

Gli standard di fabbisogno in sanità

Come proseguire nel tracciato del decreto attuativo della Legge 42/2009

La riorganizzazione federalista dello Stato ha nella sanità uno dei suoi più importanti banchi di prova. La spesa sanitaria conta per quasi l'80 per cento dei bilanci delle Regioni, e questo capitolo si trova adesso al centro di più riforme contemporaneamente in corso, dal decentramento delle fonti di finanziamento, alla responsabilizzazione di politici e amministratori, al varo del Codice delle Autonomie, all'ammodernamento dei documenti di finanza pubblica e della contabilità.

Delegato dalla Legge n. 42/2009, è recentemente stato diffuso il decreto che affronta anche il tema dei fabbisogni sanitari *standard*, adesso in visione nelle Commissioni parlamentari e nella Conferenza Stato-Regioni. Definire i fabbisogni *standard* è necessario per riconoscere alle Regioni risorse adeguate ad erogare, in condizioni di efficienza, le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza (i Lea). La sovrappeso rispetto allo *standard* sarà a carico della Regione che la compie, che nasca dalla fornitura di prestazioni *extra* Lea o da sacche di inefficienza.

Il decreto introduce alcune innovazioni di rilievo, che segnano una discontinuità rispetto alle indecisioni che il Legislatore ha mostrato, su questo specifico argomento, almeno nel corso degli ultimi dieci anni (dal D. Lgs. 56/2000 in poi). Assieme a questi aspetti positivi si devono segnalare, però, anche alcune lacune e incompletezze.

Si compie una scelta precisa, quella di adottare una prospettiva di tipo *top-down*, in cui il confronto politico (tra partiti, tra Stato e Regioni, etc.) si svolge all'inizio e, definite le risorse da dedicare ai Lea sanitari su scala nazionale, il Fsn, esso non ricompare più per ricontrattazioni e aggiustamenti. Se questa scelta sarà confermata e applicata *in toto*, sarà superata la cosiddetta sindrome dei *soft budget constraint*, all'origine dei ripiani generalizzati a piè di lista e dell'inseguimento tra finanziamenti e consuntivi di spesa dell'anno prima, cui si è quasi metodicamente assistito. Circoscrivere la finestra temporale in cui deve svolgersi e finalizzarsi il dibattito non è una *diminutio* per la politica; al contrario, significa dare il massimo rilievo alle scelte che la politica deve compiere e di cui deve assumere la responsabilità. E fissare i tempi della politica non implica neppure una prevalenza dell'obiettivo della sostenibilità finanziaria su quello della redistribuzione e dell'adeguatezza dell'offerta sanitaria; implica, invece, che le scelte su come coordinare questi due obiettivi debbano essere prese in maniera trasparente e rigorosa, con una visione di programma non affetta da opportunismi.

Il decreto avvia anche il superamento del finanziamento a costo storico della sanità, introducendo il concetto di efficienza relativa dei fabbisogni. Il fabbisogno riconoscibile alla singola Regione deriva dal *benchmarking* rispetto alle Regioni più virtuose. Assieme, le due innovazioni - *top-down* e *benchmarking* - comportano che, per data programmazione del Fsn, la sua suddivisione in quote regionali debba avvenire secondo regole codificate e stabili, che tengano conto del fabbisogno sanitario relativo tra individui appartenenti a diverse fasce di età, valutato in condizioni di efficienza.

La portata di queste due innovazioni viene in parte ridimensionata da alcune incertezze e incompletezze in cui cade l'articolato. Sono quattro i punti critici che meriterebbero riflessione. In primo luogo, nel decreto non emerge con chiarezza quali regole saranno valide a regime per la ripartizione del Fsn. Il riferimento ai criteri di riparto usati due anni prima rimanda ai Patti della Salute, l'ultimo siglato e quelli che arriveranno, in una sequenza che di fatto lascia aperta ogni soluzione. Il problema è che, senza un'affermazione inequivocabile delle regole a regime, manca il punto di riferimento per il disegno del processo di transizione e delle traiettorie che le singole Regioni dovranno compiere per convergere.

In secondo luogo, il testo potrebbe essere riformulato nei passaggi in cui è descritto il meccanismo di *benchmarking*, lì dove, in effetti, si sono creati degli equivoci come testimoniato dai commenti che sono pervenuti. Si dovrebbe chiarire che l'obiettivo non è quello di prendere a modello le Regioni *benchmark* per calcolare spese medie *pro-capite* efficienti per fascia di età in Euro assoluti (un vettore di spese *pro-*

capite), e applicare queste medie alla demografia di tutte le Regioni. Se così fosse, rimarrebbero insoluti due snodi: a) come aggiornare a scadenze prefissate questi valori assoluti (inflazione? inflazione settoriale? modifiche dei consumi sanitari?); b) come garantire la quadratura macrofinanziaria rispettando il vincolo di risorse del Fsn. Dal primo snodo potrebbe derivare un proseguimento, sotto altre vesti, della logica del costo storico (non meno del *pro-capite* dell'anno precedente più un aggiustamento); il secondo snodo mette a repentaglio uno degli obiettivi della riforma federalista, la consapevolezza del vincolo di bilancio e la sua condivisione leale tra livelli di governo.

La spesa *pro-capite* efficiente per fasce di età è solo un passaggio intermedio per arrivare a definire rapporti di spesa *pro-capite* tra fasce di età. Quando calcolati in capo alle Regioni *benchmark*, i rapporti possono essere intesi come tra fabbisogni efficienti, dal momento che queste Regioni rispettano la programmazione di spesa e forniscono un'offerta adeguata e di qualità (sempre in senso relativo, rispetto al resto del Paese). In altri termini, le Regioni *benchmark* identificano un "punto di pareggio" tra programmazione delle risorse dedicate alla sanità (di qualunque provenienza), spesa contabilizzata a consuntivo, e adeguatezza dell'offerta. In virtù di questo equilibrio finanziamento-spesa-fabbisogno, a partire da queste Regioni si possono calcolare i rapporti di fabbisogno tra individui appartenenti alle diverse fasce di età; e su questi rapporti di fabbisogno *pro-capite* impostare la ripartizione del Fsn, utilizzandoli per la pesatura della popolazione. I rapporti di fabbisogno *pro-capite* potrebbero avere una revisione quinquennale. Questa appena descritta potrebbe essere una soluzione praticabile e, se condivisa dal Legislatore, andrebbe adeguatamente esplicitata nell'articolo.

Il terzo punto critico riguarda la selezione delle Regioni *benchmark*. Requisiti troppo stringenti, come il perfetto pareggio di bilancio sanitario, potrebbero in alcuni anni non essere rispettati da nessuna Regione. Meglio sarebbe optare per il requisito di sostanziale pareggio di bilancio nel corso degli ultimi quattro-cinque anni (una sorta di *almost close to balance clause* che già trova applicazione per le valutazioni delle politiche di bilancio tra *Partner Ue*). Ma al di là di questo, è la definizione stessa di pareggio di bilancio che andrebbe ridiscussa. Nel decreto il pareggio è tra, da un lato, le risorse del finanziamento ordinario che non comprende quelle aggiunte autonomamente dalle Regioni e, dall'altro, le spese depurate dagli ammortamenti e dalla quota parte delle stesse sostenute dalle risorse aggiuntive regionali. Si ritiene, invece, che il pareggio dovrebbe riguardare le risorse dedicate ai *Lea*, indipendentemente dall'origine delle stesse, e le spese per prestazioni *Lea*, onnicomprensive di tutto, anche degli ammortamenti e delle spese di manutenzione del capitale che rappresentano costi di funzionamento rispetto ai quali responsabilizzare la *governance*. Tra l'altro, l'attuale stato della contabilità dei sistemi sanitari regionali neppure permetterebbe lo scorporo degli ammortamenti secondo criteri affidabili e omogenei su tutto il territorio nazionale. Adottata la soluzione di non scorporare quote di spesa, si potrebbe fare riferimento direttamente ai valori di cassa (quanto transita sui conti di tesoreria), indipendenti dalla riforma della contabilità ancora in corso e soprattutto inequivocabili.

Il quarto ed ultimo punto critico riguarda le regole di aggiornamento degli *standard*. Si tratta di parametri strutturali e, dopo la definizione iniziale, la revisione dovrebbe avvenire o a scadenze lunghe (non meno di cinque anni), o in presenza di eventi macroscopici che facciano davvero ritenere che i valori in vigore non siano più espressivi dei sottostanti fabbisogni. Qui il decreto ha, invece, un cedimento, perché lascia uno spazio indefinito, sia nella frequenza che nella cifra degli aggiustamenti, alle intese Stato-Regioni, con unico vincolo il rispetto del coordinamento della finanza pubblica. Il cambiamento auspicato all'inizio dello stesso decreto, con l'approccio *top-down* e il superamento del *bargaining* sui rifinanziamenti, renderebbe necessario un livello di più alta salvaguardia delle regole rispetto a tentazioni contingenti di politici e amministratori.

Sui citati quattro profili di criticità ci si augura che possa concentrarsi, da subito, il dibattito nelle Commissioni parlamentari e nella Conferenza Stato-Regioni. Corretto in questi aspetti, tutt'altro che secondari, il decreto sarebbe all'altezza di guidare il cambiamento. In questo scritto si è avanzata una proposta precisa, che è nel tracciato sia della Legge n. 42/2009 che del decreto, e che potrebbe essere sposata dal Legislatore nella versione definitiva dell'articolo: fabbisogni *pro-capite standard* per fascia di età, calcolati sulle Regioni che rispettano la programmazione e offrono prestazioni di qualità.

Una quota capitaria per fascia di età omogenea su scala nazionale manterrebbe, per sua natura, una valenza redistributiva. Si garantisce, infatti, che ogni componente la singola fascia di età abbia a disposizione un egual ammontare di risorse, indipendentemente dalla sua residenza e dall'andamento del Pil regionale. Inoltre, le Regioni identificabili come *benchmark* sono quelle più ricche (Emilia

Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria); fissare gli *standard* su di loro significa comprendervi anche la quota della spesa Lea coperta con risorse aggiuntive provenienti dai loro bilanci, e che in capo alle Regioni economicamente meno sviluppate troverà copertura all'interno dei flussi perequativi impliciti nella quota capitaria omogenea. Per portare un esempio concreto, l'Emilia Romagna si è attrezzata, negli anni scorsi, per dedicare risorse proprie all'assistenza continuata agli anziani non autosufficienti; includere anche queste risorse nel calcolo degli *standard* significa riconoscere che nelle altre Regioni, che non hanno autonome disponibilità da destinare allo scopo, le proporzioni di fabbisogno tra le classi di età giovani e quelle anziane devono tener conto della domanda di *long-term care* non ancora soddisfatta.

Tra le obiezioni che si stanno registrando, v'è tuttavia anche quella che una siffatta allocazione del Fsn sottovaluterebbe componenti di fabbisogno e limiterebbe la redistribuzione al di sotto del suo valore socialmente ottimale. È un tema importante, e anche su questo deve svolgersi un confronto pieno, responsabile e concludente. Si condivide, da parte nostra, il punto di vista, sotteso al decreto, 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 i possibili circuiti di 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 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 ritiene preferibile, 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. Contemporaneamente, si dovranno mettere a punto altri canali di redistribuzione, come il programma *ad hoc* di perequazione infrastrutturale (che è nella Legge n. 42/2009), 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. Entrambi i punti gravemente trascurati dal dibattito, anche se essenziali per affrontare il dilemma che è rimasto eluso da sempre e che anche il decreto evita: il coordinamento tra le risorse dedicabili alla sanità (il Fsn) e il perimetro formale dei Lea. Soprattutto di fronte alla dinamica di crescita che la spesa sanitaria farà registrare nei prossimi anni, un approccio *top-down* non è compatibile con Lea onnicomprensivi e gratuiti per tutti. Per tenere il più ampio possibile il *coverage* del Ssn e confermare per il futuro le finalità equitative dell'assistenza sanitaria pubblica, si dovrà ottimizzare la dotazione strumentale a disposizione delle Regioni (che influenza la capacità d'offerta e la sua qualità) e, nel contempo, definire equilibrati ordini di priorità in base alle condizioni economico-patrimoniali del singolo e/o del nucleo familiare. Un nuovo e duraturo assetto della sanità non potrà essere inaugurato, senza confrontarsi con le scelte sull'infrastrutturazione e l'universalismo selettivo.