



SHORT NOTE n. 10 | 2010

Fabio Pammolli, Nicola C. Salerno

IL DECRETO SUGLI STANDARD IN SANITÀ

INTRODUZIONE

LA RISOLUZIONE DEL SENATO

GLI EMENDAMENTI PROPOSTI DALLE REGIONI

QUALE SOLUZIONE?

Sommario

Allo schema di decreto governativo sugli *standard* in sanità hanno risposto la Commissione Igiene e Sanità del Senato e la Conferenza delle Regioni, con delle proposte di integrazione e modifica del testo. Alcune cose sono condivisibili; altre proposte aprono criticità che andrebbero discusse; altre ancora appaiono irricevibili se non si vuol del tutto snaturare la riforma del finanziamento della sanità.

Condivisibili:

- La programmazione a medio termine del Fsn;
- La definizione chiara, sorretta da quantificazioni puntuali, della fase di transizione verso il finanziamento dei Ssr basato sugli *standard*;
- Per le Regioni interessate da piani di rientro, l'accorpamento degli stessi piani alla fase di transizione (un unico percorso integrato di convergenza);
- Il vincolo che durante la fase di transizione nessuna Regione debba sostenere riduzioni del Fsn, per favorire e rendere credibile la convergenza. Questo potrebbe avvenire disegnando traiettorie di convergenza diverse da Regione a Regione e congiungenti, in maniera il più possibile lineare, l'importo del Fsr nell'ultimo anno *pre* avvio transizione all'importo del Fsr nel primo anno di applicazione a regime degli *standard*. Un tale vincolo è condivisibile solo come misura di accompagnamento della transizione; giammai come precedente che possa indebolire l'applicazione delle regole a regime;
- La definizione chiara, anche in questo caso sorretta da quantificazioni puntuali, del funzionamento del fondo di perequazione infrastrutturale (capitalizzazione, durata, selezione ed esecuzione dei progetti).

Per inciso, il tema del disegno della transizione è rimasto eluso, e anche lo schema di decreto sugli *standard* lo tocca solo marginalmente.

Punti da approfondire:

- Il coordinamento tra finanziamento e fabbisogno. È necessario coordinare la programmazione del Fsn con il perimetro dei livelli essenziali. Ma questo passaggio non implica l'abbandono dell'approccio *top-down* (che è nel decreto), né una sorta di "istituzionalizzazione" del contrasto tra Stato che tenta di ridurre gli stanziamenti e Regioni che spingono per aumentare la spesa. L'obiettivo dovrebbe essere, piuttosto, quello di una programmazione del Fsn che si realizzi nel rispetto delle priorità tra capitoli del bilancio pubblico, e che si fondi sulla razionalizzazione delle spese della PA e sull'universalismo selettivo. In ogni caso, il vincolo macrofinanziario dei conti pubblici non può essere violato;
- La ripartizione del Fsn, non solo sulla base dei rapporti di spesa *pro-capite* tra fasce di età rilevabili nelle Regioni *benchmark*, ma anche con riferimento ad un indicatore di deprivazione. Si tratta di un passaggio estremamente insidioso, che può nascondere, dietro il riferimento a un criterio generale, spazi per rinegoziazioni dei vincoli di bilancio. Se davvero si andrà verso l'introduzione di un indicatore di deprivazione, sarà necessario che questo sia semplice, trasparente, calcolato da Istituzioni *super partes*, e che il suo inserimento non modifichi l'approccio *top-down* né faccia passare in secondo piano il riferimento alle spese *pro-capite* per fascia di età delle Regioni *benchmark*. Aprire a questo indicatore è rischioso e bisogna esserne consapevoli. La dimensione della

deprivazione, se non opportunamente circoscritta, può esporre le regole a interferenze politiche e a richieste di deroghe o ricontrattazioni. Per questa ragione, il suggerimento è quello di verificare, prima di attivare questo canale di redistribuzione, la portata redistributiva già passante per gli altri due canali: quello del riconoscimento di spese *pro-capite* per fascia di età omogenee su tutto il territorio nazionale; e quello della perequazione infrastrutturale. Due canali, oltretutto, con caratteristiche diverse e complementari, soprattutto in una prospettiva dinamica e di sviluppo. Eppure, molti confronti *pre-post* che adesso circolano sui possibili effetti di riduzione della redistribuzione territoriale con il federalismo, trascurano del tutto che la *standardizzazione* di fabbisogno/spesa corrente sarebbe affiancata dal programma di perequazione infrastrutturale.

Punti inaccoglibili se non a rischio di snaturare il decreto e la *ratio* della *standardizzazione*:

- L’inserimento, nel gruppo delle Regioni *benchmark*, di almeno una rappresentante del Nord, del Centro e del Sud, e di almeno una Regione di piccole dimensioni. Il *benchmark*, per essere tale, deve essere espressivo condizioni di efficienza. Definire un *benchmark* è fondamentale per innestarvi, in modalità chiara e inequivocabile, gli strumenti idonei a supportare la redistribuzione territoriale. Una redistribuzione implicita nell’allentamento del *benchmarking* è da evitarsi, perché diminuisce la comprensione del sistema e l’incisività della *governance*. È opinabile, tra l’altro, che la Regione piccola possa aiutare a considerare condizioni di produzione/erogazione sfavorevoli: da un lato non è detto che le economie di scala siano crescenti, nei singoli comparti assistenziali e nell’aggregato; e, dall’altro, non si deve trascurare che l’aggregato regionale, per piccola che possa essere la Regione, è comunque già al di là della soglia necessaria a supportare i costi fissi di infrastrutture ospedaliere, apparecchiature, servizi di collegamento ospedali-territorio. Esempio ne sia il fatto che, nelle analisi di *benchmarking* sinora circolate, l’Umbria, la quinta Regione più piccola d’Italia, si posiziona ai vertici;
- Forme di correzione/depurazione della spesa corrente diverse da quella per tener conto del saldo di mobilità. Fintantoché la spesa origina in prestazioni Lea, essa andrebbe considerata integralmente, indipendentemente dalla natura delle fonti di finanziamento utilizzate per fronteggiarla (se del Fsn, incardinate nel Fsn, o dei bilanci regionali). Il tema dell’inserimento di spese *extra* Lea già di fatto a carico del bilancio pubblico, come suggerito dalla Conferenza delle Regioni, andrebbe affrontato da un altro punto di vista: come revisione/ammodernamento del perimetro dei Lea, in armonia con la disponibilità di risorse;
- L’appropriabilità *tout court* dei risparmi. Se, come negli emendamenti proposti dalle Regioni, questo principio viene affermato in maniera generale e assoluta, esso potrebbe rendere virtuali, anche un mero cambiamento contabile, i risparmi connessi al riassorbimento degli scarti tra spesa storica e fabbisogno *standard*. Quelle risorse devono essere effettivamente liberate e canalizzate su finalità meritorie, ivi incluso il rafforzamento delle prestazioni sociali e socio-sanitarie che vedono impegnati assieme Regioni e Enti Locali sottesi;
- Mantenimento della distinzione tra Regioni ordinarie e Regioni speciali. Il problema va affrontato, e se non lo si fa adesso si rischia che il federalismo nasca e si sviluppi con delle “zone d’ombra”, delle disparità di trattamento che poi potranno pesare sui rapporti tra Regioni, e riemergere periodicamente, soprattutto nei momenti di crisi. Quella distinzione tra statuti ha realizzato una prima forma di federalismo *ante-litteram* quando, all’indomani della Seconda

Guerra Mondiale, si sono assegnate funzioni diverse alle Regioni e riconosciute anche difficoltà operative diverse che esse dovevano affrontare. Oggi, a distanza di oltre mezzo secolo, quella visione va rinnovata, e l'occasione è data proprio dal riesame delle funzioni pubbliche che devono essere espletate e dalla valutazione delle risorse efficienti necessarie allo scopo. Dalla *standardizzazione* della spesa sanitaria emergono scostamenti percentuali macroscopici per Sicilia, Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta, e questi risultati trovano conferma in metodologie di analisi diverse. Se si accolgono eccezioni di specialità *ex-ante* per applicare *standardizzazioni ad hoc* o con deroga, inevitabilmente tutta l'impalcatura ne risulta indebolita.

La *Short Note* si chiude con un elenco di punti che può rappresentare la base per un confronto su una visione di insieme e non su singole parti o su singoli parametri.

IL PUNTO SUL CAMMINO DEL DECRETO SUGLI STANDARD IN SANITÀ

La *Short Note n. 9 – 2010* CeRM ha commentato in maniera analitica lo schema di decreto sulla *standardizzazione* dei fabbisogni sanitari licenziato dal Consiglio dei Ministri. Successivamente, il *Working Paper “I numeri del Federalismo in Sanità - Benchmarking e Standard su profili di spesa per età”* ha proposto una soluzione operativa che, rimanendo il più possibile aderente al dettato del decreto, ne risolvesse alcune incongruenze e lacune. La soluzione proposta, su cui non si ritorna rimandando ai lavori pubblicati su www.cermlab.it, si fonda sull’approccio *top-down*, ripartisce le risorse Fsn tra Regioni utilizzando rapporti di fabbisogno tra fasce di età calcolati sulle Regioni *benchmark*, sceglie queste ultime in base al rispetto della programmazione di spesa negli ultimi cinque anni e alla qualità delle prestazioni.

[Il decreto sugli standard. Punti affrontati ...](#)

Il passaggio successivo era il disegno della transizione, affidato a tre scelte: (1) la programmazione almeno su 4-5 anni del complesso delle risorse da dedicare alla sanità su scala nazionale (il Fsn); (2) la gradualità con cui far passare a regime le nuove regole di riparto; (3) le regole di funzionamento del fondo di perequazione infrastrutturale che, alla fine del processo di transizione, deve mettere a disposizione di tutte le Regioni uno *stock* di capitale fisico congruo rispetto agli obiettivi che si chiede le stesse Regioni perseguano (piena responsabilizzazione sui conti e sull’adeguatezza dell’offerta).

[... e punti in sospeso](#)

Nelle scorse settimane, tuttavia, il dibattito è tornato a riconsiderare alcuni aspetti che il decreto aveva fissato in maniera chiara.

[Ma il dibattito si riapre sulla base di due documenti ...](#)

A riaprire il dibattito ci sono due documenti: una risoluzione *bipartizan* messa a punto nella Commissione Igiene e Sanità del Senato; le proposte di modifiche al decreto sugli *standard* avanzate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

**Risoluzione
bipartizan del
Senato e
emendamenti della
Conferenza delle
Regioni**

1. La risoluzione *bipartizan* del Senato

Il documento messo a punto in Senato (lo si propone in allegato) contiene numerosi spunti che potrebbero integrare e completare il decreto. Così è, per esempio, per: procedure e regole contabili uniformi; certificazione dei bilanci di Asl e Ao; creazione di *database* omogenei e aggiornati per consentire monitoraggio e interventi correttivi; procedure selettive per le nomine dei direttori generali; condivisione di *best practice*. Si tratta, tra l'altro, di aspetti già contenuti nella Legge n. 42/2009, ma che in effetti è opportuno trovino una dimensione operativa, almeno a livello di direttive, nella stessa fase di decretazione riguardante gli *standard*, per non perdere la dimensione di insieme e per non frammentare nel tempo e nei documenti l'azione di riforma. La novità, a tale proposito, è che viene proposta una intesa, in sede di Conferenza Stato-Regioni, per una accelerazione dei lavori, che si avvalga anche di forme di cooperazione tra Regioni per il trasferimento delle *best practice*, delle competenze e delle metodologie già in uso.

Veniamo ai punti dove la risoluzione del Senato si differenzia dal decreto licenziato dal Consiglio dei Ministri. Se ne possono individuare cinque: (1) il raccordo tra il finanziamento e i bisogni di assistenza; (2) la necessità che la *standardizzazione* non comporti riduzione di stanziamenti per le Regioni; (3) la necessità che il riparto tra le Regioni avvenga considerando sia la struttura demografica che indicatori di povertà e deprivazione economica e culturale; (4) il coordinamento della transizione verso gli *standard* con i piani di rientro delle Regioni in disavanzo e con il Psn; (5) la definizione operativa della perequazione infrastrutturale, da intendersi come un programma poliennale di investimenti che deve trovare intangibile collocazione nelle annuali sessioni di

**I punti di divergenza
tra la risoluzione
bipartizan del
Senato e il decreto
sugli *standard***

bilancio. Nel seguito, alcune considerazioni su ciascuno di questi cinque punti.

[Commento ai punti di divergenza ...](#)

- (1) **Raccordo finanziamenti-bisogni** ::: Si tratta dell'annoso problema del coordinamento delle risorse dedicate ogni anno alla sanità con una stima delle risorse necessarie ad implementare i livelli essenziali di assistenza. Questo problema non è mai stato affrontato, anche perché la sua risoluzione passa anche per la *standardizzazione* dei costi di cui si sta discutendo adesso. Tuttavia, non lo si deve confondere - come accade purtroppo nella proposta *bipartizan* - con l'approccio *top-down*. La programmazione vincolante delle risorse complessive non esclude che il dimensionamento del Fsn derivi dal contraddittorio tra le proposte governative e le esigenze manifestate dalle Regioni. Quel che conta è che il contraddittorio si chiuda in tempi congrui per le scadenze di finanza pubblica e, soprattutto, che non resti aperto a ricontrattazioni, aggiustamenti, sanatorie, che finiscono con lo snaturare la programmazione e indebolire l'interno impianto di *governance*. Adottare un approccio *top-down* non significa che il Fsn debba diventare una posta residuale su cui scaricare le tensioni di bilancio per garantirne la chiusura. Significa, invece, che il Fsn, assieme agli altri capitoli di spesa del bilancio pubblico, deve rispettare i vincoli macrofinanziari attuali e prospettici. Da questo punto di vista, il raccordo finanziamenti-bisogni non può essere schematizzato nel "braccio di ferro" tra Governo e Regioni, in cui il primo punta al ribasso e le seconde al rialzo; piuttosto, esso implica che si affrontino scelte di più ampio respiro come le priorità nell'allocazione delle risorse tra funzioni di spesa, l'universalismo selettivo, la revisione dei livelli essenziali, la razionalizzazione dei rapporti tra Regioni e Enti Locali sottesi impegnati nell'offerta di prestazioni socio-sanitarie, l'efficientamento della PA, etc..

[Il raccordo finanziamenti-bisogni e l'approccio top-down non si escludono a vicenda](#)

- (2) **Vincolo di non riduzione delle risorse** ::: *Standardizzare* la spesa implica, per forza di cose, fare emergere scarti tra le risorse utilizzate e quelle che sarebbero state necessarie in condizioni di efficienza, a meno che tutte le Regioni non si posizionino già lungo la frontiera

efficiente. Le analisi pubblicate da CeRM mostrano che, anche ricorrendo a metodologie diverse (*panel* econometrici, *benchmarking* su profili di spesa per fasce di età su dati del Ministero della Salute), per alcune Regioni questi scarti sono ampi e a doppia cifra percentuale. Richiedere *tout court* l'invarianza delle risorse stanziare non avrebbe senso e vanificherebbe gli sforzi di efficientamento. L'obiettivo cui si dovrebbe lavorare è il disegno di una realistica transizione verso l'applicazione a regime delle nuove regole. Può essere una delle caratteristiche della transizione che, tra l'ultimo anno prima dell'avvio e quello dell'applicazione a regime, nessuna Regione debba sostenere riduzioni della quota del Fsn di propria spettanza. Accadrebbe che ci sarebbero Regioni con una crescita più elevata della quota di Fsn (quelle che partono da livelli di efficienza relativamente alti), e Regioni con una crescita più bassa o addirittura nulla (quelle che partono da livelli di inefficienza relativamente bassi e che già all'inizio hanno in dotazione più risorse del necessario). Una programmazione iniziale del Fsn su un periodo equivalente a quello di transizione, ad esempio di 6-7 anni (?), potrebbe supportare una scelta di questo tipo. Si tratterebbe di uno sforzo, che Stato e Regioni dovrebbero compiere assieme, per inizializzare la nuova *governance*. Si deve anche tener presente che, di qui a 10-20 anni, aumenterà la domanda di prestazioni per non autosufficienza, oggi formalmente ricomprese nei Lea ma, di fatto, gravemente insufficienti. Rendere effettivi i risparmi di spesa da *standardizzazione* è necessario per liberare risorse da riversare sulla sanità per sostenere, in futuro, nuove tipologie di prestazioni che altrimenti resterebbero scoperte.

La non riduzione è ammissibile solo come caratteristica della transizione verso gli *standard*

(3) **Riferimento anche ad un indicatore di deprivazione per il riparto** :::

Nella risoluzione *bipartizan* si legge: “[...] È essenziale che la procedura che verrà adottata per determinare la percentuale di risorse per ogni singola Regione corrisponda a criteri oggettivi e certi e non

appaia la risultante di calcoli confusi e di pasticciati compromessi". Nella misura in cui un indicatore regionale di deprivazione può soddisfare questi requisiti, si può discutere di affiancarlo alla spesa *pro-capite* per fascia di età delle Regioni *benchmark*, per definire la regola di riparto del Fsn. Dovrà necessariamente essere un indicatore semplice e trasparente, calcolato da una Istituzione *super partes*, e aggiornato con la stessa frequenza con cui saranno aggiornate le rilevazioni delle spese *pro-capite benchmark* per fasce di età (ogni 4 o 5 anni?). Una soluzione potrebbe essere quella di derivare, dalla posizione relativa delle Regioni sull'indicatore di deprivazione, dei coefficienti moltiplicativi delle spese *pro-capite benchmark* per fasce di età applicabili alle singole Regioni. Il punto di partenza rimarrebbe quello dei profili di spesa *pro-capite* per fasce di età delle Regioni *benchmark* ma, prima di applicarli alla struttura demografica delle altre Regioni, i valori verrebbero moltiplicati per un coefficiente di correzione per la deprivazione. L'approccio *top-down* rimarrebbe garantito, perché sarebbe il termine fisso di una equazione da risolvere nella spesa *pro-capite benchmark* per la fascia di età 65-69 (quella base), in cui i valori di spesa delle altre fasce sono ottenuti moltiplicando quello della fascia 65-69 per il rapporto di spesa interfascia così come calcolato sui dati di contabilità sanitaria delle Regioni *benchmark*¹. Per le Regioni con un coefficiente di deprivazione superiore all'unità, i valori di spesa *pro-capite* sarebbero ulteriormente incrementati di quest'altro fattore moltiplicativo:

Utilizzo, in fase di riparto, di un indicatore di deprivazione semplice e trasparente. Ne siamo all'altezza, sia sul piano tecnico che su quello del confronto politico? Si intravedono dei rischi concreti per la trasparenza e la stabilità delle regole

$$\begin{aligned}
 \text{Fsn} &= \sum_{\text{Regioni non deprivate}} \sum_{i=\text{fascia anni}} \beta_i * \text{fabbisogno}_{pro\text{capite } 65-69} * \text{residenti}_{regionali_i} + \\
 &+ \sum_{\text{Regioni deprivate}} \sum_{i=\text{fascia anni}} \beta_i * \text{fabbisogno}_{pro\text{capite } 65-69} * \varphi_i * \text{residenti}_{regionali_i}
 \end{aligned}$$

Diagrammatic annotations:

- Fsn**: programmazione di spesa – valore di policy
- β_i**: rapporto di spesa interfascia della fascia "i" - parametri stimati
- fabbisogno_{procapite 65-69}**: valore da calcolare endogenamente
- φ_i**: coefficiente di deprivazione regionale > 1 - parametro stimato

¹ Per una descrizione del criterio, cfr. "Una proposta di regole a regime per la ripartizione del Fsn" (http://www.cermlab.it/documents/argomenti/Regole_riparto_fpns.pdf). Si schematizza l'applicazione dei rapporti di spesa interfascia, anche se non si tiene conto della modifica per includere il coefficiente di deprivazione, introdotta in questa Sn.

Siamo all'altezza di individuare, condividere ed utilizzare un siffatto indicatore di deprivazione? Il passaggio dovrebbe essere duplice: la scelta dell'indicatore, e la sua trasformazione in un coefficiente da applicare alle spese *pro-capite* per fasce di età. Non si può prescindere dalla predisposizione di scenari simulativi dell'impatto sulle quote regionali del Fsn. Il coefficiente di deprivazione, infatti, è un parametro che andrebbe a regolare la portata redistributiva e, per definire un suo valore che possa rimanere stabile nel medio periodo, è necessario avere un quadro chiaro dei flussi perequativi attivabili. Si potrebbe valutare di utilizzare statistiche sui redditi da lavoro (dipendente, autonomo e da professione) e/o statistiche sui consumi, entrambe depurate dell'impatto dell'evasione fiscale. Indicatori più articolati, chiamanti in causa variabili sociali quantitative e qualitative, oggettive e soggettive, rischiano di rendere il riferimento alla deprivazione troppo complesso, esposto ad opinabilità e anche a comportamenti opportunistici e al *bargaining*. La scelta del coefficiente di deprivazione dovrebbe compiersi contestualmente alla revisione dei valori delle spese *pro-capite benchmark* (ogni 4-5 anni), e chiudersi, senza strascichi, in tempo per con le scadenze di finanza pubblica nazionali e internazionali. Per utilizzare un parametro di questo tipo, bisogna esserne all'altezza, sia dal punto di vista delle competenze tecniche e dei *database* necessari per il calcolo, sia dal punto di vista della maturità politica e istituzionale. In caso contrario, la maggior sofisticazione, rispetto al ricorso alla spesa *pro-capite* per fascia di età delle Regioni *benchmark*, rischia di diventare "un'arma a doppio taglio". Il ricorso ad un indicatore di deprivazione non può in nessun modo trasformarsi in un "cavallo di Troia" che, inserito nella formula di riparto, metta a rischio la trasparenza delle regole, allenti gli stimoli all'efficienza, e resti troppo esposto, sia alle scadenze di ricomputazione che anche anno per anno, a "incursioni" politiche. Se ne può discutere, ma senza eludere la domanda: "Ne siamo capaci?"

Possibile ricorso a statistiche sui redditi da lavoro e/o sui consumi, depurate dell'impatto dell'evasione fiscale ma ...

... l'indicatore non deve diventare un "cavallo di Troia" che, inserito nella formula di riparto, la snatura e la espone a "incursioni" politiche. Ne siamo capaci?

(4) **Coordinamento della transizione con i piani di rientro** ::: Si conviene sul rilievo di questo punto. Tra le Regioni interessate da piano di rientro ci sono quelle che mostrano gli scarti più macroscopici tra spesa effettiva e spesa *standardizzata*. Mantenere la transizione e i piani di rientro su due binari separati espone al rischio di un indebolimento della stessa transizione, visto che sono proprio le Regioni sotto piano a dover compiere la transizione più impegnativa². Il raccordo ad oggi manca e, quando ci si riferisce alla riforma federalista ancora alla ricerca di numeri per la sua concretizzazione, uno dei vuoti da colmare è sicuramente questo. Una proposta completa di gestione della transizione, dettagliata nei tempi, negli obiettivi, nell'assegnazione delle responsabilità e nell'individuazione delle risorse (bilancio dello Stato, bilancio delle Regioni, programmi di consolidamento *ad hoc*, etc.) non ha ancora visto la luce.

Un unico binario per la transizione e i piani di rientro. Il rientro dai disavanzi accumulati dovrebbe essere tutt'uno con la transizione. Mancano scenari simulativi con numeri

(5) **Dettagli operativi della perequazione infrastrutturale** ::: Si conviene sul rilievo anche di questo punto. La perequazione infrastrutturale è sia nella Legge n. 42/2009 che nel decreto predisposto dal Consiglio dei Ministri. Non esistono, però, quantificazioni, neppure a livello di ordini di grandezza. Eppure è, questo, un tassello che si incastra con le altre scelte di perequazione e le influenza. Sapere quale sarà la portata di questo canale è necessario a valutare l'adeguatezza e la sostenibilità degli altri meccanismi di perequazione: quello implicito nel riconoscimento di spese *pro-capite* per fascia di età omogenee su scala nazionale; e quello che si aggiungerebbe se le spese *pro-capite* omogenee fossero anche corrette per coefficienti di deprivazione. Quali ammontari di risorse si mettono in gioco e per quanto tempo? Quale modello di regia sovrintenderà ai piani di investimento, e con quale suddivisione di compiti tra Stato, Regioni e Enti Locali? Si deve, a questo proposito, non dimenticare che i canali di perequazione

Manca il disegno del piano di perequazione delle infrastrutture. Mancano scenari con quantificazioni

² Cfr. "Gli standard di fabbisogno sanitario delle Regioni, costruiti tramite benchmarking dei profili di spesa *pro-capite*" (<http://www.cermlab.it/grafici.php?doc=51>).

hanno proprietà diverse che sarebbe bene miscelare nel disegno complessivo, sia della transizione che del regime. Si scriveva nel *Working Paper* CeRM n. 3-2010 *“I numeri del Federalismo in Sanità”*: *“Piuttosto che tentare di rafforzare [la] funzione equitativa complicando la regola di standardizzazione e di riparto, appare utile rendere efficaci altri canali di redistribuzione oggi trascurati: un percorso ad hoc di perequazione infrastrutturale che alla fine metta nella disponibilità delle Regioni strutture e strumenti omogenei per perseguire i livelli essenziali delle prestazioni sul loro territorio; e la valorizzazione delle Regioni come livello di governo che, più vicino ai cittadini, possa declinare le scelte di universalismo selettivo, raffinando la composizione e la destinazione dei flussi redistributivi”*. La perequazione infrastrutturale interviene direttamente sugli strumenti a disposizione delle Regioni per governare la sanità ed erogare prestazioni adeguate in quantità e qualità; essa è in grado di cambiare il “volto” dei sistemi sanitari regionali, riassorbendo o comunque abbattendo il profondo *gap* territoriale oggi esistente³. Questo canale di redistribuzione, attentamente disegnato e verificato nei risultati, sarebbe in grado di concorrere all’ammodernamento infrastrutturale e allo sviluppo del Mezzogiorno.

I canali di redistribuzione territoriale hanno proprietà diverse ed è utile e necessario integrarli in un unico disegno

Riassumendo, dal documento *bipartizan* del Senato derivano due indicazioni che potrebbero essere colte a completamento e precisazione del decreto governativo, almeno a livello di linee guida con rimando a decretazione specifica a stretto giro: l’integrazione dei piani di rientro in un completo disegno di transizione verso le nuove regole a regime; e la definizione operativa della perequazione infrastrutturale. Sono due punti da cui non si può prescindere perché sono parti troppo importanti del mosaico che si sta costruendo.

Riassumendo, i due spunti *bipartizan* accoglibili nel decreto: integrazione dei piani di rientro nella transizione; funzionamento della perequazione infrastrutturale

³ Sul punto, cfr. *“Federalismo, rispetto delle regole e crescita – Laboratorio sanità”*, report congiunto del Centro Studi di IntesaSanpaolo e del CeRM, liberamente scaricabile su www.cermlab.it (http://www.cermlab.it/laboratorio_sanita/INVITO-CONVEGNO-INTESA-SANPAOLO-2010.pdf).

Sugli altri tre dei cinque punti sono necessari dei *caveat*. Il raccordo finanziamenti-bisogni è sicuramente un punto da sciogliere ma, non solo non va confuso con l'approccio *top-down*⁴, non può neppure essere schematizzato nel "braccio di ferro" tra Governo e Regioni, in cui il primo punta al ribasso e le seconde al rialzo. Per sciogliere quel nodo è necessario affrontare scelte di più ampio respiro come le priorità nell'allocazione delle risorse tra funzioni di spesa e capitoli di bilancio pubblico, l'universalismo selettivo, la revisione dei livelli essenziali, la razionalizzazione dei rapporti tra Regioni e Enti Locali sottesi impegnati nell'offerta di prestazioni sociali e socio-sanitarie, l'efficientamento della PA, etc.. Sul vincolo di non riduzione delle risorse durante la fase di transizione si può convenire, ma solo a patto che serva a rafforzare l'*enforcement* della stessa transizione e che sia realizzato richiedendo che ogni Regione rispetti una precisa traiettoria, non decrescente ma diversa da Regione a Regione, tra l'anno di inizio della convergenza e il primo anno in cui passano a regime le nuove regole. L'efficientamento deve liberare risorse dalle destinazioni d'uso che possono essere perseguite con minori impieghi; non deve necessariamente essere preludio alla riduzione degli stanziamenti dedicati al Ssn, ma a patto che le risorse liberate e le altre eventualmente decise vadano a finanziare nuove prestazioni in aree assistenziali scoperte o deboli (*long-term care*, cure dentarie, differenziazione diagnostica e terapeutica di genere, ambito socio-sanitario, etc.). Infine, sul ricorso ad un indicatore di deprivazione, da affiancare alle spese *pro-capite* per fasce di età delle Regioni *benchmark* per il riparto del Fsn, si può discutere, ma consapevoli che una maggior sofisticazione può diventare "un'arma a doppio taglio" e che bisogna esserne all'altezza, sia dal punto di vista delle competenze tecniche e dei *database* necessari per il calcolo, sia dal punto di vista della maturità politica e istituzionale. Si potrebbe valutare di utilizzare statistiche sui redditi da lavoro (dipendente, autonomo e da professione) e/o statistiche sui consumi, entrambe depurate dell'impatto

**Caveat per il
raccordo
finanziamenti-
bisogni**

**Caveat per vincolo
di non riduzione
delle risorse**

⁴ L'approccio *top-down*, si è detto, non implica che il Fsn debba essere voce residuale su cui scaricare il vincolo di bilancio. L'approccio *top-down* è un criterio di programmazione della spesa che fissa *ex-ante* l'aggregato spendibile nel medio periodo, e non lo ricava *ex-post* come sommatoria delle spese a consuntivo delle unità operative.

dell'evasione fiscale. Prima di ogni scelta, è necessario valutare in dettaglio l'impatto sulle quote regionali del Fsn e sui flussi di redistribuzione. Un lavoro che deve essere ancora portato avanti e che permetterà giudizi più circostanziati sull'opportunità di rafforzare la redistribuzione passante per le regole di riparto delle risorse correnti (Fsn), piuttosto che di affidarsi al canale della perequazione infrastrutturale aumentandone scala e tempi di realizzazione. Bisogna sviluppare scenari simulativi per sostenere il dibattito dentro e fuori il Parlamento. Si deve registrare, nel frattempo, come molti confronti *pre-post* che adesso circolano sui possibili effetti di riduzione della redistribuzione territoriale con l'avvento del federalismo, trascurino del tutto che la *standardizzazione* di fabbisogno/spesa corrente sarebbe affiancata dal programma di perequazione infrastrutturale.

Caveat per il ricorso ad un indicatore di deprivazione

2. Gli emendamenti proposti dalla Regioni

Sin qui la posizione espressa dal Senato. Sono stati diffusi, poi, anche gli emendamenti al decreto sugli *standard* proposti dalle Regioni. Alcuni punti si ritrovano in entrambe le posizioni. A differenza del documento del Senato, tuttavia, negli emendamenti delle Regioni si intravedono alcune criticità in più, che potrebbero snaturare il decreto e la *standardizzazione*. Sono almeno cinque.

- (1) **Modifica al comma 1 dell'articolo 21 - Raccordo finanziamento-bisogno** :: All'articolo che definisce le modalità di determinazione del Fsn, le Regioni chiedono venga aggiunto un periodo che precisi che, oltre che dalle condizioni macrofinanziarie, le risorse dedicate al Ssn devono essere coerenti con il perimetro dei livelli essenziali di assistenza da garantire in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. Valga, qui, quanto già detto sul raccordo finanziamenti-bisogni a proposito del documento del Senato. L'approccio *top-down* non implica che il Fsn venga trattato alla stregua di una posta "cuscinetto", e il raccordo con i Lea deve essere affrontato attraverso

Come raccordare il finanziamento al fabbisogno? Non si può fare a meno del *top-down*

scelte responsabili sulle priorità allocative tra le varie poste di bilancio pubblico, promuovendo passi verso l'universalismo selettivo, realizzando il miglior coordinamento funzionale tra Regione e Enti Locali sottesi, sviluppando le potenzialità della sussidiarietà, etc.. L'articolo può esser riformulato in maniera più chiara, ma se sarà modificato per elencare, giustapponendoli, i due criteri generali alla base della programmazione del Fsn - i vincoli macrofinanziari e l'universalità dei Lea - non sarà di fatto cambiato nulla rispetto al dilemma in cui la *governance* sanitaria si muove almeno da una decina di anni a questa parte (almeno dal D. Lgs. n. 56/2000).

(2) **Modifica al comma 5 dell'articolo 22 - Criteri di selezione delle**

Regioni *benchmark* ::: Le Regioni vorrebbero che cambiassero i criteri per la scelta dei *benchmark*. Si dovrebbero considerare in equilibrio economico le Regioni individuate ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012. Condizioni affinché il gruppo selezionato di Regioni possa fungere da *benchmark* dovrebbero essere anche le seguenti tre: il campione deve essere rappresentativo della numerosità e della composizione della popolazione nazionale, e in particolare dar conto di almeno un terzo della popolazione nazionale; nel campione devono essere rappresentate tutte e tre le aree geografiche (Nord, Centro, Sud); nel campione deve rientrare almeno una Regione di piccole dimensioni. Si tratta di modifiche che, se raccolte, indebolirebbero le basi strutturali della nuova *governance* come anche la qualità del *benchmark*. Il requisito di equilibrio economico dovrebbe essere stabilito una volta per tutte come saldo tra il complesso delle risorse dedicate a programma alle prestazioni Lea e le spese rilevate a consuntivo per queste stesse prestazioni. Il rimando alle edizioni del Patto per la Salute implicitamente afferma la possibilità che la regola venga rivisitata e adattata nel tempo, così permettendo la sopravvivenza di quella interazione istituzionale (Stato-Regioni, Regione-Regioni) fondata sul *bargaining* di breve periodo, che storicamente è stato uno dei tratti dominanti del finanziamento della sanità in Italia e la causa dei ripiani generalizzati a piè di lista. Inoltre,

Indeboliti i criteri di
selezione dei
benchmark

le Regioni candidabili a far parte del gruppo *benchmark* per capacità di rispetto della programmazione e qualità delle prestazioni - Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria, Veneto - danno già conto di almeno un terzo della popolazione e sono già rappresentative di tutte le fasce di età. Appare gravemente distorsiva anche la scelta di forzare il *benchmark* per includervi Regioni rappresentanti del Nord, Centro e Sud e almeno una Regione piccola. Il *benchmark*, per essere tale, deve essere espressivo delle massime condizioni di efficienza. Se la proposta fosse accolta, si adotterebbe come *benchmark* una sorta di media delle *performance* regionali, in cui i *gap* di inefficienza vengono volontariamente smussati e veicolano flussi di redistribuzione territoriale non trasparenti e non verificabili nell'utilizzo. È opinabile, poi, che la Regione piccola possa aiutare a considerare condizioni di produzione/erogazione sfavorevoli: da un lato non è detto che le economie di scala siano crescenti, nei singoli comparti assistenziali e nell'aggregato⁵; e, dall'altro, non si deve trascurare che l'aggregato regionale, per piccola che possa essere la Regione, è comunque già al di là della soglia necessaria a supportare i costi fissi di infrastrutture ospedaliere, apparecchiature, servizi di collegamento ospedali-territorio. Esempio ne sia il fatto che, nelle analisi di *benchmarking* sinora circolate (quelle del CeRM ma non solo), l'Umbria, la quinta Regione più piccola, si posiziona ai vertici. Definire un *benchmark* cristallino è fondamentale per innestarvi, in modalità chiara e inequivocabile, gli strumenti idonei a supportare la redistribuzione territoriale. Una redistribuzione implicita nell'allentamento del *benchmarking* è da evitarsi, perché diminuisce la comprensione del sistema e l'incisività della *governance*.

⁵ Anzi, è più facile che le problematiche di dispersione sul territorio si verifichino all'interno di Regioni estese.

(3) **Modifica al comma 12 dell'articolo 22 - La questione della appropriabilità dei risparmi di spesa** :: Anche questo un punto che, in forma diversa, è sollevato anche nel documento del Senato. Appare corretto precisare che *“Eventuali risparmi nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale effettuati dalle Regioni rimangono nella disponibilità delle Regioni stesse”*. In questo modo, le Regioni, soprattutto quelle che devono compiere gli aggiustamenti più consistenti, hanno un incentivo in più ad adottare correttivi di *policy*. Tuttavia, affinché l'efficientamento non si traduca in artifici contabili (minori costi contabilizzati a carico dei Lea e spostati su altri capitoli), è necessario che, a fronte di quote del Fsn non giustificabili per la produzione/erogazione delle prestazioni già esistenti, le Regioni compiano progressi sul fronte delle aree di assistenza sanitaria e socio-sanitaria oggi deboli (la *long-term care*, l'odontoiatria, etc.). Il problema, però, potrebbe avere una rilevanza minore di quel che si può pensare. Durante la fase di transizione se, come richiesto dalla risoluzione del Senato, nessuna Regione si vedrà riconosciute risorse decrescenti, il problema non si pone. Si porrà in un prossimo futuro quando, in uno scenario che ad oggi sembra poco probabile, qualche Regione potrà passare da un livello sotto lo *standard* ad un livello sopra lo *standard*, proponendosi come nuovo *benchmark*, oppure qualche Regione già nel gruppo *benchmark* arriverà a migliorarlo. In questo caso, potrebbe accadere che, rielaborate le computazioni sulla ripartizione (calcolo dei rapporti di spesa *pro-capite* interfascia di età, risoluzione dell'equazione con il Fsn variabile esogena, etc.), qualche Regione possa vedersi riconosciute minori risorse. Probabilmente la soluzione più idonea sarà quella di chiedere che le altre Regioni si adattino al nuovo *benchmark*, lasciando invariate le posizioni delle Regioni che hanno migliorato il *benchmark*. C'è da dire che, rispetto ai recuperi di efficienza che vedranno impegnate molte Regioni nei prossimi anni, almeno per adesso il problema appare in secondo piano, soprattutto se, come detto, la transizione avverrà sotto il vincolo che nessuna Regione debba sopportare riduzioni della sua quota di Fsn (in valore assoluto). Inoltre, se si adatterà la soluzione di esprimere il *benchmark* a livello di rapporti di spesa *pro-capite*

Il problema dell'appropriabilità dei risparmi ...

... un problema non immediato e, probabilmente, anche di rilevanza minore rispetto a quanto si può immaginare

... e in ogni caso da studiare in dettaglio per evitare che indebolisca lo scopo della standardizzazione

interfascia, con le spese *pro-capite* assolute di ciascuna fascia ricavate per soddisfare il vincolo del Fsn⁶, situazioni di arretramento delle risorse in Euro assoluti rispetto al periodo precedente è raro che si manifestino⁷. Nel complesso, si può dire che il principio dell'appropriabilità dei risparmi è condivisibile, ma deve essere circoscritto, qualificato e verificato, perché altrimenti è concreto il rischio che esso possa indebolire l'obiettivo che le attuali prestazioni Lea vengano erogate in condizioni di efficienza organizzativa e produttiva. In particolare, l'appropriabilità dei risparmi non può significare che gli scarti tra spesa storica e fabbisogno *standard* diventano solo virtuali, e che nulla cambia negli stanziamenti di risorse e negli obblighi operativi in capo alle Regioni.

... e in ogni caso da studiare in dettaglio per evitare che indebolisca lo scopo della *standardizzazione*

- (4) **Modifica al comma 6, lettera c) dell'articolo 22 - La scelta della definizione di spesa da *standardizzare*** :: Prima che si effettuino i calcoli della *standardizzazione*⁸, la Conferenza delle Regioni propone che la spesa sanitaria vada depurata dalla quota che origina in prestazioni non rientranti nei Lea, ma solo relativamente alla porzione di questa quota coperta con finanziamenti aggiuntivi provenienti da risorse proprie delle Regioni. Il problema è che, come già commentato a proposito del testo originario del decreto⁹, se la spesa matura per prestazioni *extra* Lea, essa andrebbe integralmente esclusa dalla *standardizzazione* e non assoggettata alle nuove regole di finanziamento che si stanno riscrivendo. In caso contrario, si starebbe di fatto operando un ampliamento surrettizio dei Lea, oltretutto lasciato alla discrezionalità delle Regioni, visto che non ci sono e

Se la spesa è *extra* Lea perché considerare anche questa, a meno della sola componente fronteggiata con risorse proprie delle Regioni?

⁶ La soluzione proposta da CeRM, con il Fsn variabile esogena programmata nel medio periodo.

⁷ A meno di situazioni macrofinanziarie di eccezionale gravità, in presenza delle quali i risparmi di spesa sarebbero evidentemente imposti.

⁸ E anche per procedere alla verifica dell'equilibrio di bilancio sanitario, una delle due caratteristiche che dovrebbero identificare la Regione *benchmark* se lo schema di decreto non viene così radicalmente modificato.

⁹ Cfr. Short Note n. 9-2010, "Commento allo schema di decreto sugli *standard* in sanità" (<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=60>).

presumibilmente non ci saranno limiti alla scelta delle Regioni di prendersi in carico prestazioni non rientranti nel perimetro nazionale dei Lea, purché ne garantiscano la sostenibilità finanziaria. Se quel che preme alle Regioni è fare emergere tutte quelle prestazioni che, pur formalmente non nei Lea, sono comunque erogate a carico dei Ssr perché hanno assunto un rilievo sanitario e sociale che anni fa è stato sottovalutato, allora il tema andrebbe posto e risolto come revisione e ammodernamento del perimetro dei Lea. Addirittura ci sono prestazioni che le Regioni già erogano sulla base di accordi con il Ministero della Salute ma che, in mancanza di una revisione formale dei Lea assentita anche dal Ministero dell'Economia, cadono in una zona "grigia" tra Lea ed *extra* Lea. Ma se il punto è questo, allora, oltre che agli *extra* Lea, bisognerebbe guardare anche a tutte quelle prestazioni che, pur già ricomprese nei livelli essenziali (sanitari e socio-sanitari), sono sottodimensionate o addirittura assenti per problemi di mancanza di risorse. In altri termini, bisognerebbe affrontare il tema della revisione di tutti i livelli essenziali, in modo tale da renderli concretamente implementabili e non solo dichiarazioni di intenti. Inevitabilmente viene chiamato in causa l'universalismo selettivo, che dovrebbe essere tra le pietre angolari del rinnovato Ssn mentre è del tutto assente dal confronto tra Stato e Regioni¹⁰. Tornando alla questione di quale spesa sanitaria debba essere utilizzata per la *standardizzazione*, si ritiene che, fintantoché la spesa ha natura Lea, essa debba essere considerata integralmente, con la sola correzione per tener conto del saldo di mobilità interregionale; ma a condizione che il *benchmark* venga costruito solo a partire dalle Regioni che soddisfano i due requisiti della capacità di rispetto della programmazione sanitaria e della qualità dell'offerta. Il primo requisito implica che la Regione abbia dimostrato, almeno negli ultimi 3-5 anni, una sostanziale equivalenza tra, da un lato, le risorse, di

Il vero punto da affrontare è un altro: la revisione e l'ammodernamento dei Lea ...

Fintantoché Lea, la spesa andrebbe considerata per intero, purché, per la costruzione del *benchmark*, si prendano solo le Regioni che soddisfano i due criteri dell'equilibrio dei conti e della qualità

¹⁰ Cfr. Nota CeRM n. 8-2006, "*Il copayment a difesa del sistema sanitario universale*".

qualunque origine¹¹, dedicate *ex-ante* ai Lea sanitari sulla base di programma e, dall'altro, la spesa contabilizzata a consuntivo. Il secondo requisito implica che la qualità delle prestazioni erogata sia elevata, relativamente alla media nazionale, e che ciò venga confermato da saldi di mobilità netta in ingresso e da indicatori oggettivi e soggettivi. Quando ricorrono queste due caratteristiche si ha di fronte una Regione che, in condizioni di sostenibilità dei conti e di rispetto del vincolo della programmazione, riesce a erogare prestazioni adeguate alla domanda. Un "punto di pareggio" risorse stanziato => spesa a consuntivo => soddisfazione del fabbisogno, da cui si può partire per definire lo *standard*¹². È questo il punto di vista adottato da CeRM nella formulazione della proposta di regole a regime per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale¹³.

(5) **Aggiunta dell'articolo 26-bis - Le Regioni a statuto speciale** :::

L'ultima criticità riguarda la distinzione tra Regioni a statuto ordinario e Regioni a statuto speciale. Non è una novità degli emendamenti proposti dalla Conferenza delle Regioni, perché la scelta da compiersi su questa distinzione resta, invero, solo marginalmente toccata, e anche in maniera poco chiara, in tutto il processo di normazione federalista sin da quando è stato avviato negli ultimi anni Novanta. Adesso l'articolo 26-bis affermerebbe in maniera inequivocabile che "[...] per le Regioni a statuto speciale e le Province Autonome rimane fermo quanto previsto nei rispettivi statuti speciali e nelle relative norme di attuazione [...]". Il problema va affrontato, e se non lo si fa adesso si rischia che il federalismo nasca e si sviluppi con delle "zone

Questa distinzione va superata: è un federalismo *ante-litteram* che adesso deve lasciare spazio alle nuove regole federaliste uguali per tutte le Regioni. La specialità di trattamento deve trovare giustificazione nella valutazione delle funzioni assegnate e delle risorse necessarie a perseguirle in condizioni di efficienza

¹¹ Risorse del Fsn, risorse proprie cosiddette incardinate, risorse proprie aggiuntive, partecipazioni del privato.

¹² Le condizioni, in realtà, dovrebbero essere tre. L'equilibrio del bilancio sanitario (il rispetto della programmazione sanitaria) dovrebbe realizzarsi in condizioni di sostenibilità di tutto il bilancio regionale, per evitare che condizioni di pareggio in sanità vengano ricostruite *ad hoc* spostando risorse da altri capitoli e da altre funzioni. Questa terza condizione può, tuttavia, essere ritenuta di secondaria importanza almeno in questo momento, visto che la sanità conta per il 75-80 per cento dei bilanci regionali, e che è lì che si manifestano i problemi di *governance* e di controllo della spesa.

¹³ Cfr. <http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=62>.

d'ombra", delle disparità di trattamento che poi potranno pesare sui rapporti tra Regioni, e riemergere periodicamente, soprattutto nei momenti di crisi. Quella distinzione tra statuti ha realizzato una prima forma di federalismo *ante-litteram* quando, all'indomani della Seconda Guerra Mondiale, si sono assegnate funzioni diverse alle Regioni e riconosciute anche difficoltà operative diverse che esse dovevano affrontare. Oggi, a distanza di oltre mezzo secolo, quella visione va rinnovata, e l'occasione è data proprio dal riesame delle funzioni pubbliche che devono essere espletate e dalla valutazione delle risorse efficienti necessarie allo scopo. Non si possono più pretendere trattamenti speciali per ragioni storiche *tout court*, ma la specialità deve, adesso, passare attraverso l'esame delle funzioni e degli *standard*. Per portare un esempio significativo, dalla *standardizzazione* della spesa sanitaria emergono scostamenti percentuali macroscopici per Sicilia, Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta, e questi risultati trovano conferma in metodologie di analisi diverse. Se si accolgono eccezioni di specialità *ex-ante* per applicare *standardizzazioni ad hoc* o con deroga, inevitabilmente tutta l'impalcatura ne risulta indebolita. È un passaggio complicato da affrontare sul piano politico, ma è necessario. Quando si dice che il progetto federalista italiano è una prova difficile perché, nonostante i progressi compiuti negli ultimi dieci-quindici anni¹⁴, si viene da una organizzazione fortemente centralista dello Stato e della Pubblica Amministrazione, si sta, in realtà, sottovalutando un fattore in più di complessità; e cioè che, all'interno di questo impianto, erano e sono ancora presenti realtà speciali la cui sfera di autonomia va ricondotta, adesso, a principi generali e comuni a tutte le Regioni. L'autonomia delle Regioni a statuto speciale si è sviluppata, oltre che in condizioni di opacità dei conti, anche all'interno di relazioni anomale con il Centro, con leve di finanza decentrata/speciale che, invece, di

¹⁴ Ivi inclusi anche i decreti cosiddetti "Bassanini" sulla semplificazione amministrativa.

sostituire pezzi di finanza derivata/ordinaria, vi si sono sovente aggiunte, senza che mai fosse affrontata una vera e propria razionalizzazione.

3. Conclusioni: quale soluzione?

In conclusione, non ci si può esimere da una domanda: quali dei punti sollevati dal Senato e dalla Conferenza delle Regioni sono da tener presente e da incorporare nello schema di decreto licenziato dal Consiglio dei Ministri? La risposta, dipende, ovviamente dal giudizio che si ha sull'impostazione del decreto. Come già espresso in altri documenti CeRM, la valutazione che gli scriventi hanno dell'impostazione del decreto è positiva ma con alcuni caveat sostanziali. Una soluzione condivisa su cui sembrerebbe possibile raggiungere un consenso relativamente ampio potrebbe prevedere i seguenti punti:

(1) Il Fsn è una *grandezza programmata nel medio periodo* e *vincolante*.

Questo non implica *tout court* il predominio di ragioni finanziarie su ragioni *welfariste* e sociali. La programmazione è frutto di un bilanciamento tra le molteplici esigenze; bilanciamento che deve tener conto delle priorità tra capitoli del bilancio pubblico e, inoltre, considerare aspetti quali la razionalizzazione delle spese della PA, l'universalismo selettivo, la revisione dei livelli essenziali che includa anche prestazioni ora scoperte ma in una prospettiva di universalismo selettivo, etc.¹⁵. Solo così, affrontata a più ampio raggio, la programmazione del Fsn non rischia di diventare un "braccio di ferro" Stato-Regioni e Regione-Regioni. L'approccio *top-down* è un

¹⁵ Non ultima anche la promozione di concorrenza all'interno di professioni come quella del farmacista e del dentista, che incidono in maniera consistente sulla spesa pubblica e privata per la sanità.

strumento e non è in contrasto con il coordinamento tra finanziamenti e bisogni;

- (2) La **spesa pro-capite per fasce di età delle Regioni virtuose** appare il punto di partenza più immediato e trasparente;
- (3) I **profili di spesa per età** oggi disponibili coprono tre capitoli: la farmaceutica territoriale, la diagnostica-specialistica e la ospedaliera. Si può partire da questi, utilizzando il profilo dell'ospedaliera per l'attribuzione alle fasce di età anche delle spese amministrative e di gestione e degli altri capitoli¹⁶;
- (4) **Le Regioni identificate come virtuose dovrebbero essere quelle che**, negli ultimi 3-5 anni, hanno mostrato equilibrio dei conti sanitari, con risorse programmate (di qualunque fonte) confermate dalla spesa a consuntivo, e erogazione di prestazioni adeguate e di qualità. In queste Regioni si può individuare un "punto di pareggio" risorse stanziato => spesa a consuntivo => soddisfazione del fabbisogno da cui inferire lo *standard*;
- (5) Altri criteri di selezione delle Regioni, a cominciare da quelli proposti dalla Conferenza, non appaiono proponibili, perché non oggettivi, distorsivi e privi di ancoraggi in grandezze strutturali;
- (6) La definizione di spesa da assoggettare a *standardizzazione* dovrebbe considerare **tutte le uscite correnti dedicate a perseguire i Lea**, corrette per tener conto del saldo di mobilità interregionale, comprensive degli ammortamenti, e non distinte a seconda delle

¹⁶ La *ratio* di questa scelta è descritta nel *Working Paper* CeRM n. 3-2010. Il profilo dell'ospedaliera potrebbe essere utilizzato per attribuire alle fasce di età anche la spesa per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro e per prestazioni di medicina generale, in attesa che si compiano rapidi progressi sulla contabilità del Ssn e sul dettaglio dei dati di spesa. Per la spesa in prestazioni pediatriche, in mancanza di un profilo di spesa sulle fasce di età rilevanti, si potrebbe optare per un *pro-capite* secco

- risorse finanziarie a loro copertura (se del Fsn, incorporate nel Fsn, o aggiuntive proprie delle Regioni);
- (7) Tutti i Ssr dovrebbero essere compresi nel processo di *standardizzazione*, **senza differenza tra statuti ordinari e speciali**;
- (8) Il riconoscimento di un **fabbisogno di risorse *pro-capite* per età omogeneo su tutto il territorio nazionale** mette di per sé in atto un meccanismo di redistribuzione tra territori;
- (9) A questa redistribuzione si affiancherà quella in conto capitale, derivante dal **fondo di perequazione infrastrutturale**, di cui però non sono ancora chiari caratteristiche, portata e durata;
- (10) **I due canali di redistribuzione hanno proprietà diverse e complementari**, soprattutto in una prospettiva dinamica e di sviluppo territoriale. Appare corretto portarli avanti contemporaneamente;
- (11) La produzione di scenari completi, con una **quantificazione dei flussi redistributivi** passanti per la spesa *pro-capite* per fascia di età omogenea e il fondo di infrastrutturazione, è passaggio necessario a valutare quanto sia necessario integrare/rafforzare la redistribuzione territoriale sulle risorse correnti. Sinora il dibattito sul riparto interregionale delle risorse Fsn è avvenuto “al buio”, perché manca ancora una visione d’insieme;
- (12) Solo sulla base di quantificazioni, si può valutare l’ipotesi di **inserire nelle regole di riparto del Fsn anche un indicatore di deprivazione. Sotto due condizioni**. Da un lato, l’indicatore deve essere semplice e trasparente, al riparo da comportamenti opportunistici e dal *bargaining*. Si potrebbero utilizzare statistiche sui redditi da lavoro e sui consumi (corrette per fenomeni di evasione). Dall’altro lato, la considerazione dell’indicatore deve avvenire senza modificare l’approccio *top-down* e la *standardizzazione* basata sulla spesa *pro-capite* per fascia di età delle Regioni più virtuose, preservandone i

pregi della trasparenza e della semplicità. Se ne può discutere, ma in nessun modo il riferimento ad un indicatore di deprivazione deve prestarsi a funzionare come “cavallo di Troia” che espone le regole di riparto a tentazioni di natura politica. Ne siamo all’altezza? La strada di lasciare semplice e basata sulla sola demografia il riparto del Fsn, rafforzando la redistribuzione sul canale infrastrutturale, darebbe sicuramente più garanzie;

(13) L’eventuale inclusione di un indicatore di deprivazione, comunque dagli scriventi ritenuta a rischio di vanificare gli sforzi di definire regole trasparenti e vincolanti, dovrebbe realizzarsi innestandosi sull’analisi di *benchmarking*.

Una soluzione potrebbe essere quella di derivare, dalla posizione relativa delle Regioni sull’indicatore di deprivazione, dei coefficienti moltiplicativi delle spese *pro-capite benchmark* per fasce di età applicabili alle singole Regioni. Il punto di partenza rimarrebbe quello dei profili di spesa *pro-capite* per fasce di età delle Regioni *benchmark* ma, prima di applicarli alla struttura demografica delle altre Regioni, i valori verrebbero moltiplicati per un coefficiente di correzione per la deprivazione. L’approccio *top-down* rimarrebbe garantito, perché sarebbe il termine fisso di una equazione da risolvere nella spesa *pro-capite benchmark* per la fascia di età 65-69 (quella base), in cui i valori di spesa delle altre fasce sono ottenuti moltiplicando quello della fascia 65-69 per il rapporto di spesa interfascia così come calcolato sui dati di contabilità sanitaria delle Regioni *benchmark*. Per le Regioni con un coefficiente di deprivazione superiore all’unità, i valori di spesa *pro-capite* sarebbero ulteriormente incrementati di quest’altro fattore moltiplicativo. L’equazione da risolvere avrebbe la forma seguente:

$$\begin{aligned}
 \text{Fsn} &= \sum_{\text{Regioni non deprivate}} \sum_{i=\text{fascia anni}} \beta_i * \text{fabbisogno}_{\text{pro capite}_{65-69}} * \text{residenti}_{\text{regionali}_i} + \\
 &+ \sum_{\text{Regioni deprivate}} \sum_{i=\text{fascia anni}} \beta_i * \text{fabbisogno}_{\text{pro capite}_{65-69}} * \varphi_i * \text{residenti}_{\text{regionali}_i}
 \end{aligned}$$

- **Fsn**: programmazione di spesa - valore di *policy*
 - β_i : rapporto di spesa interfascia della fascia “i” - parametri stimati
 - φ_i : coefficiente di deprivazione regionale > 1 - parametro stimato
 - $\text{fabbisogno}_{\text{pro capite}_{65-69}}$: valore da calcolare endogenamente

- (14) A regime, tutti **i parametri** - i rapporti di spesa *pro-capite* interfascia di età e i coefficienti di deprivazione - **restano stabili nel medio periodo e sono ricalcolati all'inizio del nuovo ciclo di programmazione**, che deve necessariamente chiudersi nel rispetto delle scadenze di finanza pubblica nazionali e internazionali di quell'anno;
- (15) La transizione verso il regime prevede, raccogliendo le sollecitazioni della Commissione del Senato e della Conferenza, **che ad ogni Regione venga assegnata una traiettoria di convergenza** sua propria; **questa traiettoria congiunge gradualmente (preferibilmente in maniera lineare) l'ammontare (Euro assoluti) di Fsn ricevuto dalla Regione nell'ultimo riparto pre avvio transizione all'ammontare che alla Regione spetterà nel primo anno di applicazione a regime delle nuove regole di suddivisione delle risorse correnti. Le traiettorie di convergenza non possono essere decrescenti;**
- (16) **Per le Regioni interessate da piano di rientro, il piano è inglobato nella traiettoria di convergenza ed è tutt'uno con la stessa;**
- (17) Sia durante la transizione che a regime, **ogni deviazione di spesa rispetto al programmato resta, anno per anno, a carico del bilancio della Regione che la compie**. Restano a carico della Regione le spese per la erogazione di prestazioni non rientranti nei livelli essenziali.
- (18) Ogni anno, sia in transizione che a regime, con congruo anticipo rispetto alla stesura del Programma di Stabilità dell'Italia, tutte le Regioni presentano un Programma di Stabilità del Ssr, il cui aggregato entra *tout court* a far parte del Programma dell'Italia.

L'elenco di questi punti, che tenta di contemperare esigenze diverse espresse da posizioni emerse nel contraddittorio, può rappresentare la base per un confronto su una visione di insieme e non su singole parti o su singoli parametri. Quel che è certo, è che si deve compiere un grosso sforzo di quantificazione: a fronte della programmazione almeno a 5 anni del Fsn, si deve essere in grado di costruire scenari evolutivi per la regola di riparto in base alla demografia, per l'eventuale inserimento nella regola dell'indicatore di deprivazione (con i numerosi *caveat* messi in luce a questo proposito), per il funzionamento del fondo infrastrutturale (almeno un ordine di grandezza e la durata), per le traiettorie di convergenza da richiedere ad ogni Regione. In particolare, quello dell'indicatore di deprivazione è passaggio estremamente insidioso, che può nascondere, dietro il riferimento a un criterio generale, spazi per rinegoziazioni dei vincoli di bilancio. Se davvero si andrà verso in questa direzione, sarà necessario che questo indicatore sia semplice, trasparente, calcolato da Istituzioni *super partes*, e che il suo inserimento non modifichi l'approccio *top-down* né faccia passare in secondo piano il riferimento alle spese *pro-capite* per fascia di età delle Regioni *benchmark*. Aprire a questo indicatore è rischioso e bisogna esserne consapevoli. La dimensione della deprivazione, se non opportunamente circoscritta, può esporre le regole a interferenze politiche e a richieste di deroghe o ricontrattazioni. Per questa ragione, il suggerimento del CeRM è quello di verificare, prima di attivare questo canale di redistribuzione, la portata redistributiva già passante per gli altri due canali: quello del riconoscimento di spese *pro-capite* per fascia di età omogenee su tutto il territorio nazionale; e quello della perequazione infrastrutturale. Due canali, oltretutto, con caratteristiche diverse e complementari, soprattutto in una prospettiva dinamica e di sviluppo. La diffusione di scenari simulativi con quantificazioni è necessario anche a questo.

::: In allegato :::

- *Proposte di modifica delle Regioni allo schema di decreto sugli standard in sanità*
- *Risoluzione approvata in Commissione Igiene e Sanità del Senato (relatori Cosentino e Calabrò)*
- *Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (versione approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, e adesso in discussione in Consiglio dei Ministri)*
- *Working Paper CeRM "I numeri del Federalismo in Sanità - Benchmarking e Standard su profili di spesa per età"*
- *Short Note CeRM "Commento allo schema di decreto sugli standard in sanità"*
- *Documento per discussione CeRM "Una proposta di regole a regime per la ripartizione del Fsn"*

©® CeRM 2010

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