



SHORT NOTE n. 9 | 2010

Fabio Pammolli, Nicola C. Salerno

COMMENTO ALLO SCHEMA DI DECRETO SUGLI STANDARD IN SANITÀ

COMMENTO ALLO SCHEMA DI DECRETO SUGLI STANDARD IN SANITÀ

È stato diffuso lo “*Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*” (cfr. allegato). Il giudizio complessivo è positivo, anche se per alcuni passaggi si intravede la necessità di un ulteriore sforzo di approfondimento e chiarificazione.

Il decreto intende chiudere quel percorso di riforma che si è aperto anni fa con il D. Lgs. n. 56-2000 (il cosiddetto “Giarda”), e che è stato portato avanti, attraverso difficoltà di varia natura, con la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 e la Legge n. 42-2009 sull’attuazione dell’articolo 119 della stessa Costituzione, passando per le varie edizioni del Patto per la Salute.

Le innovazioni di maggior rilievo appaiono due:

- la saldatura macrofinanziaria tra il totale delle risorse dedicabili a finanziamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (i Lea) e la capacità di stanziamento alla luce delle vincolo complessivo di finanza pubblica;
- il ricorso, per la *standardizzazione*, al confronto dei livelli di efficienza e di appropriatezza su macrocapitoli di prestazioni/spesa.

Si presenta, di seguito, un commento ai diversi articoli dello schema di decreto.

Articolo 1 – Oggetto

La *standardizzazione* viene estesa, opportunamente, anche alle Regioni a statuto speciale. Non v'è ragione per cui anche queste non debbano essere richieste di rispettare parametri di efficienza e di efficacia e, più in generale, di esser coinvolte nel ridisegno della fiscalità federalista¹.

Nessuna distinzione tra statuto ordinario e statuto speciale

Articolo 2 – Determinazione del fabbisogno nazionale *standard*

Si condivide che il totale delle risorse dedicabili ai Lea sanitari debba rappresentare una scelta politica e di programmazione di politica economica, che ricomponga in termini certi e univoci gli obiettivi di assistenza sanitaria (e, più in generale, di *welfare*) e i vincoli di finanza pubblica, questi ultimi parte della costituzione economica europea e obbligatori tra *Partner Ue*. Utile sarebbe una revisione della terminologia utilizzata: in luogo di *fabbisogno sanitario nazionale standard*, sarebbe preferibile *finanziamento dei Lea a livello nazionale*, o *Fondo sanitario nazionale* (dando per assodato che non si tratta del Fsn di vecchia accezione, posta esogena nel bilancio dello Stato). Le risorse messe in programmazione devono, infatti, derivare sia dalla valutazione del fabbisogno necessario per implementare i Lea in condizioni *standard*, sia dal rispetto del vincolo macrofinanziario (*cf. infra*, commento ad articolo 3, comma 4, lettera f)). Non di solo fabbisogno si tratta, dunque.

Programmazione del totale delle risorse (Fsn) da dedicare annualmente al sanità Lea, su scala nazionale

La programmazione deve essere coerente con il perimetro dei Lea; ma sia programmazione che scelta del perimetro dei Lea devono rispettare il vincolo di bilancio

¹ La distinzione tra Regioni a statuto ordinario e Regioni a statuto speciale ha realizzato, di fatto, un federalismo *ante litteram* per l'Italia. Adesso che, a distanza di più di sessanta anni, si stanno riesaminando funzioni da svolgere e risorse allo scopo necessarie, non v'è ragione per cui le Regioni a statuto speciale debbano essere trattate secondo principi diversi.

Articolo 3 – Determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali, commi 1-3 e comma, lettera g)

La frequenza annuale per la (ri)determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali è troppo elevata. Il rischio è di non superare l'*impasse* connesso al *bargaining* Stato-Regioni e Regione-Regioni. Proprio perché ci si propone di ancorare il riparto del complesso delle risorse Lea a fattori strutturali (numero dei residenti, composizione per età, peso relativo dei fabbisogni), l'aggiornamento delle regole dovrebbe realizzarsi su un orizzonte almeno di medio periodo. L'interazione politica dovrebbe rimanere il più possibile circoscritta alla scelta di quante risorse dedicare, su scala nazionale, ai Lea sanitari. Successivamente, il riconoscimento a ciascuna Regione della propria quota parte dovrebbe rispondere a regole codificate e stabili nel tempo.

Inoltre, discutibile appare l'ipotesi che le risorse programmate debbano, a livello nazionale e in prospettiva in ogni singola Regione, ripartirsi, secondo percentuali date, tra i tre macrolivelli (1) *assistenza sanitaria collettiva in ambiente di lavoro*, (2) *assistenza distrettuale* e (3) *assistenza ospedaliera*. La costruzione delle regole di *standardizzazione* (l'oggetto stesso dello schema di decreto) consiste nella ricerca di proporzioni di fabbisogno sanitario (per individuo componente le diverse fasce di età, per capitolo di spesa) da utilizzare, successivamente, in sede di suddivisione del programma aggregato di finanziamento (quello di cui al precedente Articolo 2). Accettare come parametro acquisito in partenza una ripartizione *standard* dei tre macrolivelli comporta il rischio di una sorta di vizio di "inizializzazione", di "loop".

Le regole di assegnazione alle singole Regioni della loro quota di Fsn devono rimanere stabili nel tempo

Evitare suddivisioni *ex-ante* e delle risorse tra capitoli di spesa. L'allocazione dovrebbe essere guidata il più possibile dall'evidenza empirica sui fabbisogni per fasce di età

Articolo 3 – Determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali, comma 4, premessa

Si sceglie di adottare delle Regioni *benchmark*, e dai conti sanitari di queste Regioni derivare la *standardizzazione* da applicare su scala nazionale. L'approccio è pienamente condivisibile, e segna una chiara quanto auspicata inversione rispetto all'impianto sinora perseguito: non una *standardizzazione* minuta (per singole classi di prestazione) e assoluta (costo in Euro di un processo produttivo virtuale, in

È corretto, concreto e costruttivo l'approccio di impostare la *standardizzazione* su un confronto tra Regioni (*benchmarking* interno)

condizioni di ideale efficienza); ma una *standardizzazione* da *benchmarking* interno, da confronto *cum grano salis* tra Regioni

Articolo 3 – Determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali, comma 4, lettere a) e c)

Le Regioni *benchmark* sono quelle che erogano i Lea in condizioni di efficienza e appropriatezza, avvalendosi delle risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Come debbano intendersi le condizioni di efficienza e appropriatezza è descritto solo in parte. Non c'è un riferimento esplicito alla qualità, anche se sarà necessario introdurlo (è parte integrante dell'appropriatezza). Si introduce direttamente, invece, il concetto di equilibrio economico del sistema sanitario regionale. Dal dettato delle lettere a) e c), sono in equilibrio economico le Regioni che non presentano scostamenti tra le risorse ordinarie a finanziamento dei Lea (derivanti sia dal Fsn che dalla fiscalità regionale) e la spesa a consuntivo per i Lea. In altri termini, le Regioni per le quali si è raggiunto un punto di equilibrio tra il gettito degli strumenti ordinari di finanziamento e la spesa a consuntivo. Il criterio è condivisibile, salvo il fatto che la condizione di equilibrio la si ricerca soltanto nel secondo esercizio precedente a quello di riferimento (un solo anno). Poiché si sta cercando di costruire nuove regole strutturali per il finanziamento della sanità, meglio sarebbe raccogliere maggior evidenza della strutturalità di quell'equilibrio economico. A tal fine, sarebbe utile allungare il periodo di osservazione durante il quale misurare gli scostamenti tra risorse programmate e spesa a consuntivo; e, nel contempo richiedere, non il perfetto equilibrio anno per anno (forse utopico su sistemi complessi come i Ssr), bensì un sostanziale equilibrio del bilancio sanitario che, qualora in qualche anno si mostri in disavanzo, dovrà essere stato pareggiato (e lo dovrà sempre in futuro) con leve regionali straordinarie (una sorta di *almost close to balance clause*).

Le Regioni *benchmark* sono quelle che erogano prestazioni in regime di efficienza e appropriatezza

Manca il riferimento esplicito alle modalità di misurazione della qualità

L'efficienza è definita come equilibrio puntuale tra spesa Lea a consuntivo e risorse dedicate ai Lea a programma (sia risorse del Fsn che risorse proprie regionali tenute in considerazione al momento della programmazione e della ripartizione del Fsn, quelle cosiddette "incardinate")

Rispetto ad una versione precedente del decreto, adesso si limita il novero delle Regioni *benchmark* alle migliori - almeno una e al massimo tre - scelte dalla “Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia”. Sarebbe preferibile, su di un piano di principio, fissare i criteri di identificazione e accettare nel gruppo *benchmark* tutte le Regioni che li soddisfano.

Meglio sarebbe scegliere il *benchmark* secondo una condizione di *almost close to balance* applicata agli ultimi 5-6 anni

Articolo 3 – Determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali, comma 4, lettera f)

La richiesta di equilibrio economico perfetto in un solo predefinito anno (*cf.* commento precedente) obbliga ad introdurre la lettera f). In mancanza di un numero sufficiente di Regioni (o in assenza di una Regione) che soddisfi pienamente l’equilibrio, il *benchmark* per la spesa è dato da quelle/a Regioni/e con il miglior risultato economico (il minor scostamento), ma solo dopo aver decurtato la spesa di quell’ammontare necessario ad allinearla al finanziamento a programma. Questo passaggio introduce una criticità. In fase di inizializzazione del finanziamento federalista, e in mancanza di *benchmark* assoluti di costo/spesa, decurtare quote di spesa in capo alle Regioni più virtuose² può implicare la decurtazione di quote di Lea. Se non si è in grado di valutare – come non lo si è adesso – se la sovraspesa rispetto al programma è imputabile a inefficienze e mancata ottimizzazione di Lea/Lep/Liveas, oppure ad un sottodimensionamento delle risorse dedicate a programma, allineare la spesa al finanziamento ai fini del *benchmarking* può condurre a sottostimare il fabbisogno³. Meglio sarebbe selezionare come *benchmark* le Regioni che, sull’arco degli ultimi 5-6 anni, hanno

Passaggio critico. Decurtare quote di spesa in capo alle Regioni più virtuose (per allineare la spesa al finanziamento) può implicare la decurtazione di quote di Lea. Con conseguenti effetti a cascata sull’algoritmo di *benchmarking*

² Fossero quelle per le quali si ha evidenza di sacche di inefficienza ... Sono, invece, proprio le Regioni che si vuol portare a *benchmark*.

³ Dallo schema di decreto: “[...] qualora nella selezione delle migliori cinque regioni di cui alla lettera a) del presente comma, si trovi nella condizione di equilibrio economico come definito alla medesima lettera a) un numero di regioni inferiore a 5, le regioni *benchmark* sono individuate anche tenendo conto del miglior risultato economico registrato nell’anno di riferimento, depurando i costi della quota eccedente rispetto a quella che sarebbe stata necessaria garantire l’equilibrio [...]”.

mantenuto un sostanziale, ancorché non puntuale, equilibrio di bilancio, e partire dai dati di spesa di queste stesse Regioni per svolgere gli algoritmi di *benchmarking*. Meglio sarebbe, in altri termini, selezionare gli esempi migliori tra le Regioni italiane, per poi utilizzare i dati di spesa di queste Regioni, senza decurtazioni o abbattimenti. Si avrebbe la certezza che, con quei dati di spesa, i Lea sono effettivamente implementabili nelle Regioni *benchmark*. L'unico aspetto che dovrebbe rilevare è che la spesa maturi a fronte di prestazioni Lea. Se, poi, il problema è che un finanziamento inferiore alla spesa è sintomo (soprattutto quando in capo a Regioni con sanità ben governata) di risorse non all'altezza di implementare i Lea, allora il problema andrebbe osservato e risolto da altra prospettiva, ovvero agendo sul perimetro dei Lea e sulla selettività dell'universalismo.

L'algoritmo di *standardizzazione* dovrebbe prendere in considerazione la spesa Lea a consuntivo, senza nessuna rilevanza per la composizione delle fonti di finanziamento. Unica condizione dovrebbe essere la *almost close to balance clause*

Articolo 3 – Determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali, comma 4, lettera b) e c)

La lettera b) specifica alcuni aspetti dell'algoritmo di *benchmarking*. Il decreto fa riferimento all'aggregato dei tre macrolivelli (1) *assistenza sanitaria collettiva in ambiente di lavoro*, (2) *assistenza distrettuale* e (3) *assistenza ospedaliera*. Ciascuno di questi macrolivelli dovrebbe ricevere quote del Fsn pari alle percentuali indicate all'articolo 3, comma 3 (5%, 51%, 44%; dopodiché, la ripartizione tra Regioni dei tre sottofondi dovrebbe avvenire a quota capitaria pesata, con i pesi utilizzati nel "secondo esercizio precedente a quello di riferimento". Qui si tende ad eludere la definizione di un vero e proprio nuovo sistema di ponderazione.

Passando, per dare chiarezza all'algoritmo, dall'aggregato al *pro-capite*, i costi *standard* (da intendersi come i fabbisogni *standard*) dovrebbero consistere, per ciascun macrolivello, in valori *pro-capite* per fascia di età, calcolati come media della spesa *pro-capite* per fascia di età registrata nelle Regioni *benchmark*. Il metodo generale, non solo appare condivisibile, ma sembra anche la scelta più logica e più trasparente. Con alcuni caveat, però, che riguardano la specifica applicazione proposta dallo schema di decreto:

La *standardizzazione* è proposta per macrolivelli, con ponderazione a pesi già dati. Meglio sarebbe stato delineare esplicitamente la costruzione di *benchmark* a livello di spesa per individuo componente le varie fasce di età, in maniera tale da fare emergere endogenamente la ponderazione ...

- Innanzi tutto, una riflessione se la ripartizione in macroaree non possa essere diversa; con la separata evidenza, per esempio, del capitolo della farmaceutica territoriale (*extra* Dgr ospedalieri), e del capitolo delle spese di gestione/amministrazione e del personale (ovvero altro gruppo di macrovoci);

- È utile, finché la base dati lo permette, costruire profili *pro-capite* per età per i principali capitoli di spesa. Si hanno più possibilità di confrontare le realtà regionali alla ricerca di virtuosità e malfunzionamenti, o di mettere a fuoco effetti di eventuali interventi di *policy* di cui è bene avere contezza precisa, o di rinvenire conferme sulle valutazioni complessive dei Ssr. Tuttavia, la valutazione finale non può essere che aggregata, non può svolgersi sul totale delle voci di spesa per condurre al totale del fabbisogno regionale *standardizzato*. Le prestazioni sanitarie costituiscono un sistema altamente integrato in cui, a seconda delle caratteristiche espresse dal territorio e delle richieste dei cittadini, medesimi obiettivi possono essere perseguiti con *mix* diversi di offerta, oltretutto influenzabili anche dall'offerta che Regioni, Province e Comuni attivano nell'ambito delle prestazioni sociali e socio-sanitarie (Liveas e Lep socio-sanitari). Un *benchmarking* svolto separatamente macrovoce di spesa per macrovoce (anche per le stesse tre indicate nello schema di decreto) potrebbe fornire risultati fuorvianti; potrebbe evidenziare come devianza quello che in realtà è l'esito di scelte positive di *policy* o, per converso, portare in primo piano realtà che, pur facendo bene su un singolo ambito (una macrovoce), difettano di una sistemazione organica del complesso del Ssr⁴;

Utile costruire profili *pro-capite* per età per i principali capitoli, ma ...

... la valutazione finale (la *standardizzazione*) dovrebbe avvenire a partire dal dato complessivo di spesa

⁴ Se il *benchmark* viene portato avanti macrovoce per macrovoce, di fatto si estendono a tutte le Regioni le proporzioni tra macrovoci prevalenti nelle Regioni *benchmark*. Questo soft constraint potrebbe non essere ottimale, soprattutto in previsione dell'integrazioni, che ogni Regione dovrà curare in collaborazione con gli Enti Locali, tra Lea sanitari, Liveas e Lea socio-sanitari (a prevalenza sanitaria e a prevalenza sociale).

- Non v'è dubbio che la spesa da considerare è quella al lordo della mobilità passiva e al netto di quella attiva (la spesa per prestazioni di cui beneficia il residente, ovunque costui le riceva). Come non v'è dubbio che la spesa debba essere quella che origina dall'offerta di prestazioni Lea (è questo il perimetro di prestazioni cui si sta applicando la *standardizzazione*);
- Non si condivide, invece, il passaggio in cui si chiede di “depurare” la spesa di quella quota finanziata dalle maggiori entrate proprie (di ogni singola Regione) “rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale”. Finché la spesa ha natura Lea, essa andrebbe tenuta integralmente in considerazione ai fini dell'algoritmo di *benchmarking*; soprattutto perché è spesa che matura in Regioni selezionate come punti di riferimento per efficienza e adeguatezza. Quella distinzione, tra 1) risorse Fsn, 2) risorse proprie considerate al momento della programmazione e della ripartizione del Fsn⁵, e 3) risorse proprie ulteriori, è frutto di come si sono evolute nel tempo (spesso anche in maniera rapsodica e contraddittoria) le scelte di compartecipazione e/o devoluzione del gettito a fronte della richiesta di incaricarsi di funzioni. Non c'è una ragione vera e propria perché quella categorizzazione tra fonti di entrata non debba essere rimessa in discussione adesso che si cerca di posizionare lo *starting point* del federalismo in sanità. Come già affermato a proposito del comma 4, lettera f), decurtare la spesa di quella quota finanziata da entrate proprie aggiuntive rispetto a quelle considerate in sede di programmazione del Fsn espone, di fatto, al rischio di decurtare i Lea, ovvero di restringere implicitamente il perimetro dei Lea senza una chiara assunzione di responsabilità politica. Per inciso, ad oggi, in Italia, il perimetro dei Lea è praticamente onnicomprensivo;

Quel che rileva per il *benchmarking* è la spesa Lea delle Regioni prese a modello. La distinzione che il decreto fa lato finanziamento - tra risorse Fsn, risorse proprie “incardinate” nella programmazione Fsn, e risorse proprie ulteriori - non può tradursi in “aggiustamenti” di spesa, fintantoché la spesa ha natura esclusivamente Lea. Altrimenti si rischia di decurtare il perimetro dei Lea ...

Si rischia di decurtare il perimetro dei Lea, senza il passaggio di una esplicita scelta politica ...

⁵ Le cosiddette fonti di entrata “incardinate” nel sistema di finanziamento Lea (più per prassi che per scelta ragionata).

- Quella tripartizione tra fonti di entrata andrebbe superata. Da un lato, ci dovrebbero essere le regole ordinarie di finanziamento dei Lea su scala nazionale. Dall'altro, la leva delle risorse regionali aggiuntive, attivabile da ciascuna Regione in caso di necessità. Le regole ordinarie nazionali dovrebbero provvedere sia a raccogliere le risorse complessive da dedicare ogni anno ai Lea su scala nazionale (quali basi imponibili?, quali aliquote?), sia a ripartire queste risorse tra le Regioni (compartecipazione di gettito, devoluzione di imposta, accesso a fondo perequativo);

- Non si condivide neppure che la spesa venga depurata dalle quote di ammortamento. C'è una ragione tecnica: la sanità non dispone di contabilità economica di qualità e di omogeneità tale da permettere di incorporare questa partita senza commettere errori e creare disparità di trattamento. E c'è anche una ragione di metodo. Perché scorporarli, se gli ammortamenti sono parte delle spese di funzionamento, e risponde ad una logica corretta (una logica federalista) responsabilizzare le Regioni nelle scelte degli investimenti (quali? e dove?) e nella programmazione delle risorse necessarie a rinnovare lo *stock* di capitale fisico installato? Piuttosto appare necessario affrontare altri aspetti, come l'attribuzione degli ammortamenti alle fasce di età (per la costruzione del *benchmark* di spesa *pro-capite* per fascia di età); e l'individuazione stessa degli ammortamenti all'interno della spesa annuale dei Ssr. Per quest'ultima questione - e in attesa che la contabilità del sistema sanitario compia i necessari progressi - una proposta potrebbe essere quella di far riferimento a dati di cassa (registrabili sui conti di tesoreria, come quelli della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese), e considerare gli ammortamenti all'interno della più grande voce delle spese amministrative, gestionali e del personale, voce ottenibile come differenza tra la spesa di cassa complessiva e le voci di spesa per macrolivelli di prestazione per le quali si dispone di una contabilità specifica e relativamente affidabile (per esempio: ospedaliera, farmaceutica, diagnostica e specialistica). Per quanto riguarda la prima questione, invece,

... Si dovrebbe superare la categoria delle risorse proprie "incardinate" nel Fsn. Confonde ed espone a rivendicazioni postume

Non si dispone di una contabilità che permetta di dare separata evidenza agli ammortamenti. La contabilità Ssn non è ancora attrezzata come contabilità economico-industriale ...

... Ma, al di là di dello scoglio tecnico della contabilità: il depurare la spesa dagli ammortamenti corrisponde davvero ad una logica di standardizzazione in prospettiva di federalismo e sussidiarietà?

l'attribuzione alle varie età della grande voce di spese amministrative, gestionali e del personale potrebbe avvenire seguendo la distribuzione per età della spesa ospedaliera, dal momento che il dimensionamento infrastrutturale dovrebbe essere scelto in considerazione della domanda potenziale di prestazioni che dipende, a sua volta, dalla composizione per età della popolazione residente;

- Da ultimo, la questione già sollevata: perché, se è possibile individuare la spesa *pro-capite* per fascia di età (e per macrolivelli) delle Regioni *benchmark*, si richiede (lettera c)) il ricorso alla ponderazione per fasce di età già considerata “ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativo al secondo esercizio precedente a quello di riferimento”? Perché, in altri termini, se è possibile far emerge endogenamente la pesatura tramite la costruzione di profili di spesa per età e per macrolivelli, lo schema di decreto chiede di prendere a riferimento pesi esogeni? Se si applicasse oggi l’algoritmo, questi pesi esogeni sarebbero quelli con cui è stato ripartito il Fsn nel 2008. La critica è dello stesso tipo di quella già mossa alla assegnazione *ex-ante* delle percentuali per la tripartizione del finanziamento (e riconoscimento del fabbisogno relativo) nei tre macrolivelli (1) *assistenza sanitaria collettiva in ambiente di lavoro*, (2) *assistenza distrettuale* e (3) *assistenza ospedaliera*. Così facendo, lo schema di decreto tende ad eludere il compito stesso che è chiamato a svolgere; perché quello di cui si è alla ricerca è proprio un sistema di pesi espressivi delle proporzioni di fabbisogno tra fasce di età e che, applicati alla popolazione di ogni Regione, forniscano le quote del Fsn spettanti a ciascuna Regione.

Esistono dati di spesa regionale che permetterebbero di fondare il benchmarking sui profili di spesa *pro-capite* per fasce di età delle Regioni prese a modello

... Anche con una diversa suddivisione in capitoli di spesa, rispetto a quella proposta dal decreto (es.: ospedaliera, farmaceutica territoriale, specialistica-diagnostica, gestione-amministrazione). Posto, ad ogni modo, che la valutazione finale avvenga sul dato complessivo di spesa ...

Articolo 3 – Determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali, comma 4, lettera d) ed e)

Lo schema di decreto appare giustamente consapevole che il punto di approdo è un sistema di pesatura, e che la costruzione dei profili di spesa *pro-capite* per fasce di età ha una valenza puramente strumentale. Per sua natura, un siffatto sistema di pesatura non può essere variato ad alta frequenza, ed ha validità almeno nel medio periodo. Esso coglie, infatti, aspetti strutturali (la demografia e i rapporti di fabbisogno tra individui di età diverse). Questa enunciazione dovrebbe comparire espressamente nel decreto, a tutela della nuova *governance* che si vuole inaugurare, e del nuovo ruolo della Politica e delle Istituzioni di governo e amministrazione. Si tratterebbe di una vera e propria clausola di salvaguardia.

Serve “legare le mani” alla politica sulle questioni di natura prettamente tecnica. Se le regole di ponderazione, *standardizzazione* e assegnazione di quote Fsn restano di facile ricontrattabilità ...

Articolo 4 – Revisione a regime dei fabbisogni *standard*

Proprio alla luce di quest’ultima considerazione (natura strutturale della ponderazione almeno nel breve e medio periodo), la facoltà che qui viene prevista (rideterminazione dell’algoritmo di ponderazione previa intesa Stato-Regioni) dovrebbe essere molto più circoscritta. Dopo la definizione iniziale, la ricontrattazione dovrebbe avvenire o a scadenze lunghe, o in presenza di eventi che facciano davvero ritenere l’algoritmo (e la connessa pesatura) non più espressivo dei sottostanti fabbisogni.

I vantaggi del “*tying one’s hands*”. I parametri più importanti dovrebbero essere trattati come parti di una Costituzione economica

Articolo 5 – Disposizioni finali ed entrata in vigore

Lo schema si chiude con: [...] dal decreto non devono derivare né minori entrate né maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Rispetto a cosa? In relazione a quale esercizio, a quale orizzonte temporale? Sembra attestazione solo *pro forma* (la chiosa “classica” di salvaguardia). In realtà, variazioni di gettito, derivanti dalla leva fiscale regionale, potrebbero essere necessarie in fase di riequilibrio dei conti.

In allegato:

- *lo schema di decreto circolato al 25 Settembre 2010*
- *l'editoriale di Fabio Pammolli sul Corriere della Sera del 25 Settembre 2010*

©® CeRM 2010

E-mail: [**cermlab@cermlab.it**](mailto:cermlab@cermlab.it)
Web: [**www.cermlab.it**](http://www.cermlab.it)