

Sommario esecutivo

Saniregio2 presenta, con dati aggiornati e alcune innovazioni di rilievo nella struttura e nella interpretazione, il modello econometrico *panel* con cui CeRM confronta il grado di efficienza di spesa e di qualità dei sistemi sanitari delle Regioni italiane.

Nel complesso, emergono quattro considerazioni in chiave di *policy*, desumibili dal confronto dei risultati di *SaniRegio2* sia con quelli di *SaniRegio1* che con quelli del *benchmarking* tra Regioni sulla base dei profili di spesa *pro-capite* per fasce di età (l'altro approccio sviluppato da CeRM accanto alla modellizzazione econometrica):

1. I profondi *gap* di efficienza e di qualità tra Regioni hanno natura strutturale e trovano conferma impiegando metodologie di analisi diverse. Il Mezzogiorno è staccato dal resto d'Italia di ordini di grandezza che dimostrano l'urgenza delle riforme. Sono cinque le Regioni per le quali il *gap* di efficienza e di qualità risulta particolarmente acuto: Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio. Per raggiungere il *benchmark*, la Campania dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 33% e aumentare la qualità di quasi il 90%. La Sicilia dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 24% e aumentare la qualità anch'essa di quasi il 90%. La Puglia dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 24% e aumentare la qualità di oltre il 96%. La Calabria dovrebbe ridurre la spesa di poco più 15% e aumentare la qualità di oltre il 132% (un più che raddoppio). Il Lazio, infine, dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 13% e aumentare la qualità di oltre il 76% (un ritardo che va soppesato anche alla luce della mobilità in ingresso nel Lazio: verso quale qualità si spostano le persone in ingresso?). Tradotti in valori assoluti e aggregati, i *gap* di spesa originano ordini di grandezza che colpiscono ancora di più. Dopo aver colmato il *gap* di qualità, la Campania dovrebbe liberare risorse per oltre 3,4 miliardi di Euro/anno. La Sicilia per oltre 2,1 miliardi. La Puglia per quasi 1,8 miliardi. Il Lazio per quasi 1,5 miliardi. La Calabria per oltre 560 milioni. Su quest'ultimo dato incide la relativa minor popolosità della Regione rispetto alle altre quattro. Nel complesso, le cinque Regioni più devianti potrebbero liberare risorse per circa 9,4 miliardi/anno, più del 77% delle risorse, oltre 12 miliardi equivalenti a circa lo 0,8% del Pil, che si libererebbero a livello Paese se tutte le Regioni si posizionassero sulla frontiera efficiente e condividessero le stesse *performance* dell'Umbria, la Regione che si qualifica come *benchmark*. Non si devono tacere, tuttavia, anche i casi di Regioni a statuto speciali di dimensioni medio-piccole, la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige, che, anche se a livello macroeconomico mostrano scostamenti contenuti dallo *standard*, in termini percentuali sono inequivocabilmente inefficienti nella spesa;

Regioni	Euro/000	spesa LEA - 2009		
		effettiva	standardizzata	delta %
Campania	10.476.600	7.008.845	-33,10%	3.467.755
Sicilia	8.718.556	6.617.384	-24,10%	2.101.172
Puglia	7.362.098	5.602.557	-23,90%	1.759.541
Molise	647.486	548.421	-15,30%	99.065
Calabria	3.728.862	3.165.804	-15,10%	563.058
Basilicata	1.078.244	933.759	-13,40%	144.485
Valle d'Aosta	284.311	247.919	-12,80%	36.392
Lazio	11.235.677	9.797.510	-12,80%	1.438.167
Abruzzo	2.437.813	2.137.962	-12,30%	299.851
Sardegna	3.112.487	2.735.876	-12,10%	376.611
Trentino Aldo Adige	2.188.445	1.960.847	-10,40%	227.604
Liguria	3.329.996	3.096.896	-7,00%	233.100
Veneto	8.817.601	8.359.086	-5,20%	458.515
Piemonte	8.522.707	8.258.503	-3,10%	264.204
Toscana	6.938.500	6.771.976	-2,40%	166.524
Lombardia	16.960.356	16.688.990	-1,60%	271.366
Emilia Romagna	8.101.115	8.020.104	-1,00%	81.011
Marche	2.837.457	2.820.432	-0,60%	17.025
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.431.381	0,00%	-
Umbria	1.610.768	1.610.768	0,00%	-
ITALIA	110.820.460	98.815.021	-10,83%	12.005.439

2. La sfida di *policy* è quella di disegnare i percorsi di convergenza delle varie Regioni verso il *benchmark*. È una sfida complessa, perché per alcune Regioni il percorso da compiere è particolarmente lungo e difficile. Gli aggiustamenti devono avvenire sia per la spesa che per la qualità, e compiersi durante una transizione che, per essere credibile e irreversibile, deve essere anche circoscritta nel tempo (auspicabilmente meno di un decennio), il più possibile fissata *ex-ante* (senza incognite e senza elementi rimandati a definizione/contrattazione successiva), e sorretta anche da sufficienti avanzamenti sul fronte dell'impalcatura istituzionale (come Programmi di Stabilità Regionali vagliati annualmente e da cui far scaturire *policy guideline* a carattere anche cogente);
3. La coerenza tra i risultati dell'approccio econometrico e quelli dell'approccio per profili di spesa porta una prova a favore di una soluzione che, sul piano di *policy*, appare quella più concreta e praticabile: (1) assegnare le risorse correnti (*i.e.* ripartire il Fondo sanitario nazionale) in modo tale che ciascun cittadino per fascia di età si veda riconosciute *ex-ante* le stesse risorse indipendentemente dalla Regione di residenza stanziato (regola coerente con il criterio di finanziamento *top-down*); (2) fissare il periodo di transizione durante il quale le Regioni devono gradualmente ma irrevocabilmente adattarsi a questa regola di riparto delle risorse correnti; (3) come parte integrante della transizione, procedere con interventi *ad hoc* di perequazione/riorganizzazione infrastrutturale, in modo tale da porre le Regioni su una base di operatività il più possibile omogenea e dotarle di leve di *governance* adeguate. In questa prospettiva, *SaniRegio2* fornisce anche una razionalizzazione degli effetti combinati di correzioni delle inefficienze di spesa corrente e di investimenti nei Ssr (le prime favoriscono spostamenti lungo la traiettoria verso il *benchmark*, i secondi permettono *shift* della traiettoria verso il *benchmark*);
4. Nella difficoltà di dare copertura finanziaria certa e a medio-lungo termine alle risorse per gli investimenti infrastrutturali, dovrebbe essere opportunamente considerata anche la possibilità di una soluzione endogena, che riallochi in conto capitale una quota delle risorse che i guadagni di efficienza mano mano liberano sul fronte corrente. Questa opzione appare quasi "fisiologica" se si considera che le Regioni con i più gravi *gap* di efficienza sono le stesse sottodotate sul piano infrastrutturale, e le stesse con i ritardi più marcati nella qualità. Oltre a sostenere i programmi di perequazione infrastrutturale, le risorse liberate dall'efficientamento dovranno sostenere la copertura delle aree di prestazione sottosviluppate o addirittura assenti (si pensi, in primo luogo, alla *long-term care*). Al termine del periodo di transizione e degli interventi di perequazione infrastrutturale, le Regioni del Mezzogiorno e il Lazio dovranno essere in grado di condurre i loro Ssr con le risorse annuali provenienti dal Fsn programmato *top-down* e ripartito secondo le proporzioni *standard*.

Ma nell'immediato, l'attuale situazione di finanza pubblica, unitamente all'alto *stock* di debito e alle prospettive di bassa crescita che accompagneranno il Paese nei prossimi anni, potrebbe suggerire di dedicare una parte dei guadagni di efficienza al consolidamento dei conti. Alcune Regioni (Campania e Lazio in testa) hanno, attraverso successivi disavanzi di gestione, accumulato uno *stock* di debito nel comparto sanitario che ha assunto dimensioni tali da attirare l'attenzione della società internazionali di *rating*. Oltre all'indebitamento esplicito, si deve anche considerare quello "sommerso", dovuto sia alla scarsa trasparenza dei conti nella fase di registrazione e in quella di consolidamento, sia alle prassi di differimento dei pagamenti e ricontrattazione delle scadenze delle fatture. Invece che coinvolgere, direttamente o indirettamente, le finanze statali nel riassetto dei bilanci sanitari delle Regioni (rifinanziamenti "premiati" o erogazione di prestiti a lungo termine garantiti), almeno una parte delle risorse liberate dall'efficientamento potrebbe, anno per anno, essere vincolata al risanamento e alla normalizzazione dei rapporti commerciali di Asl e Ao. Esattamente come quel che avviene a livello Paese per la crescita macroeconomica, sostenibilità finanziaria e equilibrio di bilancio di Asl e Ao sono tasselli essenziali per fondare un percorso che sviluppi qualità e adeguatezza dei Lea sanitari. La magnitudine delle risorse liberabili con l'efficientamento dei Ssr è tale da permettere di vagliare loro riallocazioni multiple, in grado di portare avanti, in maniera equilibrata e consapevole, innalzamenti della qualità, rafforzamento dell'infrastrutturazione e consolidamento dei conti.

I precedenti punti 3. e 4. avvalorano l'impostazione generale che i decreti attuativi della Legge n. 42-2009 stanno seguendo, con gli *standard* di spesa corrente da ricavare tramite *benchmarking* sulle Regioni più virtuose e, in parallelo, l'azione di perequazione/rafforzamento infrastrutturale dei Ssr. In questa prospettiva, tuttavia, parrebbe necessario rafforzare il coordinamento dei decreti attuativi, come precondizione legislativa per poter definire in maniera dettagliata sia i tempi della transizione sia le risorse coinvolte Regione per Regione. La transizione sarà la fase più delicata e rischiosa del federalismo, quella durante la quale potranno emergere le "resistenze" più forti (politiche, tecniche, amministrative, culturali e di mentalità); il suo disegno deve essere il più possibile completo e coerente e coprire l'intero arco temporale.

Per sostenere la convergenza sulle spese correnti, è auspicabile anche che, come parte integrante del federalismo, si impostino basi, comuni a tutte le Regioni, di universalismo sanitario selettivo. Una proposta operativa è stata tempo fa avanzata dal CeRM in *"Il copayment concordato Stato-Regioni e il principio di mutuo riconoscimento tra Regioni"*. Di fronte all'ampiezza delle correzioni che le Regioni devianti devono realizzare sulla spesa corrente, è fuor di dubbio che, durante questo processo, la selettività possa funzionare come garanzia che i *target* finanziari non vadano a discapito di obiettivi redistributivi. Oltretutto, un intervento in questa direzione avrebbe ricadute immediate sul controllo e sulla qualità della spesa (la selettività permette il *targeting* delle risorse), caratteristiche che nessun'altra delle riforme federaliste in discussione riuscirebbe a generare in tempi altrettanto rapidi. Il passaggio all'universalismo selettivo può essere la via per effettuare quel raccordo, tra perimetro dei Lea e risorse disponibili per il loro finanziamento, che non è mai stato esplicitato e che adesso serve per "re inizializzare" il sistema.

Preso coscienza degli acuti divari di efficienza e qualità (quasi due Paesi diversi piuttosto che due facce di uno stesso Paese), i risultati finali di *SaniRegio2* richiamano l'urgenza del completamento del federalismo. Il messaggio riassuntivo di *policy* è quello di tenere il più possibile legate tra loro l'applicazione degli *standard* di spesa calcolati sulle Regioni più virtuose (con sovrappeso a pieno carico della Regione che le compie), la riduzione dei *gap* infrastrutturali, l'esplicita responsabilità di mandato e di ufficio per politici e amministratori inadempienti (con decadenza e anche ineleggibilità), l'avvio dell'universalismo selettivo, il consolidamento dei bilanci di Asl e Ao. Sono elementi necessari per dare coerenza e sicurezza alla fase di transizione, e per gettare basi solide per la *governance* federalista a regime.

⇒ *Sommario esteso disponibile dopo l'Indice*

Fp e Ncs, Roma, Maggio 2011