

Sommario esteso

Dopo *SaniMod 2011-2030*, questo *Working Paper* continua la costruzione della modellistica di proiezione della spesa del Sistema sanitario Nazionale (“Ssn”) con la versione regionalizzata, ***SaniMod-Reg 2012-2030***.

In realtà, anche se il punto di partenza è quello e si arriva a proiettare le spese delle Regioni, definirlo solo un modello di proiezione è improprio. *SaniMod-Reg* unisce quattro lavori importanti per il dibattito di *policy*. Quattro aspetti che per la prima volta si ritrovano affrontati assieme e correlati. I tasselli utili, anzi necessari, per decidere sull’efficientamento della spesa, sulle modalità di finanziamento, sullo svolgimento della transizione dallo *status quo* al nuovo regime:

- Il *benchmarking* interregionale e l’individuazione degli *standard* nei profili di spesa *pro-capite* per fasce di età delle Regioni più virtuose;
- Le proiezioni a medio-lungo termine della spesa *standard* e della spesa lorda delle inefficienze;
- Le proiezioni a medio-lungo termine del finanziamento, secondo l’ipotesi che a regime tutte le Regioni (incluse quelle a statuto speciale) concorrano alla copertura integrale della spesa *standard* con una quota omogenea del loro Pil (“egual sacrificio proporzionale”);
- La quantificazione dettagliata, sia in percentuale del Pil che in Euro assoluti, di: spesa regionale *standard* e lorda delle inefficienze; concorso al finanziamento da parte di ciascuna Regione; flussi di redistribuzione territoriale che derivano dalla combinazione della regola di *standardizzazione* della spesa e della regola di finanziamento.

I due scenari evolutivi, prescelti per caratteristiche di realismo ed equilibrio nelle ipotesi, individuano una forchetta di aumento della pressione della spesa *standard* sul Pil Italia, da oggi al 2030, compresa tra 1 e 1,5 p.p.. A questi aumenti si devono sommare, nel caso non si riuscisse a riassorbire, inefficienze pari allo 0,25-0,3% del Pil.

Deve esser chiaro che la forchetta rappresenta solo una parte dell’incremento di incidenza che ci si può attendere a medio-lungo per esigenze sanitarie. In particolare, essa non comprende la spesa per assistenza continuata ai non autosufficienti (“*Ltc*”) quasi integralmente estranea ai bilanci dei Sistemi Sanitari Regionali (“*Ssr*”); e non comprende le esigenze di spesa in conto capitale. La prima componente conta per 1 p.p. di Pil oggi e crescerà continuamente almeno sino a 1,7 p.p. nel 2060 (“Programma di Stabilità dell’Italia”), ma potenzialmente anche oltre se si tiene conto dei *driver extra* demografici. La seconda componente è più difficile da quantificare, perché storicamente sottovalutata e neppure contabilizzata in maniera adeguata. Se le due componenti fossero incluse, la dinamica della spesa complessiva risulterebbe significativamente più forte, in linea con le più recenti proiezioni Ecofin, Ocse e Fmi, che mettono in guardia su un potenziale quasi raddoppio del peso sul Pil di qui a 50 anni.

Le difficoltà di fronteggiare questo crescente assorbimento di risorse sono amplificate dal fatto che il *breakdown* mostra una pressione della spesa sanitaria regionale sul Pil regionale molto sperequata. Nel Mezzogiorno l’incidenza della spesa *standard* arriverà presto a superare i 10 p.p., con punte anche al di sopra degli 11. Sono, queste, le stesse Regioni staccate dal resto del Paese per la qualità delle prestazioni erogate, per il grado di infrastrutturazione settoriale e, soprattutto, per l’inefficienza della spesa sanitaria corrente. In mancanza di concreti recuperi di efficienza, in queste Regioni il peso sul Pil sarà ancora più alto, con punte al di sopra dei 12 p.p. anche prima del 2030.

I problemi non si concentrano solo nel Mezzogiorno. Il Lazio risulta la Regione con la più elevata spesa inefficiente (1,1 miliardi di Euro nel primo anno delle proiezioni). La Valle d’Aosta e le due Province Autonome di Bolzano e Trento mostrano i più elevati scarti percentuali dallo *standard* (rispettivamente addirittura 21, 23 e 17%). Anche Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Liguria potrebbero migliorare l’efficienza della spesa, pur partendo da *gap* molto più contenuti. La condizione

del Lazio è resa più grave dalla bassa qualità delle prestazioni. È alta invece la qualità della Valle d'Aosta e delle due Province Autonome. Anche Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Liguria sono nella parte alta del *ranking* di qualità delle prestazioni (con alcune differenze tra loro, ma tutte sopra la media Italia).

Si dovrebbe essere già pronti, con passi avanti già compiuti sulle regole di finanziamento (inclusa la diversificazione *multi-pillar*), sulla *governance*, sulla regolazione lato domanda e offerta di prestazioni, sulla piena responsabilizzazione di chi non rispetta gli *standard*, sulla gestione della transizione, etc.. Invece, il quadro resta gravemente incompleto, parte del "cantiere" federalista in cui l'Italia è impegnata da almeno un decennio. La Legge n. 42-2009 e il Decreto n. 68-2011, pur segnando un percorso finalmente più concreto rispetto ai tentativi precedenti, contengono snodi su cui è necessario approfondire e compiere scelte. Nel frattempo, però, le urgenze della crisi hanno interrotto i lavori. Si deve tentare di non far passare invano questo tempo, per evitare tra qualche anno di dover ricominciare dall'inizio senza raccogliere gli esempi e i frutti di analisi già fatte e di confronti tecnici e politici già svolti.

Una delle mancanze più evidenti del c.d. della Legge 42 e del Decreto 68 è il raccordo tra spesa e finanziamento. Per compierlo, è necessario fissare regole precise e operative sia per la spesa sia per il finanziamento, cosa che il Legislatore non è arrivato fare. In questo *Wp*, invece, il passo è compiuto. Per il finanziamento, si ipotizza che tutte le Regioni concorrano a coprire la spesa *standard* con una quota del loro Pil pari all'incidenza della spesa *standard* nazionale sul Pil nazionale. È il principio dell'"uguale sacrificio proporzionale".

Se si applicasse questa regola di finanziamento, tutte le Regioni sarebbero messe nelle condizioni di coprire, anno per anno, la loro spesa *standard*. Alcune, economicamente meno sviluppate, riceverebbero flussi di redistribuzione territoriale. Altre, economicamente più forti, concorrerebbero a finanziare la redistribuzione. *SaniMod-Reg* permette di dare un ordine di grandezza al totale delle risorse movimentate dalla redistribuzione: da circa 10 miliardi di Euro nel 2011 a circa 13 nel 2030, per una quota di Pil di poco inferiore a 0,7%, e una quota della spesa sanitaria *standard* superiore all'8%.

Una redistribuzione di proporzioni importanti, dunque, che dimostra, simulazioni alla mano, che *standardizzare* sui profili di spesa *pro-capite* delle Regioni più virtuose, e finanziare questa spesa ammissibile in maniera proporzionale su tutti i Pil regionali, è un sistema in grado di perseguire strutturalmente finalità di coesione tra territori.

Grazie all'aggiunta del lato del finanziamento, possono prendere corpo altre considerazioni critiche, che rendono se possibile ancor più urgente il cambiamento. La maggior parte dei flussi redistributivi si rivolge a Mezzogiorno e parte dal Nord. Tali flussi possono esser visti come un diritto costituzionale delle Regioni con economia più debole, e parallelamente un dovere costituzionale delle Regioni a economia più sviluppata, solo nella misura in cui le prime sono in grado di utilizzarli in maniera efficiente e responsabile. È solo questa, infatti, la coesione "in bene" sancita nella Costituzione. Se le attuali sacche di inefficienza non saranno riassorbite, nelle Regioni che più dipendono dalla coesione territoriale, esse continueranno a contare per quote significative dei flussi redistributivi in ingresso: più del 40% in Campania, più del 30% in Sardegna, più del 20% in Molise, Puglia e Basilicata. Una condizione contraddittoria che mina alle fondamenta i rapporti tra territori.

La mappatura dei flussi redistributivi fa emergere anche elementi critici sulla situazione di Regioni del Centro-Nord. Se fosse in vigore il criterio di finanziamento qui proposto, il Lazio dovrebbe mettere a disposizione risorse per le Regioni con Pil più bassi, dovrebbe sostenere la redistribuzione. E invece si è assistito, negli ultimi anni, a rinegoziazioni di linee di prestito dallo Stato per fronteggiare i disavanzi sanitari accumulati. Il Lazio finisce per assommare tre criticità: cospicua sovrappeso, bassa qualità, assorbimento di risorse della collettività nazionale quando invece dovrebbe metterle a disposizione.

Una speculare osservazione può essere fatta per Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento. Se si applicasse la regola di finanziamento, queste tre Regioni dovrebbero contribuire ai flussi di redistribuzione, mentre invece beneficiano della fiscalità speciale che, nel contempo, favorisce il mantenimento di alti *standard* di qualità e, soprattutto, aiuta a tenere nascosti livelli di inefficienza della spesa sanitaria che, in termini percentuali, sono i più alti del Paese. Se la fiscalità non fosse quella speciale, le inefficienze peserebbero di più sui saldi di bilancio e sull'offerta di prestazioni.

Mutatis mutandis, l'osservazione può essere ripetuta anche per il Friuli Venezia Giulia. Questa Regione ha uno scarto tutto sommato contenuto dallo *standard* (soprattutto se confrontato alle devianze più acute), e riesce a far bene sul fronte della qualità. Tuttavia anche il Friuli Venezia Giulia mette di fronte al dilemma se possa essere accettato che una Regione, che sarebbe chiamata a contribuire alla redistribuzione se valessero regole omogenee per tutti, continui a godere di fiscalità agevolata. Domanda non semplice a cui rispondere, perché coinvolge la rivisitazione in chiave contemporanea di tutte le funzioni regionali, delle risorse necessarie al loro assolvimento, e dei sussidi incrociati che col tempo si attivano quando il collegamento tra funzioni e risorse viene perso di vista o, peggio ancora, rivestito di connotati di principio o ideologici (una sorta di "corporativismo istituzionale").

La domanda appare ancor più problematica se si pensa che *SaniMod-Reg* mette in evidenza che Sardegna e Sicilia, le altre due Regioni a statuto speciale, nonostante (o a causa del fatto che? ...) vengano da oltre un sessantennio di fiscalità speciale, combinano ampie inefficienze, bassa qualità, bassa infrastrutturazione e dipendenza, in ipotesi di applicazione del finanziamento della spesa con regole omogenee per tutti, dai flussi di redistribuzione interregionale. A significare che, purtroppo, il vecchio disegno della fiscalità ha interagito, nel tempo, con i tanti problemi dello sviluppo duale dell'Italia, generando anche nella sanità risultati molto diversi dalle intenzioni e dalle attese formulate nel Dopoguerra.

Esistono, per fortuna, anche esempi positivi che fanno ben sperare per le riforme e l'ammodernamento in senso lato dei Ssr. Umbria e Marche sono Regioni che utilizzerebbero i flussi di redistribuzione in maniera ottimale: sono efficienti e erogano prestazioni di qualità. Tra l'altro, queste due Regioni portano gli unici esempi di efficienza di spesa e qualità delle prestazioni, pur in presenza di un grado di infrastrutturazione settoriale medio, lontano dai livelli più alti di Lombardia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, P. A. di Bolzano e Trento, Piemonte. Due esempi importanti, perché testimoniano del fatto che il grado di infrastrutturazione non debba essere confuso *tout court* con la presenza di strutture ospedaliere (il "mattoncino") e la capacità di ricoveri ordinari (il "posto letto"), le grandezze che più influenzano l'indicatore sintetico di infrastrutturazione sviluppato dall'Istat qualche anno fa. In prospettiva, sarà sempre più importante puntare sulla prevenzione, sull'assistenza domiciliare, sull'integrazione socio-sanitaria, sull'adattamento delle prestazioni alle esigenze del territorio e alla casistica soggettiva/familiare. Tutte linee d'azione che, sostenute da una stretta collaborazione tra Regione e Enti Locali, possono favorire il perseguimento, assieme, dei due obiettivi del contenimento della spesa e della qualità/adequazione delle prestazioni. Tra sfera sanitaria e sfera sociale non devono esserci steccati istituzionali o, peggio, organizzativi o burocratici.

Tra gli esempi positivi anche quelli dell'Emilia Romagna, della Toscana, della Lombardia, che "esporterebbero" redistribuzione, sono efficienti nella spesa ed erogano prestazioni di qualità (Emilia Romagna e Lombardia sono due delle tre Regioni *benchmark*, assieme all'Umbria). Non si deve sottovalutare, tuttavia, che queste tre Regioni ricevono flussi finanziari in ingresso grazie alla loro capacità di attrarre mobilità sanitaria, e all'incapacità di tante altre Regioni (soprattutto nel Mezzogiorno) di offrire prestazioni di qualità sul loro territorio: la Lombardia per circa 440 milioni di Euro all'anno (il 2,4% della spesa corrente), l'Emilia Romagna per poco meno di 360 milioni (il 4,1% della spesa), la Toscana per oltre 115 milioni (l'1,6% della spesa).

Nel complesso, se si considerano le altre Regioni con mobilità in ingresso, ogni anno circa 1 miliardo di Euro affluisce dal Mezzogiorno verso il Nord e in misura minore il Centro. Si tratta di risorse tutto sommato limitate rispetto alla spesa sanitaria del Paese, ma la loro costanza su periodi lunghi le ha rese

di fatto strutturali, e nel tempo in grado di accumulare importi significativi. Se è vero che la mobilità tra Regioni deve sempre rimanere a garanzia che tutti i cittadini possano rivolgersi agli erogatori che ritengono migliori, e se è vero che le Regioni che ricevono la mobilità e i relativi flussi finanziari offrono valore aggiunto sanitario, bisogna evitare che l'evoluzione della *governance* dei Ssr resti dipendente, vincolata da questi flussi.

Da un lato, le Regioni più virtuose devono provarsi capaci di perseguire sostenibilità economica e qualità/adequazione delle prestazioni, anche qualora si modificassero o venissero del tutto meno i flussi di mobilità. Dall'altro lato, deve rientrare nei percorsi di convergenza delle Regioni inefficienti lo sviluppo di un'offerta sanitaria che riduca il più possibile la mobilità in uscita (elimini la mobilità evitabile), così permettendo di valorizzare all'interno, di reinvestire endogenamente, quelle risorse che adesso sono drenate.

Per avere dei termini di paragone con cui soppesare i controvalori della mobilità, si pensi che, nel 2008 e nel 2009, il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze ha capitalizzato per 400 milioni di Euro all'anno, e poi non è stato più rifinanziato nel 2010 per incapienza di bilancio (una delle conseguenze della crisi). Oppure si pensi che il totale degli investimenti fissi lordi della Pubblica Amministrazione è stato negli ultimi dieci anni mediamente pari a circa 30 miliardi di Euro all'anno, di fronte ai quali un flusso annuo di risorse pari a 1 miliardo, dedicabile interamente alla sanità, ha un ordine di grandezza tutt'altro che trascurabile (oltre il 3,3%).

Per completare il quadro delle Regioni, ci sono Piemonte e Veneto che, pur avendo margini di miglioramento, fanno bene sia sull'efficienza della spesa sia sulla qualità e, nel contempo, contribuirebbero alla redistribuzione se si applicasse a tutti la regola del finanziamento omogeneo in percentuale del Pil.

E infine ci sono Abruzzo e Liguria, il primo efficiente nella spesa ma con un forte *gap* di qualità, la seconda con un possibile contenuto miglioramento sul fronte dell'efficienza e un *gap* di qualità rispetto alle Regioni più virtuose ma anche questo molto più contenuto rispetto ai *gap* del Mezzogiorno. Sia Abruzzo che Liguria riceverebbero redistribuzione, e entrambe le Regioni dovrebbero ottenere risultati di *governance* migliori, per poter affermare che quelle risorse sono pienamente valorizzate.

In conclusione, un quadro molto complesso e frastagliato. Le proiezioni indicano pressioni crescenti sulle finanze pubbliche, dando conferma di *trend* che, da qui a cinquant'anni, potrebbero portare a un raddoppio dell'incidenza della spesa sul Pil. Si dovrebbe già esser preparati a governare questo *trend* per non subirlo passivamente, ma in realtà le condizioni attuali dei Ssr appaiono molto lontane dall'essere pronte.

Nonostante la Legge n. 42-2009 e il Decreto n. 68-2011 abbiano finalmente posto il tema su basi più concrete e percorribili di quanto fatto in precedenza, le modalità di *standardizzazione* della spesa sanitaria sono ben lungi dall'esser diventate parte della programmazione e della *governance*. E questo anche se i *benchmarking* regionali fanno emerge, con metodiche diverse e attraverso aggiornamenti successivi dei dati, ampie sacche di inefficienza e gravi *gap* di qualità, soprattutto con riferimento alle Regioni del Mezzogiorno.

Altre criticità emergono, come si è argomentato, quando il lato delle proiezioni della spesa viene unito a quello del finanziamento, un passaggio sinora eluso da quasi tutte le analisi e, per forza di cose, non affrontato neppure dal Legislatore. Solo così si può costruire una mappatura dettagliata delle fonti di finanziamento e dei flussi di redistribuzione interregionali, per poi interrogarsi sulla loro sostenibilità, sulla capacità delle Regioni beneficiarie di "meritarseli" allocando bene le risorse, sull'avvio di cicli di programmazione almeno quinquennali e vincolanti per i Ssr.

Ed è sempre l'unione di spesa e finanziamento che riporta all'attenzione il tema delle Regioni con ordinamenti speciali, che appaiono ormai antistorici e contraddittori anche in analisi settoriali come quelle sulla sanità. Delle contraddittorietà *SaniMod-Reg* porta diversi esempi. La *standardizzazione* della spesa dovrebbe essere applicata a tutte le Regioni, di pari passo all'omogenizzazione dei sistemi fiscali, superando la distinzione tra statuti speciali e statuti ordinari.

Ulteriori informazioni utili derivano dall'analisi, assieme alla spesa, alla qualità e al finanziamento, del grado di infrastrutturazione. Le esperienze di Regioni, come l'Umbria e le Marche, efficienti nella spesa e di alta qualità delle prestazioni pur con un livello di infrastrutturazione medio, dimostra come in futuro gli investimenti debbano rispondere a strategie nuove, non necessariamente vincolate agli ospedali e ai ricoveri, ma coerenti con la prevenzione, l'integrazione socio-sanitaria, l'adattamento delle prestazioni alle esigenze del territorio e della popolazione.

SaniMod-Reg non è solo un modello di proiezione, anche se è da qui che prende le mosse. Porta l'esempio di quella valutazione di impatto macrofinanziario a tutto tondo della riforma della sanità, che dovrebbe accompagnare qualsiasi progetto di legge, e che sinora è sempre mancata, anche in occasione della Legge n. 42-2009 e della sua scia attuativa. Una mappatura così completa e dettagliata e regionalizzata dell'andamento delle spese *standard*, delle inefficienze, del finanziamento è la base per poter discutere, in maniera responsabile e il più possibile oggettiva, di qualunque trasformazione (di ispirazione federalista, ma anche riformista e con ispirazioni diverse).

La mappatura è (dovrebbe essere) il punto di partenza per il disegno della transizione, del percorso di convergenza da richiedere alle Regioni tra lo *status quo* e l'anno in cui le spese ammissibili saranno solo quelle *standard*, il finanziamento su scala nazionale (coordinato tra Regioni) provvederà solo a queste spese, e ogni Regione sarà (questo è l'auspicio) pienamente responsabilizzata per le sovraspese in cui incorre. Non è un caso, infatti, che, mancando una valutazione di impatto dettagliata e comprensiva delle spese e delle risorse finanziarie a medio-lungo termine, la transizione sia sempre rimasta elusa, solo accennata senza mai il coraggio di andare a fondo. E senza idee chiare sulla transizione, qualunque progetto di rinnovamento e ammodernamento rischia di apparire un esercizio teorico non supportato da una vera volontà politica.

Il prossimo appuntamento CeRM riguarderà proprio la transizione. Sulla scorta dei risultati di *SaniMod-Reg*, ci si interrogherà su come definire percorsi di convergenza *Region-specific*, lungo i quali, gradualmente, la spesa diventi quella *standard* e i finanziamenti quelli necessari e sufficienti a coprire la spesa *standard*.

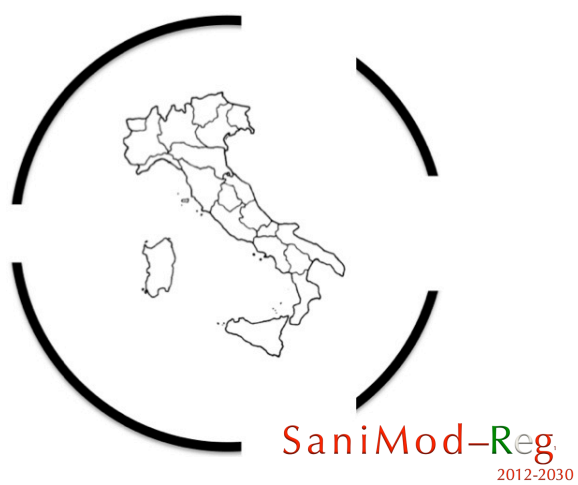
Come in questo *Wp* le proiezioni a medio-lungo della spesa sono occasione per un discorso più ampio coinvolgente anche il lato del finanziamento e i flussi di redistribuzione tra territori, nel prossimo lavoro l'approfondimento della transizione sarà accompagnato da riflessioni su: cornice istituzionale; sviluppo di una base statistica e contabile omogenea e affidabile; regolazione lato domanda e offerta; snodo della selettività dell'universalismo; monitoraggio infrannuale delle tendenze; coordinamento tra Regioni della *policy* settoriale; piena responsabilizzazione delle Regioni nei confronti degli eccessi di spesa; stabile coordinamento tra la Regione e gli Enti Locali sottesi in funzione della programmazione socio-sanitaria e della prevenzione; etc..

Mentre in *SaniMod-Reg* l'ipotesi è che il finanziamento si adatti alla spesa *standard* sino a coprirla integralmente lungo tutto l'orizzonte di proiezione, c'è un altro punto di vista che bisognerà sforzarsi di approfondire e quantificare, domandandosi qual è il livello di finanziamento compatibile con condizioni di equilibrio delle finanze pubbliche nazionali e regionali. Per far questo, è necessario, dopo aver microfondato nei profili *pro-capite* il lato delle spese, microfondare il lato del finanziamento, riconducendo le risorse disponibili a basi imponibili, imposte e quote di gettito. In questa direzione ha già tentato di muoversi anni fa il D. Lgs. n. 56-2000 che, tuttavia, non solo mancava di un riferimento vero e proprio alle proiezioni di spesa, ma è rimasto, sia per la *standardizzazione* della spesa sia per l'individuazione del finanziamento, ad un livello troppo astratto e simbolico. Sul tema sono ritornati la Legge n. 42-2009 e il Decreto n. 68-2011 senza però, come si è già detto, riuscire a imprimere una

svolta decisiva, senza arrivare a una visione di insieme dettagliata delle spese e del finanziamento, da mettere alla prova delle compatibilità economiche e degli altri cambiamenti che stanno interessando i rapporti tra livelli di governo e il sistema fiscale.

Sarà, questo, il tema centrale su cui lavorerà CeRM nei prossimi mesi.

fp & ncs, Roma li 14 Febbraio 2012



©® CeRM 2012

E-mail: cermlab@cermlab.it

Web: www.cermlab.it