitari, la riforma della Costituzione e la regolazione del 'mercato' sanitario"  
[\[http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/54\]](http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/54);

"Sanità alla ricerca di regole nella 'traversata' federalista: alcune osservazioni 'futuriste' tra economia e politica"  
[\[http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/58\]](http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/58);

e "Reference pricing e copayment nei rapporti Stato-Regioni"  
[\[http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/57\]](http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/57).

<sup>59</sup> È la ratio che sovrintende al *benchmarking* per profili di spesa *pro-capite* per fascia di età.

prime favoriscono spostamenti lungo la traiettoria verso il *benchmark*, i secondi permettono spostamenti della traiettoria verso il *benchmark*);

- Nella difficoltà di dare copertura finanziaria certa e a medio-lungo termine alle risorse per gli investimenti infrastrutturali<sup>60</sup>, dovrebbe essere opportunamente considerata la possibilità di una soluzione endogena, che riallochi in conto capitale una quota delle risorse che i guadagni di efficienza mano a mano liberano sul fronte corrente. Questa opzione appare quasi “fisiologica” se si considera che le Regioni con i più gravi *gap* di efficienza sono le stesse sottodotate sul piano infrastrutturale, e le stesse con i ritardi più marcati nella qualità.

In particolare, gli ultimi due punti avvalorano l'impostazione generale che i decreti attuativi della Legge n. 42-2009 stanno seguendo, con gli *standard* di spesa corrente da ricavare tramite *benchmarking* sulle Regioni più virtuose<sup>61</sup> e, in parallelo, l'azione di perequazione/rafforzamento infrastrutturale dei Ssr. In questa prospettiva, tuttavia, parrebbe necessario integrare molto meglio tra di loro i decreti attuativi<sup>62</sup>, come preconditione legislativa per poter definire in maniera dettagliata sia i tempi della transizione sia le risorse coinvolte Regione per Regione. La transizione sarà la fase più delicata e rischiosa del federalismo, quella durante la quale potranno emergere le “resistenze” più forti (politiche, tecniche, amministrative, culturali e di mentalità); il suo disegno deve essere il più possibile completo e coerente e coprire l'intero arco temporale.

## Infrastrutture, aree Lea scoperte, o controllo di spesa?

Le risorse liberabili dall'efficientamento e dal buon governo sono consistenti. E qui si sono portati quattro esempi indicativi:

- circa lo 0,8% del Pil Italia;
- circa un quinto della correzione di spesa corrente che Mario Draghi vede necessaria per raggiungere l'equilibrio di bilancio pubblico nel 2014 e poi per avviare un effettivo percorso di riassorbimento del debito pubblico;
- circa un terzo di quanto ogni anno la Pubblica Amministrazione dedica alla spesa in conto capitale;
- circa il triplo della capitalizzazione del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, avviato in via sperimentale nel 2008 e poi non più rifinanziato dal 2010.

Questi esempi sono indicativi anche del *range* di scelte che la politica dovrà/potrà considerare per la riallocazione delle risorse.

Come già detto, è necessario partire dal presupposto, che è un dato di fatto, che l'Italia dedica alla sanità pubblica una quota di Pil sostanzialmente allineata, anzi anche marginalmente inferiore, rispetto ai *Partner* europei. Logica vorrebbe, dunque, che le risorse liberate dall'efficientamento si volgessero soprattutto all'innalzamento della qualità e alla copertura delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie oggi sottosviluppate o assenti, prima fra tutte l'area

<sup>60</sup> Difficoltà aumentata dalla crisi economica e dal suo impatto sulle finanze pubbliche.

<sup>61</sup> Secondo un criterio non identico, ma simile, a quello implementato da CeRM con il *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite*.

<sup>62</sup> Il decreto sui costi *standard* in sanità è divenuto legge con il D. Lgs. n. 68 del 6 Maggio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 109 del 12 Maggio 2011, “*Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*”. Gli interventi per le infrastrutture sono contenuti in testi ancora, alla data di chiusura di questo *Working Paper*, in forma di schemi di decreto. CeRM li ha commentati in due *Short Note*:

Pammolli F., Salerno N. C. (2011), “*Federalismo: lo schema di decreto sulla perequazione delle infrastrutture*”, Short Note CeRM n. 1-2011.

[<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=68>];

e Pammolli F., Salerno N. C. (2011), “*Federalismo: schema decreto per la rimozione degli squilibri economico-sociali*”, Short Note CeRM n. 2-2011

[<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=73>].

della non autosufficienza e della lungodegenza (la *Ltc*). Alla fine del percorso di efficientamento, si potrebbe finanziare su basi strutturali un fondo nazionale dedicato alla *Ltc* con una capitalizzazione almeno doppia/tripla rispetto a quella sperimentata nel 2008.

La qualità delle prestazioni dipende dall'infrastrutturazione e dalla strumentazione diagnostica e specialistica. Il confronto con le risorse che annualmente tutta la PA dedica agli investimenti fa comprendere come i risparmi da efficientamento potrebbero imprimere una svolta radicale nella perequazione territoriale delle infrastrutture, alimentando un programma di investimenti *ad hoc* lungo un orizzonte di cinque-sette anni. Qui però non bisogna eludere due questioni di fondo: la prima riguarda la capacità di portare a compimento nella maniera più efficiente ed efficace possibile i programmi di investimento<sup>63</sup>; la seconda riguarda la necessità di compiere, parallelamente agli investimenti, anche profondi interventi di riassetto, ricollocazione e rimodellamento delle dotazioni infrastrutturali esistenti, in coerenza con gli obiettivi della deospedalizzazione, della integrazione socio-sanitaria (in collaborazione tra Regione, Province e Comuni), e della prevenzione.

Ma l'attuale situazione di finanza pubblica, unitamente all'alto *stock* di debito e alle prospettive di basa crescita che accompagneranno il Paese nei prossimi anni, potrebbe suggerire di dedicare una parte dei guadagni di efficienza al consolidamento dei conti. Alcune Regioni (Lazio, Campania e Calabria in testa) hanno, attraverso successivi disavanzi di gestione, accumulato uno *stock* di debito nel comparto sanitario che ha assunto dimensioni tali da attirare l'attenzione della società internazionali di *rating*<sup>64</sup>. Oltre all'indebitamento esplicito, si deve anche considerare quello "sommerso", dovuto sia alla scarsa trasparenza dei conti nella fase di registrazione e in quella di consolidamento, sia alle prassi di differimento dei pagamenti e ricontrattazione delle scadenze delle fatture. La posizione debitoria delle Regioni ha coinvolto e sta coinvolgendo le finanze statali: prima con rifinanziamenti *ex-post* cosiddetti "premiati", che sono sopraggiunti per sostenere il risanamento a fronte di progressi compiuti autonomamente dalla Regione; poi, per i casi più acuti (in particolare, Lazio, Campania, Calabria), con erogazione di prestiti ponte di lungo termine con lo stesso livello di garanzia del debito pubblico. Invece che coinvolgere, direttamente o indirettamente, le finanze statali nel riassetto dei bilanci sanitari delle Regioni, almeno una parte delle risorse liberate dall'efficientamento potrebbe, anno per anno, essere vincolata al risanamento e alla normalizzazione dei rapporti commerciali di Asl e Ao. Esattamente come quel che avviene a livello Paese per la crescita macroeconomica, sostenibilità finanziaria e equilibrio di bilancio di Asl e Ao sono tasselli essenziali per fondare un percorso che sviluppi qualità e adeguatezza dei Lea sanitari.

La magnitudine delle risorse liberabili con l'efficientamento dei Ssr è tale da permettere di vagliare loro riallocazioni multiple, in grado di portare avanti, in maniera equilibrata e consapevole, innalzamenti della qualità, rafforzamento dell'infrastrutturazione e consolidamento dei conti. È la politica adesso a doversi far carico di scelte responsabili. Sino a quando, alla fine del percorso di transizione, sarà passato a regime il finanziamento *top-down* del Ssn e la sua ripartizione tra Regioni avverrà, auspicabilmente, secondo parametri *standard* che rispecchino le funzioni da svolgere valutate al loro costo efficiente.

<sup>63</sup> Siamo all'altezza di questo ennesimo tentativo di lasciarci alle spalle il Paese duale? I programmi di investimento non devono soffrire della cattiva capacità di governo che è alla origine della stessa sperequazione infrastrutturale dopo 150 anni di storia unitaria e oltre 60 anni di storia repubblicana (*cf.* anche *infra*).

<sup>64</sup> Lo *stock* del Lazio è stimato in un cifra che oscilla addirittura tra i 7 e i 10 miliardi di Euro. Per la Calabria, gli ultimi riscontri della Corte dei Conti indicano un valore superiore a 1,5 miliardi di Euro. Per la Campania, sempre la Corte dei Conti riporta valori che si aggirano attorno ai 6 miliardi di Euro.

## Come realizzare i percorsi di aggiustamento?

Se *SaniRegio2* può esser visto come un conforto teorico a favore delle riforme in sanità e a favore della strada imboccata con i decreti attuativi della Legge n. 42-2009, la domanda che resta sullo sfondo, e a cui *SaniRegio2* non può da solo dare risposta, è: come si spingono le Regioni a chiudere i *gap* di spesa e di qualità?

La prima risposta è che è la trasformazione federalista in sé che è attesa portare effetti benefici. La fissazione di *standard* per lo svolgimento delle funzioni essenziali e fondamentali implica che qualunque maggior assorbimento di risorse andrà finanziato a carico dei cittadini residenti nella Regione (nel caso della sanità) o nell'Ente Locale che ha non ha saputo rispettare il vincolo<sup>65</sup>.

Ad oggi, la responsabilizzazione fiscale, nonostante i progressi compiuti nell'utilizzo della leva regionale sull'Irap e sull'Ire/Irpef, non è ancora piena. Le Regioni che chiudono il bilancio sanitario *in deficit*, hanno adesso l'obbligo di fissare l'addizionale Ire/Irpef all'1,4% (l'aliquota base/minima dell'addizionale è dello 0,9%, con facoltà alle Regioni di portarla all'1,4%<sup>66</sup>). Inoltre, per alcune Regioni (il Lazio tra queste) la situazione dei conti sanitari ha reso necessario l'innalzamento obbligatorio dell'addizionale all'1,7% (così per l'anno di imposta 2010 e 2011)<sup>67</sup>. Per quanto riguarda l'Irap, dal 2010 nelle Regioni in disavanzo sanitario è scattato l'aumento automatico di 0,15 p.p. sull'aliquota in vigore l'anno prima (l'aliquota base/minima dell'Irap è del 3,9% e le Regioni hanno facoltà di aumentarla o ridurla sino a 1 p.p.)<sup>68</sup>.

Sono sufficienti queste mobilitazioni automatiche delle addizionali e delle maggiorazioni? Sembra mancare, per adesso, un'affermazione inequivocabile e perentoria che, in presenza di sovrappese sanitarie, addizionali e maggiorazioni scattano automaticamente e senza limite massimo, sino a copertura integrale, anno per anno, del disavanzo emergente nell'anno. È un passo necessario per completare la responsabilizzazione fiscale e renderla credibile. Si può prevedere, per favorire la praticabilità di questa piena assunzione di responsabilità delle Regioni, che, in caso di disavanzi cospicui, il ripiano possa avvenire in due o tre anni, ma purché gli aumenti della leva fiscale regionale supportino pienamente un piano di rientro stabilito *ex-ante*. Questo implica che gli aumenti debbano essere vincolati al risanamento del bilancio sanitario, cosa che adesso non è<sup>69</sup>. Sempre allo scopo di agevolare l'assunzione di responsabilità, si può approfondire la possibilità che le addizionali Ire/Irpef, in luogo di essere un valore unico per tutti gli scaglioni (prese a se stanti, esse sono adesso proporzionali al reddito), siano fissate per rimanere coerenti con la progressività delle aliquote nazionali. Quanto più la responsabilità fiscale delle Regioni sarà credibile, tanto più gli sforzi della *governance* regionale punteranno ad innalzare efficienza ed efficacia dei Ssr, a ciò pungolati dall'attenzione dei cittadini elettori. La responsabilizzazione fiscale, toccando esplicitamente le posizioni economiche dei singoli cittadini, sarà sicuramente stimolo all'informazione e alla partecipazione politica più attiva.

<sup>65</sup> Le leve fiscali locali (regionali nel caso della sanità, provinciali o comunali per altri ambiti) devono attivarsi automaticamente per coprire ogni sovrappesa, e questa attivazione deve essere codificata *ex-ante* e resa credibile dalla esperienza dei fatti.

<sup>66</sup> Così il comma 1, dell'articolo 3 "*Aliquote dell'addizionale regionale Irpef e rideterminazione delle aliquote erariali*", del D. Lgs. n. 56 del 18 Febbraio 2000. L'articolo 1, comma 174, della Legge n. 311-2004 ha fissato all'1,4% (il tetto massimo) l'addizionale delle Regioni Abruzzo, Lazio, Campania, Molise e Sicilia, per obbligarle a fronteggiare i loro disavanzi sanitari.

<sup>67</sup> Così l'articolo 2, comma 86, della Legge n. 191-2009 (legge finanziaria per 2010), che ha stabilito l'aumento automatico nelle Regioni con problemi di disavanzi sanitari (Lazio, Campania, Calabria, Molise).

<sup>68</sup> Per alcune Regioni, l'aliquota in vigore l'anno prima (2009) era già al livello massimo del 4,82% sin dal 2005, perché così aveva disposto la legge finanziaria per il 2005 nel caso di condizioni di disavanzo dei bilanci sanitari. Il Lazio è tra queste Regioni.

<sup>69</sup> L'eliminazione del vincolo di destinazione delle risorse è sì un principio positivo in una prospettiva di valorizzazione del federalismo e della sussidiarietà, ma non deve permettere l'eterogeneità dei fini di rendere gli enti decentrati di spesa ancor meno responsabili che nel vecchio assetto di finanza derivata. È un principio che deve esser fatto valere il più possibile in capo alle Regioni e agli Enti Locali che realizzano equilibri sostenibili di governo del territorio; ma, nel momento in cui ci sono situazioni, anche urgenti, da sanare, gli ordini di priorità allocativa non contraddicono lo spirito federalista.

La piena responsabilizzazione fiscale dovrebbe cominciare a valere anche sui piani di rientro da *deficit/debito* sanitario che coinvolgono ben dieci Regioni italiane. Tali piani non possono rimanere realtà parallele e distinte rispetto alla transizione verso gli *standard*. Devono essere incorporate nella transizione e divenire tutt'uno con la transizione. Un primo collegamento lo si è già messo in evidenza: una parte delle risorse liberate dall'efficientamento dovrebbe esser dedicata al consolidamento dei bilanci di Asl e Ao. Lazio, Campania e Calabria hanno ottenuto, per far fronte al cospicuo debito accumulato in anni di consecutivi disavanzi, prestiti pluriennali da parte dello Stato<sup>70</sup>. Il ripagamento di questi debiti non può rimanere solo una promessa contrattuale, scritta nell'articolato del piano di rientro. Al ripagamento si devono dare subito concrete e certe basi finanziarie. Oltre a impiegare una quota delle risorse liberate da efficientamento, sarebbe forse utile discutere, visti i livelli di esposizione dei Ssr delle tre Regioni, di una addizionale Ire/Irpef e/o di una maggiorazione Irap da vincolare stabilmente al ripagamento del prestito sino alla sua completa redenzione<sup>71</sup>. Questa scelta avrebbe anche un forte valore simbolico nei confronti delle altre Regioni, oltre a far chiarezza sulla destinazione di basi imponibili e gettiti che, nella riorganizzazione fiscale in corso, sono invocati da più destinazioni e da più livelli di governo, con il rischio che il Legislatore, nazionale o subnazionale, arrivi a disporre di quel che in effetti non ha.

Con la piena responsabilizzazione fiscale, le incapacità di *governance* ricadranno sui cittadini votanti, stimolando la loro pressione (nel senso sia di *voice* che di *exit*<sup>72</sup>) sui rappresentanti politici e sugli amministratori. Il culmine di questa presa di consapevolezza dei cittadini diverranno le tornate elettorali, quando chi non è stato all'altezza delle funzioni pubbliche potrà essere non riconfermato nel mandato e sostituito. È questo il circuito virtuoso alle radici del federalismo, che dovrà funzionare anche sul fronte dell'adeguatezza e della qualità delle prestazioni sanitarie e più in generale di tutte quelle rientranti nei Lea/Lep.

Tuttavia questo circuito virtuoso, che in un assetto di federalismo maturo può da solo improntare in positivo tutta la *governance*, ha bisogno, in fase di avvio, di essere sorretto e accompagnato. Lo schema di decreto sulle ipotesi di decadenza dal mandato o dall'ufficio direttivo per politici e amministratori che fallissero il *target* va in questa direzione. Alla data in cui questo *Working Paper* è chiuso la bozza è ancora in discussione, e le critiche ricevute vi vedono un eccesso di penalizzazione individuale su tematiche troppo complesse che spesso trascendono la volontà e l'impegno del singolo. Per altri versi, però, appare un passo irrinunciabile, per controbilanciare le resistenze di politici e amministratori a compiere azioni necessarie ma impopolari, e a rendere effettiva da subito una possibilità di ricambio dei *policy maker* che le scelte elettorali potrebbero attivare solo tra qualche tempo, il tempo perché maturi una nuova consapevolezza "federalista" nei cittadini elettori. V'è poi da dire che le Regioni maggiormente devianti sono anche le stesse dove è più intensa la presenza della criminalità organizzata: lì dove politici e amministratori sono chiamati a compiere le correzioni più significative nei funzionamenti del Ssr, è anche più elevato il timore che i flussi elettorali non siano sufficientemente liberi per sanzionare col voto i risultati della *governance*.

<sup>70</sup> Cfr. i testi dei piani di rientro regionali:

pagina 116 di [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1225\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1225_allegato.pdf) per la Campania;

pagina 72 di [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1224\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1224_allegato.pdf) per la Calabria;

pag. 172 di [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1227\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1227_allegato.pdf) per il Lazio.

<sup>71</sup> Si deve ricordare che nel Lazio, la Regione che ha accumulato il più ingente debito sanitario, la maggiorazione Irap è stata fissata al suo livello massimo sin dal 2005 senza, però, ottenere alcun risultato di risanamento di bilancio del Ssr. La maggiorazione si è "persa" nei meandri "soffici" del bilancio regionale. Un esempio vissuto della necessità di mantenere vincoli di destinazione almeno quando emergono casi straordinari, con potenziali catene di trasmissione di effetti oltre i confini della Regione. O quantomeno, durante tutta la fase di transizione e di maturazione del nuovo assetto federalista. In un sistema federalista interdipendente e coeso, regole di coordinamento delle Regioni sono essenziali affinché, a sfere di autonomia fiscale e decisione allargate, corrispondano effetti virtuosi che dalla dimensione locale si trasferiscono a quella Paese. L'assenza di regole espone al rischio di non sufficiente *accountability* e di evoluzioni centrifughe.

<sup>72</sup> Trasferimento di residenza, ma anche mobilità verso Regioni e Enti Locali dove le prestazioni Lea/Lep sono migliori.

Un ruolo fondamentale in transizione avranno anche, lo si è già detto, gli interventi infrastrutturali. La credibilità dei percorsi di efficientamento della spesa dovrà essere “puntellata” dalla riduzione dei *gap* territoriali, in modo tale da dotare le Regioni di leve di *governance* adeguate e da poter chiedere loro, a buona ragione, il rispetto degli *standard* di spesa e qualità. Oltre alla rivalorizzazione endogena delle risorse liberate dalla gestione corrente, appare importante una razionalizzazione complessiva dei fondi nazionali ed europei dedicati agli interventi infrastrutturali/speciali, per evitare sovrapposizioni e rischi di incapienza per eccesso di funzioni, e per applicare appieno i principi di concentrazione per settore, funzione e territorio. Anche la Cassa Depositi e Prestiti potrebbe svolgere un ruolo nel riassorbire i *gap* di infrastrutture e, anzi, si tratterebbe forse della sua finalità istituzionale più propria e diretta, che la Cassa potrebbe perseguire avvalendosi di professionalità elevate con funzioni anche di valutazione dei progetti sia *ex-ante* che in corso di realizzazione.

Clausole di decadenza dal mandato politico e dall’ufficio direttivo svolgerebbero una funzione importante anche con specifico riferimento ai programmi di perequazione infrastrutturale. È indispensabile, addirittura vitale per il futuro del nuovo assetto, che questa occasione di riequilibrio delle dotazioni di capitale fisico venga valorizzata al massimo e sappia incidere in maniera sostanziale sulla conformazione dei Ssr. La chiara esplicitazione di responsabilità *ad personam* va posta a garanzia che tutti coloro investiti di incarichi decisionali abbiano come unico e inderogabile scopo quello di ridurre i *gap* territoriali, con la piena consapevolezza che si stanno utilizzando risorse che la collettività si sforza di mettere a disposizione per avviare una nuova fase di sviluppo e di relazioni tra territori e tra centro e territori.

Sempre con riferimento alla perequazione infrastrutturale, un altro principio guida da seguire, per dare solidità alla transizione e gettare basi durature per il federalismo, riguarda la tipologia degli investimenti. Nel prossimo futuro parole chiave per la *governance* della sanità saranno: deospedalizzazione; copertura del territorio; integrazione con le prestazioni sociali a carico dello Stato e di altri Enti Locali; sviluppo dell’assistenza per lungodegenza presso il domicilio; efficientamento della distribuzione dei farmaci con avvio delle farmacie dei servizi; collegamenti efficaci e rapidi (anche elicotteristici<sup>73</sup>) verso gli nodi più importanti del sistema ospedaliero (i centri di eccellenza per gli interventi più complessi); ammodernamento della dotazione strumentale e tecnologica; sviluppo di sistemi evoluti per la valutazione delle pratiche terapeutiche e la diffusione di *best practice*; campagne informative di massa sulla prevenzione e sull’impatto delle abitudini di vita sullo stato di salute. I programmi di investimento dovranno necessariamente muoversi nel solco di queste parole chiave.

E un’altra parola chiave per il Ssn del futuro prossimo venturo sarà selettività, universalismo selettivo. Passo obbligato per dare sostenibilità finanziaria all’universalismo di fronte alle intense tendenze alla crescita della spesa sanitaria (acuta e per lungodegenza) sul Pil<sup>74</sup>, la selettività può da subito svolgere un ruolo essenziale nella guida e nel compimento della transizione.

Per sostenere la convergenza sulle spese correnti, è auspicabile che, come parte integrante del federalismo, si impostino basi, comuni a tutte le Regioni, di universalismo sanitario selettivo. Una proposta operativa è stata tempo fa avanzata dal CeRM in “*Il copayment concordato Stato-Regioni e il principio di mutuo riconoscimento tra Regioni*”<sup>75</sup>.

<sup>73</sup> Potrebbe esser presa in esame la possibilità di coinvolgere le dotazioni strumentali della Protezione Civile e dei Vigili del Fuoco e, perché no?, anche elicotteri delle Forze Armate (adesso intervengono soltanto i casi di estrema urgenza).

<sup>74</sup> Cfr. “*Il copayment a difesa del sistema sanitario universale*” [<http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/81>].

<sup>75</sup> Pammolli F., Salerno N.C. (2006), Nota CeRM n. 11-06 [<http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/84>].

Sinora di universalismo selettivo si è parlato principalmente come strumento per far fronte alla dinamica prospettica del fabbisogno sanitario, tra l'altro all'interno di un dibattito non privo di contrasti di visione<sup>76</sup>. In realtà, questa riforma di struttura è tutt'affatto attuale. Se si considerano il vincolo macrofinanziario che la crisi economica ha reso ancor più stringente e, nel contempo, l'obiettivo di efficientare la spesa corrente e liberare spazio per gli interventi infrastrutturali, dalla selettività arriverebbe una flessibilità essenziale per riaggiustare la composizione della spesa tutelando il più possibile l'equità di accesso alle prestazioni.

La selettività va vista come un ingrediente indispensabile per affrontare e rendere credibile la transizione, anche con riferimento alle risorse liberabili per gli investimenti. A parità di correzione che le Regioni devianti devono realizzare sulla spesa corrente, è fuor di dubbio che, durante questo processo, la selettività possa funzionare come garanzia che i *target* finanziari non vadano a discapito di obiettivi redistributivi. Oltretutto, un intervento in questa direzione avrebbe ricadute immediate sul controllo e sulla qualità della spesa, caratteristiche che nessun'altra delle riforme federaliste in discussione riuscirebbe a generare in tempi altrettanto rapidi<sup>77</sup>. Queste caratteristiche possono essere molto utili durante la transizione verso gli *standard* e anche dopo, per mantenere gli *standard*. Ci si è dilungati, poc'anzi, sul rilievo della piena responsabilizzazione fiscale delle Regioni rispetto alle deviazioni dallo *standard*. Ci si deve, tuttavia, anche interrogare sulla praticabilità di aumenti automatici delle aliquote Irpef e Irap in un Paese con la pressione fiscale e contributiva già alta e che sta tentando da più anni di ridurre. Inoltre, alla luce dei risultati emersi dai *benchmarking*, gli aumenti dei prelievi regionali si concentrerebbero nelle zone meno sviluppate del Paese e con più gravi problemi di evasione, e proprio lì dove, per altri versi, si continuano a studiare stimolazioni fiscali per l'economia e l'occupazione. Anche alla luce di queste considerazioni, passi avanti verso l'universalismo selettivo possono risultare essenziali nel rendere praticabili i percorsi di convergenza, senza perdere di vista nessuno dei tasselli del sistema economico-sociale nazionali e dei sistemi regionali.

Durante la convergenza verso gli *standard*, regole di universalismo selettivo, condivise da tutte le Regioni, aiuterebbero a perseguire, in maniera equilibrata, obiettivi finanziari e obiettivi redistributivi/equitativi, aumentando la credibilità della transizione e dotando l'Italia di uno strumento di *governance* (la selettività della spesa) che nei prossimi anni diventerà un passo obbligato per fronteggiare la dinamica dei fabbisogni. L'universalismo selettivo appare una condizione che favorirebbe quell'allocazione multipla dei risparmi da efficientamento suggerita nel precedente paragrafo.

<sup>76</sup> Cfr. "I trend della spesa sanitaria e le ragioni del finanziamento multipillar con componente ad accumulazione reale" [<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=51>].

<sup>77</sup> L'introduzione di compartecipazioni al costo (lo strumento principale per costruire l'universalismo selettivo) veicola esplicitamente a tutti i cittadini fruitori lo sforzo che la collettività sta compiendo per rendere disponibili le prestazioni Lea. La compartecipazione, prima ancora che effettuare una distribuzione del carico di finanziamento tra pubblico e privato, responsabilizza i singoli nell'accesso alle prestazioni. Corredate di esenzioni e abbattimenti (per le situazioni di maggior rilievo, ma non casistiche troppo complesse da gestire e da ricondurre a logiche redistributive trasparenti), le compartecipazioni possono far progredire l'efficienza della spesa, avvicinandola agli *standard* senza intaccare le funzioni equitative del sistema sanitario. Il *copay* può esser visto come uno strumento per tenere la spesa il più possibile aderente al fabbisogno vero (non osservabile direttamente). A tale proposito, bisogna ricordare che attualmente i Lea sanitari coprono di fatto tutto quanto il Ssn fa e sono quasi interamente gratuiti, e che questa situazione di universalismo assoluto contraddistingue anche numerose prestazioni socio-sanitarie (a prevalenza sanitaria e a prevalenza sociale) e assistenziali a carico prevalentemente dei Comuni. Se si scorrono gli elenchi che il Legislatore fa dei livelli essenziali sanitari, socio-sanitari e assistenziali (Legge n. 328 del 2000, Dpcm del 14 Febbraio 2001, Dpcm del 29 Novembre 2001), si scoprono perimetri di prestazioni pressoché onnicomprensivi (anzi, potenzialmente onnicomprensivi, anche di qualunque altra prestazione possa sopraggiungere in futuro), e con numerose aree di sovrapposizione. Già adesso, una parte delle prestazioni elencate resta in virtù, a cominciare dall'assistenza continuata ai non autosufficienti, che è tra i capitoli del *welfare* più sottodimensionati rispetto alla media dei *Partner Ue*. Non ci sono risorse sufficienti per concretizzare tutte le ambizioni, pur positive e encomiabili, del Legislatore. Il passaggio dall'universalismo assoluto a quello selettivo aiuterebbe quella "operazione verità" che non è stata ancora compiuta, di raccordo tra le risorse anno per anno destinabili ai livelli essenziali e il perimetro effettivamente sostenibile di questi ultimi. Questo raccordo, componente essenziale anche del federalismo a regime, lo è ancor di più per la transizione verso il nuovo equilibrio. Un conto è efficientare e rendere di qualità un sistema a cui si sta chiedendo al di là delle sue possibilità, altro è invece realizzare efficienza e qualità in uno scenario di coerenza tra risorse disponibili e obiettivi, questi ultimi sia in termini di prestazioni che di priorità di accesso dei cittadini fruitori alle prestazioni.

Preso coscienza degli acuti divari di efficienza e qualità (quasi due Paesi diversi piuttosto che due facce di uno stesso Paese), i risultati finali di *SaniRegio2* richiamano l'urgenza delle riforme e del completamento del federalismo. Per quest'ultimo, in particolare, l'indicazione di *policy* è quella di tenere il più possibile legate tra loro l'applicazione degli *standard* di spesa calcolati sulle Regioni più virtuose (con sovrappeso a pieno carico della Region che le compie), la riduzione dei *gap* infrastrutturali, l'esplicita responsabilità di mandato e di ufficio per politici e amministratori inadempienti (con decadenza e anche ineleggibilità), l'avvio dell'universalismo selettivo, il consolidamento dei bilanci di Asl e Ao. Sono tasselli necessari per dare coerenza e sicurezza alla fase di transizione, e per gettare basi solide per la governance federalista a regime.

*Fp e Ncs, Roma, li 15 Maggio 2011*