



NOTA 1-2010



Finanza Pubblica & Riforme

Alla ricerca di *standard* per la sanità federalista

Una proposta per l'attuazione della Legge n. 42-2009

F. PAMMOLLI, N. C. SALERNO

L'analisi e le argomentazioni contenute in questa Nota prendono spunto dall'intervento che i due autori hanno tenuto presso il Cnel – Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (www.cnel.it), in occasione del convegno "*Legge 42-2009 ed emanazione dei decreti delegati: alcune questioni ancora aperte in tema di attuazione del federalismo*", il 26 Gennaio 2010.

Sommario

È in pieno svolgimento il dibattito su come dare seguito ai decreti attuativi della Legge n. 42-2009, che richiede che il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza avvenga con riferimento a *benchmark* di costo e di fabbisogno. Sono emerse, ormai da tempo, due “scuole di pensiero”: quella che punta alla determinazione di *standard* il più possibile a livello di singola prestazione; e quella che vede necessario distinguere gli *standard* da adottare nei rapporti Stato-Regione, da quelli cui ogni Regione può affidarsi nei rapporti con le sue Asl e le sue Ao.

È fuor di dubbio la necessità di dotare il Ssn di un sistema di contabilità affidabile, basato su principi condivisi, dopo una *due diligence* complessiva. È tassello imprescindibile di governo. Tuttavia, utilizzare la contabilità analitica per arrivare a definire costi *standard* per unità di prestazione o per raggruppamenti dettagliati di prestazioni, da utilizzare poi in sede di finanziamento (per dimensionare e suddividere il Fsn), presenta delle criticità. Non si discute della possibilità e della necessità di costruire un impianto di contabilità analitica in grado di rappresentare al meglio gli andamenti economici di Asl/Ao. Quello su cui si invita a riflettere è che questa microfondazione possa prestare *tout court* gli *standard* ai rapporti Stato-Regioni in sanità:

1. La contabilità non è ancora pronta, e da un *benchmarking* su un sottoinsieme limitato di Ao possono non scaturire valori rappresentativi da applicare su scala nazionale;
2. Anche se la contabilità fosse pronta, per tradurre il costo *standard* in un fabbisogno *standard* è necessario fissare degli *standard* anche sui volumi (i consumi efficienti). Per far questo, è ineludibile un passaggio di ponderazione che tenga conto delle caratteristiche regionali. Operare un *risk adjustment* a livello di singola prestazione o di raggruppamenti dettagliati di prestazioni, significa costruire un sistema parametrico troppo fitto e aperto ad opinabilità;
3. Al di là del grado di efficienza, le funzioni di produzione regionali possono essere diverse. Anzi, auspicabilmente dovrebbero sempre più differenziarsi e specializzarsi per tener conto della prevalenza dei bisogni espressi dalla comunità, e di vincoli/opportunità presenti sul territorio (connessioni con Liveas e Lea socio-sanitari; *mix* ospedale - territorio; *mix* ricovero - *day hospital*, economie di scala/scopo; ruolo della prevenzione adattata al territorio; etc.). Fissare degli *standard* come se la funzione di produzione fosse unica e condivisa (a meno di un solo fattore di scala), rischia di imporre paletti esogeni in contrasto con i principi del federalismo e della sussidiarietà;
4. La microfondazione incontra anche criticità per quanto riguarda la porzione del costo *standard* riconducibile agli ammortamenti. Non può essere la mera attribuzione *pro-quota* degli ammortamenti complessivi (impostazione strettamente contabile), perché nello *standard* è necessario dar conto delle scelte di investimento ottimali (quelli ammissibili a finanziamento attraverso il Fsn). E gli investimenti ottimali dipendono anch'essi dalle caratteristiche regionali (economie di scala/scopo, popolosità, densità abitativa, fattispecie dei bisogni, etc.), oltre che dallo *status quo* della infrastrutturazione;
5. Inoltre, la sperequazione infrastrutturale (sia tipologia di *asset* che loro qualità) incide sui rendimenti delle funzioni di produzione e sulla qualità degli *output*. Una endogenità che non va sottovalutata nella fissazione di *standard* di costo. Lo snodo delle infrastrutture è stato tra le ragioni dell'inapplicabilità del primo schema di finanziamento federalista, quello del D. Lgs. n. 56-2000. Infrastrutture insufficienti e vetuste possono generare sovracosti. Se gli *standard* non ne tengono conto e non sono realistici, sono a rischio di credibilità e di *enforcement* (un

argomento simile può esser ripetuto anche per la dimensione della qualità).

Di fronte a queste criticità, ignorate o ampiamente sottovalutate nel dibattito, si propone l'alternativa di differenziare le regole che presiederanno ai rapporti finanziari tra Stato e Regioni, da quelle che poi ogni Regione seguirà nei rapporti con le sue Asl e con le sue Ao. Per le prime, si suggerisce una applicazione completa della quota capitaria ponderata per ripartire tutte le risorse del Fsn (parte corrente e parte capitale). A valle, le Regioni potranno utilmente sviluppare sistemi di *benchmarking* da cui far scaturire anche *standard* puntuali con funzione di tariffa a livello di singola prestazione. Programmazione macro tra Stato e Regioni e microfondazione della *governance* all'interno della Regione e a cura della stessa Regione.

La ripartizione a quota capitaria ponderata potrebbe essere una soluzione utile anche per il finanziamento delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali assistenziali e socio-sanitari. Queste prestazioni, non solo hanno ampie aree di sovrapposizione/interazione con le sanitarie, ma il loro fabbisogno finanziario dipende, anche se con ponderazioni diverse, grossomodo dalle stesse variabili sociali, demografiche ed economiche che incidono sul fabbisogno finanziario dei Lea sanitari.

Si motivano i vantaggi di questa soluzione e, tra questi, anche la compatibilità con i tempi di interazione delle nasciture Istituzioni federaliste e di redazione e validazione dei documenti di finanza pubblica. Si descrivono, infine, i punti salienti di una fase di transizione, tra cui un programma pluriennale di investimenti, a carico del bilancio dello Stato e sotto rigorosa regia, per l'attenuamento del *gap* infrastrutturale in sanità.

La sanità si dimostra "banco di prova" del federalismo non solo perché conta per circa il 75-80% dei bilanci delle Regioni, ma anche perché, per completare la *governance* federalista della sanità, è necessario affrontare e sciogliere tutti gli snodi riguardanti, da un lato, le nuove relazioni istituzionali tra Stato, Regioni e Enti Locali e, dall'altro, i nuovi strumenti di politica economica. Definite le regole per individuare i differenziali di fabbisogno delle Regioni, l'interazione tra Stato e Regioni dovrà necessariamente potersi svolgere anche annualmente sul dimensionamento delle risorse dedicate alla sanità su scala nazionale e sul loro proporzionamento rispetto al perimetro dei Lea. Ma questa interazione non dovrà tradursi in una generale ricontrattazione degli stanziamenti (come sinora avvenuto) che finirebbe per minare tutta la nuova impalcatura: gli aggiustamenti annuali dovrebbero trovare valide giustificazioni, e innestarsi su una programmazione del Fsn per quinquennio da mantenere il più possibile ferma.

A valle dell'assegnazione della loro quota di Fsn, le Regioni, pur pienamente responsabilizzate sull'equilibrio di bilancio e sull'implementazione dei Lea, non potranno rimanere insindacabili nel loro operato, ma dovranno darne conto presentando Piani Sanitari pluriennali da vagliare e approvare in Conferenza Unificata, e sulla cui base potranno anche rendersi necessarie *policy guideline* anche a carattere cogente. È la "prova generale" di quanto dovrebbe avvenire nel nascento Senato Federale, con l'approvazione di Programmi di Stabilità regionali (il nuovo ruolo dei Dpef regionali?), il vaglio anno per anno della loro implementazione, e la possibilità di decadenza dalle funzioni per i rappresentanti politici e gli amministratori delle Regioni inadempienti.

Di fronte alla crescita intensa che la spesa sanitaria farà registrare nei prossimi decenni, sarà indispensabile farsi trovare pronti a bilanciare al meglio, sulla base di programmi, i due obiettivi della sostenibilità finanziaria e dell'adeguatezza delle prestazioni. Il processo di transizione deve partire subito, con regole di base condivise, ma chiare e non ricontrattabili.

7 Febbraio 2010

INDICE

Introduzione	6
Una quantificazione delle differenze regionali: <i>SaniRegio</i> di Cerm	7
Indicazioni per la sanità federalista	17
Considerazioni sul metodo di definizione degli <i>standard</i>	18
Criticità degli <i>standard</i> dal “basso”	18
Le ragioni della <i>standardizzazione</i> sulle macrovariabili di fabbisogno	21
Una proposta operativa	26
Finanziamento e <i>governance</i> a regime	26
La transizione e la perequazione infrastrutturale	29
Il coordinamento della programmazione: da Piani di rientro a Piani di governo	32
Conclusioni: oltre la diatriba <i>standard</i> micro <i>vs.</i> <i>standard</i> macro	37

Negli anni Novanta, con l'acuirsi dei problemi di finanza pubblica, è divenuto indifferibile l'obiettivo di migliorare l'efficienza del Ssn, la cui spesa conta per circa il 75-80% dei bilanci regionali. Una migliore *governance* dell'Ssn è una delle ragioni alla base del progetto di federalismo.

Definire il *benchmark* per le prestazioni complesse, interrelate e socialmente e politicamente sensibili come le sanitarie è compito arduo. Se ne è reso perfettamente conto il Legislatore, che di *standard* di spesa si è occupato sin dal D. Lgs. 56-2000, tentando di ridisegnare il sistema di finanziamento della sanità sulla base di una parametrizzazione che cominciasse a tagliare i ponti con la spesa storica. Da allora e sino alla recente Legge n. 42 del 5 Maggio 2009 ("*Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione*"¹), lo snodo della spesa storica non è stato pienamente superato.

Forte è l'esigenza di dimensionare il finanziamento pubblico tenendo conto di misurazioni di spesa in condizioni di efficienza, e rompendo una lunga stagione di aggiustamenti *ex-post* rispetto alla spesa storica. Lo richiede il Titolo V della nostra Costituzione (i Lea devono essere omogenei sul territorio nazionale e Regioni ed Enti Locali devono disporre di risorse sufficienti ad espletare queste funzioni pubbliche); ma è un obbligo che deriva anche da considerazioni di sostenibilità del sistema sanitario. Il capitolo della spesa sanitaria è, all'interno delle voci del *welfare system*, quello che negli ultimi cinquant'anni ha fatto registrare la dinamica più intensa in proporzione al Pil, e anche quello che per cui le proiezioni di medio-lungo periodo (Ocse, Ecofin, Cerm) descrivono le tendenze di più forte crescita prospettica². È prioritario costruire un assetto di *governance* in grado di bilanciare costantemente, e sulla base di programmi, gli obiettivi del rispetto delle compatibilità finanziarie e dell'adeguatezza/equità delle prestazioni. Innalzare l'efficienza della spesa sanitaria è uno dei tasselli più importanti, assieme ad altri cambiamenti di che riguardano la composizione del *welfare system* (per istituti e per *mix* di finanziamento), la qualità delle finanze pubbliche nel loro complesso, le riforme strutturali per la crescita.

Va da subito precisato che, nel panorama internazionale ed europeo, l'Italia dedica alla sanità una quota di Pil inferiore alla media, che si guardi sia alla spesa sostenuta dal pubblico, sia all'aggregato pubblico-privato. Stessa indicazione si evince analizzando i dati di spesa *pro-capite*. Il fine dell'efficientamento non è quello di ridurre l'impegno di risorse, ma di allocarle meglio per dare risposta ad un più ampio ventaglio di bisogni e farsi trovare pronti di fronte alle sfide che ci spettano nei prossimi decenni.

¹ Cfr. http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/federalismo_fiscale/legge42_2009.pdf.

² Sul punto, cfr. il sintetico contributo "*Dove va la spesa sanitaria? Impatto demografico ma non solo*", su www.neodemos.it (http://www.neodemos.it/index.php?file=onenews&form_id_notizia=372).

1. Una quantificazione delle differenze regionali: *SaniRegio* di Cerm

Prima di affrontare il tema di come individuare *benchmark* di costo per l'erogazione delle prestazioni e di spesa efficiente per il disegno dello schema di finanziamento, è utile un quadro descrittivo delle diversità regionali, e in particolare della variabilità dell'efficienza della *governance* sul territorio. Si utilizza il modello *SaniRegio* messo a punto da Cerm.

La *Tavola 1* riporta la spesa *pro-capite* di parte corrente delle Regioni, in Euro costanti del 2000 e come media sul periodo 1997-2006. Si evidenziano, in particolare, i dati di spesa media di Lombardia e Veneto, sotto la media Italia anche se, come emergerà nel prosieguo dell'analisi, queste Regioni offrono prestazioni di qualità significativamente superiore alla media Italia. La spesa sanitaria corrente è quella di fonte Istat, derivante dai bilanci delle Asl e delle Aziende Ospedaliere. Il dato Istat comprende tutte le spese dei sistemi sanitari regionali, quasi integralmente imputabili a livelli essenziali di assistenza (Lea), a meno di voci residuali; dovrebbe, inoltre, ricomprendere l'effetto mobilità passiva e attiva³.

È utile analizzare la spesa sanitaria *pro-capite* di parte corrente del 2007, riportata in *Tavola 2*. Nel passaggio dai dati del periodo 1997-2006⁴ alla spesa del 2007, emerge una generale tendenza delle Regioni del Mezzogiorno a passare da posizioni molto distanti dalla media Italia a posizioni allineate o addirittura (è il caso della Calabria) superiori alla media Italia. In particolare, spiccano i casi della Calabria e del Molise: la prima, inferiore di 6,84 p.p. rispetto alla media Italia nel periodo 1997-2006, nel 2007 la supera del 6,16%; il secondo, sempre sopra la media, passa tuttavia da un +4,91% ad un +14,31%.

La *Tavola 2* propone anche un confronto tra il *ranking* della Regione nella "classifica" di spesa media nel periodo 1997-2006 e il *ranking* nel 2007, quando a posizioni più basse/alte corrispondono spese più basse/alte. Sono le Regioni del Mezzogiorno ad aver guadagnato più posizioni: 11 la Calabria, 6 la Sicilia, 5 la Basilicata, 4 il Molise, 3 la Puglia. All'opposto, Lombardia e Veneto, le due Regioni del Nord che mostravano spesa *pro-capite* inferiore alla media Italia sul periodo 1997-2006, nel 2007 arretrano entrambe di 3 posizioni nel *ranking*. In evidenza anche le Marche e l'Umbria, che arretrano rispettivamente di 8 e di 6 posizioni, i due arretramenti più significativi in assoluto⁵.

La più forte dinamica di spesa *pro-capite* fatta registrare dalle Regioni del Mezzogiorno trova spiegazione nei fondamentali regionali che incidono sul comparto della sanità? Alla più forte dinamica ha corrisposto un miglioramento della qualità delle prestazioni? Viceversa, per le Regioni (Lombardia, Veneto, Marche, Umbria) che hanno fatto registrare la dinamica più stabilizzata e controllata, si può affermare che questo è stato il frutto di una *governance* attenta all'efficienza? Sono queste le domande da porsi quando ci si chiede se un modello di sistema sanitario regionale funziona.

³ Cfr. Guerrucci D. (2003), "La spesa sanitaria pubblica in Italia. Raccordo e confronto tra fonti disponibili e metodologie utilizzate nell'ambito della statistica ufficiale", WP Siep. Su di un piano formale, i bilanci di Asl e Ao dovrebbero rispondere a criteri di contabilità industriale e riportare dati di competenza, inclusi quelli derivanti dalla mobilità. In realtà, per i ben noti problemi di organizzazione e sistematizzazione dell'impianto contabile di Asl e Ao, i bilanci non hanno ancora una piena natura di competenza. Sul punto, cfr. "Rilevazione e controllo contabile della spesa delle Aziende Sanitarie - spunti di riflessione per gettare le "microfondazioni" del federalismo", Nota Cerm n. 12-2006, con introduzione e conclusioni di *policy* di F. Pammolli e N. C. Salerno.

⁴ Questo intervallo di tempo è scelto perché le variabili esplicative della spesa utilizzate in *SaniRegio* non sono ancora disponibili per gli anni 2007-2009.

⁵ E i risultati di *SaniRegio* porranno sia Umbria che Marche vicinissime alla frontiera efficiente. Addirittura l'Umbria al di sopra della frontiera efficiente.

Il modello *SaniRegio* di Cerm⁶ seleziona una serie di variabili che originano e influenzano la spesa sanitaria. Queste variabili esplicative sono riconducibili a quattro gruppi: socio-economiche (Pil, tasso di attività e di occupazione, titoli di studio, composizione del nucleo familiare, etc.); demografiche (struttura per sesso e fasce di età, tassi di mortalità per età, etc.); degli stili di vita (scelte alimentari, consumo di alcolici, abitudine al fumo, etc.); e della dotazione di capitale fisico (densità di posti letto ordinari e in *day hospital*, disponibilità Tac e Rm, etc.) ed umano (medici, infermieri, odontoiatri del Ssn in proporzione alla popolazione residente). Per tutte queste variabili esplicative, è stimato (con tecnica *panel* ad effetti fissi) un coefficiente medio di impatto, che può essere interpretato come *standard* poiché sintetizza l'impatto sulla spesa di tutte le singole Regioni. I coefficienti medi di impatto possono essere anche letti come particolari medie (ottenute attraverso un processo di stima) che sintetizzano la diversa capacità dei governi regionali di fronteggiare/gestire le situazioni di bisogno sanitario.

Applicando i coefficienti medi alle singole Regioni si ottiene un valore di spesa sanitaria regionale *standardizzato*; nel senso che questo dato esprime quella che sarebbe stata la spesa se la Regione avesse condiviso, assieme a tutte le altre, gli stessi coefficienti di impatto delle variabili esplicative. La spesa *standardizzata* può essere confrontata con la spesa di contabilità. Ma, prima di procedere a questo confronto, è necessario includere nell'analisi la dimensione della qualità delle prestazioni. Per fare questo, *SaniRegio* è provvisto di un indicatore sintetico che raggruppa circa cinquanta variabili di qualità diretta e indiretta: di *outcome*, di soddisfazione percepita dai cittadini, di mobilità attiva/passiva, di rischio di ricadute e di complicanze dopo la fruizione di una prestazione.

La *Tavola 3* riepiloga il confronto tra la spesa *pro-capite* di contabilità, la spesa *standardizzata*, e la spesa *standardizzata* e corretta per il livello qualitativo. In 9 Regioni dovrebbe avvenire, sulla base del *benchmarking* di *SaniRegio*⁷, una correzione a doppia cifra; e tra queste, 6 sono attualmente coinvolte da piano di rientro da *deficit* e debito accumulato nella gestione del Ssr. Spiccano il 31,9% della Campania, il 24,7% della Sicilia, il 23% della Puglia, il 17,1% del Lazio e del Trentino Alto Adige, il 14,1% della Liguria, il 13% dell'Abruzzo, il 12,4% del Molise, l'11,1% della Calabria. Questi aggiustamenti vanno letti in controluce al livello di qualità delle prestazioni. Campania, Sicilia, Puglia, Lazio e Campania, oltre a spendere troppo per la qualità che forniscono, sono anche le Regioni con l'indicatore sintetico di qualità peggiore: mediamente meno della metà rispetto a Regioni ad alta qualità come Umbria, Marche, Toscana, Piemonte.

Tra le 9 Regioni con aggiustamenti a doppia cifra, 6 sono del Mezzogiorno, due del Nord (Trentino Alto Adige e Liguria) e una del Centro (Lazio).

⁶ Per una descrizione di maggior dettaglio ed approfondimento, cfr. "Dentro la 'scatola nera' delle differenze regionali", Quaderno Cerm n. 2-2009.

⁷ A parità di livello di qualità corrente.

Tavola 1 - La spesa sanitaria pubblica *pro-capite* di parte corrente delle Regioni: media 1997-2006 e tasso di crescita medio annuo; valori in Euro costanti 2000





	spesa <i>pro-capite</i> media su 1997-2006 (Euro 2000)	differenza % rispetto alla media Italia	tasso di crescita medio annuo
Basilicata	1.126	-9,41%	4,40%
Puglia	1.150	-7,48%	3,90%
● Sicilia	1.155	-7,08%	6,40%
● Calabria	1.158	-6,84%	3,50%
→ Lombardia	1.207	-2,90%	3,30%
● Campania	1.215	-2,25%	3,80%
→ Veneto	1.216	-2,17%	2,60%
Sardegna	1.234	-0,72%	4,00%
Marche	1.235	-0,64%	3,20%
Piemonte	1.251	0,64%	4,00%
Toscana	1.253	0,80%	2,90%
● Abruzzo	1.265	1,77%	4,40%
Umbria	1.266	1,85%	3,10%
Friuli Venezia Giulia	1.267	1,93%	2,50%
Emilia Romagna	1.300	4,59%	2,30%
● Molise	1.304	4,91%	5,20%
● Lazio	1.395	12,23%	5,00%
● Liguria	1.423	14,48%	2,40%
Trentino Alto Adige	1.439	15,77%	3,10%
Valle d'Aosta	1.451	16,73%	2,40%
Italia	1.243		3,70%

	Sud e Isole
	Centro
	Nord
●	Regione attualmente coinvolta da piano di rientro

fonte: elaborazioni Cerm su dati Istat

Tavola 2 - La spesa sanitaria pubblica pro-capite di parte corrente delle Regioni: anno 2007; valori in Euro correnti 2007 ⁸

	spesa pro-capite media (Euro 2007)	differenza % rispetto alla media Italia	differenza di ranking rispetto alla Tavola 1
Marche	1.601	-6,01%	-8
➔ Lombardia	1.633	-4,12%	-3
Sardegna	1.634	-4,10%	-5
➔ Veneto	1.638	-3,87%	-3
Puglia	1.641	-3,64%	3
Basilicata	1.653	-2,98%	5
Umbria	1.657	-2,73%	-6
Campania	1.663	-2,38%	2
Sicilia	1.666	-2,21%	6
Toscana	1.687	-0,94%	-1
Emilia Romagna	1.697	-0,36%	-4
Piemonte	1.709	0,31%	2
Friuli Venezia Giulia	1.714	0,59%	-1
Abruzzo	1.730	1,55%	2
Calabria	1.808	6,16%	11
Liguria	1.881	10,45%	-2
Trentino Alto Adige	1.904	11,78%	-2
Valle d'Aosta	1.914	12,36%	-2
Lazio	1.925	13,00%	2
Molise	1.947	14,31%	4
Italia	1.703		

	Sud e Isole
	Centro
	Nord
	Regione attualmente coinvolta da piano di rientro

fonte: elaborazioni Cerm su dati Istat

⁸ Per dettagli sui piani di rientro dai disavanzi sanitari accumulati, cfr. "Relazione Unificata sull'Economia e la Finanza Pubblica per il 2009", pag. 180.

Tavola 3 - Spesa sanitaria *pro-capite* e aggiustamenti necessari tenendo conto sia della *standardizzazione* della spesa che del *ranking* di qualità

	valori di contabilità sanitaria -- spesa <i>pro-capite</i> effettiva, media 1997-2006 (Euro 2000) [a]	valori stimati -- aggiustamento necessario in virtù di <i>standardizzazione</i> e di qualità offerta [b]	valori stimati -- spesa <i>pro-capite</i> efficiente (in Euro 2000) [a-b]	valori stimati -- aggiustamento in percentuale della spesa effettiva [(a-b)/a]
Campania ●	1.215	388	827	31,9%
Sicilia ●	1.155	285	870	24,7%
Puglia	1.149	264	885	23,0%
Lazio ●	1.395	238	1.157	17,1%
Trentino Alto Adige	1.439	246	1.193	17,1%
Liguria ●	1.423	200	1.223	14,1%
Abruzzo ●	1.265	164	1.101	13,0%
Molise ●	1.303	161	1.142	12,4%
Calabria	1.157	129	1.028	11,1%
Basilicata	1.125	102	1.023	9,1%
Valle d'Aosta	1.451	128	1.323	8,8%
Sardegna	1.233	77	1.156	6,2%
Toscana	1.253	33	1.220	2,6%
Veneto	1.215	30	1.185	2,5%
Emilia Romagna	1.300	25	1.275	1,9%
Marche	1.234	19	1.215	1,5%
Lombardia	1.206	11	1.195	0,9%
Piemonte	1.250	6	1.244	0,5%
Friuli Venezia Giulia	1.266	-20	1.286	-1,6%
Umbria	1.266	-36	1.302	-2,8%

	Sud e Isole
	Centro
	Nord
●	Regione coinvolta da piano di rientro

fonte: elaborazioni Cerm

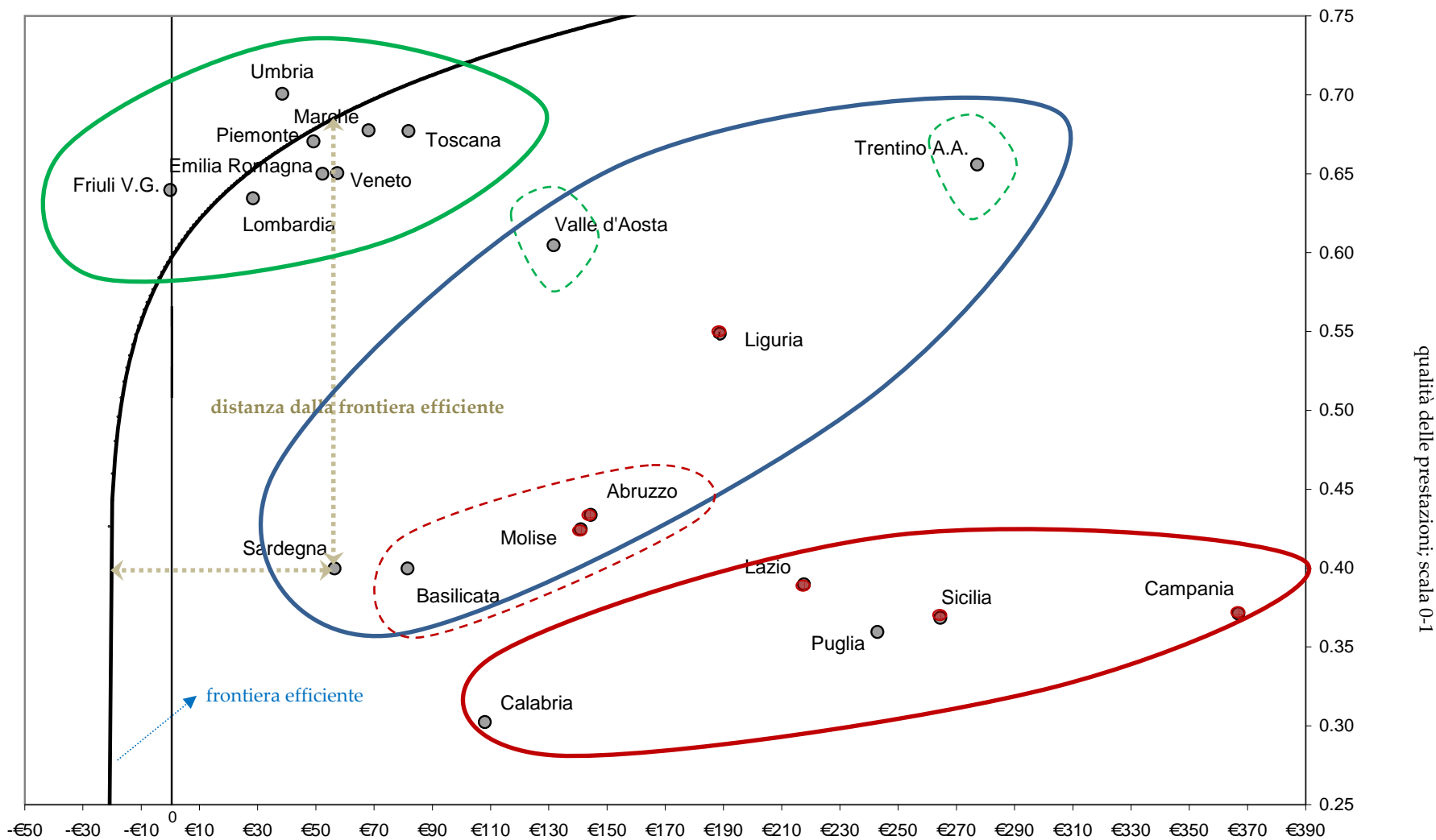
Il *Grafico 1* propone una visualizzazione delle Regioni secondo lo scostamento dallo *standard* e il livello di qualità. Si identificano tre gruppi. Le Regioni che, nonostante uno scarto significativo dallo *standard* di spesa, hanno una bassa qualità delle prestazioni: Campania, Sicilia, Puglia, Lazio e Calabria. Le Regioni che pur mostrando scarti di spesa dallo *standard*, riescono a fornire una qualità un po' più elevata, ma con un rapporto di scambio insufficiente: Sardegna, Basilicata, Molise, Abruzzo, Valle d'Aosta, Liguria e Trentino Alto Adige. All'interno di questo gruppo, Basilicata, Molise e Abruzzo appaiono *borderline* verso il basso; la Valle d'Aosta *borderline* verso l'alto; mentre il Trentino Alto Adige ha una sovraspesa troppo elevata per la qualità che riesce a realizzare. Infine, le Regioni che sono prossime alla frontiera efficiente (e che concorrono a definirla): Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Umbria, Marche e Toscana.

L'esercizio di *benchmarking* può essere utilmente esteso dai valori *pro-capite* ai valori aggregati. Se nel 2007 e nel 2008 tutte le Regioni fossero state aderenti alla frontiera efficiente, a parità di prestazioni offerte le risorse assorbite sarebbero state, nell'aggregato Italia, inferiori di oltre 11 miliardi di Euro all'anno, equivalenti a più dello 0,7% del Pil (*Tavola 4* e *Tavola 5*). Risorse equivalenti a più di un decimo della spesa sanitaria pubblica Ssn, che potrebbero essere riversate nel sistema sanitario per aumentarne la qualità e la copertura dei bisogni.

Il *Grafico 2* propone un riepilogo della sovraspesa aggregata. Circa il 70% si concentra nel Mezzogiorno; il 18,7 al Centro e il 12,3 al Nord. Nel Mezzogiorno, la sovraspesa origina per la più parte in 3 Regioni: Campania (39,7), Sicilia (26,5) e Puglia (20,7). La sovraspesa del Centro nasce quasi del tutto nel Lazio (circa il 90%). Nel Nord, le Regioni più disallineate sono la Liguria (32,4% del totale) e il trentino Alto Adige (26%); seguono Veneto (15,2), Lombardia ed Emilia Romagna (10,9), Piemonte (2,9), e Valle d'Aosta (1,5 circa).

Come interpretare questi risultati sul piano di *policy*? E, soprattutto, come valorizzarli per concretizzare il riferimento a costi e fabbisogni *standard* della Legge n. 42-2009?

Grafico 1 - La frontiera efficiente della spesa sanitaria pubblica *pro-capite*
Per rispondere alla domanda: quanto la maggior spesa rispetto al livello *standardizzato* è dedicata a promuovere qualità?



scostamenti rispetto alla spesa sanitaria pubblica *pro-capite* standardizzata: differenze rispetto al F. V. G. (Regione a scostamento minore); medie 1997-2006, Euro 2000

fonte: elaborazioni Cerm

Tavola 4 - I risparmi aggregati se tutte le Regioni si posizionassero sulla frontiera efficiente; valori al lordo della mobilità interregionale

	valori di contabilità sanitaria -- spesa pubblica di parte corrente, milioni di Euro, 2007	valori di contabilità sanitaria -- spesa pubblica di parte corrente, milioni di Euro, 2008	valori efficienti stimati -- spesa pubblica di parte corrente, milioni di Euro, 2007	valori efficienti stimati -- spesa pubblica di parte corrente, milioni di Euro, 2008	valori stimati -- risparmi di spesa che sarebbero stati possibili nel 2007, milioni di Euro	valori stimati -- risparmi di spesa che sarebbero stati possibili nel 2008, milioni di Euro
Campania ●	9.709,89	9.689,16	6.612,44	6.598,32	3.097,45	3.090,84
Sicilia ●	8.327,09	8.344,96	6.270,30	6.283,75	2.056,79	2.061,21
Puglia	6.751,08	7.022,01	5.198,33	5.406,95	1.552,75	1.615,06
Lazio ●	10.856,29	11.092,91	8.999,86	9.196,02	1.856,43	1.896,89
Trentino Alto Adige	2.008,18	2.104,17	1.664,78	1.744,36	343,40	359,81
Liguria ●	3.097,60	3.179,04	2.660,84	2.730,80	436,76	448,24
Abruzzo ●	2.330,40	2.337,79	2.027,45	2.033,88	302,95	303,91
Molise ●	621,93	651,37	544,81	570,60	77,12	80,77
Calabria	3.254,50	3.320,89	2.893,25	2.952,27	361,25	368,62
Basilicata	970,69	1.012,20	882,36	920,09	88,33	92,11
Valle d'Aosta	246,89	260,75	225,16	237,80	21,73	22,95
Sardegna	2.705,60	2.816,25	2.537,85	2.641,64	167,75	174,61
Toscana	6.402,59	6.642,30	6.236,12	6.469,60	166,47	172,70
Veneto	8.105,13	8.425,67	7.902,50	8.215,03	202,63	210,64
Emilia Romagna	7.627,53	7.937,45	7.482,61	7.786,64	144,92	150,81
Marche	2.525,16	2.636,85	2.487,28	2.597,30	37,88	39,55
Lombardia	16.167,36	16.677,81	16.021,85	16.527,71	145,51	150,10
Piemonte	7.728,72	8.067,65	7.690,08	8.027,31	38,64	40,34
Friuli Venezia Giulia	2.154,71	2.328,09	2.154,71	2.328,09	-	-
Umbria	1.501,65	1.556,79	1.501,65	1.556,79	-	-
Italia	103.092,98	106.104,10	91.994,24	94.824,95	11.098,75	11.279,16
% Pil Italia	6,67%	6,75%	5,95%	6,03%	0,72%	0,72%

risparmi aggregati	2007	2008
% Pil Italia	0,72%	0,72%
miliardi di Euro	11,1	11,3

fonte: elaborazioni Cerm





	Sud e Isole
	Centro
	Nord
	Regione coinvolta da piano di rientro

Tavola 5 - I risparmi aggregati se tutte le Regioni si posizionassero sulla frontiera efficiente; valori al netto della mobilità interregionale

	valori di contabilità sanitaria -- spesa pubblica di parte corrente, milioni di Euro, 2007	valori di contabilità sanitaria -- spesa pubblica di parte corrente, milioni di Euro, 2008	valori efficienti stimati -- spesa pubblica di parte corrente, milioni di Euro, 2007	valori efficienti stimati -- spesa pubblica di parte corrente, milioni di Euro, 2008	valori stimati -- risparmi di spesa che sarebbero stati possibili nel 2007, milioni di Euro	valori stimati -- risparmi di spesa che sarebbero stati possibili nel 2008, milioni di Euro
Campania ●	9.990,36	9.969,64	6.803,43	6.789,32	3.186,92	3.180,31
Sicilia ●	8.525,78	8.543,66	6.419,91	6.433,37	2.105,87	2.110,28
Puglia	6.926,06	7.196,98	5.333,06	5.541,68	1.592,99	1.655,31
Lazio ●	10.811,74	11.048,36	8.962,93	9.159,09	1.848,81	1.889,27
Trentino Alto Adige	2.017,58	2.113,58	1.672,57	1.752,15	345,01	361,42
Liguria ●	3.115,34	3.196,78	2.676,08	2.746,04	439,26	450,75
Abruzzo ●	2.333,77	2.341,16	2.030,38	2.036,81	303,39	304,35
Molise ●	600,09	629,53	525,67	551,47	74,41	78,06
Calabria	3.477,57	3.543,96	3.091,56	3.150,58	386,01	393,38
Basilicata	1.009,77	1.051,27	917,88	955,61	91,89	95,67
Valle d'Aosta	263,28	277,14	240,11	252,75	23,17	24,39
Sardegna	2.767,44	2.878,09	2.595,85	2.699,65	171,58	178,44
Toscana	6.296,00	6.535,71	6.132,30	6.365,79	163,70	169,93
Veneto	8.005,27	8.325,80	7.805,13	8.117,65	200,13	208,14
Emilia Romagna	7.300,07	7.609,98	7.161,37	7.465,39	138,70	144,59
Marche	2.568,37	2.680,06	2.529,84	2.639,86	38,53	40,20
Lombardia	15.726,35	16.236,81	15.584,81	16.090,67	141,54	146,13
Piemonte	7.732,12	8.071,05	7.693,46	8.030,69	38,66	40,36
Friuli Venezia Giulia	2.139,35	2.312,73	2.173,58	2.349,73	-	-
Umbria	1.486,33	1.541,46	1.527,94	1.584,62	-	-
Italia	103.092,98	106.104,10	91.877,90	94.712,93	11.290,57	11.470,98
% Pil Italia	6,67%	6,75%	5,94%	6,03%	0,73%	0,73%

risparmi aggregati	2007	2008
% Pil Italia	0,73%	0,73%
miliardi di Euro	11,3	11,47

fonte: elaborazioni Cerm





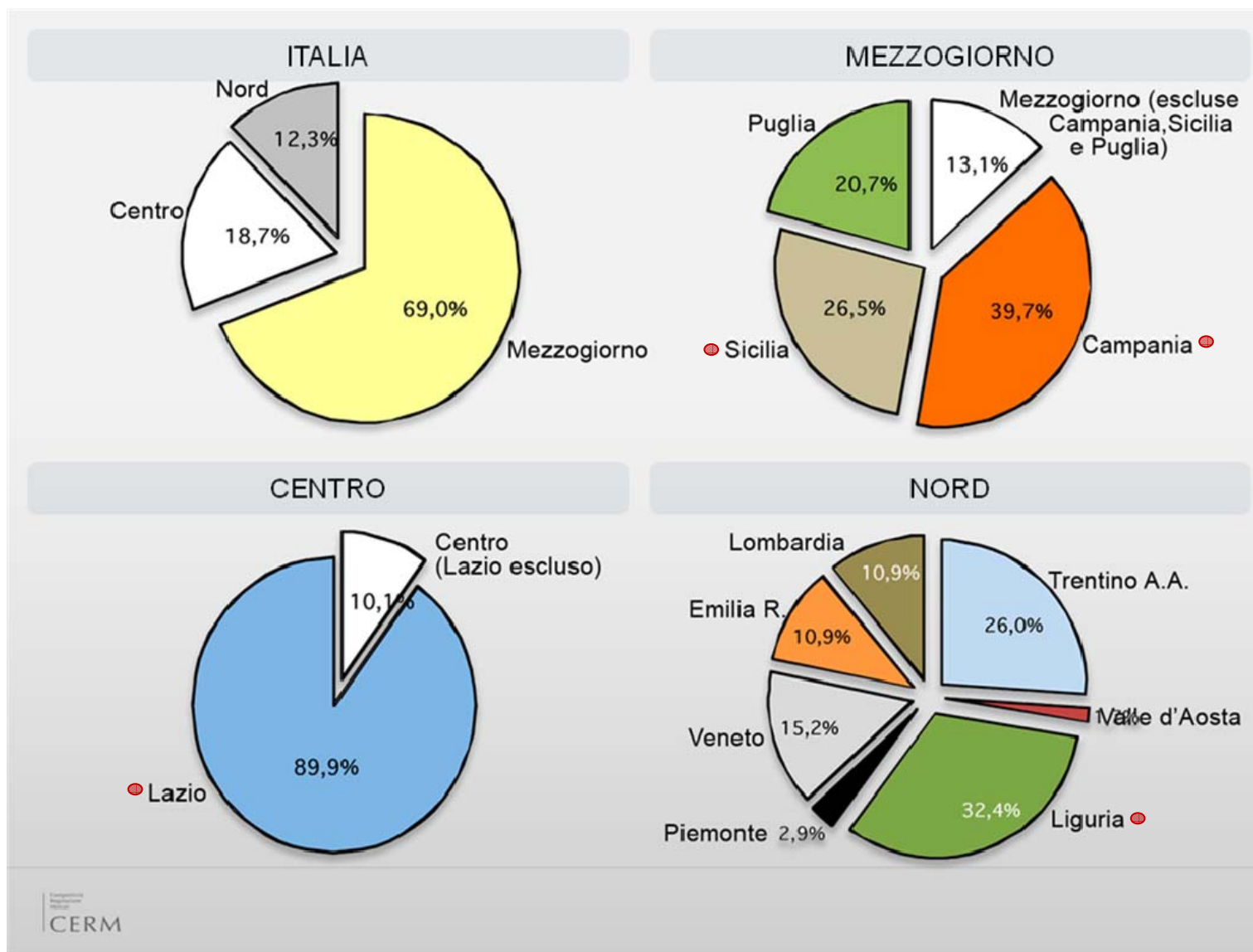
	Sud e Isole
	Centro
	Nord
	Regione coinvolta da piano di rientro

Grafico 2 - Distribuzione geografica degli scostamenti dalla spesa aggregata efficiente



2. Indicazioni per la sanità federalista

Come interpretare i risultati di *SaniRegio* sul piano di *policy*? E, soprattutto, come valorizzarli per concretizzare il riferimento a costi e fabbisogni *standard* della Legge n. 42-2009?

È necessaria una lettura *cum granu salis*, e per varie ragioni. In primo luogo, perché i dati di spesa di partenza, quelli dei bilanci delle Asl e delle Ao, non rispondono a principi contabili omogenei e, in alcuni casi, non sono il frutto di sistemi contabili sufficientemente affidabili, sia nella fase di rilevazione delle poste che di aggregazione e consolidamento⁹; anche se questa osservazione potrebbe anche lasciar immaginare diversità interregionali persino più acute. In secondo luogo, perché sia il gruppo delle variabili esplicative per la *standardizzazione*, sia il gruppo delle variabili utilizzate per la correzione della qualità, sono aperti anche a scelte diverse da quelle operate in *SaniRegio*. Infine, perché aggiustamenti delle proporzioni descritte non possono essere subitanei, ma dovrebbero essere realizzati dopo un percorso di convergenza di cui vanno discussi e definiti i termini (il problema è tutt'uno con quello della determinazione degli *standard*).

Fatte queste precisazioni, è direttamente l'ordine di grandezza delle differenze regionali ad essere di rilievo per la *policy*, oltre alle due ricorrenze empiriche: quella che vede le Regioni con la più elevata correzione di spesa essere anche le stesse coinvolte da piano di rientro; e quella che associa la presenza di sovraspesa (rispetto allo *standard* derivante dal *benchmarking*) alla bassa qualità delle prestazioni.

I risultati appena descritti fanno comprendere:

- l'entità delle risorse coinvolte;
- l'urgenza di avviare un percorso di convergenza su più livelli: costi unitari di erogazione delle prestazioni, qualità delle stesse, responsabilizzazione nell'allocazione delle risorse tra capitoli di spesa (scelta delle prestazioni da attivare)¹⁰;
- l'entità della parte dei flussi di perequazione delle risorse tra Regioni che, allo stato attuale, è a rischio di andare a coprire inefficienze di vario genere, e distolta dall'obiettivo di promuovere i livelli essenziali¹¹.

⁹ Sul punto, *cfr.* Nota Cerm n. 12-2006 (*cit.*).

¹⁰ Anche lungo questa terza dimensione, è necessario far progredire la responsabilizzazione delle Regioni, delle Asl e delle Ao. Anzi, è proprio questa dimensione che meglio si presta a concretizzare quel principio di sussidiarietà che in sanità risulta essenziale per attivare le prestazioni o le combinazioni di prestazioni che meglio incontrano i bisogni specifici emergenti sul territorio. Inoltre, i livelli essenziali in sanità sono un sottogruppo dei livelli essenziali in cui, allo stato attuale della normativa, si trovano anche i livelli essenziali socio-sanitari e i livelli essenziali sociali (*cfr. Figura 1*). Le prestazioni inerenti questi livelli spesso vedono attivati contemporaneamente profili sanitari e sociali, e coinvolte sia le strutture del Ssr sia quelle dei Comuni e degli Enti Locali. Questa natura complessa dei livelli essenziali, sia nell'attribuzione delle responsabilità di normare sia delle responsabilità operative, rende difficilmente ipotizzabile che l'offerta ottimale delle singole prestazioni possa essere uniforme sul territorio nazionale (anche con l'applicazione di parametri di *risk adjustment*) e prescindere da scelte valutate e coordinate su base regionale e locale.

¹¹ Questo punto è di primaria importanza, perché in un Paese con aspirazioni federaliste e nel contempo segnato da un divario economico territoriale così profondo come l'Italia, i flussi di perequazione trovano la loro ragione d'essere e anche la loro sostenibilità politica nella misura in cui la redistribuzione delle risorse effettivamente va a promuovere l'accesso alle prestazioni fondamentali (costituzionali) e il *catching-up* nello sviluppo economico-sociale. Sostenibilità economica e sostenibilità politica sono due facce della stessa medaglia in un Paese dal forte divario territoriale e che aspira ad un federalismo solidale. A questo proposito, *cfr.* le considerazioni finali in Pammolli F. e N. C. Salerno (2006), "Il copayment a difesa del sistema sanitario universale", Nota Cerm n. 8-2006.

Come avviare il percorso di convergenza? Quali *benchmark* adottare per suddividere tra le Regioni il complesso delle risorse dedicate alla sanità a livello Paese, e come far sì che le Regioni assumano piena responsabilità dei risultati della loro *governance* della sanità?

3. Considerazioni sul metodo di definizione degli *standard*

Sugli *standard* di spesa si confrontano da tempo due “scuole di pensiero”: quella che propone una loro determinazione dal “basso”, con microfondazione nelle singole prestazioni sanitarie o in gruppi di prestazioni di elevato dettaglio; e quella che, invece, propone di seguire un approccio di tipo macro, con ricorso ad indicatori di fabbisogno di prestazioni¹², che poi, utilizzati in funzione di ponderazione, permettono di allocare le risorse sia tra macrocapitoli di spesa sia tra territori. La prima soluzione può essere definita di tipo deduttivo, perché dai costi delle singole prestazioni mira a costruire gli aggregati dei fabbisogni finanziari ammissibili. La seconda soluzione può essere definita di tipo induttivo, perché rinuncia al percorso dal particolare all’aggregato, e si affida a rilevazioni di fattori che incidono sui bisogni per inferire, indirettamente, le necessità di risorse.

Le due soluzioni sono molto diverse tra loro, non solo nella logica, ma anche negli strumenti tecnici necessari al loro funzionamento, nelle modalità di interazione tra livelli di governo che rendono praticabili, oltre che nei tempi con cui potrebbero supportare l’avvio di un processo di transizione delle Regioni verso il *benchmark* di efficienza.

Bisogna da subito precisare che lo strumento *SaniRegio* sicuramente non rientra all’interno delle soluzioni microfondate e deduttive, ma neppure può essere un esempio di implementazione dell’approccio macro e induttivo. Non è proponibile che la fissazione degli *standard* avvenga attraverso un procedimento di stima così complesso agli occhi non specialisti, e così aperto anche alla opinabilità delle scelte riguardanti le variabili esplicative. *SaniRegio*, lo si è detto, ha una forte valenza euristica, poiché getta luce sulla dimensione macroscopica dei divari regionali di efficienza, così sottolineando l’urgenza di approntare delle soluzioni percorribili. Non può, tuttavia, essere esso stesso la soluzione¹³.

3.1 Criticità degli *standard* “dal basso”

Prima di discutere di quale possa essere una implementazione dell’approccio macro e deduttivo, è utile svolgere alcune considerazioni su quello deduttivo e aspirante alla microfondazione. La lettera della Legge n. 42-2009 sembra, a prima lettura, suggerire proprio questo approccio, citando i costi *standard* e il fabbisogno *standard*¹⁴; inoltre, esso parrebbe

¹² Struttura demografica, tassi di mortalità *standardizzati*, distribuzione dell’accesso alle prestazioni per fascia età-sesso su scala nazionale, distribuzione del consumo di farmaci per fascia età-sesso su scala nazionale, distribuzione dei ricoveri orinari e in *day hospital* su scala nazionale, etc.. Le distribuzioni su scala nazionale da applicare, poi, alla struttura demografica specifica di ogni Regione.

¹³ La stessa cosa può dirsi di tutta la modellistica complessa applicata al *benchmarking* regionale.

¹⁴ Fabbisogno da intendersi come costo efficiente unitario moltiplicato per la quantità efficiente della prestazione sanitaria.

quello più intuitivo in una prospettiva di contabilità aziendale, con la rilevazione analitica dei costi efficienti e la loro aggregazione a formare le poste di un virtuale bilancio efficiente. Tuttavia, non mancano difficoltà operative e anche possibili aspetti di contrasto con i principi del federalismo e della sussidiarietà:

- Come si è già detto, la contabilità delle Asl e delle Ao non ha un livello sufficiente di affidabilità e di comparabilità per permettere che gli *standard* vengano definiti dal *benchmarking* tra rilevazioni di costi per unità di prestazione. Alcune aziende ospedaliere hanno svolto un meritorio lavoro di riordino della contabilità e sono pronte a dar conto dei costi unitari di ogni singolo atto di ricovero. Ma per adesso restano un sottoinsieme limitato e anche abbastanza circoscritto territorialmente; dal *benchmarking* tra di loro non possono ancora essere estratti valori di riferimento da applicare su scala nazionale¹⁵;
- Ma, anche si disponesse di costi unitari maggiormente consolidati e rappresentativi, bisognerebbe affrontare il problema di valorizzare questi dati per dei volumi di prestazioni anch'essi *standard*, ovvero efficienti alla luce alle caratteristiche socio-economiche e demografiche della singola Regione¹⁶. In altri termini, sarebbe necessario svolgere a livello micro quella ponderazione per caratteristiche regionali che è la parte saliente dell'approccio macro ed induttivo. Non solo, quindi, la soluzione microfondata arriverebbe comunque a confrontarsi con la scelta dei criteri di ponderazione ma, dal momento che la stessa ponderazione dovrebbe riguardare non i fabbisogni aggregati o i grandi raggruppamenti di prestazioni, ma le singole prestazioni, essa diverrebbe più complessa e, per forza di cose, anche più opinabile. A tale proposito, non si deve sottovalutare l'importanza che le regole di *standardizzazione* siano condivise¹⁷, il più possibile stabili nel tempo, trasparenti e compatibili con i tempi dell'interazione politica (Stato-Regioni) e della stesura dei documenti di finanza pubblica;
- Inoltre, quanto più minuta è la definizione degli *standard*, tanto più complessa è anche l'attività del loro aggiornamento periodico, di pari passo, non solo all'inflazione settoriale, ma anche al progredire delle tecniche/tecnologie, e al processo di differenziazione delle funzioni di produzione regionali che, auspicabilmente, dovranno specializzarsi per tener conto sia di vincoli/opportunità relativi al bacino territoriale sia della tipologia e della ricorrenza dei bisogni espressi dalla comunità;

¹⁵ Sarebbero valori a rischio di essere poco rappresentativi delle funzioni di produzione delle diverse Asl ed Ao. Infatti, oltre che per grado di efficienza, le funzioni di produzione possono differire per altri aspetti, che vanno dalla scala dimensionale, alle esternalità e complementarità nascenti dal *mix* di prestazioni attivate per incontrare al meglio i bisogni specifici espressi dal territorio, allo stato di partenza della dotazione infrastrutturale, etc.. Tutte differenze che potenzialmente dovrebbero rappresentare il risultato di scelte positive articolate e diversificate sul territorio (in linea coi principi del federalismo e della sussidiarietà), e rispetto alle quali *benchmark* semplicistici e imposti dall'alto funzionerebbero come dei vincoli subottimali.

¹⁶ Non si deve dimenticare, infatti, che la finalità è quella di pervenire ad una quantificazione della spesa sanitaria efficiente, quella ammissibile al finanziamento tramite il Fsn (dove per Fsn si intende il complesso di gettito fiscale devoluto e compartecipato, risorse di perequazione interregionale, più integrazioni a carattere esclusivamente straordinario da parte dello Stato).

¹⁷ È un tassello tecnico che incide direttamente sulle fondamenta politiche del federalismo. Se le regole non sono condivise in partenza, o sono talmente complesse da poter essere facilmente contestate, allora il federalismo perde la capacità di portare trasparenza, di responsabilizzare e stimolare all'efficienza e al buon governo.

- Da quest'ultimo punto di vista (la specializzazione dell'offerta sanitaria regionale), la fissazione di *standard* troppo micro, da applicare uniformemente (anche se previa *risk adjustment*) su tutto il territorio nazionale, può diventare un fattore di sclerotizzazione dell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali. Anche se metodologicamente calcolati dal "basso", nella logica di interazione politica e di governo questi *standard* risulterebbero imposti dall'"alto", in contrasto con le aspirazioni al federalismo e alla sussidiarietà;
- V'è poi il tema della infrastrutturazione, che conta sotto due aspetti interrelati. Da un lato, se è vero che il costo *standard* unitario deve inglobare non solo i costi variabili ma anche i costi fissi attribuiti uniformemente a tutte le prestazioni¹⁸, non si può ignorare che quella degli investimenti e degli ammortamenti rientri tra le parti della contabilità di Asl/Ao che presentano maggiori problemi¹⁹. Dall'altro lato, la quota del costo *standard* riconducibile ai costi fissi non può certo essere uniforme sul territorio nazionale, perché essa dipende sia da fattori di scala/scopo che dallo *status quo* del patrimonio (cfr. *Tavola 6*); quest'ultimo, oltre ad influenzare i rendimenti della funzione di produzione (endogenità da non sottovalutare nella definizione degli *standard*), richiederebbe politiche di investimento differenziate sul territorio, sia nel valore che nella specificità degli *asset*. E, nella misura in cui la quota fissa dei costi *standard* si deve differenziare per territorio, si apre il problema, assolutamente non lieve, di definire quali sono le spese in conto capitale efficienti ed ammissibili al finanziamento;

**Tavola 6 - Indicatore sintetico di
dotazione infrastrutturale in sanità** ²⁰

Nord Ovest	116,4
Nord Est	119,7
Centro	101,8
Mezzogiorno	75,6
<i>Italia</i>	<i>100</i>

- Infine, l'impostazione microfondata e deduttiva deve, per forza di cose, coordinarsi con il vincolo di bilancio e con la disponibilità di risorse aggregate. Questo passaggio, che sovente viene attribuito soltanto all'impostazione macro²¹, non può essere evitato. Anche partendo dai dati di contabilità analitica (con quei problemi sopra sintetizzati), resta da definire il quadro di regole per "aggiustare" la spesa ammissibile a finanziamento per ogni Regione (sulla base di costi e volumi *standard*), e portarla in equilibrio con le risorse programmate per il Ssn (con il valore del Fsn). Più che di coordinamento tra i due lati del finanziamento e della spesa (il processo probabilmente più corretto sul piano politico, cfr. *infra*), in questo caso si tratterebbe proprio di una fase di aggiustamento, dal

¹⁸ È questo l'indirizzo da sempre scelto dal Legislatore.

¹⁹ Persino in sede di bilanci di prima costituzione (al momento della trasformazione delle Usl in Asl) è rimasto eluso il tema di una ricognizione delle infrastrutture secondo principi contabili omogenei e dell'adozione di regole di ammortamento omogenee. Ad oggi, non si può affermare che lo stato patrimoniale di Asl e Ao raffiguri in maniera compiuta e fedele la situazione delle infrastrutture e dei beni di investimento.

²⁰ Fonte: elaborazioni Cerm su Paradisi F. e C. Brunini (2006), "Una tecnica alternativa per la determinazione di una misura sintetica di infrastrutturazione", in *Rivista di Statistica Ufficiale* n. 2-2006, Istat.

²¹ Come fosse solo questa a portare in primo piano il vincolo delle risorse disponibili.

momento che per costruzione la spesa ammissibile sarebbe già data e dovrebbe essere, *ex-post*, ricondotta dentro il vincolo di bilancio. Difficilmente questo aggiustamento potrebbe avvenire chiamando in causa parametri di ponderazione che tengano conto del diverso fabbisogno di prestazioni²²; così facendo, infatti, si introdurrebbe una seconda fase di ponderazione, dopo la prima sui volumi, e potenzialmente in contrasto con la prima sui volumi. La seconda ponderazione riguarderebbe l'aggregato delle prestazioni, mentre la prima, come si è visto, rimarrebbe molto più analitica. La soluzione più realistica per l'aggiustamento rimarrebbe quella dell'identica correzione percentuale applicata agli aggregati di spesa ammissibile regionale (la cosiddetta correzione lineare). Ma, sulle fondamenta incerte su cui si può costruire la *standardizzazione* microfondata valida per tutto il Paese, una correzione a percentuale omogenea appare aggiungere criticità piuttosto che dare completezza allo schema di finanziamento dei Lea.

3.2 Le ragioni della *standardizzazione* sulle macrovariabili di fabbisogno

Ma se l'approccio microfondata (analitico e deduttivo) agli *standard* si scontra con le difficoltà appena esposte, che cosa è possibile argomentare dell'altra soluzione, quella macro e induttiva? Nella logica e nelle sue grandi linee, si tratta dell'approccio formalmente già in vigore, anche se portato avanti con parametri di riferimento troppo spesso cangianti²³ e, soprattutto, derogato attraverso il *bargaining* e le ricontrattazioni tra Stato e Regioni, sia sul complesso delle risorse destinate alla sanità su scala nazionale sia sulla loro ripartizione territoriale.

Se si perfezionasse l'applicazione della quota capitaria ponderata²⁴, le sue regole potrebbero diventare un punto di riferimento stabile per l'interazione politica Stato-Regioni. Il momento di scelta politica a livello nazionale dovrebbe concentrarsi all'inizio e concludersi definitivamente (a meno di eventi straordinari) all'interno della sessione di bilancio, eliminando ogni prassi di aggiustamento *ex-post* che mina la credibilità dei vincoli di bilancio e della programmazione. Ad oggi, circa il 60% delle risorse del Fsn sono allocate in base alla quota capitaria ponderata, mentre le altre rispondono a criteri diversi (quota capitaria semplice, contrattazione di volta in volta, ...)²⁵. Estendere la ponderazione all'integralità del Fsn, con ricorso a parametri condivisi che colgano i differenziali di fabbisogno tra Regioni, permetterebbe di posizionare all'inizio del processo di finanziamento una fase in sé completa, trasparente, che si conclude con l'assegnazione ad ogni Regione delle risorse con cui perseguire i Lea.

²² Misurato indirettamente a partire dalla struttura demografica, dalla distribuzione dei consumi sanitario-farmaceutici per fascia di età-sesso, dai tassi di mortalità, etc..

²³ I parametri per la ponderazione della quota capitaria.

²⁴ Con la quota capitaria ponderata, le risorse stanziare ogni anno per ogni cittadino italiano (il Fsn *pro-capite* o la quota capitaria semplice nazionale) sono distribuite secondo dei criteri di ponderazione che attribuiscono ad ogni Regione un finanziamento *pro-capite* (il Fsr *pro-capite*) più o meno elevato della media Italia a seconda di come si manifestano, all'interno di quella Regione e sempre rispetto alla media Italia, quelle grandezze scelte come indicatori indiretti di fabbisogno sanitario (composizione per sesso-età della popolazione, condizioni economiche, popolosità / densità abitativa, etc.).

²⁵ Sul punto, *cfr.* Scheggi M. (2009), "Costi standard e livelli essenziali di assistenza: problemi applicativi del federalismo nel settore sanitario", mimeo.

Sarebbe un errore vedere in questa soluzione una prevalenza dell'obiettivo di bilancio a scapito di quello dell'adeguatezza delle prestazioni, dal momento che l'interazione politica avverrebbe per definire sia il totale delle risorse del Fsn che la sua ripartizione. È in questo momento politico di scelta che i due obiettivi devono trovare bilanciamento e realizzazione. Definite le regole per individuare i differenziali di fabbisogno delle Regioni, l'interazione tra Stato e Regioni dovrà necessariamente potersi svolgere anche annualmente sul dimensionamento delle risorse dedicate alla sanità su scala nazionale e sul loro proporzionamento rispetto al perimetro dei Lea. Ma questa interazione non dovrà tradursi in una generale ricontrattazione degli stanziamenti (come sinora avvenuto) che finirebbe per minare tutta la nuova impalcatura: gli aggiustamenti annuali dovrebbero trovare valide giustificazioni, e innestarsi su una programmazione del Fsn per quinquennio da mantenere il più possibile ferma.

L'approccio macro e induttivo, attraverso la quota capitaria ponderata applicata a tutto il Fsn, avrebbe quelle caratteristiche di semplicità, indipendenza dalle funzioni di produzione, indipendenza dalla qualità dei sistemi contabili, e anche indipendenza dagli aspetti regolatori su cui ha potestà la Regione²⁶, tali da permettere un avvio anche immediato della transizione, la compatibilità con i tempi dei lavori della Conferenza Stato-Regioni (e del futuro Senato federale), l'inserimento delle nuove regole di finanziamento nel processo di redazione e approvazione dei documenti di finanza pubblica.

Se il ricorso ad una rinnovata quota capitaria ponderata appare soluzione più realistica e percorribile rispetto alla microfondazione degli *standard*, è necessario corredarla di alcune precisazioni, con immediati risvolti sulla operatività di questa stessa soluzione:

- L'applicazione piena della quota ponderata riguarda i rapporti tra Stato e Regioni e tra Regione e Regioni. Al suo interno, poi, ogni Regione deve assumere la piena responsabilità dell'allocazione delle risorse tra Asl e Ao, così come del *mix* di prestazioni attivate per implementare i Lea, degli schemi di regolazione, e dei raccordi tra Lea sanitari, Liveas e Lea socio-sanitari (*cf.* *Figura 1*)²⁷. E, per assolvere a questo compito, ogni Regione deve necessariamente mettere in piedi un sistema di contabilità affidabile, di *benchmarking* tra sue Asl e sue Ao, di valutazione e miglioramento della sua funzione di produzione. Ma quel che avviene all'interno di ogni Regione non può, ovviamente, non avere importanza a livello nazionale, poiché la sostenibilità delle finanze pubbliche del Paese si fonda anche su quella delle finanze pubbliche regionali, e poiché le prestazioni Lea integrano diritti di cittadinanza nazionale. Questo implica che le scelte di *policy* delle Regioni debbano inserirsi in un quadro di compatibilità/coerenza nazionale da accertare anno per anno attraverso la presentazione di veri e propri Programmi di Stabilità regionali²⁸, che devono superare il vaglio della Conferenza Stato-Regioni e dalla cui approvazione possono discendere anche *policy guideline* a carattere cogente.

²⁶ *In primis*, gli schemi di compartecipazione, ma anche quelli di verifica delle prassi prescrittive e terapeutiche dei medici e sensibilizzazione all'efficienza/efficacia dei trattamenti. Le regole del *copay*, per esempio, concorrono a responsabilizzare i cittadini nell'accesso alle prestazioni del Ssr, così contrastando sia i sovraconsumi che gli atteggiamenti di scarsa aderenza alle terapie e alle profilassi.

²⁷ La Regione, in altri termini, è chiamata definitivamente a sviluppare quel ruolo di secondo livello di governo che le viene attribuito dal federalismo politico avviato con la riforma della Costituzione del 2001.

²⁸ Il futuro ruolo dei Dpef regionali? Sul punto, *cf.* Pammolli F. e N. C. Salerno (2009), "La sanità in Italia", ed. Arel – il Mulino.

La certezza delle risorse e l'impossibilità di ricontrattazioni sul Fsn e sulla sua ripartizione sostengono la piena responsabilizzazione delle Regioni²⁹;

- Ai fini del calcolo della quota capitaria ponderata, non può essere ignorato il problema della diversa incidenza dei costi fissi a seconda della scala dimensionale. A questo proposito, nella messa a punto delle regole di ponderazione si dovrebbe pensare all'opportunità di inserire un fattore che possa dar conto della popolosità e della densità di popolazione sul territorio regionale. Avendo cura, però, di rimanere sempre su formulazioni semplici. A regime, un sistema di allocazione delle risorse di questo genere suddividerebbe le risorse disponibili anno per anno in base ai rapporti interregionali di fabbisogno, comprensivi sia della parte riconducibile ai costi variabili che di quella riconducibile ai costi fissi (agli ammortamenti). Dopodiché, a risorse assegnate, ogni Regione diventerebbe artefice e responsabile delle scelte riguardanti sia le modalità di erogazione delle prestazioni, sia il *mix* di prestazioni più idoneo a realizzare i Lea all'interno della propria comunità, sia la realizzazione e il mantenimento delle infrastrutture e delle dotazioni strumentali;
- Ma, prima di giungere al regime, il disegno del finanziamento deve tener conto della profonda disparità di infrastrutturazione, che influenza i rendimenti delle funzioni di produzione, i *mix* di prestazioni erogabili e anche le possibilità di complementarietà/sostituibilità con le prestazioni essenziali a carico di Comuni ed Enti Locali (*cf.* Figura 1). A questo proposito, potrebbe essere presa in esame una soluzione in cui il finanziamento a quota capitaria ponderata (sinora descritto) venga affiancato, durante tutto il periodo di transizione, da programmi di investimento in infrastrutture e dotazioni strumentali, a carico del bilancio dello Stato e sotto una rigorosa regia compartecipata Stato-Regioni. Questi programmi potrebbero rientrare negli interventi speciali di cui all'articolo 16 della Legge n. 42-2009 (*"Interventi di cui al quinto comma dell'articolo 119 della Costituzione"*). Il riassorbimento del *gap* infrastrutturale, attivando di fatto un altro canale redistributivo oltre a quello implicito nella suddivisione a quota capitaria ponderata del Fsn, aumenterebbe la gradualità della transizione e darebbe un segnale che il progetto di federalismo mira alla piena responsabilizzazione dei governi regionali, ma a partire da fondamenta di coesione e solidarietà tra territori. Alla fine della transizione, riassorbito o ridotto significativamente il *gap* infrastrutturale, il finanziamento a regime può assumere la forma della suddivisione del Fsn in base a quota capitaria ponderata, senza distinzione tra risorse a copertura dei costi variabili e risorse a copertura degli ammortamenti (de dedicare al mantenimento di infrastrutture e dotazioni strumentali).

²⁹ Al di là di quelle risorse e di conclamati eventi straordinari, ogni altra esigenza andrà fronteggiata internamente al bilancio regionale.

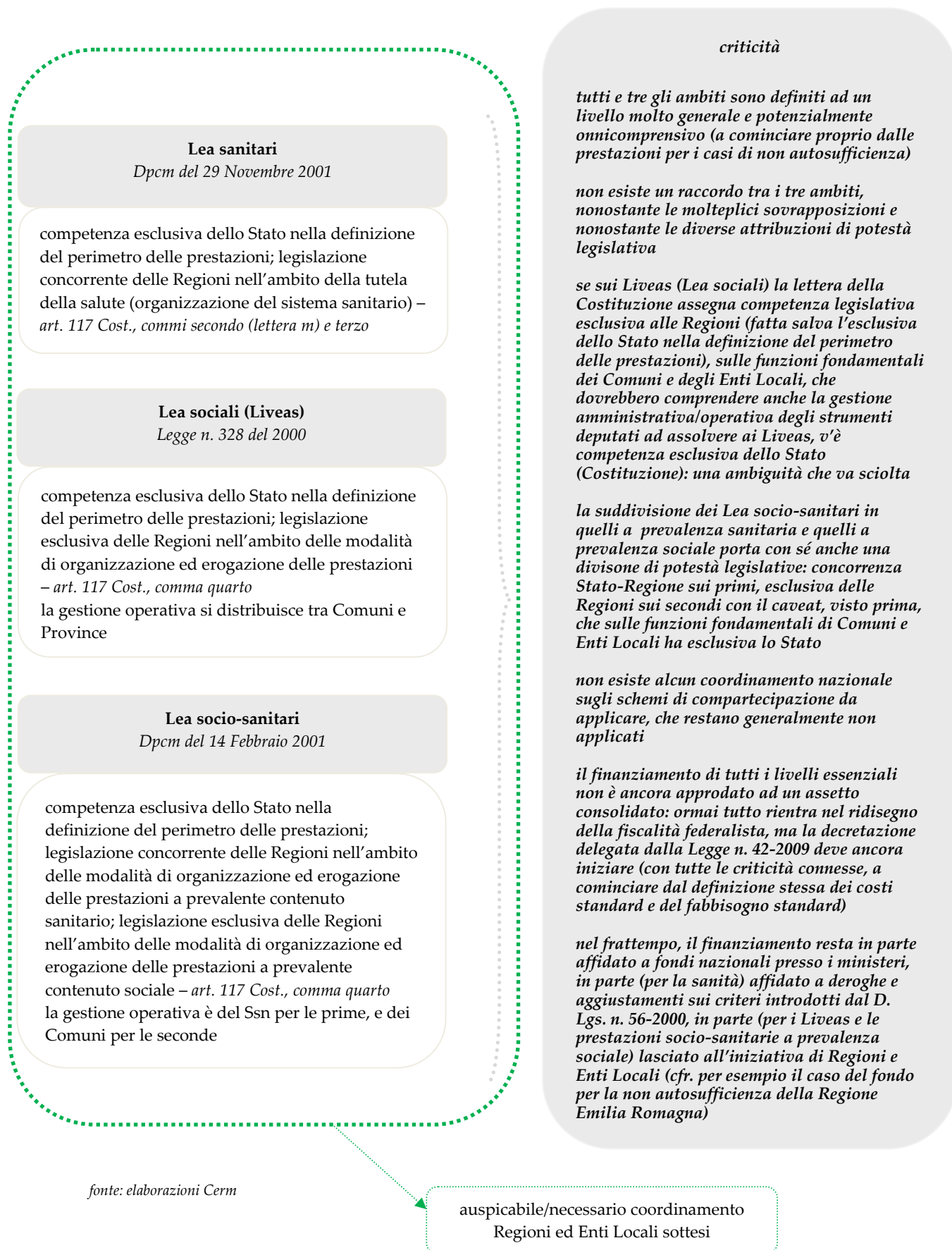
Figura 1 – Il complesso dei livelli essenziali alla ricerca di un criterio di finanziamento federalista

Tavola 6 – I limiti di una microfondazione generalizzata degli *standard*

1. La contabilità non è ancora pronta, e da un *benchmarking* su un sottoinsieme limitato di Ao possono non scaturire valori rappresentativi da applicare su scala nazionale
2. Anche se la contabilità fosse pronta, per tradurre il costo *standard* in un fabbisogno *standard* è necessario fissare degli *standard* anche sui volumi (i consumi efficienti). Per far questo, è ineludibile un passaggio di ponderazione che tenga conto delle caratteristiche regionali. Operare un *risk adjustment* a livello di singola prestazione o di raggruppamenti dettagliati di prestazioni, significa costruire un sistema parametrico troppo fitto e aperto ad opinabilità
3. Al di là del grado di efficienza, le funzioni di produzione regionali possono essere diverse. Anzi, auspicabilmente dovrebbero sempre più differenziarsi e specializzarsi per tener conto della prevalenza dei bisogni espressi dalla comunità, e di vincoli/opportunità presenti sul territorio (connessioni con Liveas e Lea socio-sanitari; *mix* ospedale - territorio; *mix* ricovero - *day hospital*, economie di scala/scopo; ruolo della prevenzione adattata al territorio; etc.). Fissare degli *standard* come se la funzione di produzione fosse unica e condivisa (a meno di un solo fattore di scala), rischia di imporre paletti esogeni in contrasto con i principi del federalismo e della sussidiarietà
4. La microfondazione incontra anche criticità per quanto riguarda la porzione del costo *standard* riconducibile agli ammortamenti. Non può essere la mera attribuzione *pro-quota* degli ammortamenti complessivi (impostazione strettamente contabile), perché nello *standard* è necessario dar conto delle scelte di investimento ottimali (quelli ammissibili a finanziamento attraverso il Fsn). E gli investimenti ottimali dipendono anch'essi dalle caratteristiche regionali (economie di scala/scopo, popolosità, densità abitativa, fattispecie dei bisogni, etc.), oltre che dallo *status quo* della infrastrutturazione
5. Inoltre, la sperequazione infrastrutturale (sia tipologia di *asset* che loro qualità) incide sui rendimenti delle funzioni di produzione e sulla qualità degli *output*. Una endogenità che non va sottovalutata nella fissazione di *standard* di costo. Lo snodo delle infrastrutture è stato tra le ragioni dell'inapplicabilità del primo schema di finanziamento federalista, quello del D. Lgs. n. 56-2000. Infrastrutture insufficienti e vetuste possono generare sovracosti. Se gli *standard* non ne tengono conto e non sono realistici, sono a rischio di credibilità e di *enforcement* (un argomento simile può esser ripetuto anche per la dimensione della qualità)

fonte: elaborazioni Cerm

4. Una proposta operativa

Le considerazioni sin qui esposte inducono a ritenere che i rapporti finanziari tra Stato e Regioni debbano essere sganciati, non solo dai divari di efficienza³⁰, ma anche dalla fattispecie delle loro funzioni di produzione, che sono diverse e, auspicabilmente, dovrebbero diventarlo sempre di più, specializzandosi anche nel rispondere alle esigenze espresse sul territorio dai loro cittadini. In particolare, specializzandosi nelle modalità con cui si completano e complementano i Lea sanitari, i Liveas e i Lea socio-sanitari³¹.

4.1 Finanziamento e *governance* a regime

Come descritto nella *Figura 2*, il rapporto Stato-Regioni si dovrebbe sostanziare in due scelte salienti:

- Il coordinamento tra, da un lato, il perimetro dei Lea sanitari da offrire su tutto il territorio nazionale e, dall'altro, le risorse da dedicare a tale scopo (il Fsn). Questo coordinamento non è stato compiuto nel 2001, al momento del Dpcm di ricognizione dei Lea sanitari³², e non è stato mai affrontato.
- La definizione delle regole per la rilevazione indiretta del diverso fabbisogno di spesa nelle Regioni, sulla base di grandezze economiche, demografiche, di popolosità e densità/dispersione abitativa, di distribuzione per fasce di età dei consumi sanitari. Queste regole dovrebbero annualmente presiedere alla ripartizione del Fsn tra le Regioni.

La prima scelta non equivale, come alcune critiche vorrebbero sostenere, a far prevalere l'esigenza del contenimento della spesa e del rispetto del vincolo di bilancio sul riconoscimento dei diritti di cittadinanza. Si tratta, invece, di una scelta ineludibile, che riguarda l'allocazione delle risorse della comunità nazionale tra funzioni e tra capitoli di spesa, in condizioni che garantiscano la sostenibilità nel tempo del proprio modello di *welfare system*. È un momento fondante, perché quanto più coerenza si riesce a creare all'inizio, nell'"anno zero" del federalismo, tra Fsn e perimetro delle prestazioni offerte, tanto più realistica può essere la programmazione a medio periodo dello stesso Fsn e, di conseguenza, la responsabilizzazione delle Regioni.

La seconda scelta implica la messa a punto di criteri, condivisi e consolidati, per la ripartizione delle risorse disponibili tra Regioni, alla luce di macrovariabili in grado di cogliere i differenziali di fabbisogno. Si tratta, in realtà, di una "ricetta antica", perché la quota capitaria ponderata è formalmente in uso già da diversi anni, ma non è mai stata applicata con la dovuta coerenza:

- i parametri di riferimento sono cambiati e in alcuni periodi anche con frequenza annuale;

³⁰ In modo tale da responsabilizzare le Regioni sul miglioramento degli *standard*.

³¹ È in questa funzione che si concretizza quel ruolo di indirizzo e coordinamento che alla Regione è assegnato dalla riforma federalista del 2001 (che ha individuato nella Regione un vero e proprio secondo livello politico di governo); ruolo che è ribadito dalla Legge n. 42-2009.

³² Il Dpcm del 29 Novembre 2001, "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*", http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_226_allegato.pdf. Di sola ricognizione, in effetti, si è trattato, dal momento che furono incluse nei Lea tutte le prestazioni che a quella data il Ssn forniva, senza alcuno sforzo di raccordo con le risorse disponibili.

- le ricontrattazioni *ex-post* e i ripiani a piè di lista hanno di fatto costantemente derogato alla regola;
- la ponderazione non è mai stata totale (ha riguardato sempre percentuali inferiori al 50%-60% del Fsn complessivo);
- infine, sono stati sinora trattati diversamente il capitolo del finanziamento corrente e quello del finanziamento in conto capitale ma, più che proseguire con questa distinzione, appare adesso di maggior importanza distinguere tra fase a regime e fase di transizione (*cfr. infra*), in quest'ultima includendo anche uno specifico trattamento del divario infrastrutturale.

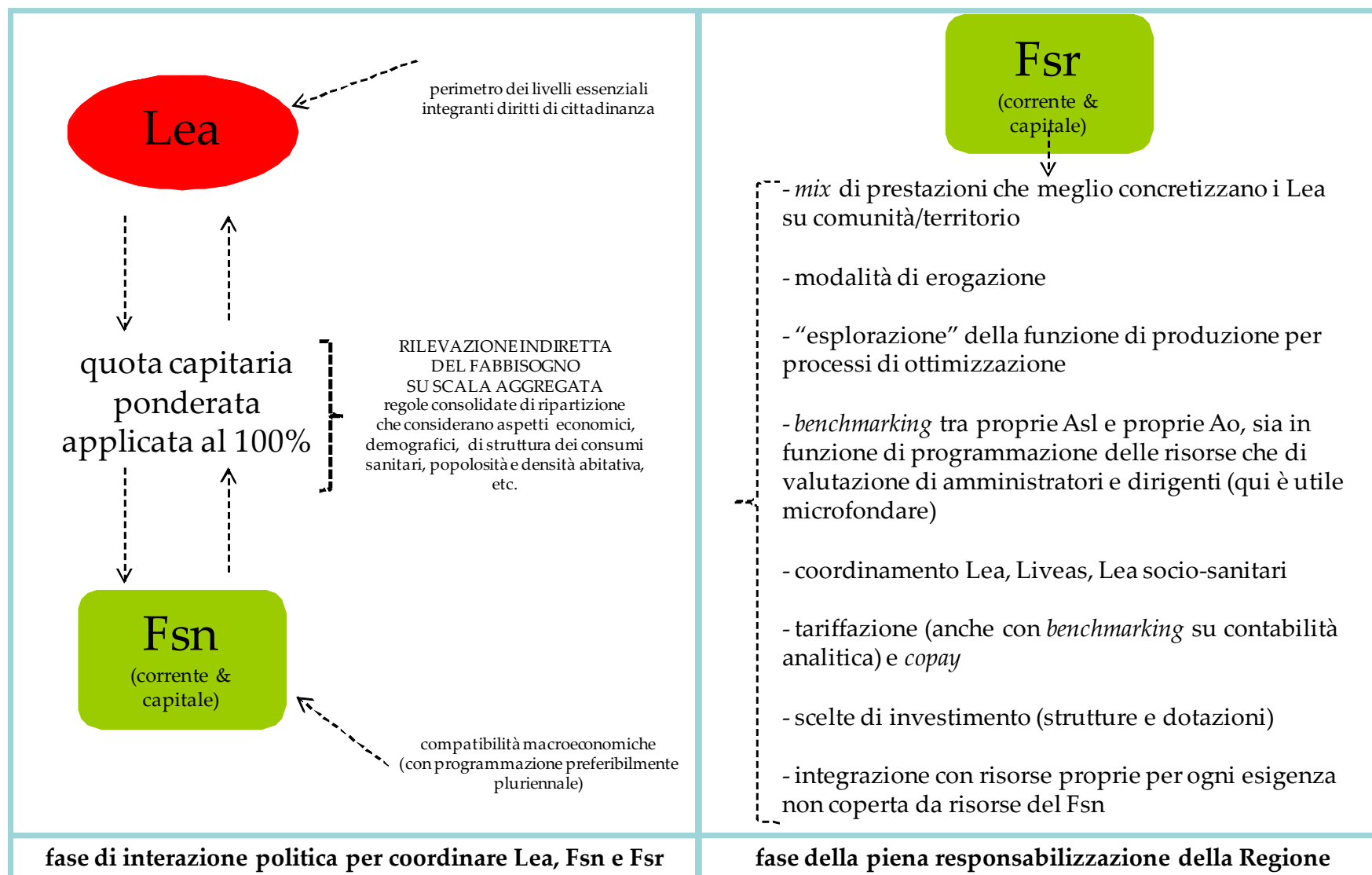
Per quanto riguarda quest'ultimo punto, se si conviene che le funzioni di produzione regionali non sono identiche e, anzi, sono chiamate a differenziarsi sempre di più in una prospettiva di federalismo e sussidiarietà, allora anche le scelte di investimento dovrebbero essere il più possibile assegnate alle Regioni e al coordinamento Regioni - Enti Locali sottesi. Per questo motivo, a regime e al di fuori da eventi straordinari³³, non si intravedono giustificazioni/utilità per differenziare le regole di ripartizione tra Fsn di parte corrente e Fsn di parte capitale (come è stato sinora); anzi, non si intravedono neppure giustificazioni/utilità per mantenere il distinguo corrente/capitale all'interno del complesso delle risorse anno per anno dedicate al perseguimento dei Lea. A regime, ogni Regione, avvalendosi degli stanziamenti annuali a titolo di Fsr, sarà chiamata ad allocare nella maniera migliore quelle risorse sia per finanziare la spesa corrente sia per mantenere, rinnovare e ampliare la propria dotazione infrastrutturale secondo i programmi di sviluppo più adatti al territorio e ai cittadini. Ne deriverebbe una forte incentivazione a mettere ordine nella contabilità regionale per dare pieno significato economico-finanziario alle poste degli ammortamenti³⁴; ma soprattutto a valutare attentamente i piani di investimento, valorizzando vincoli e complementarità/sostituibilità relativi al complesso delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali offerte dalla Regione e dagli Enti Locali sottesi.

Le regole di ripartizione del Fsn devono divenire un parametro il più possibile di struttura. Questo non implica il farne qualcosa di immutabile, ma il limitarne i cambiamenti ai tempi con cui cambiano le parti strutturali di sistema.

³³ Come situazioni che suggerissero di far valere il comma quinto dell'articolo 119 della Costituzione: "*Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni*".

³⁴ La razionalizzazione della contabilità non può essere lasciata alle singole Regioni, ma deve avvenire all'interno di un piano nazionale sulle procedure di omogeneizzazione, verifica e validazione dei dati. Ciò non toglie che, se ogni Regione è responsabilizzata alla buona tenuta dei suoi conti, soprattutto nella parte che riguarda lo stato patrimoniale e l'imputazione degli ammortamenti, raggiungere uno *standard* nazionale di trasparenza e affidabilità diviene obiettivo più facilmente raggiungibile. Tra i tanti *standard* di cui si discute da tempo in sanità (costi, fabbisogno, qualità), troppa poca importanza si continua a dare allo *standard* contabile, anche se è strumento indispensabile di governo.

Figura 2 – Relazioni finanziarie a regime (dopo periodo di transizione)



A valle dell'assegnazione del Fsr, ogni Regione assumerebbe la piena responsabilità dell'andamento e delle *performance* del suo Ssr (secondo quadrante in *Figura 2*) e, in particolare, di:

- *mix* di prestazioni che meglio concretizzano i Lea su territorio/comunità;
- modalità di erogazione (ricovero ordinario, *day-hospital*, ambulatorio, copertura territoriale con servizi a domicilio anche tramite associazioni);
- “esplorazione” della sua funzione di produzione, per sostenere processi di ottimizzazione;
- *benchmarking* tra Asl e Ao, sia in funzione di programmazione/assegnazione delle risorse, sia di valutazione *ex-post* dell'operato di dirigenti e amministratori;
- coordinamento di Lea sanitari, Liveas e Lea socio-sanitari³⁵;
- scelte di tariffazione e di compartecipazione dei cittadini ai costi;
- scelte di investimento in infrastrutture e dotazioni strumentali.

Ogni esigenza finanziaria ulteriore rispetto alla dotazione del Fsr andrebbe, a regime e a meno di situazioni di comprovata straordinarietà, fronteggiata con risorse a carico del bilancio regionale. È un vincolo indispensabile per evitare che la “sindrome dei bilanci soffici” nullifichi il nuovo disegno di finanziamento e di *governance*. Inoltre, è un vincolo indispensabile anche a rendere saliente la fase di interazione politica tra Stato e Regioni nel coordinamento del perimetro dei Lea con le risorse dedicate al Fsn, e nell'individuazione delle nuove regole di ripartizione del Fsn.

È all'interno di ogni Regione, su unità operative (Asl e Ao) che fanno capo alla stessa responsabilità di *governance* e tra di loro più omogenee che su scala nazionale, che possono trovare applicazione schemi di *benchmarking* a partire dai dati di contabilità analitica. Qui è utile, anzi necessario, dare microfondazioni ai rapporti finanziari. Tramite il confronto tra costi medi per prestazione e tra volumi di prestazioni nel tempo (semestre, anno)³⁶, è possibile individuare unità operative “devianti”, e su di loro concentrare operazioni di approfondimento e di *due diligence*. In questa azione, le Regioni con la contabilità di migliore qualità hanno uno strumento in più, e quelle che invece sono in ritardo nella sistemazione della contabilità sono responsabilizzate ad affettarsi a mettersi in regola³⁷.

È all'interno di ogni Regione che dal *benchmarking* tra costi di produzione potrebbero scaturire informazioni utili a definire le tariffe delle singole prestazioni; le stesse tariffe su cui basare gli stanziamenti di risorse dalla Regione (dal Fsr) alle singole Asl e, a cascata, alle singole strutture ospedaliere. Sarebbe finalmente data valenza economico-finanziaria alle tariffe dei

³⁵ A questa funzione di coordinamento rimanda l'articolo 13, lettera g), della Legge n. 42-2009: “[I decreti delegati provvedono alla] definizione delle modalità per cui le Regioni, sulla base di criteri stabiliti con accordi sanciti in sede di Conferenza Unificata, e previa intesa con gli enti locali, possono, avendo come riferimento il complesso delle risorse assegnate dallo Stato a titolo di fondo perequativo ai comuni, alle province e alle città metropolitane inclusi nel territorio regionale, procedere a proprie valutazioni della spesa corrente standardizzata, sulla base dei criteri di cui alla lettera d), e delle entrate standardizzate, nonché a stime autonome dei fabbisogni di infrastrutture; in tal caso il riparto delle predette risorse è effettuato sulla base dei parametri definiti con le modalità di cui alla presente lettera [...]”. E vi rimanda anche l'articolo 17, lettera b): “[I decreti legislativi di cui all'articolo 2, con riguardo al coordinamento e alla disciplina fiscale dei diversi livelli di governo, sono adottati secondo i seguenti principi e criteri direttivi: [...] assicurazione degli obiettivi sui saldi di finanza pubblica da parte delle Regioni che possono adattare, previa concertazione con gli Enti Locali ricadenti nel proprio territorio regionale, le regole e i vincoli posti dal legislatore nazionale, differenziando le regole di evoluzione dei flussi finanziari dei singoli Enti in relazione alla diversità delle situazioni finanziarie esistenti nelle diverse Regioni [...]”.

³⁶ O tramite esercizi à la SaniRegio applicati, invece che su scala nazionale, all'interno della Regione, con unità di osservazione le varie Asl, o addirittura all'interno della singola Asl, con unità di osservazione le strutture ospedaliere. La praticabilità del *benchmarking* dipende, ovviamente, dalla qualità dei dati a disposizione. Un filone di analisi, questo, che andrebbe sviluppato e su cui Cerm intende continuare ad essere presente.

³⁷ Cfr. nota in calce n. 33.

Drg, che dalla loro introduzione sono rimaste incompiute, sia perché non adeguatamente correlate alla contabilità analitica, sia perché non riferite a condizioni di efficienza produttiva del tutto esplicitate, sia perché non adattate alle funzioni di produzione delle singole Regioni³⁸.

4.2 La transizione e la perequazione infrastrutturale

Se i punti descritti nel paragrafo precedente si riferiscono alle relazioni finanziarie e alla *governance* a regime, è necessario affrontare la transizione, snodo critico con cui si è misurato senza successo il D. Lgs. n. 56-2000 (di ridisegno della fiscalità federalista prima della riforma costituzionale).

Tra i punti nevralgici per disegnare il percorso di transizione, tra il *trend* storico di finanziamento e l'assetto a regime, sicuramente compaiono:

- la programmazione su un orizzonte di medio periodo del Fsn; preferibilmente il quinquennio, in linea con l'orizzonte del Documento di Programmazione Economica e Finanziaria;
- le regole per il calcolo della nuova quota capitaria ponderata, con applicazione estesa a tutto il Fsn di parte corrente e capitale;
- il coordinamento tra perimetro dei Lea, dotazione complessiva del Fsn e dotazioni dai singoli Fsr.

Questi tre snodi sono indispensabili a posizionare quell'"anno zero" del federalismo, da cui far partire un processo di convergenza credibile e sostenibile, in un duplice senso: di coerenza tra le risorse disponibili e gli obiettivi da raggiungere (i Lea); e di distacco graduale ma irreversibile dalla spesa storica. Affinché le Regioni siano pienamente responsabilizzate, il processo di convergenza deve essere chiaro, realisticamente affrontabile e condiviso, dal punto di avvio a quello di approdo. E questo può avvenire solo dopo un attento vaglio dei cambiamenti che, rispetto alle tendenze storiche, giungerebbero dall'applicazione della quota capitaria ponderata alle risorse dedicate alla sanità, tenuto anche conto delle scelte che eventualmente fossero compiute sul perimetro dei Lea (verso una sua maggior delimitazione). A tale scopo, appare opportuno che il primo nuovo orizzonte di programmazione del Fsn corrisponda alla durata della transizione, per poi successivamente ridursi al quinquennio coperto dal Dpef. Si potrebbe immaginare un periodo di transizione compreso tra i cinque e i dieci anni, ma auspicabilmente inferiore ai dieci anni, per evitare possibili effetti di "annacquamento" degli stimoli alla razionalizzazione della spesa e alla convergenza.

Parte integrante del processo di transizione dovrebbe essere, nella prospettiva proposta in questa Nota, un programma pluriennale di investimenti in infrastrutture e dotazioni strumentali, a carico del bilancio dello Stato e sotto una rigorosa regia, per realizzare una significativa riduzione del *gap* di capitale fisico disponibile nei vari Ssr (*cfr. Tavola 6*). La regia

³⁸ L'esigenza di microfondazione all'interno delle Regioni non impedisce che alcune Regioni possano impostare i rapporti finanziari con le loro Asl sulla base di indicatori indiretti di fabbisogno (una quota capitaria ponderata, non necessariamente identica a quella che presiede la ripartizione del Fsn), per poi lasciare che siano le Asl a utilizzare la contabilità analitica per il *benchmarking* tra strutture ospedaliere. Questa soluzione rafforzerebbe la funzione di controllo in capo alle Asl, e potrebbe valorizzarle anche come "collettori" di richieste di prestazioni da smistare alle strutture più efficienti (siano esse pubbliche o private convenzionate). Anche su questi spunti, il dibattito dovrebbe approfondirsi rapidamente, perché toccano a vario titolo la decretazione attuativa della Legge n. 42-2009.

centralizzata dovrebbe andare a garanzia che le risorse impegnate vengano destinate esclusivamente allo sviluppo infrastrutturale, e non distolte per altri scopi tra cui il rallentamento del processo di razionalizzazione ed efficientamento della spesa lungo il periodo di transizione. La regia centralizzata non impedisce, tuttavia, di considerare le specifiche esigenze segnalate dalle Regioni e, attraverso queste, anche dagli Enti Locali.

Il riassorbimento del *gap* infrastrutturale rafforzerebbe la sostenibilità e la coerenza del processo di transizione. Da un lato, sarebbe una conferma che il progetto di federalismo italiano intende raggiungere l'obiettivo della piena responsabilizzazione dei governi regionali senza rinunciare alla coesione nazionale. Dall'altro, concorrerebbe a creare le condizioni economico-finanziarie perché le Regioni possano realisticamente portare a buon fine la convergenza e, a regime, prendere in carico la *governance* sia della spesa corrente che della spesa capitale, relegando solo a condizioni di straordinarietà interventi dello Stato aggiuntivi rispetto alla programmazione e allo stanziamento del Fsn.

Articolo 119 della Costituzione

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio.

La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante.

Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite.

Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno un proprio patrimonio, attribuito secondo i principi generali determinati dalla legge dello Stato.

Possono ricorrere all'indebitamento solo per finanziare spese di investimento. È esclusa ogni garanzia dello Stato sui prestiti dagli stessi contratti.

Il programma pluriennale di investimenti sanitari trova le sue basi giuridiche nella Costituzione riformata nel 2001 dove, all'articolo 119, il quinto comma prevede che lo Stato possa effettuare interventi speciali, in favore di Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni, “[...] per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona [...]”. E la Legge n. 42-2009 raccoglie questa possibilità laddove, all'articolo 22 (“Perequazione infrastrutturale”), dispone che venga effettuata “[...] una ricognizione degli interventi infrastrutturali, sulla base delle norme vigenti, riguardanti le strutture sanitarie, assistenziali, scolastiche nonché la rete stradale, autostradale e ferroviaria, la rete fognaria, la rete idrica, elettrica e di trasporto e distribuzione del gas, le strutture portuali ed aeroportuali [...]”]; per poi chiedere che vengano individuati “[...] interventi finalizzati agli obiettivi di cui all'articolo 119, quinto comma, della Costituzione, che tengano conto anche della virtuosità degli Enti nell'adeguamento al processo di convergenza ai costi o al fabbisogno standard [...]”.

La connessione tra perequazione infrastrutturale, convergenza verso la *governance* efficiente, e piena responsabilizzazione delle Regioni, si coglie direttamente nel 119 della Costituzione dove, dopo aver

stabilito che “[...] le risorse derivanti dalle fonti [di entrata proprie, partecipate e da perequazione] consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite [...]”, il Legislatore si premura di inserire proprio il quinto comma che rimanda alla perequazione infrastrutturale. Ma questa connessione si palesa ancor di più nella Legge n. 42-2009 che, non solo chiede di subordinare la perequazione alla virtuosità con cui la Regione / l’Ente sta procedendo nella convergenza (“*adeguamento al processo di convergenza ai costi o al fabbisogno standard*”), ma specifica anche alcuni elementi che dovrebbero guidare l’azione di perequazione³⁹.

La prospettiva che in questa Nota si suggerisce - quota capitaria ponderata applicata al tutto il Fsn senza distinzione di parte corrente e capitale, perequazione infrastrutturale durante la transizione, e piena responsabilizzazione delle Regioni - appare coerente con il sesto comma dell’articolo 119: “*I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno un proprio patrimonio, attribuito secondo i principi generali determinati dalla legge dello Stato*”. Infatti, un unico Fsn, ripartito interamente a quota capitaria ponderata, lascia poi la massima autonomia alle Regioni per la progettazione e la gestione dei propri *asset* sanitari sul territorio. Ed è in questa sfera di autonomia che le Regioni e gli Enti Locali sottesi potranno e dovranno coordinarsi per creare le complementarità migliori tra prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie (le tre categorie dei Lep ricapitolate in *Figura 1*)⁴⁰. Assegnare la proprietà delle strutture e delle dotazioni strumentali direttamente alle Regioni è un passaggio fondamentale per responsabilizzarle alla loro corretta manutenzione e al loro rinnovamento.

4.3 Il coordinamento della programmazione: da Piani di rientro a Piani di governo

Se appare una soluzione impegnativa ma percorribile, quella di combinare un programma di perequazione infrastrutturale con una transizione verso un assetto di finanziamento in cui il Fsn viene allocato interamente a quota capitaria ponderata, senza possibilità di ricontrattazione, questo non esime dal definire delle regole di interazione costante tra Stato e Regioni, sia in fase di programmazione che in fase di valutazione dei risultati. Le Regioni, infatti, non possono essere lasciate completamente indipendenti nella *governance* dei Ssr. Nella proposta avanzata, il federalismo solidale si basa sui flussi di perequazione impliciti nella quota capitaria ponderata e sul riassorbimento del *gap* infrastrutturale. Tutte le Regioni devono impegnarsi all’efficienza, affinché le risorse necessarie a questi due canali di perequazione si rendano disponibili all’interno del vincolo di bilancio pubblico e, soprattutto, vengano valorizzate nel miglior modo possibile. Inoltre, ogni dove sono coinvolti diritti di cittadinanza (come quelli alle prestazioni essenziali), il livello nazionale di governo non può disinteressarsi di ciò che avviene all’interno delle Regioni⁴¹. Tanto più che, per evitare di

³⁹ “[...] La ricognizione è effettuata tenendo conto, in particolare, dei seguenti elementi:

- a) estensione delle superfici territoriali;
- b) valutazione della rete viaria con particolare riferimento a quella del Mezzogiorno;
- c) deficit infrastrutturale e deficit di sviluppo;
- d) densità della popolazione e densità delle unità produttive;
- e) particolari requisiti delle zone di montagna;
- f) carenze della dotazione infrastrutturale esistente in ciascun territorio;
- g) specificità insulare con definizione di parametri oggettivi relativi alla misurazione degli effetti conseguenti al divario di sviluppo economico derivante dall’insularità, anche con riguardo all’entità delle risorse per gli interventi speciali di cui all’articolo 119, quinto comma, della Costituzione [...]”.

Si deve tenere presente che i sopra citati elementi riguardano non solo la sanità, ma il complesso delle dotazioni infrastrutturali pubbliche sul territorio.

⁴⁰ E, all’interno delle prestazioni sanitarie, per responsabilizzare alla scelta delle soluzioni migliori (più adatte ai bisogni dei cittadini) tra ospedalizzazione, sviluppo della rete di assistenza a domicilio e sul territorio, e prevenzione.

⁴¹ Se questo accadesse, lo scenario diverrebbe di vera e propria separazione/secessione.

essere chiamato in causa solo in qualità di *last payer* in condizioni di commissariamento, è interesse del livello nazionale di governo premurarsi di seguire da vicino l'evoluzione dei Ssr, per poter per tempo adottare i necessari correttivi⁴².

Come deve svolgersi il coordinamento Stato-Regioni della programmazione, e la sua conseguente verifica? È un altro snodo nevralgico della *governance* federalista, che abbraccia l'attuazione sia della Legge n. 42-2009 che della Legge n. 196-2009 (la nuova legge di bilancio⁴³), e coinvolge direttamente la riforma del Testo Unico degli Enti Locali⁴⁴.

Il problema di coordinamento Stato-Regioni ricalca, *mutatis mutandis*, quello del coordinamento tra Unione Europea e Paesi *Partner*. Ancorché ancora incompleto e perfettibile, il modello europeo ha già una struttura, fatta sia di strumenti che di modalità e tempi di interazione: i Programmi di Stabilità nazionali, la validazione da parte di Ecofin e della Commissione Europea, le *policy guideline* ai *Partner*. Qualcosa di equivalente dovrebbe nascere tra Stato e Regioni in Italia, dal momento che obiettivi e vincoli sono, sia pure su scala diversa⁴⁵, molto simili: differenziare la *governance* su due livelli, dotando quello più "basso" (più vicino ai cittadini) di ampi poteri di scelta, ma sotto la condizione inderogabile che il mosaico delle autonomie si ricomponga in un quadro di sostenibilità finanziaria e di realizzazione dei doveri di fare che derivano dalle funzioni pubbliche (nel caso specifico i livelli essenziali delle prestazioni).

Sinora i piani sanitari sono stati richiesti alle Regioni inadempienti; sono stati e sono piani di rientro da situazioni di dissesto. Il "cambio di passo" che adesso si dovrebbe compiere consiste nel trasformare questo strumento, sinora utilizzato in via straordinaria ed *ex-post* (a *governance* già compromessa), in uno strumento di programmazione ordinaria, che ogni Regione periodicamente presenta allo Stato e alle altre Regioni per dar conto dell'andamento del proprio Ssr. In queste nuove vesti, il Piano Sanitario svolgerebbe la funzione di guida durante la transizione e poi, a regime, sarebbe il principale strumento di coordinamento e verifica della *policy* tra Stato e Regioni; esattamente come, a livello europeo, i Programmi nazionali sono stati dapprima di convergenza, per poi divenire di stabilità e crescita.

Lungo questa linea d'azione, assieme alla programmazione a medio termine del Fsn, alle nuove regole per l'applicazione integrale della quota capitaria, e al programma di investimenti per il recupero del *gap* infrastrutturale, bisognerebbe, come altra parte integrante della transizione, chiedere che le Regioni presentino ogni anno un Piano Sanitario in cui, a partire dalla quota parte di loro spettanza del Fsn per i successivi cinque anni⁴⁶, devono dar conto della loro capacità di erogare i Lea garantendo la sostenibilità della spesa e i necessari

⁴² Cfr. Pammolli F. e N. C. Salerno (2006), "Sanità tra Stato e Regioni: è ora di discuterne 'realmente'", Editoriale Cerm in data 5 Giugno 2006 (<http://www.cermlab.it/oped/topic/1/item/564562563>). È interesse non solo dello Stato, ma anche di ogni Regione che, così come trae benefici dal buon governo delle altre Regioni (sostenibilità della spesa pubblica, sviluppo ed efficienza che nel tempo rendono meno copiosa la redistribuzione territoriale, etc.), si troverebbe danneggiata (almeno indirettamente) da situazioni di squilibrio (si pensi, per fare un esempio, al rilievo nazionale che hanno assunto i piani di rientro da *deficit*/debito sanitario di Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia).

⁴³ Cfr. http://www.astrid-online.it/Riforma-pr/Normativa/Legge-31_12_09-n196.pdf.

⁴⁴ Cfr. vari documenti dell'Astrid su <http://www.astrid-online.it/-le-trasf/Atti-parla/Carta-dell/index.htm>.

⁴⁵ Cambia il "punto di partenza". A livello europeo il processo si svolge "dal basso verso l'alto", e sono gli Stati che rinunciano a parte della loro autonomia, per autoimporsi dei vincoli di coordinamento e di convivenza (il Trattato dell'Unione). In Italia, il federalismo si pone, invece, come una investitura delle Regioni e degli Enti Locali di più ampie competenze, per avvicinare il *policy maker* e l'amministratore ai cittadini (sussidiarietà) e avvicinare le fonti di entrata a quelle di spesa (responsabilizzazione finanziaria e *accountability*). Al di là di questa differenza (senza dubbio non di poco conto), il problema del coordinamento si pone, soprattutto sulle tematiche della politica economica, in maniera simile.

⁴⁶ L'orizzonte coperto anche dal Programma di Stabilità nazionale.

livelli di qualità dell'offerta. Nel periodo di transizione, i Piani Sanitari dovranno testimoniare anche della reale convergenza dalla spesa storica al nuovo assetto di finanziamento. A regime, svolgeranno il più generale compito di testimoniare che la Regione, con le risorse del Fsr eventualmente integrate da altre risorse proprie, sta svolgendo una *governance* all'altezza della sostenibilità della spesa e della realizzazione dei Lea sul suo territorio.

Il vaglio annuale dei Piani Sanitari avverrebbe ora in Conferenza Unificata e, a trasformazione federalista compiuta, nel nascente Senato Federale. Ogni Piano regionale dovrà ottenere l'approvazione della Conferenza, la quale potrà arrivare anche dopo la richiesta di includervi delle *policy guideline* o degli interventi specifici di cui verificare, a fine anno, l'implementazione. Ancor prima che riguardare l'aumento automatico della fiscalità regionale⁴⁷, *policy guideline* e richieste di interventi *ad hoc* dovranno toccare aspetti della *governance* reale, quali: guadagni di efficienza all'interno dei vari capitoli di spesa; razionalizzazione della rete ospedaliera; compartecipazioni ai costi da parte dei cittadini; adozione di schemi di *benchmarking* tra Asl e Ao per fare emergere le realtà "disallineate" e correggerle; schemi di incentivazione alla *cost-effectiveness* per i medici; ottimizzazione degli acquisti di beni e servizi; ottimizzazione delle complementarità/sostituibilità tra prestazioni, anche quando a carico di soggetti diversi (Regioni, Province, Comuni, etc.). Nella discussione dei Piani Sanitari assumerà primario rilievo l'aver sviluppato, all'interno di ogni Regione, quella microfondazione della *governance*, su cui ci si è soffermati in precedenza, necessaria sia alla diagnosi dei problemi che alla loro soluzione: contabilità analitica affidabile, statistiche socio-sanitarie dettagliate e comparabili, confronti di costo e di qualità tra erogatori appartenenti alla stessa Asl e ad Asl diverse, etc.. Quanto più preparata si farà trovare la Regione nella strumentazione di governo, tanto meglio potrà sostenere il contraddittorio in Conferenza Unificata, e mantenere ampia la propria sfera decisionale, senza necessità di ricevere *policy guideline* o richieste di interventi *ad hoc*.

La credibilità dei Piani e di tutto l'impianto appena descritto porta con sé un completamento necessario: schemi di responsabilità diretta dei rappresentanti politici e dei direttori/amministratori del Ssr, nel caso di fallimento dei programmi, sia sul fronte del controllo e della razionalizzazione della spesa che dell'adeguatezza e della qualità dell'offerta dei Lea. Si tratta di una ipotesi del tutto nuova nel panorama politico e amministrativo italiano, ma a cui la Legge n. 42-2009 apre quando, all'articolo 17, chiede ai decreti attuativi la "[...] *previsione di meccanismi automatici sanzionatori degli organi di governo e amministrativi nel caso di mancato rispetto degli equilibri e degli obiettivi economico-finanziari assegnati alla Regione e agli Enti Locali, con individuazione dei casi di ineleggibilità nei confronti degli amministratori responsabili degli Enti Locali per i quali sia stato dichiarato lo stato di dissesto finanziario d[...], oltre che dei casi di interdizione dalle cariche in Enti vigilati o partecipati da Enti pubblici. Tra i casi di grave violazione di legge [...] rientrano le attività che abbiano causato un grave dissesto nelle finanze regionali*".

La presentazione e la discussione annuale dei Piani Sanitari realizzerebbe il primo tassello di quel coordinamento dinamico della finanza pubblica tra Stato e Regioni, indicato come un obiettivo dall'articolo 18 della Legge n. 42-2009⁴⁸.

⁴⁷ L'aumento della pressione fiscale regionale è senza dubbio una leva che, trasferendo sui cittadini elettori le conseguenze di *governance* non all'altezza dei compiti, responsabilizza tutti. Tuttavia, la leva fiscale altro non fa che reperire nuove risorse sul lato del finanziamento e, fintantoché non sono risolti i fattori che generano maggior spesa rispetto al programmato, non è possibile dire che il Ssr è stato ricondotto su un sentiero di sostenibilità economico-finanziaria.

⁴⁸ L'articolo 18 così recita: "Nell'ambito del disegno di legge finanziaria, in coerenza con gli obiettivi e gli interventi appositamente individuati da parte del Documento di Programmazione Economico-Finanziaria, il Governo, previo confronto e valutazione congiunta in sede di Conferenza Unificata, propone norme di coordinamento dinamico della finanza pubblica volte a

Regole semplici e consolidate sul funzionamento della quota capitaria, assieme ad un Fsn a programmazione quinquennale, permetterebbero di includere i Piani Sanitari nella sessione di bilancio, e di tenerne conto nella stesura sia della Legge Finanziaria che del Programma di Stabilità nazionale (i due documenti di finanza pubblica che chiudono ogni anno contabile).

Il rinnovamento della *governance* della sanità è il “banco di prova” del federalismo. Non solo perché la spesa sanitaria conta per circa il 75-80% dei bilanci delle Regioni; ma anche perché l’impianto di *governance* messo a punto per la sanità sarà, per forza di cose, di traccia anche per quello riguardante le prestazioni rientranti nei livelli essenziali assistenziali e socio-sanitari (cfr. Figura 1). Anzi, su questo passaggio bisognerebbe riflettere a fondo da subito, prima di incamminarsi lungo direzioni che potrebbero presto rivelarsi inadeguate e insoddisfacenti. I tre ambiti (Lea sanitari, Liveas e Lea socio-sanitari) hanno, come si è già osservato, ampie aree di sovrapposizione e di sostituibilità/complementarietà delle prestazioni, aree cangianti anche da contesto a contesto; i fabbisogni, inoltre, dipendono da variabili sociali, economiche e demografiche, da ponderare sì in maniera diversa a seconda del capitolo di spesa, ma in gran parte comuni. Per queste ragioni, andrebbe vagliata la possibilità che il finanziamento di tutti e tre gli ambiti avvenga attraverso un unico fondo, lo si chiami Fondo Sociale o Fondo *Welfare*, per il quale valgano le stesse caratteristiche funzionali prima descritte per il Fsn: *in primis*, stanziamenti programmati con orizzonte quinquennale e ripartizione tra Regioni con regole di ponderazione capitaria condivise, consolidate e non ricontrattabili⁴⁹. Ogni Regione avrebbe, poi, la responsabilità di coordinare gli Enti Locali sottesi nella progettazione della rete di prestazioni sanitarie e sociali, allocando le risorse sulle funzioni e sui *mix* di funzioni valutate più appropriate per rispondere ai bisogni del territorio e dei cittadini. Quello che prima è stato chiamato Piano Sanitario potrebbe diventare un Piano Sociale o Piano *Welfare*, anch’esso da presentare e discutere in Conferenza Unificata, per ricevere, dal consesso dello Stato e delle altre Regioni, eventuali *policy guideline* e richieste di interventi *ad hoc*.

Sviluppare e dettagliare questa prospettiva va al di là degli scopi di questa Nota e, per giunta, potrebbe persino necessitare di una o più modifiche della Legge n. 42-2009. Quello che, in conclusione, si desidera sottolineare è che uno degli sviluppi potrebbe anche essere quello di estendere la copertura del Piano che ogni Regione deve presentare, a coprire non solo la spesa per *welfare* ma tutta la finanza pubblica regionale, ivi inclusa quella degli Enti Locali sottesi, sia per quanto riguarda le funzioni fondamentali (ex articolo 117, comma secondo, lettera p)) che il complesso delle altre funzioni pubbliche. L’obiettivo potrebbe diventare quello di istituire dei veri e propri Programmi di Stabilità regionali attraverso i quali la Regione si

realizzare l’obiettivo della convergenza dei costi e dei fabbisogni standard dei vari livelli di governo nonché un percorso di convergenza degli obiettivi di servizio ai livelli essenziali delle prestazioni e alle funzioni fondamentali di cui all’articolo 117, secondo comma, lettere m) e p), della Costituzione, e a stabilire, per ciascun livello di governo territoriale, il livello programmato dei saldi da rispettare, le modalità di ricorso al debito nonché l’obiettivo programmato della pressione fiscale complessiva, nel rispetto dell’autonomia tributaria delle Regioni e degli Enti Locali. Nel caso in cui il monitoraggio, effettuato in sede di Conferenza Permanente per il Coordinamento della Finanza Pubblica, rilevi che uno o più enti non hanno raggiunto gli obiettivi loro assegnati, lo Stato attiva, previa intesa in sede di Conferenza Unificata, e limitatamente agli Enti che presentano i maggiori scostamenti nei costi per abitante, un procedimento, denominato «Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza», volto ad accertare le cause degli scostamenti e a stabilire le azioni correttive da intraprendere, anche fornendo agli Enti la necessaria assistenza tecnica e utilizzando, ove possibile, il metodo della diffusione delle migliori pratiche fra gli Enti dello stesso livello». Nella fase di transizione, il Piano Sanitario sarebbe una componente importante proprio di quel «Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza» di cui parla la 42-2009.

⁴⁹ Ad oggi, i Fondi istituiti nei bilanci dei Ministeri, per il finanziamento delle prestazioni assistenziali e sociali, seguono delle regole di attribuzione che non rispondono ad una logica unificante e sovente difettano di trasparenza (un esempio su tutti è quello del Fondo per le non autosufficienze introdotto da qualche anno). Inoltre, anche per questi Fondi si pone il problema di allungamento della programmazione degli stanziamenti e di una loro strutturalizzazione (per non farli dipendere dagli interventi di fine anno in Legge Finanziaria).

assume la responsabilità del coordinamento e dell'indirizzo della finanza pubblica e delle funzioni pubbliche sue e degli Enti Locali sottesi.

Solo in nuce la 42-2009 lascia intravedere una evoluzione di questo tipo delle relazioni di governo federaliste⁵⁰. La strada sarebbe lunga, perché implicherebbe un lavoro di omogeneizzazione e *standardizzazione* di tutta la contabilità pubblica (necessario e urgente a prescindere), e soprattutto una ridefinizione della funzione e della tempistica di tutti i documenti di finanza pubblica, nazionali e regionali. I Programmi di Stabilità regionali potrebbero sostituire gli attuali Dpef regionali e, nella sequenza temporale, venire dopo l'approvazione del Dpef nazionale da cui dovrebbero mutuare il quadro macrofinanziario per i successivi cinque anni. Nel quadro finanziario dovrebbe trovare specificazione lo stanziamento del Fsn (o del Fondo *Welfare*) e degli altri fondi dedicati a perequazione territoriale secondo regole precodificate. Discussi e approvati, i Programmi di Stabilità regionali diverrebbero di base sia per la manovra finanziaria di fine anno che per la stesura del Programma di Stabilità nazionale; di quest'ultimo sarebbero le radici nelle condizioni economico-finanziarie reali del Paese.

Un cambiamento profondo nella struttura e negli strumenti di governo, che non è ipotizzabile se non dopo una lunga preparazione politica e tecnica, che però bisogna avviare il prima possibile. Nel frattempo, in ambito sanità (la voce più importante nei bilanci regionali e quella voce che nei prossimi anni farà registrare i tassi di crescita più forti⁵¹) avviare Piani sanitari in funzione di governo e, attorno a questi, far funzionare nuove relazioni istituzionali e finanziarie tra Stato e Regioni sarebbe un passo in avanti nella giusta direzione.

⁵⁰ Si segnala, in particolare, l'articolo 13 che, al comma primo lettera g), lascia intravedere una potestà delle Regioni di procedere a proprie valutazioni circa la *standardizzazione* della spesa corrente degli Enti Locali, delle loro entrate, nonché dei loro fabbisogni infrastrutturali (previa intesa con gli Enti Locali). Si segnala, altresì, l'articolo 17 che, al comma primo lettera c), chiede alle Regioni "[l']assicurazione degli obiettivi sui saldi di finanza pubblica" specificando che le stesse Regioni "[...] possono adattare, previa concertazione con gli Enti Locali ricadenti nel proprio territorio regionale, le regole e i vincoli posti dal legislatore nazionale, differenziando le regole di evoluzione dei flussi finanziari dei singoli Enti in relazione alla diversità delle situazioni finanziarie esistenti nelle diverse Regioni".

⁵¹ Cfr. Pammolli F. e Nicola C. Salerno (2009), "Spesa sanitaria: quali ipotesi per quali proiezioni? Ecofin e Ocse a confronto", Nota Cerm n. 1-2009.

Conclusioni: oltre la diatriba *standard* micro vs. *standard* macro

Il dibattito attorno alla Legge n. 42-2009 (di riorganizzazione della fiscalità in prospettiva federalista) sta adesso entrando nel vivo, perché devono seguire i decreti di attuazione. La legge non riguarda solo la sanità, ma per varie ragioni la strada che sarà seguita per rinnovare il finanziamento del Ssn tratterà la strada, non solo per il finanziamento delle altre prestazioni integranti livelli essenziali (assistenziali e socio-sanitari), ma anche, più in generale, per le interazioni istituzionali e finanziarie tra Stato, Regioni ed Enti Locali. Addirittura si pensa che la soluzione prescelta per la sanità possa, se non adeguata, porre anche dei vincoli alla definizione del criterio migliore per finanziare le altre prestazioni essenziali, con la sanità in stretti rapporti ora di complementarietà ora di sostituzione, per giunta rapporti diversi al variare dei contesti territoriali.

La Legge n. 42-2009 richiede che il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria avvenga con riferimento a *benchmark* di costo e di fabbisogno. Sono emerse, ormai da tempo, due “scuole di pensiero”: quella che punta alla determinazione di *standard* il più possibile a livello di singola prestazione; e quella che vede necessario distinguere gli *standard* da adottare nei rapporti Stato-Regione, da quelli cui ogni Regione può affidarsi nei rapporti con le sue Asl e le sue Ao.

È fuor di dubbio la necessità di dotare il Ssn di un sistema di contabilità affidabile, basato su principi condivisi, dopo una *due diligence* complessiva. È tassello imprescindibile di governo. Tuttavia, utilizzare la contabilità analitica per arrivare a definire costi *standard* per unità di prestazione o per raggruppamenti dettagliati di prestazioni, da utilizzare poi in sede di finanziamento (per dimensionare e suddividere il Fsn), presenta delle criticità. Non si discute della possibilità e della necessità di costruire un impianto di contabilità analitica in grado di rappresentare al meglio gli andamenti economici di Asl/Ao. Quello su cui si invita a riflettere è che questa microfondazione possa prestare *tout court* gli *standard* ai rapporti Stato-Regioni in sanità:

1. La contabilità non è ancora pronta, e da un *benchmarking* su un sottoinsieme limitato di Ao possono non scaturire valori rappresentativi da applicare su scala nazionale;
2. Anche se la contabilità fosse pronta, per tradurre il costo *standard* in un fabbisogno *standard* è necessario fissare degli *standard* anche sui volumi (i consumi efficienti). Per far questo, è ineludibile un passaggio di ponderazione che tenga conto delle caratteristiche regionali. Operare un *risk adjustment* a livello di singola prestazione o di raggruppamenti dettagliati di prestazioni, significa costruire un sistema parametrico troppo fitto e aperto ad opinabilità;
3. Al di là del grado di efficienza, le funzioni di produzione regionali possono essere diverse. Anzi, auspicabilmente dovrebbero sempre più differenziarsi e specializzarsi per tener conto della prevalenza dei bisogni espressi dalla comunità, e di vincoli/opportunità presenti sul territorio (connessioni con Liveas e Lea socio-sanitari; *mix* ospedale - territorio; *mix* ricovero -*day hospital*, economie di scala/scopo; ruolo della prevenzione adattata al territorio; etc.). Fissare degli *standard* come se la funzione di produzione fosse unica e condivisa (a meno di un solo fattore di scala), rischia di imporre paletti esogeni in contrasto con i principi del federalismo e della sussidiarietà;

4. La microfondazione incontra anche criticità per quanto riguarda la porzione del costo *standard* riconducibile agli ammortamenti. Non può essere la mera attribuzione *pro-quota* degli ammortamenti complessivi (impostazione strettamente contabile), perché nello *standard* è necessario dar conto delle scelte di investimento ottimali (quelli ammissibili a finanziamento attraverso il Fsn). E gli investimenti ottimali dipendono anch'essi dalle caratteristiche regionali (economie di scala/scopo, popolosità, densità abitativa, fattispecie dei bisogni, etc.), oltre che dallo *status quo* della infrastrutturazione;
5. Inoltre, la sperequazione infrastrutturale (sia tipologia di *asset* che loro qualità) incide sui rendimenti delle funzioni di produzione e sulla qualità degli *output*. Una endogenità che non va sottovalutata nella fissazione di *standard* di costo. Lo snodo delle infrastrutture è stato tra le ragioni dell'inapplicabilità del primo schema di finanziamento federalista, quello del D. Lgs. n. 56-2000. Infrastrutture insufficienti e vetuste possono generare sovracosti. Se gli *standard* non ne tengono conto e non sono realistici, sono a rischio di credibilità e di *enforcement* (un argomento simile può esser ripetuto anche per la dimensione della qualità).

Di fronte a queste criticità, ignorate o ampiamente sottovalutate nel dibattito, questa Nota propone l'alternativa di differenziare le regole che presiederanno ai rapporti finanziari tra Stato e Regioni, da quelle che poi ogni Regione seguirà nei rapporti con le sue Asl e con le sue Ao. Per le prime, si suggerisce una applicazione completa della quota capitaria ponderata per ripartire tutte le risorse del Fsn (parte corrente e parte capitale). A valle, le Regioni potranno utilmente sviluppare sistemi di *benchmarking* da cui far scaturire anche *standard* puntuali con funzione di tariffa a livello di singola prestazione. Programmazione macro tra Stato e Regioni e microfondazione della *governance* all'interno della Regione e a cura della stessa Regione.

La fase di transizione va adeguatamente disegnata, in maniera tale che il processo di cambiamento sia credibile e venga costantemente verificato. Parte integrante della transizione dovrebbe essere un programma pluriennale di investimenti, a carico del bilancio dello Stato e sotto rigorosa regia, per l'attenuamento del *gap* infrastrutturale in sanità. Questo *gap*, derivato dal passato, pesa sulle attuali capacità delle Regioni di ottimizzare sia i costi che la qualità delle prestazioni.

Tra i vantaggi della soluzione proposta (quota capitaria ponderata e sostegno al recupero del *gap*), anche la compatibilità con i tempi di interazione delle nasciture Istituzioni federaliste e di redazione e validazione dei documenti di finanza pubblica.

La sanità si dimostra "banco di prova" del federalismo non solo perché conta per circa il 75-80% dei bilanci delle Regioni, ma anche perché, per completare la *governance* federalista della sanità, è necessario affrontare e sciogliere tutti gli snodi riguardanti, da un lato, le nuove relazioni istituzionali tra Stato, Regioni e Enti Locali e, dall'altro, i nuovi strumenti di politica economica. Definite le regole per individuare i differenziali di fabbisogno delle Regioni, l'interazione tra Stato e Regioni dovrà necessariamente continuare a potersi svolgere ogni anno sul dimensionamento delle risorse dedicate alla sanità su scala nazionale e sul loro proporzionamento rispetto al perimetro dei Lea. Ma questa interazione non dovrà tradursi in una generale ricontrattazione degli stanziamenti che finirebbe per minare tutta la nuova impalcatura: gli aggiustamenti annuali dovrebbero trovare valide giustificazioni, e innestarsi su una programmazione del Fsn per quinquennio da mantenersi il più possibile ferma.

A valle dell'assegnazione della loro quota di Fsn, le Regioni, pur pienamente responsabilizzate sull'equilibrio di bilancio e sull'implementazione dei Lea, non potranno rimanere insindacabili nel loro operato, ma dovranno darne conto presentando Piani Sanitari pluriennali da vagliare e approvare in Conferenza Unificata, e sulla cui base potranno anche rendersi necessarie *policy guideline* anche a carattere cogente. È la "prova generale" di quanto dovrebbe avvenire nel nascento Senato Federale, con l'approvazione di Programmi di Stabilità regionali (il nuovo ruolo dei Dpef regionali?), il vaglio anno per anno della loro implementazione, e la possibilità di decadenza dalle funzioni per i rappresentanti politici e gli amministratori delle Regioni inadempienti.

Di fronte alla crescita intensa che la spesa sanitaria farà registrare nei prossimi decenni, sarà indispensabile farsi trovare pronti a bilanciare al meglio, sulla base di programmi, i due obiettivi della sostenibilità finanziaria e dell'adeguatezza delle prestazioni. Il processo di transizione deve partire subito, con regole di base condivise, ma chiare e non ricontrattabili.

7 Febbraio 2010

CERM - Via G. Poli n. 29 - 00187 ROMA - ITALY
Tel.: 06 - 69.19.09.42 - Fax: 06 - 69.78.87.75
www.cermlab.it

Alcuni riferimenti normativi e bibliografici

Cnel – Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, atti del seminario tenutosi in data 26 Gennaio 2010, *“Legge 42 del 2009 ed emanazione dei decreti delegati: alcune questioni ancora aperte in tema di attuazione del federalismo”*, a cura della Commissione IV

Dpcm del 29 Novembre 2001, *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_226_allegato.pdf

Dpcm del 14 Febbraio 2001, *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie”*, http://www.astrid-online.it/Amministra/Normativa/DPCM-14-febbraio-2001-Integrazione-s.htm_cvt.htm

Legge n. 328-2000, *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*, <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/003281.htm>

Legge n. 42-2009, *“Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione”*, <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/090421.htm>

Paradisi F., C. Brunini (2006), *“Una tecnica alternativa per la determinazione di una misura sintetica di infrastrutturazione”*, in Rivista di Statistica Ufficiale n. 2-2006, Istat

Pammolli F., G. Papa, N. C. Salerno (2009), *“Dentro la ‘scatola nera’ delle differenze regionali”*, Quaderno Cerm n. 2-2009

Pammolli F. e Nicola C. Salerno (2009), *“Spesa sanitaria: quali ipotesi per quali proiezioni? Ecofin e Ocse a confronto”*, Nota Cerm n. 1-2009.

Pammolli F., N. C. Salerno (2009), *“La sanità in Italia”*, ed. Arel – il Mulino

Pammolli F., N. C. Salerno (2006), *“Il copayment a difesa del sistema sanitario universale”*, Nota Cerm n 8-2006

Pammolli F., N. C. Salerno (2006), *“Rilevazione e controllo contabile della spesa delle Aziende Sanitarie - spunti di riflessione per gettare le “microfondazioni” del federalismo”*, parte introduttiva e conclusioni di policy alla Nota Cerm n. 12-2006

Pammolli F., N. C. Salerno (2006), *“Sanità tra Stato e Regioni: è ora di discuterne ‘realmente”*, Editoriale Cerm in data 5 Giugno 2006

Scheggi M. (2009), *“Costi standard e livelli essenziali di assistenza: problemi applicativi del federalismo nel settore sanitario”*, mimeo

CERM - *Competitività, Regolazione, Mercati*
Via G. Poli n. 29
00187 ROMA, Italy
Tel.: 06 - 69.19.09.42
Fax: 06 - 69.78.87.75
www.cermlab.it
cermlab@cermlab.it

Competitività
Regolazione
Mercati

CERM

CERM pubblica

Note, Quaderni e Rapporti



FR - *Finanza Pubblica & Riforme* | **LR** - *Liberalizzazioni & Regolazione* | **IP** - *Innovazione & Produttività*