Osservazioni del CeRM sullo schema di decreto legislativo Atto Camera n. 317 (finanziamento federalista della sanità e *standard* di fabbisogno sanitario)

fabio pammolli e nicola c. salerno

1. L'approccio *top-down*

Si condivide l'approccio *top-down* (artt. 20-21). Il totale delle risorse da dedicare ai Lea sanitari su scala Paese è una scelta di politica economica che deve coordinare 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. Si superano definitivamente la sindrome dei bilanci "soffici" e il *bargaining* sui ripiani *ex-post*. Programmazione finanziaria vincolante non significa prevalenza degli obiettivi di bilancio su quelli di adeguatezza ed equità delle prestazioni. Significa richiedere che il dibattito politico sulle risorse da dedicare ai Lea sanitari si chiuda in tempi certi, compatibili con i tempi dei documenti di finanza pubblica, dopo aver affrontato in maniera trasparente le scelte di priorità di allocazione all'interno del bilancio delle Pubbliche Amministrazioni (e qui si pensi a razionalizzazioni di spesa trasversali a tutti i capitoli, all'universalismo selettivo, alla ricomposizione della spesa per *welfare*, etc.)[1]. L'intesa preventiva che le Regioni hanno chiesto sulla programmazione del Fsn non deve snaturare l'approccio *top-down* (articoli 21 e 23).
Si ritiene non necessaria la ripartizione delle risorse programmate nelle tre dotazioni: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

2. Scelta delle Regioni *benchmark*

Per la *standardizzazione* dei fabbisogni, si ritiene che nessuna differenza dovrebbe permanere tra Regioni a statuto semplice e speciale. Questa differenza non ha più ragion d'essere nel momento in cui si passano in rassegna le funzioni da assegnare e si individuano i loro costi *standard*[2].
Si condivide il metodo del *benchmarking* interregionale per l'individuazione degli *standard*. L'approccio industriale e microfondato è impraticabile.
Nella parte in cui si indicano le Regioni *benchmark*, l'articolato potrebbe essere più incisivo. Si suggerisce di far riferimento alle Regioni che, nel corso degli ultimi 4-5 anni, sono riuscite a offrire prestazioni di qualità (testimoniabile con indicatori sintetici e con mobilità in ingresso), nel contempo realizzando un sostanziale pareggio tra risorse stanziate a programma per i Lea e spese registrate a consuntivo.
L'equivalenza <*finanziamento a programma* ≈ *spesa a consuntivo*> offre garanzia che i dati di spesa sono espressivi dei dati di fabbisogno.
Queste Regioni permettono di fissare un punto di pareggio, perché forniscono il miglior esempio di raggiungimento dell'obiettivo all'interno di un quadro di rispetto del vincolo delle risorse.
Si dissente dalla richiesta di inserimento nel *benchmark* di almeno una Regione per compartimentazione geografica, e di almeno una Regione piccola. Il *benchmark*, per funzionare, deve rappresentare le realtà migliori. Solo su un *benchmark* "puro" si possono innestare, in modalità chiara e inequivocabile, gli strumenti

[1] 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.

[2] 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.

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.

3. Scelta del perimetro di spesa

Delle quattro correzioni/depurazioni di spesa proposte al comma 5 dell'articolo 22, si concorda solo su due:

- il netto della mobilità, per assegnare ad ogni Regione la spesa effettiva per prestazioni a favore dei suoi residenti;
- la depurazione per la quota di spesa che origina in prestazioni non Lea (punto, questo, di minor rilievo, se si pensa che la quasi totalità delle prestazioni che il Ssn oggi eroga ha natura Lea[3]).

Si dissente dalla depurazione delle quote di spesa finanziate da risorse proprie regionali ulteriori rispetto a quelle considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale (le cosiddette "incardinate"). Quello che dovrebbe rilevare è la natura della spesa. 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)[4].

Si invita, inoltre a riflettere più approfonditamente sulla depurazione della spesa dagli ammortamenti. La contabilità dei sistemi sanitari non ha ancora raggiunto *standard* di qualità sufficientemente adeguati ed omogenei tra Regioni. Le correzioni di spesa potrebbero non trattare alla stessa stregua le Regioni. E poi quali ammortamenti? Quelli contabili, o quelli che deriverebbero da programmi infrastrutturali ottimali? 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 mantenere e rinnovare lo *stock* di capitale fisico installato.

Queste ultime considerazioni suggerirebbero di superare la distinzione tra Fsn di parte corrente e Fsn di parte capitale[5], e programmare le risorse dedicabili alla sanità Lea con riferimento ad un unico Fondo, dopo aver provveduto alla perequazione delle infrastrutture nel periodo di transizione.

---

[3] Il tema dell'inserimento di spese *extra* Lea già di fatto a carico del bilancio pubblico, come richiesto da alcuni Governatori regionali, andrebbe affrontato da un altro punto di vista: come revisione/ammodernamento del perimetro dei Lea, in armonia con la disponibilità di risorse.

[4] La distinzione, tra *1)* risorse Fsn, *2)* risorse proprie considerate al momento della programmazione e della ripartizione del Fsn, 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. Tra l'latro, 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.

[5] Tra l'altro, il finanziamento annuale al Ssn è quasi interamente a titolo corrente. il Fsn di parte corrente ha di fatto, da sempre, presieduto ad entrambe le funzioni, sia la copertura delle spese correnti che il finanziamento delle spese in conto capitale (manutenzione e rinnovamento). Se, infatti, si guarda alle proporzioni che, da sempre, il Fsn di parte capitale e i cosiddetti Programmi di Investimento Pluriennali hanno rappresentato rispetto al totale delle risorse dedicate anno per anno alla sanità, emerge la loro natura nettamente secondaria e anche variabile nel tempo.

4. Modalità di utilizzo del *benchmark*

I commi dal 6 al 12 dell'articolo 22, dove si descrive la modalità di utilizzo del *benchmark*, appaiono poco lineari:

- si calcola la spesa *pro-capite* media pesata sul gruppo delle Regioni *benchmark*;
- tale media è applicata alla popolazione delle altre Regioni (così pare avvenire nella versione emendata dall'Intesa);
- i pesi delle classi di età sono quelli utilizzati ai fini della determinazione dei fabbisogni sanitari nell'ultimo esercizio precedente quello di riferimento.

In particolare, l'ultimo passaggio lascia di fatto indefinita la ponderazione e la fa rientrare tra i parametri su cui si deciderà, anno per anno, l'intesa Stato-Regioni (articoli 21 e 23 del testo coordinato con Intesa).
Si propone una soluzione alternativa, che appare in grado di garantire chiarezza, trasparenza, univocità e stabilità delle regole di attribuzione delle risorse alle Regioni:

- per le Regioni *benchmark* si calcolano i profili di spesa *pro-capite* per fascia di età (il database MinSal permette di arrivare a questo dettaglio);
- questi dati per età attualmente esistono almeno tre macrovoci di in cui è suddivisibile la spesa sanitaria corrente diversa da quella relativa a personale, amministrazione/gestione, oneri finanziari e ammortamenti;
- queste tre macrovoci sono la spesa ospedaliera, la diagnostica-specialistica, la farmaceutica territoriale;
- il complemento di queste tre macrovoci, rispetto al totale del Fsn, può essere ripartito per età secondo le stesse proporzioni con cui si ripartisce la voce di spesa più "infrastrutturata", ovvero l'ospedaliera[6];
- la media, sulle Regioni *benchmark*, dei profili *pro-capite* per età della spesa sanitaria complessiva può essere applicata alla struttura per età della popolazione delle altre Regioni;
- ma, soprattutto, i rapporti tra la spesa *pro-capite* media delle varie fasce di età e quella di una fascia di età scelta come base possono essere utilizzati come sistema di ponderazione per la ripartizione tra Regioni del Fsn programmato.

Un sistema di ponderazione endogeno, sottratto al *bargaing*[7], e da mantenere stabile nel medio periodo (almeno una Legislatura).

5. Scelta dei parametri di riferimento per il riparto

La soluzione proposta corrisponderebbe a rendere disponibile, su tutto il territorio nazionale, le stesse risorse *pro-capite* per fascia di età. Il cittadino della fascia di età "x" avrebbe disponibili sempre le stesse indipendentemente dalla regione di residenza. Una quota capitaria per fascia di età omogenea su scala nazionale ha una sua strutturale valenza redistributiva
Si ritiene che approcci alla pesatura che tentino maggiori microfondazioni, chiamando in causa altre variabili diverse dal fabbisogno soddisfatto nelle Regioni *benchmark*, finiscano con lo scontrarsi con problemi che li espongono a opinabilità: è così, per esempio, per le possibili endogenità delle variabili di riferimento; oppure per la scelta del numero delle stesse variabili, che può apparire a seconda dei casi troppo ampia o troppo stretta; o, ancora, per il fatto che l'impatto di variabili socio-economiche territoriali può arrivare a compensarsi

[6] Il dimensionamento ottimale delle strutture (della capacità d'offerta) dipende dal volume e dalla frequenza della domanda, e queste due caratteristiche sono funzione della struttura per età della popolazione (*cfr.* i *plot* dei profili di quantità e spesa pro-capite in "*I numeri del Federalismo in Sanità - Benchmarking e Standard su profili di spesa sanitaria per età*" (su www.cermlab.it). La dimensione regionale su cui è basata l'organizzazione della sanità fa passare in secondo piano problematiche relative ai costi fissi e alle diverse economie di scala e di scopo raggiungibili dalle varie Regioni, soprattutto una volta che si decide di avviare un processo di perequazione infrastrutturale che, alla fine, metta nella disponibilità di ogni Regione una dotazione meno sperequata di quella attuale. In questa maniera, a regime, ogni Regione è pienamente responsabilizzata anche nelle scelte di mantenimento delle strutture, di allocazione delle risorse capitali, e di ricerca delle soluzioni di offerta delle prestazioni più consone alle esigenze del proprio bacino, in collaborazione con i Comuni e le Province sottesi (Comuni e Province hanno un ruolo operativo nelle prestazioni sociali e socio-sanitarie a prevalenza sociale).
[7] I vantaggi del "*tying one's hands*". I parametri più importanti dovrebbero essere trattati come parti di una Costituzione economica.

nei confronti tra macroaree, o seguire, in luogo della "canonica" distinzione Nord-Centro-Sud, quella tra aree metropolitane e aree di provincia, oppure tra aree ad elevato e aree a basso costo della vita.
Si preferisce, per quest'ordine di considerazioni, l'applicazione di una regola la più semplice possibile, al riparo da rinegoziazioni, aggiornabile nei valori dei parametri secondo procedure rapide coerenti con i tempi dei documenti di finanza pubblica, e che già ricomprende, comunque, un meccanismo di redistribuzione di risorse che non va sottovalutato. Riconoscere una medesima disponibilità di risorse Lea per ciascun componente ogni fascia di età, in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, significa perseguire un chiaro obiettivo equitativo.
Piuttosto che tentare di rafforzare questa funzione equitativa complicando la regola di *standardizzazione* e di riparto, appare utile rendere efficaci altri canali di redistribuzione oggi trascurati: il 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[8]; 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.

6. La transizione

La descrizione della transizione (ultimi commi dell'articolo 22 e articoli 23 e 24) non appare sufficientemente dettagliata.
Un proposta potrebbe prevedere 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 suddivisone delle risorse correnti. Si può porre la clausola di salvaguardia che le traiettorie non possano essere decrescenti, per agevolare e rendere credibile la convergenza. Questa proposta implica uno sforzo di programmazione almeno a 5 anni del Fsn.
Per le Regioni interessate da piano di rientro, il piano è inglobato nella traiettoria di convergenza ed è tutt'uno con la stessa.
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.
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.
La transizione dovrebbe esser supportata dalla perequazione infrastrutturale per la quale, tuttavia, non si danno ancora né capitalizzazione né dettagli di funzionamento.
Una proposta che integrasse la transizione verso le regole di riparto del Fsn a regime e la perequazione infrastrutturale potrebbe prevedere che, sino al primo anno di applicazione a regime, la quota (Euro assoluti) del Fsn attribuibile ad ogni Regione continuasse a rispondere alle percentuali dell'ultimo riparto (*pre* avvio transizione) ma fosse idealmente suddivisa in due parti:

- quella che la stessa Regione avrebbe ricevuto se il riparto fosse avvenuto secondo le regole della transizione federalista;
- e la quota complementare, ottenuta per differenza.

Questa seconda quota rimarrebbe dedicata alla Regione, ma sotto il vincolo di destinazione al potenziamento delle infrastrutture e delle dotazioni strumentali sanitarie.
Dal primo anno di applicazione a regime delle regole federaliste, scomparirebbe ogni distinzione tra quota di finanziamento corrente e quota capitale. Il Fondo sarebbe interamente ripartito secondo parametri raffiguranti i rapporti di fabbisogno *pro-capite* tra fasce di età, applicati alla struttura demografica regionale.

[8] C'è già uno schema di decreto sul tema.