
SISTEMI SANITARI REGIONALI ALLA SFIDA DEL FEDERALISMO

Confronto tra Regioni con proposta per il finanziamento federalista della sanità

di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno¹

Lo schema di decreto sulla *standardizzazione* dei fabbisogni sanitari, delegato dalla Legge n. 42-2009, non è ancora approvato a una versione consolidata. Si tratta di tassello essenziale del federalismo *in fieri*, con la spesa sanitaria che conta per il 75-80% dei bilanci regionali.

È utile focalizzare l'attenzione sull'impianto generale del decreto per prospettare una soluzione operativa. I punti salienti sono: finanziamento *top-down*; *standard* sulle Regioni più virtuose (in senso relativo); riparto del Fondo sanitario nazionale (Fsn) con regole semplici.

1. Il finanziamento *top-down* del Fsn

Le risorse per i livelli essenziali della sanità (Lea) sono programmate nel medio periodo nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica. La programmazione è vincolante e mira a superare i ripiani a piè di lista. L'approccio *top-down* non implica che il Fsn debba diventare una posta residuale su cui scaricare le tensioni di bilancio. Significa, invece, che il Fsn, assieme agli altri capitoli di spesa del bilancio pubblico, deve rispettare i vincoli macrofinanziari attuali e prospettici, con Stato e Regioni chiamati ad affrontare in maniera responsabile scelte su priorità allocative, universalismo selettivo, razionalizzazione dei rapporti tra livelli di governo, efficientamento della PA, etc..

2. Quali Regioni *benchmark*?

Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto si contraddistinguono per:

- aver mantenuto, nella media degli ultimi 5-7 anni, il miglior equilibrio tra risorse programmate per il Sistema sanitario regionale (Ssr) e spesa a consuntivo;
- fornire qualità elevata, testimoniata da indicatori di *performance* e da flussi di mobilità sanitaria.

Per queste Regioni *spesa* \approx *fabbisogno*, con bilancio sanitario sostanzialmente in equilibrio e prestazioni di qualità.

La spesa sanitaria è quella corrente dedicata ai Lea, senza distinguo tra quote finanziate con il Fsn, con risorse aggiuntive proprie, con compartecipazioni dei cittadini. Si considerano anche gli ammortamenti, come parte integrante delle spese annuali di funzionamento.

3. I numeri del *benchmarking* tra Regioni

Per le suddette 5 Regioni *benchmark* si calcolano, su dati disaggregati di fonte MinSal, i profili di spesa *pro-capite* per fascia di età, al netto della mobilità interregionale.

La media dei valori di spesa *pro-capite* per fascia di età viene assunta come valore *standardizzato* del fabbisogno sanitario *pro-capite* per quella stessa età. Applicando il fabbisogno *standardizzato* alla struttura demografica delle altre Regioni, si ottiene un ordine di grandezza del fabbisogno *standardizzato* aggregato.

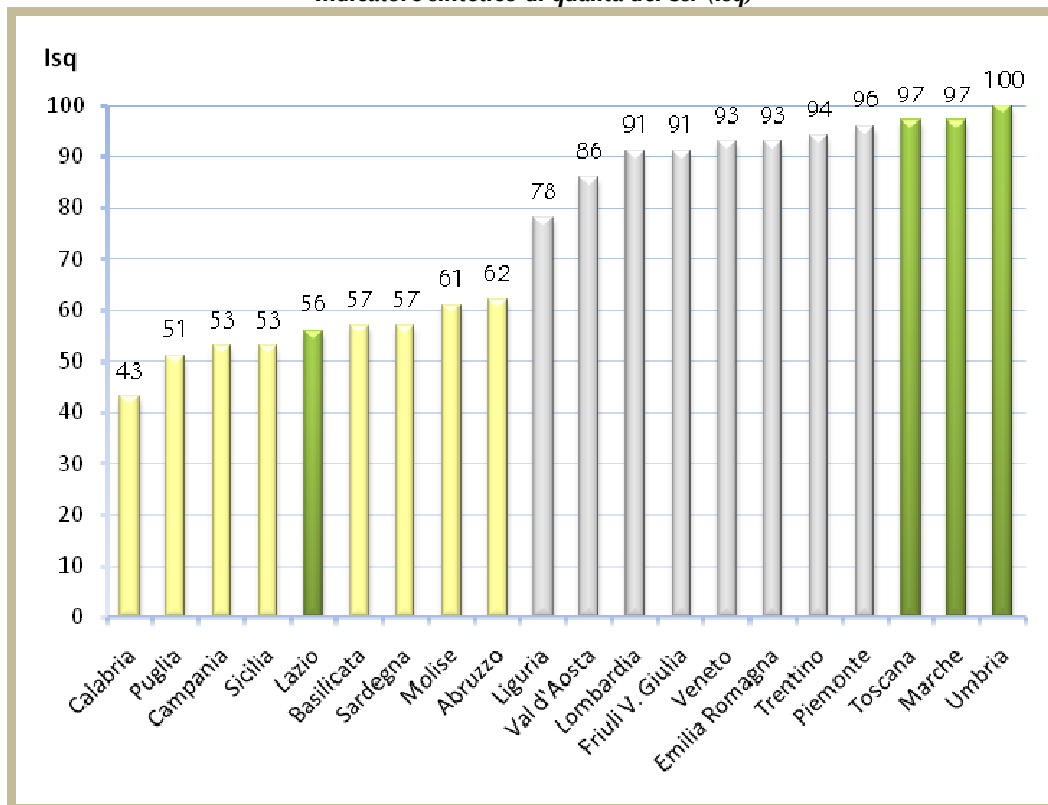
Si può verificare che cosa sarebbe accaduto se, nel 2009 (anno più recente con consuntivo), tutte le Regioni fossero state aderenti allo *standard*:

Spesa contabile vs. spesa standard

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgsep)				
benchmark = Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.218.150	-304.557	-3,57%
Valle d'Aosta	284.311	225.064	-59.247	-20,84%
Lombardia	16.960.356	16.945.464	-14.892	-0,09%
P. A. Bolzano	1.109.253	808.688	-300.565	-27,10%
P. A. Trento	1.079.192	902.673	-176.519	-16,36%
Veneto	8.817.601	8.518.764	-298.837	-3,39%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.356.571	-74.810	-3,08%
Liguria	3.329.996	3.291.155	-38.841	-1,17%
Emilia Romagna	8.101.115	8.129.969	28.854	0,36%
Toscana	6.938.500	7.024.515	86.015	1,24%
Umbria	1.610.768	1.674.834	64.066	3,98%
Marche	2.837.457	2.900.681	63.224	2,23%
Lazio	11.235.677	9.721.172	-1.514.505	-13,48%
Abruzzo	2.437.813	2.402.098	-35.715	-1,47%
Molise	647.486	587.505	-59.981	-9,26%
Campania	10.476.600	9.013.553	-1.463.047	-13,96%
Puglia	7.362.098	6.709.137	-652.961	-8,87%
Basilicata	1.078.244	1.015.597	-62.647	-5,81%
Calabria	3.728.862	3.374.685	-354.177	-9,50%
Sicilia	8.718.556	8.329.419	-389.137	-4,46%
Sardegna	3.112.487	2.848.337	-264.150	-8,49%
ITALIA	110.820.460	104.998.029	-5.822.431	-5,25%

fonte: elaborazioni CeRM

Indicatore sintetico di qualità dei Ssr (Isq)



fonte: elaborazioni CeRM

I dati mostrano ampi scostamenti concentrati nelle Regioni del Mezzogiorno e in Lazio, Valle d'Aosta e Province Autonome di Trento e Bolzano. Se tutte le Regioni fossero state efficienti, si sarebbero liberate risorse per oltre 5,8 miliardi di Euro, reinvestibili nel sistema sanitario.

Per la lettura di *policy*, si sottolinea che la spesa *standardizzata* è quella che ogni Regione dovrebbe sostenere per offrire in modalità efficiente prestazioni dello stesso livello qualitativo delle Regioni *benchmark*. Ad oggi la qualità dei Ssr mostra marcate differenze geografiche; ma anche la dotazione infrastrutturale, che sicuramente incide su efficienza e qualità, rimane fortemente sperequata:

Indicatore sintetico di dotazione infrastrutturale in Sanità (Istat)	
Nord Ovest	116,4
Nord Est	119,7
Centro	101,8
Mezzogiorno	75,6
<i>Italia</i>	<i>100</i>

fonte: Paradisi - Brunini, "Le infrastrutture in Italia"¹

4. Nuove regole federaliste di riparto del Fsn

I rapporti tra fabbisogni *pro-capite* tra fasce di età delle Regioni *benchmark* possono diventare il sistema di ponderazione della popolazione residente necessario per la ripartizione del Fsn. La tavola e l'algoritmo seguenti dettagliano i termini di una soluzione concreta e operativa.

Adottare come criterio di riparto i rapporti di fabbisogno *pro-capite* per fascia di età non implica forzare tutte le Regioni a uniformarsi a uno stesso *mix* di prestazioni. Quei rapporti esprimono la diversa esigenza di risorse per coprire le prestazioni mediamente richieste dal componente la singola fascia di età. Tali risorse possono, a seconda delle scelte compiute dalla Regione, sostenere modelli di offerta diversi sul territorio, purché efficienti nei costi ed efficaci rispetto ai bisogni.

¹ Cfr. http://www.istat.it/dati/catalogo/20060512_00/inf_0607_infrastrutture_in_Italia.pdf.

Rapporti di fabbisogno pro-capite tra fasce di età, ricavati a partire dalla spesa pro-capite delle Regioni benchmark
(in questo esempio = Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Umbria)

CeRM	Pesatura per il riparto del Fsn		
	valori ricavati dalla media Regioni benchmark		
	spesa pro-capite (Euro/anno)	rapporti di fabbisogno pro-capite	
< 1	4.406,41	123,1%	β_1
1 - 4	524,70	14,7%	β_2
5 - 9	356,65	10,0%	β_3
10 - 14	372,37	10,4%	β_4
15 - 19	677,07	18,9%	β_5
20 - 24	643,86	18,0%	β_6
25 - 29	1.183,74	33,1%	β_7
30 - 34	933,32	26,1%	β_8
35 - 39	851,06	23,8%	β_9
40 - 44	850,11	23,8%	β_{10}
45 - 49	1.401,99	39,2%	β_{11}
50 - 54	1.640,04	45,8%	β_{12}
55 - 59	1.816,66	50,8%	β_{13}
60 - 64	1.929,43	53,9%	β_{14}
65 - 69	3.579,37	100,0%	β_0
70 - 74	3.955,46	110,5%	β_{16}
75 - 79	2.746,41	76,7%	β_{17}
80 - 84	3.371,97	94,2%	β_{18}
85 - 89	5.174,52	144,6%	β_{19}
90 - 94	16.084,64	449,4%	β_{20}
95 +	39.712,92	1109,5%	β_{21}

fonte: elaborazioni CeRM

Proposta CeRM di regola di riparto a regime

$$F_{sn} = \sum_{i=0}^{21} \beta_i * \text{fabbisogno pro capite}_{65-69} * \text{residenti nazionali}_i$$

GRANDEZZA ESOGENA DI POLITICA ECONOMICA -

Scelta politica iniziale: il totale delle risorse da dedicare ai Lea sanitari su scala nazionale (top-down)

PARAMETRI -

Rapporti di fabbisogno tra fascia di età "i" e fascia di riferimento 65-69. Stimati su Regioni benchmark e aggiornati a frequenza non inferiore a 5 anni (almeno orizzonte di Legislatura)

VARIABILE DA RICAVARE -

Il fabbisogno pro-capite per la fascia di età 65-69. Il prodotto tra questo fabbisogno e i "βi" fornisce i fabbisogni pro-capite di ciascuna fascia di età "i"

PARAMETRI -

Numero di residenti per ogni fascia di età su scala nazionale. Fonte: i dati più recenti Istat

I fabbisogni pro-capite di ciascuna fascia di età "i" sono applicati alla struttura demografica di ogni Regione. Si ottiene il totale delle risorse destinabili a ciascuna Regione. Per costruzione, è sempre rispettato il vincolo macrofinanziario Paese (la programmazione del Fsn)

5. Conclusioni: *standard* di spesa, perequazione infrastrutturale e selettività

Lo schema di riparto Fsn proposto ha una sua strutturale capacità redistributiva, perché riconosce a ciascun cittadino per fascia di età le medesime risorse Lea, indipendentemente da dove egli risiede e dalla capacità fiscale della sua Regione.

La capacità redistributiva può essere rafforzata rendendo operativi altri canali di redistribuzione oggi trascurati: il programma *ad hoc* di perequazione infrastrutturale, che è nella Legge n. 42-2009 e di cui esistono schemi di decretazione attuativa da perfezionare; e la valorizzazione delle Regioni come livello di governo che, più vicino ai cittadini, declina le scelte di universalismo selettivo, raffinando la composizione e il *targeting* dei flussi redistributivi.

Questi canali redistributivi hanno proprietà statiche e dinamiche diverse e complementari rispetto alla ripartizione delle risorse correnti. Dovrebbero partecipare al percorso di convergenza delle Regioni verso gli *standard* di spesa, permettendo di combinare semplicità dei riparti annuali e adeguatezza della perequazione tra territori.

Per saperne di più:

(1) *Benchmarking e Standard su profili di spesa sanitaria per età*
[<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=61>]

(2) *Federalismo: schema decreto per la rimozione degli squilibri economico-sociali*
[<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=73>]

(3) *Federalismo: lo schema di decreto sulla perequazione delle infrastrutture*
[<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=68>]

ⁱ Fabio Pammolli è Presidente del CeRM. Nicola C. Salerno è Direttore dell'Unità Finanza Pubblica e Regolazione del CeRM.