

Sommario sintetico

SaniMod-Reg 2012-2030 unisce quattro lavori importanti per il dibattito di *policy*. Quattro aspetti che per la prima volta si ritrovano affrontati assieme e correlati:

- Il *benchmarking* tra Sistemi Sanitari Regionali (“Ssr”) 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.

Le proiezioni di indicano che la spesa sanitaria Ssn eserciterà pressioni crescenti sul Pil. A normativa invariata (in particolare, livelli essenziali e universalismo assoluto), nel 2030, dopo un *trend* continuo, l’aumento di incidenza sarà compreso tra 1 e 1,5 punti percentuali se si considera la spesa efficiente (*standard*), e tra 1,3 e 1,8 p.p. se si tiene conto degli attuali livelli di inefficienza. Questa dinamica porta conferma dei risultati di Ecofin, Ocse e Fmi che, riferiti a un perimetro di spesa più ampio e inglobante anche la voce di assistenza ai non autosufficienti, suggeriscono un potenziale raddoppio della spesa sanitaria sul Pil nei prossimi cinquant’anni.

Lo spaccato regionale aggiunge criticità. La pressione sul Pil supererà soglie critiche proprio nelle Regioni che oggi mostrano le maggiori sacche di inefficienza e i più gravi *gap* di qualità delle prestazioni. Nel 2030, nel Mezzogiorno l’incidenza della spesa *standard* sarà almeno pari al 10%, con punte sopra l’11%. Senza risultati di efficientamento, bisognerà mettere in conto ulteriori aggravii di almeno mezzo punto percentuale, con picchi sino a un punto percentuale.

Altre criticità emergono affiancando alle proiezioni della spesa quelle del finanziamento. Si ipotizza che tutte le Regioni concorrano al finanziamento della spesa *standard* con una percentuale omogenea del Pil, pari all’incidenza della spesa *standard* nazionale sul Pil nazionale. Si costruisce la matrice dei flussi di redistribuzione che così si attiverebbe. La massa redistributiva passerebbe da circa 10 miliardi di Euro a circa 13 nel 2030; valori impegnativi, pari a quasi lo 0,7% del Pil e all’8-9% della spesa *standard*. La maggior parte dei flussi partirebbe dal Nord a beneficio del Mezzogiorno.

Ne emerge un quadro frastagliato. Alcune Regioni, Umbria e Marche in testa, saprebbero mettere a frutto la redistribuzione che ricevono, perché sono efficienti nella spesa e di qualità nelle prestazioni. Queste due Regioni sono d’esempio anche per un altro motivo. Riescono così bene pur con un livello di infrastrutturazione medio, lontano dai valori più elevati del Nord (l’Umbria addirittura sotto la media Italia). Una testimonianza probabilmente del fatto che gli sforzi di investimento non debbano puntare *tout court* sull’ospedale e sui ricoveri ordinari, ma spostarsi sulla prevenzione, sull’assistenza domiciliare, sull’integrazione socio-sanitaria, sull’adattamento delle prestazioni alle esigenze del territorio e alla casistica soggettiva/familiare.

Le Regioni del Mezzogiorno appaiono (in gradi diversi) non “meritare”, *sic stantibus rebus*, la redistribuzione di cui beneficiano. Troppo bassa la qualità che offrono, e sprechi equivalenti al 20, anche al 40% del supporto che ricevono dalla collettività nazionale. Bisogna cambiare, affinché la coesione resti sostenibile.

Poi ci sono Regioni “ricche”, come il Lazio, la Valle d’Aosta, e le due Province Autonome di Bolzano e Trento, che, nell’ipotesi di finanziamento adottata, dovrebbero concorrere positivamente alla

redistribuzione, mentre invece ricevono risorse: il Lazio attraverso i prestiti sanitari negoziati con lo Stato (ma non l'unica Regione con sindrome dei *soft budget constraint*); le altre Regioni attraverso la fiscalità speciale. La contraddizione è amplificata dal fatto che sono tutte inefficienti nella spesa: il Lazio mostra lo spreco maggiore in valore assoluto (oltre 1 miliardo di Euro); le altre hanno gli sprechi percentuali più alti (rispettivamente, 21, 23 e 17%).

La maggior parte delle Regioni “ricche” riesce a centrare il binomio di efficienza/qualità e contribuzione alla redistribuzione territoriale (*in primis* Emilia Romagna, Lombardia, Toscana). Anche a proposito di queste Regioni, tuttavia, non si deve sottovalutare che, attraendo mobilità, esse ricevono i relativi flussi finanziari che si muovono prevalentemente dal Mezzogiorno. Il controvalore complessivo della mobilità è di circa 1 miliardo all'anno, più del doppio della capienza del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze nella sua breve vita del 2008 e del 2009, e oltre il 3,3% degli investimenti fissi lordi annui di tutta la Pubblica Amministrazione. Posto che la mobilità deve rimanere una garanzia di cittadinanza nazionale, le Regioni del Nord dovranno provarsi efficienti e di qualità anche senza contare sulle risorse della mobilità, e le Regioni del Mezzogiorno dovranno migliorare efficienza e qualità anche per valorizzare endogenamente quelle risorse che ora sono drenate.

Le sfide, come si vede, sono tante; ed è per questo che, nonostante il rallentamento imposto dalle urgenze della crisi, l'*agenda* delle riforme non deve essere trascurata. Anche se tutte le Regioni fossero pronte, la dinamica della spesa *standard* porrebbe comunque interrogativi di sostenibilità che rimandano direttamente ai temi della selettività dell'universalismo, della regolazione lato domanda e offerta, della diversificazione del finanziamento tra *pay-as-you-go* e accumulazione reale. Tre fronti di *policy* in Italia aperti ormai da tanti anni.

Il quadro è ovviamente complicato dalla profonda divaricazione di efficienza e qualità esistente tra le Regioni, che interagisce con lo sviluppo duale e con l'obiettivo di mantenere coesione per rendere effettivi i livelli essenziali di assistenza in tutto il Paese.

Per superare i *gap* di efficienza e di qualità, è necessario fissare in maniera chiara le regole di *standardizzazione* della spesa e le regole per il suo finanziamento integrale, con l'obbligo per le Regioni che sovraspendono di attivare la loro leva fiscale con la tempistica e per gli importi compatibili con un sano andamento dei conti pubblici. Questo cambiamento ne dovrebbe portare con sé tanti altri, coinvolgenti i rapporti tra livelli di governo, i rapporti tra Regione e Enti Locali sottesi, la verifica infrannuale delle tendenze, il funzionamento della Conferenza Stato-Regioni (futuro Senato Federale?) come luogo di assegnazione di *policy-guideline* anche a carattere cogente, la responsabilità di mandato di politici e amministratori, etc.. Anche questi, fronti di *policy* aperti da troppo tempo.

Per una *agenda* così complessa e da affrontare senza più ritardi, *SaniMod-Reg* porta l'esempio di quella valutazione di impatto macrofinanziario a tutto tondo che sinora è mancata. Completato con approfondimenti sul lato del finanziamento (microfondandolo in imposte e gettiti predefiniti), e soprattutto completato con la specificazione dei percorsi di convergenza da richiedere a ciascuna Regione, *SaniMod-Reg* può prestare un valido esempio di come dovrebbe essere strutturata la relazione tecnica di accompagnamento di una legge di riforma della *governance* del sistema sanitario italiano.

fp & ncs, Roma li 14 Febbraio 2012

©® CeRM 2012

E-mail: cermlab@cermlab.it

Web: www.cermlab.it