

# L'APPLICAZIONE DEL FEDERALISMO AL SETTORE SANITARIO

considerazioni sul decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68  
*“disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni  
a statuto ordinario e delle Province,  
nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard  
nel settore sanitario”*

Marzio Scheggi  
responsabile scientifico dell'Istituto Health Management

---

FIRENZE, luglio 2011

## PREMESSA

---

Il fatto che il federalismo costituisca una scelta per tanti versi obbligata per una gestione efficiente e responsabile delle risorse pubbliche non ha ormai bisogno di ulteriori dimostrazioni e conferme. Nell'ormai lontanissimo 1996 pubblicavo un articolo nel quale riportavo le conclusioni di un gruppo di studio dell'Università Bocconi che aveva ad oggetto un tema già allora attualissimo "Il controllo della spesa pubblica". Commentando tali conclusioni il prof. Elio Borgonovi evidenziava che uno dei punti di convergenza dell'analisi era *"L'esigenza di collocare il tema della spesa pubblica all'interno di un nuovo sistema di rapporti tra Stato ed enti locali che sia veramente fondato sui principi del decentramento e della responsabilizzazione e nel quale entrino nuovi elementi di razionalità economica, che possono derivare sia dall'applicazione di nuovi schemi concettuali al rapporto Stato Enti locali, sia da una nuova visione di politica economica. Essa rinuncia all'utopia di uno Stato impegnato a garantire equità e redistribuzione della ricchezza da un lato ed equilibrio economico generale e controllo dell'indebitamento dall'altro, e propone una più realistica impostazione secondo la quale lo Stato definisce i livelli dei servizi che intende garantire in modo uniforme sul territorio nazionale ed il corrispondente finanziamento e cerca di tenere sotto controllo le variabili macroeconomiche che influenzano i rapporti con l'economia mondiale e che possono favorire o ostacolare i processi di integrazione economica e politica, rinviando i problemi di compatibilità tra bisogni collettivi, risorse e consumi alle Regioni e agli enti locali, che possono dare una dimensione più concreta al principio dell'equità economica e sociale."*

In questa direzione si colloca la modifica del titolo V della Costituzione che nel ridefinire le competenze dei diversi livelli istituzionali sancisce il fatto che è prerogativa esclusiva dello Stato *"la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale"* (articolo 117, comma 2, lettera m).

Obiettivo di questo documento è analizzare se ed in quale misura l'impianto del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 12 maggio 2011, è coerente con il senso e con le finalità del federalismo, come sono definiti nella legge delega 5 maggio 2009, n. 42.

## IL CONCETTO DI FABBISOGNO STANDARD

### riferimenti concettuali e interpretazione normativa

Su questo aspetto, che riveste rilievo cruciale nell'impianto normativo, deve essere fatta chiarezza sgombrando il campo da incertezze interpretative che possono condizionare negativamente gli sviluppi del federalismo.

In tema di assistenza sanitaria non ha senso parlare di fabbisogno standard perché diversissime sono le caratteristiche demografiche, epidemiologiche e le connesse condizioni di salute della popolazione nelle diverse realtà regionali. Le differenze che, in termini di condizioni di salute, caratterizzano le differenti realtà regionali sono efficacemente rappresentate nei grafici riprodotti nelle figure 1, 2 e 3, che riportano i valori di tre indicatori che vengono considerati dalla comunità scientifica internazionale particolarmente espressivi delle condizioni di salute della popolazione:

- ✓ la speranza di vita alla nascita
- ✓ il tasso standardizzato di mortalità
- ✓ il tasso di mortalità infantile.

Questi tre indicatori sono citati nel rapporto della commissione che è stata istituita nel 2008 dal Presidente Sarkozy per elaborare un sistema multi dimensionale di misurazione delle performance economiche e sociali, e che ha redatto un rapporto che offre interessantissimi spunti di riflessione. Quella commissione era coordinata da tre economisti di prestigio internazionale, Joseph Stiglitz, Amartya Sen e Jean Poul Fitoussi, dei quali i primi due sono stati insigniti del premio Nobel per l'economia rispettivamente nel 2001 e nel 1998. In quello stesso rapporto i tre insigni economisti ribadiscono che una misura oggettiva delle condizioni di salute della popolazione impone un approccio che non può che essere multidimensionale, e che deve tener conto non solo della mortalità ma anche della morbilità, analizzata essa stessa non solo in termini di incidenza o prevalenza delle diverse patologie che possono colpire l'essere umano, ma anche in termini di anni di vita perduta rispetto alla speranza di vita (prospettiva che modifica in modo radicale il peso relativo che può essere attribuito alle diverse patologie), in termini di stili di vita (che condizionano in maniera determinante l'incidenza e la prevalenza delle più significative patologie).

Rinunciando per il momento ad una analisi più approfondita (che peraltro personalmente ritengo più che fattibile con i dati già oggi disponibili), appare interessante riflettere sui profili che vengono evidenziati nei grafici citati.

figura 1 **SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA** - dati relativi all'anno 2007

fonte: ISTAT

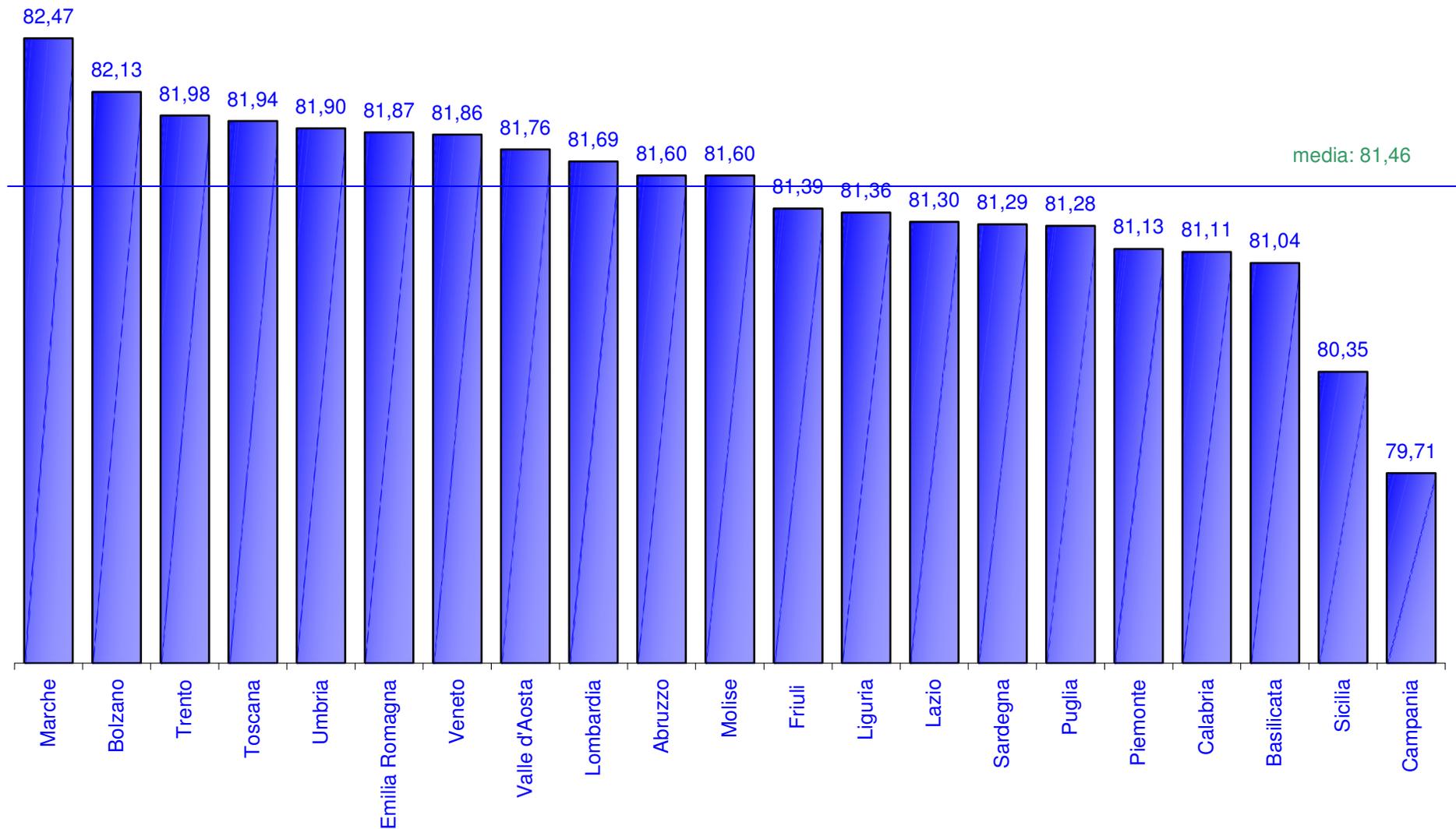


figura 2 **TASSI DI MORTALITÀ INFANTILE** - deceduti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi  
dati relativi all'anno 2007  
fonte: ISTAT - indicatori territoriali

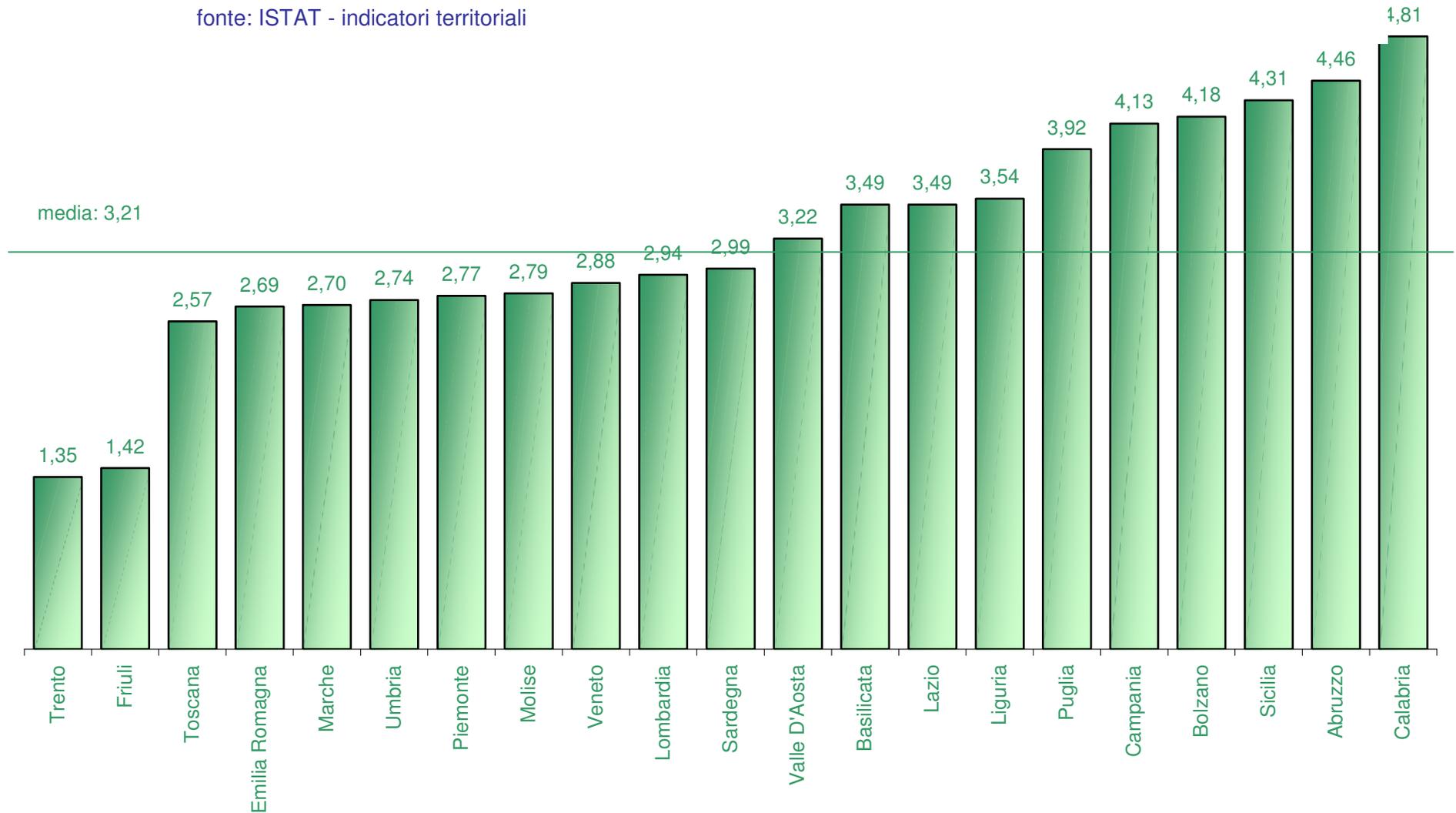
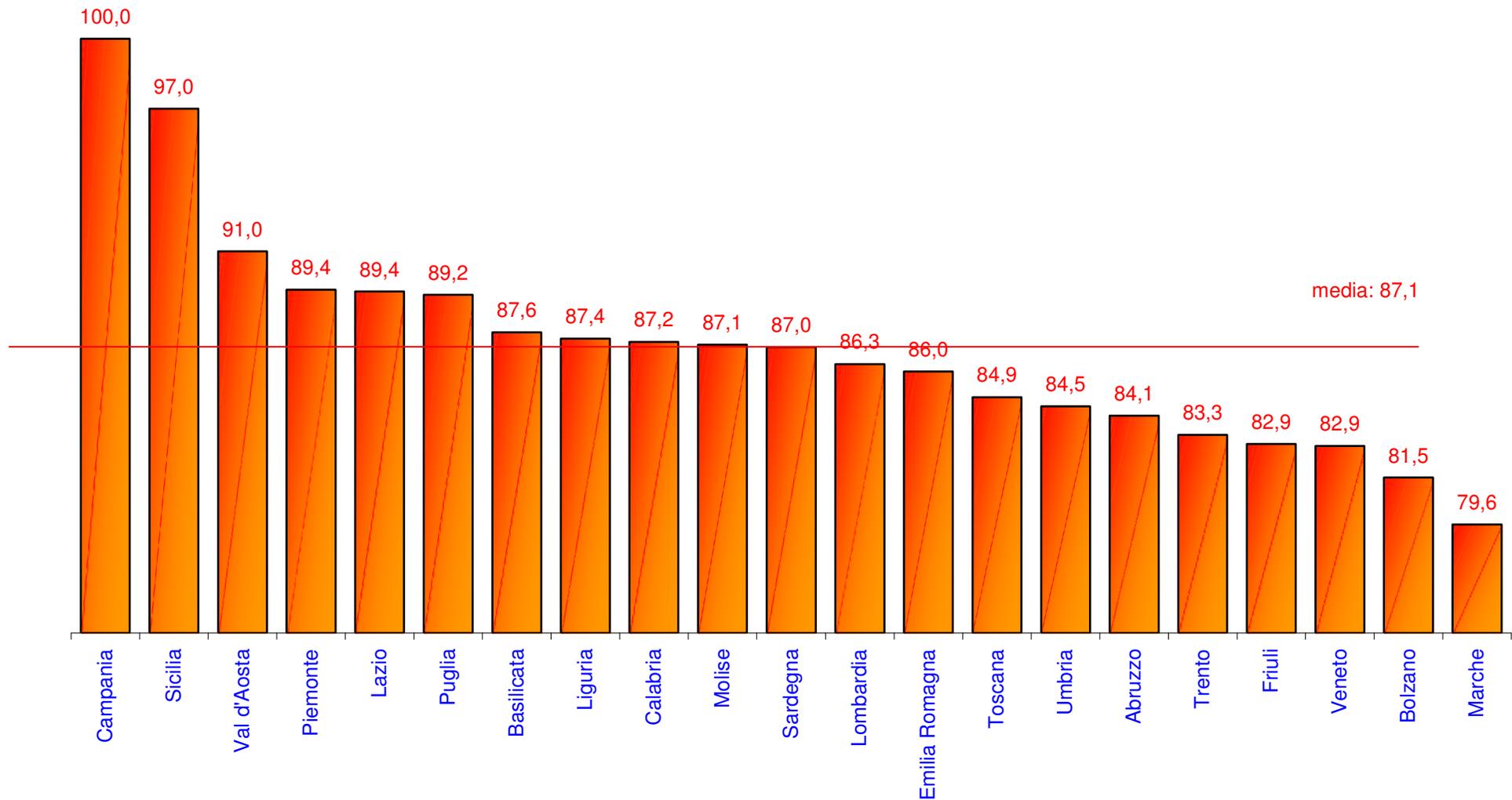


figura 3 **TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ** - dati relativi all'anno 2007

fonte: ISTAT



Una prima evidenza che emerge dall'analisi dei dati riportati nei grafici concerne il fatto che le Regioni meridionali registrano nel complesso valori peggiori delle Regioni del centro nord in tutti e tre gli indicatori considerati. Questa evidenza conferma un divario il superamento del quale costituiva uno degli obiettivi fondanti la stessa legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, che tra gli obiettivi esplicitati nell'articolo 2 pone al primo posto *il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese (articolo 2, comma 2, lettera a)*

Trascorsi ormai più di trent'anni dall'emanazione di quella legge quegli squilibri appaiono tutt'altro che superati, e non solo in termini di condizioni di salute, ma anche in termini di risorse impegnate nella tutela della salute, risorse che sono di gran lunga inferiori nelle Regioni meridionali, come evidenziato dal grafico riprodotto in figura 4.

Fatta eccezione per la Regione Molise, che nel 2009 ha registrato una spesa sanitaria pubblica pro capite particolarmente elevata, in tutte le Regioni meridionali la spesa sanitaria pubblica pro capite è risultata significativamente inferiore al valore medio (in questo come negli altri grafici si è ritenuto più corretto utilizzare quale termine di confronto la media dei valori che gli indicatori di volta in volta considerati presentano nelle diverse realtà territoriali piuttosto che il valore medio nazionale, valore che risente in misura notevole della dimensione demografica delle diverse entità poste a confronto).

Al fine di valutare se esista una correlazione tra condizioni di salute e spesa sanitaria procapite si è proceduto come segue:

- 1) si è costruito un indicatore sintetico delle condizioni di salute risultante dall'effetto congiunto dei tre indicatori considerati. A tal fine si è attribuito, per ognuno dei tre indicatori, il punteggio 1000 alla Regione che presenta la migliore performance, il punteggio 500 alla Regione che presenta la peggiore performance, ed alle altre Regioni il punteggio risultante riproporzionando la differenza di 500 punti sulla base della differenza tra il valore che l'indicatore di volta in volta considerato presenta ed il valore migliore. Ad ogni Regione è stato attribuito infine il punteggio risultante dalla media dei punteggi riportati nei tre diversi indicatori. Questo approccio è stato ritenuto preferibile per evitare che risultasse prevalente ai fini della valutazione complessiva il peso dell'indicatore che presenta un range di variazione più ampio. Il risultato ottenuto seguendo il percorso appena descritto è riportato nel grafico riprodotto in figura 5;

- 2) si sono indicizzati i valori dell'indicatore sintetico delle condizioni di salute e dell'indicatore spesa sanitaria pubblica pro capite rapportando il valore che ciascuno di essi registra nelle diverse realtà territoriali al valore medio
- 3) si è verificata la correlazione esistente tra le due variabili utilizzando una regressione lineare; i risultati di questa verifica sono riportati nel grafico riprodotto in figura 6.

I dati riportati nei grafici riprodotti nelle figure 5 e 6 suggeriscono alcune considerazioni. L'indicatore sintetico delle condizioni di salute registra valori decisamente peggiori in tutte le Regioni meridionali, ad eccezione del Molise, che registra un valore di poco superiore al valore medio, e della Sardegna, che registra un valore esattamente eguale al valore medio. Tra le Regioni del Nord tre Regioni (Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria) registrano un valore inferiore al valore medio e tra le Regioni del Centro una sola Regione il Lazio, registra un valore inferiore alla media. I dati costituiscono una ulteriore conferma di quel divario che è stato appena richiamato, e che costituisce un problema di relevantissimo impatto economico e sociale.

Il grafico riprodotto in figura 6 evidenzia come in generale, salvo alcune eccezioni che suggeriscono peraltro ulteriori interessanti spunti di riflessione, nelle Regioni nelle quali si riscontrano condizioni di salute peggiori minori sono le risorse pubbliche destinate alla tutela della salute, con una correlazione resa debolissima dalla vistosità di alcuni comportamenti nei quali la spesa sanitaria pubblica presenta valori decisamente superiori a quelli attesi, ma comunque di segno contrario a quello che sembrerebbe logico aspettarsi dall'ipotesi che sia necessario investire maggiori risorse in quelle realtà nelle quali si manifestano maggiori bisogni di salute. Il fatto che a parità di risorse pubbliche investite nella tutela della salute si abbiano esiti così diversi nelle diverse realtà territoriali può suggerire l'ipotesi interpretativa che a condizioni di salute migliori corrispondano servizi sanitari più efficienti ed efficaci, anche se è noto che le condizioni di salute della popolazione dipendono non tanto dall'azione dei servizi sanitari quanto da fattori demografici, socio economici, che influiscono sulla salubrità dell'ambiente e sugli stili di vita, ai quali sono correlate le condizioni di salute.

Una conferma della correlazione tra situazione socio economica e condizioni di salute viene dai dati riportati nel grafico riprodotto in figura 8, nel quale vengono posti a confronto benessere economico e condizioni di salute, con riferimento a valori indice ottenuti dividendo per il valore medio i valori che gli indicatori considerati presentano nelle diverse realtà analizzate.

Pur con i limiti che gli indicatori considerati intrinsecamente presentano, anche per l'arbitrarietà delle scelte che ne fissano i valori, il grafico dimostra che laddove si registra un maggior benessere economico si riscontrano anche migliori condizioni di salute, e ciò deriva non tanto dal benessere economico in sé, come rilevabile, in modo comunque parziale e approssimativo, dal prodotto interno lordo pro capite, ma dalle implicazioni che il benessere economico ha sulla qualità della vita, come dimostra l'analisi sviluppata in un articolo che ho recentemente pubblicato sul sito web del mio Istituto "Qualità della vita e condizioni di salute". Riporto in esso un passaggio dello splendido libro di Benjamin Friedman "Implicazioni morali della crescita economica", in cui l'autore afferma che: *"Il miglioramento del tenore di vita favorisce cambiamenti positivi delle istituzioni politiche e degli orientamenti sociali. Una maggiore ricchezza significa tra l'altro cibi migliori, case più grandi, viaggi più frequenti e cure mediche più efficaci. Significa un'istruzione migliore per un maggior numero di persone. Può anche significare, com'è accaduto in quasi tutti i Paesi occidentali durante il ventesimo secolo, una settimana lavorativa più breve, il che consente di dedicare più tempo alla famiglia e agli amici. Una maggiore ricchezza significa anche scuole migliori, più parchi e musei, sale da concerto e stadi sportivi più grandi, per non parlare del tempo libero disponibile per fruire di queste strutture pubbliche"*.

Ed in effetti il grafico evidenzia come tutte le Regioni nelle quali si registra un minor benessere economico registrano peggiori condizioni di salute, fatta eccezione in positivo per le Regioni Umbria, Molise e Sardegna, nelle quali nonostante un prodotto interno lordo pro capite inferiore al valore medio si registrano condizioni di salute soddisfacenti, ed in negativo per le Regioni Liguria, Piemonte, Lazio e Val d'Aosta, nelle quali nonostante un prodotto interno lordo superiore al valore medio si registrano condizioni di salute non particolarmente buone. L'eccezione che appare più vistosa è proprio la Val d'Aosta (regione nella quale tra l'altro nell'anno al quale si riferiscono i dati analizzati si è registrata la spesa sanitaria pro capite più elevata in assoluto), che ha un prodotto interno lordo pro capite secondo a quello della Provincia autonoma di Bolzano, e ciò nonostante, come evidenziato nei grafici riprodotti nelle figure 1, 2 e 3 ha un tasso standardizzato di mortalità tra i più elevati d'Italia, un tasso di mortalità infantile superiore, anche se di pochissimo, al valore medio; tra gli indicatori che concorrono a determinare l'indicatore sintetico delle condizioni di salute proposto l'unico che presenta un valore migliore è la speranza di vita alla nascita.

Per completare questo excursus introduttivo è parso interessante analizzare la correlazione tra spesa sanitaria pubblica e prodotto interno lordo pro capite, utilizzando anche in questo caso i valori indice.

I risultati di questa analisi sono rappresentati nel grafico riprodotto in figura 9, dalla quale si evince che vengono investite maggiori risorse per la tutela della salute nelle realtà territoriali nelle quali è maggiore il benessere economico come rilevato dal prodotto interno lordo pro capite, indicatore sicuramente inadeguato per misurare la qualità della vita, ma riferimento ineludibile per misurare il benessere economico, nel quale non si compendia la qualità della vita, ma che sicuramente la condiziona sotto molteplici aspetti.

L'analisi del posizionamento delle diverse realtà territoriali nei quattro quadranti individuati dagli assi cartesiani e dalle rette  $x=1$  ed  $y=1$  (che per l'approccio adottato corrispondono ai valori medi degli indicatori analizzati) evidenzia in modo inconfutabile come si registri una spesa sanitaria pubblica maggiore nelle Regioni che hanno un prodotto interno lordo pro capite maggiore, con alcune eccezioni molto significative, che fanno sì che il valore di  $R^2$  non sia particolarmente elevato.

Unica eccezione in negativo è la regione Molise, nella quale si registra una spesa sanitaria pro capite decisamente superiore al valore medio, ed un prodotto interno lordo pro capite inferiore alla media, e in positivo le Regioni Piemonte, Toscana, Veneto, Marche e Lombardia, nelle quali si registra una spesa sanitaria pro capite inferiore alla media a fronte di un prodotto interno lordo pro capite decisamente superiore al valore medio. L'eccezione più vistosa è costituita dalla regione Lombardia, che con un valore pari a 31.645 euro è la terza regione italiana in termini di prodotto interno lordo pro capite, seconda solo a Bolzano ed alla Val d'Aosta, che nel 2009 hanno registrato un PIL pro capite pari 34.302 euro 32.713 euro rispettivamente, mentre per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica ha registrato un valore di 1.786 euro per abitante, superiore solo a quello registrato dalla regione Sicilia.

Occorre a questo riguardo tener conto del fatto che la spesa sanitaria privata costituisce in Italia, a livello nazionale complessivo, il 22,7% della spesa sanitaria totale (European health for all database (HFA-DB) – World Health Organization Regional Office for Europe) ed è ragionevole presumere che questa proporzione percentuale risulti tanto più elevata quanto più elevata risulta la ricchezza disponibile nelle diverse realtà territoriali. Purtroppo non sono disponibili dati certi ed aggiornati sull'entità del fenomeno, che appare molto importante tenere in considerazione per non rischiare di considerare virtuoso il comportamento di una Regione nella quale la spesa sanitaria pubblica è modesta perché una parte considerevole di prestazioni sanitarie vengono acquistate direttamente dal cittadino, attraverso istituti assicurativi o fondi sanitari integrativi se non direttamente di tasca propria.

Un'ultima riflessione che appare opportuna in questa analisi della variabilità interregionale della spesa sanitaria pubblica concerne l'analisi contestuale dell'entità della spesa sanitaria pro capite e del disavanzo pro capite.

I risultati di questo confronto sono rappresentati nel grafico riprodotto in figura 10, nel quale sono stati riportati i differenziali pro capite rispetto al valore medio pro capite della spesa sanitaria, ed i valori pro capite dei disavanzi di esercizio nelle diverse realtà territoriali in cui si articola il SSN.

Una prima evidenza che emerge dal grafico è che non necessariamente una situazione di squilibrio economico nella gestione del servizio sanitario sia imputabile ad una spesa sanitaria maggiore. Emblematici esempi di segno contrario quelli della Provincia autonoma di Bolzano, che ha chiuso il bilancio del servizio sanitario provinciale in pareggio pur avendo una spesa sanitaria pro capite decisamente superiore al valore medio, e della Regione Campania, che ha chiuso il proprio bilancio con un disavanzo significativo, pur registrando una spesa sanitaria tra le più basse d'Italia. In termini complessivi tra le 13 Regioni che hanno chiuso in disavanzo l'esercizio 2009 soltanto cinque hanno registrato una spesa pro capite superiore al valore medio, mentre le altre otto sono tutte Regioni nelle quali la spesa sanitaria pro capite è inferiore al valore medio.

Questa evidenza ripropone per altra via il problema dell'equità del riparto delle risorse, che sono state distribuite attribuendo un peso molto significativo alla struttura della popolazione per classi di età, trascurando altri indicatori che pure erano esplicitamente indicati dalla stessa legge 23 dicembre 1996, n. 662, che ha introdotto la quota capitaria pesata, nella quale si citano tra gli indicatori che devono essere considerati ai fini del riparto, oltre ai consumi sanitari per età e per sesso, *i tassi di mortalità della popolazione, nonché indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali.*

La corretta individuazione di tali indicatori, e la corretta pesatura che deve essere a ciascuno di essi attribuita, costituiscono snodo critico nell'applicazione del federalismo nel settore sanitario, che in coerenza con quanto stabilito dalla legge delega che ne fissa i principi generali, deve porre a proprio fondamento i concetti di fabbisogno standard, di costo standard e di livelli essenziali di prestazioni che devono essere assicurati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Su questo aspetto è in corso un dibattito tecnico e politico, che vede contrapposte le Regioni del Nord, finora favorite da criteri che hanno dato particolare peso alla distribuzione per classi di età, e le regioni del Sud, che hanno chiesto di introdurre tra i criteri di riparto l'indice di deprivazione, sostenendo che condizioni socio economiche sfavorevoli determinano effetti negativi in termini di condizioni di salute, e conseguentemente inducono una maggiore domanda di prestazioni sanitarie.

Occorre prestare attenzione sull'opportunità di andare su questa strada, che presenta due elementi di criticità:

- ✓ la deprivazione determina sicuramente peggiori condizioni di salute e conseguentemente maggiori bisogni di assistenza sanitaria, ma più trasparente e concettualmente preferibile è un indicatore che misuri tali condizioni e non le cause che le determinano
- ✓ la deprivazione è una variabile complessa, la cui misurazione è per certi versi difficile, per altri comunque opinabile.

La strada maestra è quella di individuare indicatori sui quali vi sia un consenso generalizzato e che siano universalmente accettati come proxy delle condizioni di salute, come ad esempio proprio i tre indicatori utilizzati per definire un indicatore sintetico delle condizioni di salute:

- ✓ la speranza di vita alla nascita
- ✓ la mortalità standardizzata per età e per sesso
- ✓ il tasso di mortalità infantile.

Tenendo conto di questi indicatori, che hanno il pregio di essere condivisi dalla comunità scientifica internazionale, si può ottenere un risultato estremamente significativo in termini di riequilibrio ed equità nel riparto delle disponibilità finanziarie tra le diverse Regioni,

figura 4 **SPESA SANITARIA PUBBLICA PER ABITANTE**

dati relativi all'anno 2009 - valori espressi in euro

fonte: Ministero dell'Economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese

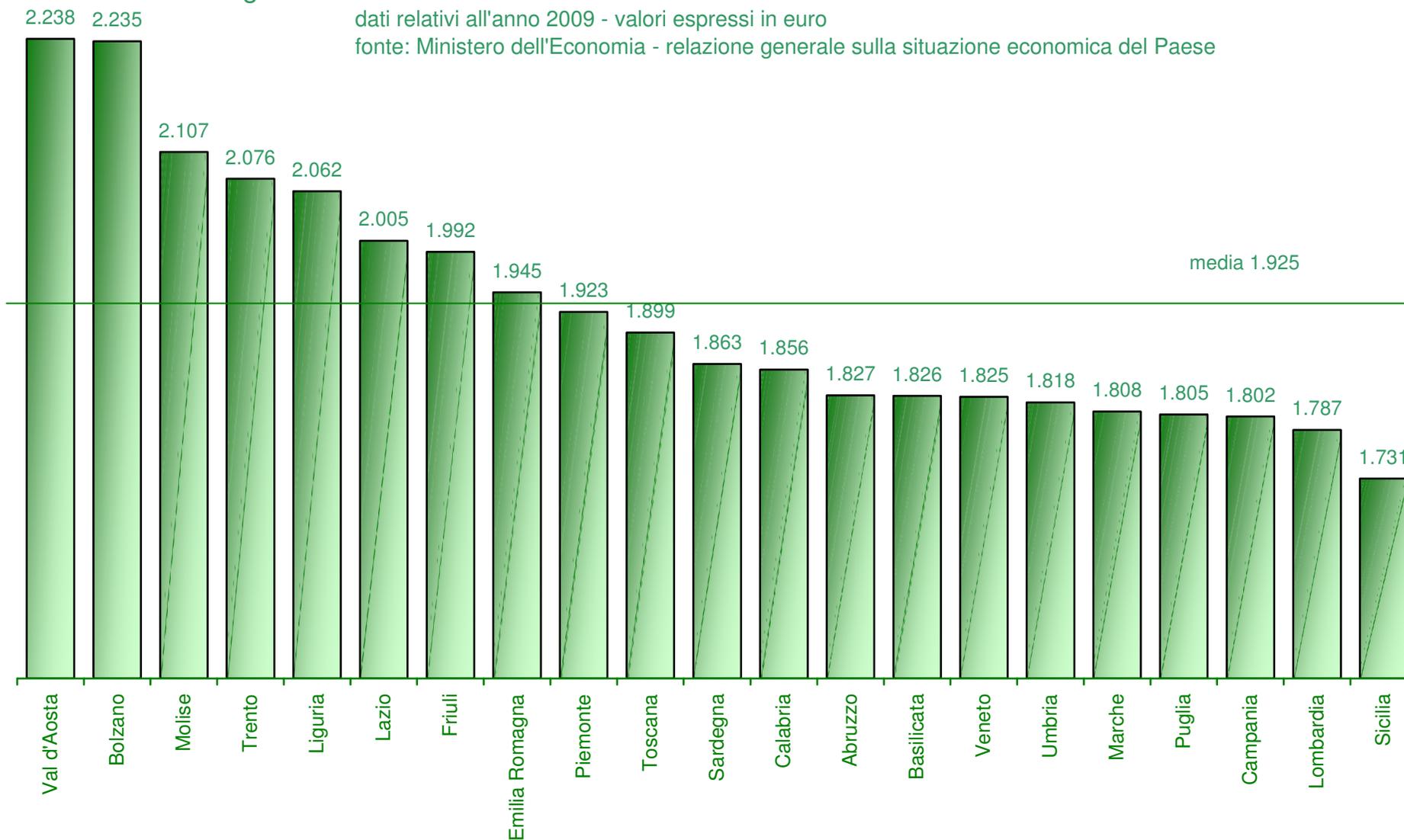


figura 5 **INDICATORE SINTETICO DELLE CONDIZIONI DI SALUTE** - dati relativi all'anno 2007

fonte: ISTAT - indicatori territoriali

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO

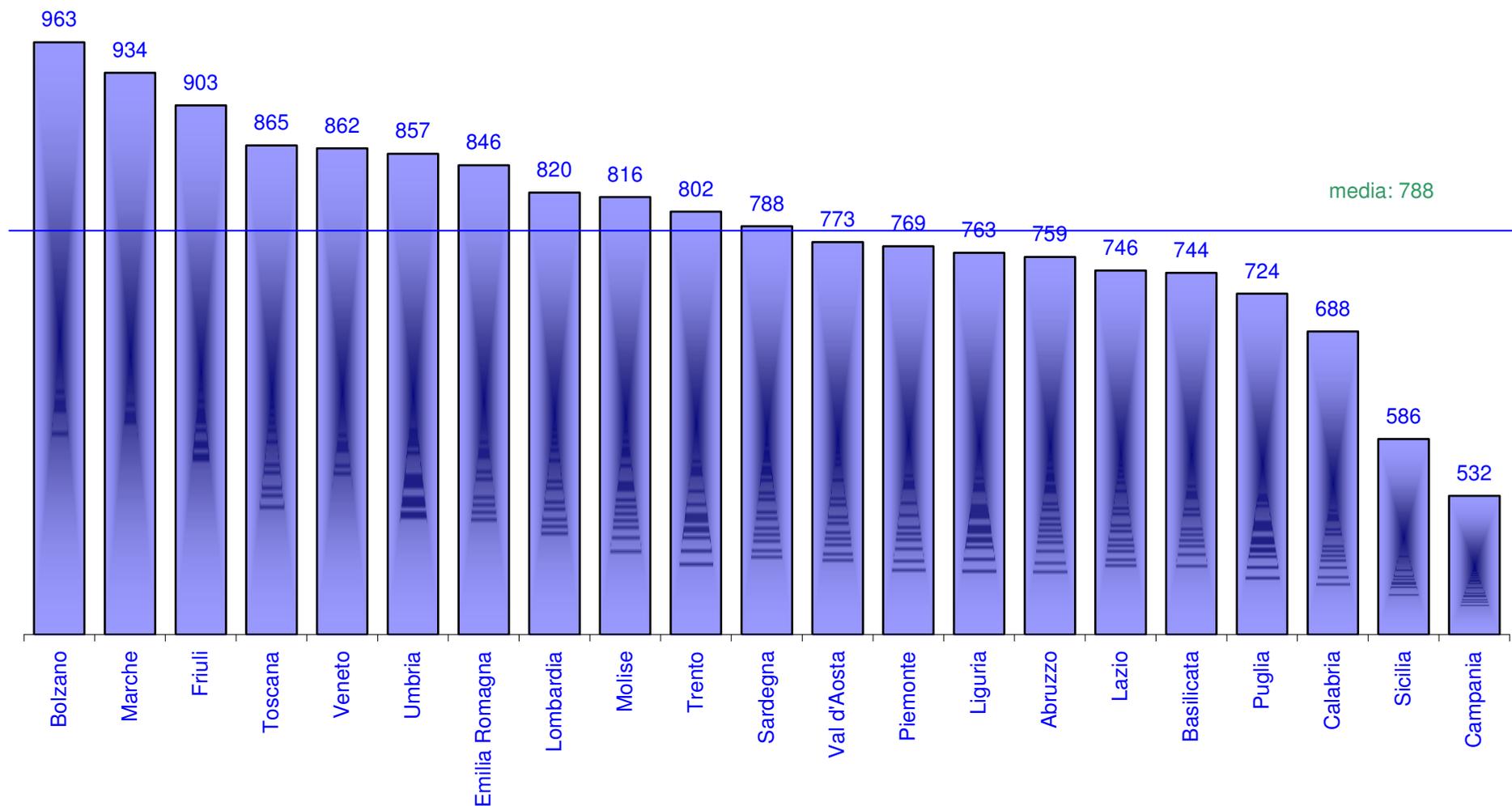


figura 6 **SPESA SANITARIA PUBBLICA E CONDIZIONI DI SALUTE**

fonti: Ministero dell'Economia - Relazione generale sulla situazione economica del Paese  
ISTAT - indicatori territoriali

**ELABORAZIONI: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO**

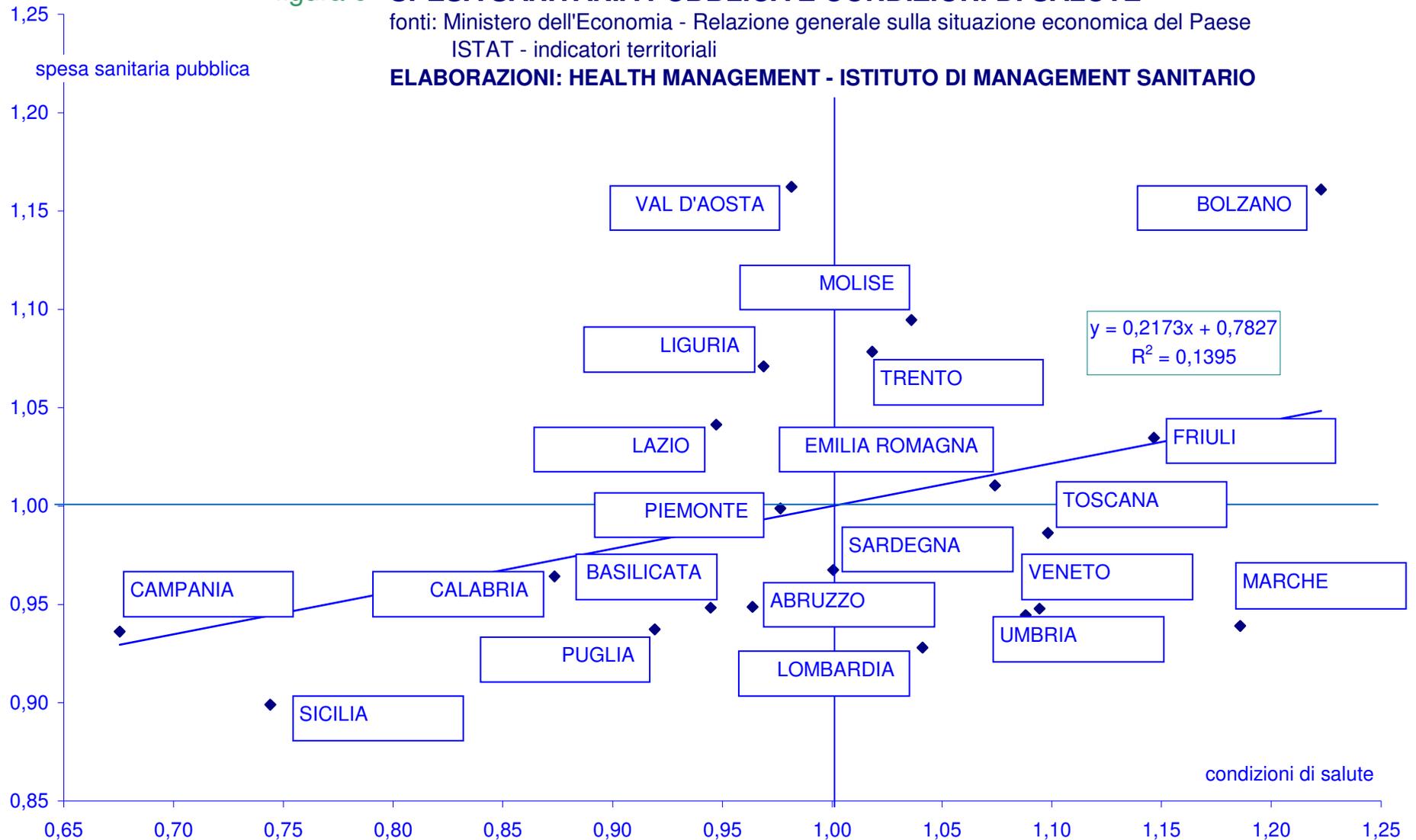


figura 7 **PRODOTTO INTERNO LORDO PRO CAPITE** - dati relativi all'anno 2009 valori espressi in migliaia di euro  
fonte: MINISTERO DELL'ECONOMIA - Relazione generale sulla situazione economica del Paese

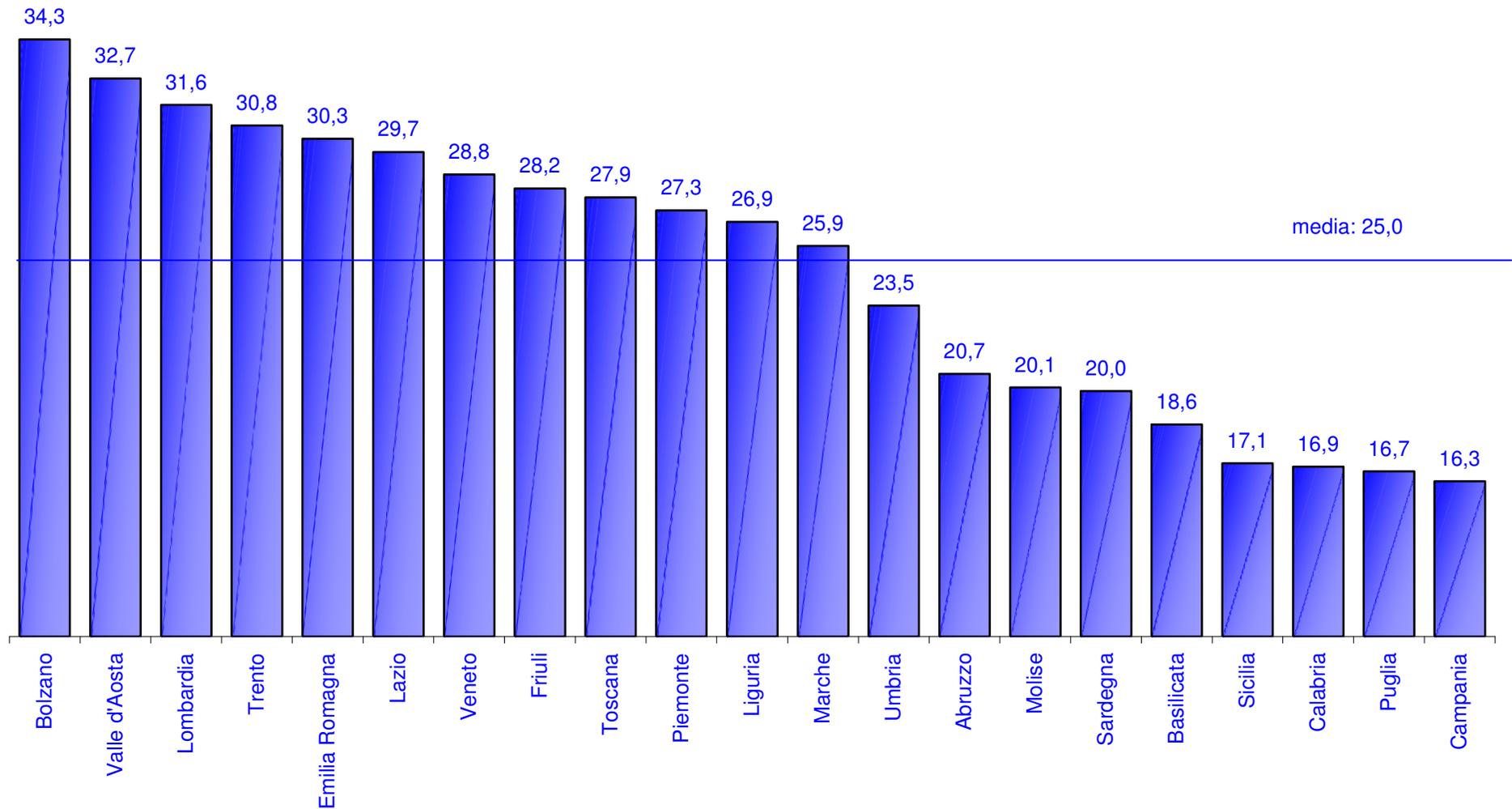


figura 8 **BENESSERE ECONOMICO E CONDIZIONI DI SALUTE**

fonti: Ministero dell'Economia - Relazione generale sulla situazione economica del Paese

ISTAT - indicatori territoriali

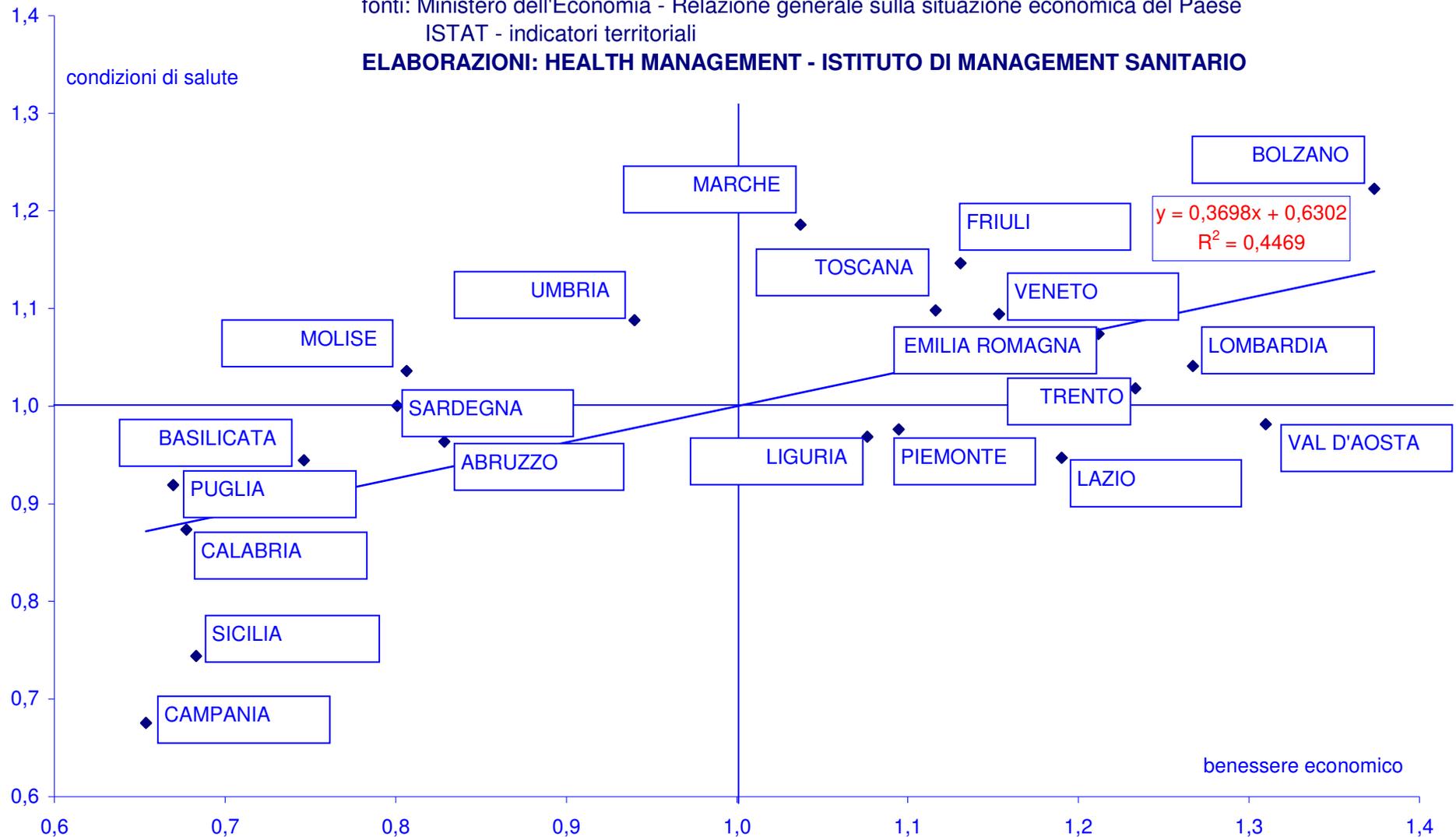
**ELABORAZIONI: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO**

figura 9 **SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRODOTTO INTERNO LORDO PRO CAPITE**

fonte: Ministero dell'Economia - Relazione generale sulla situazione economica del Paese

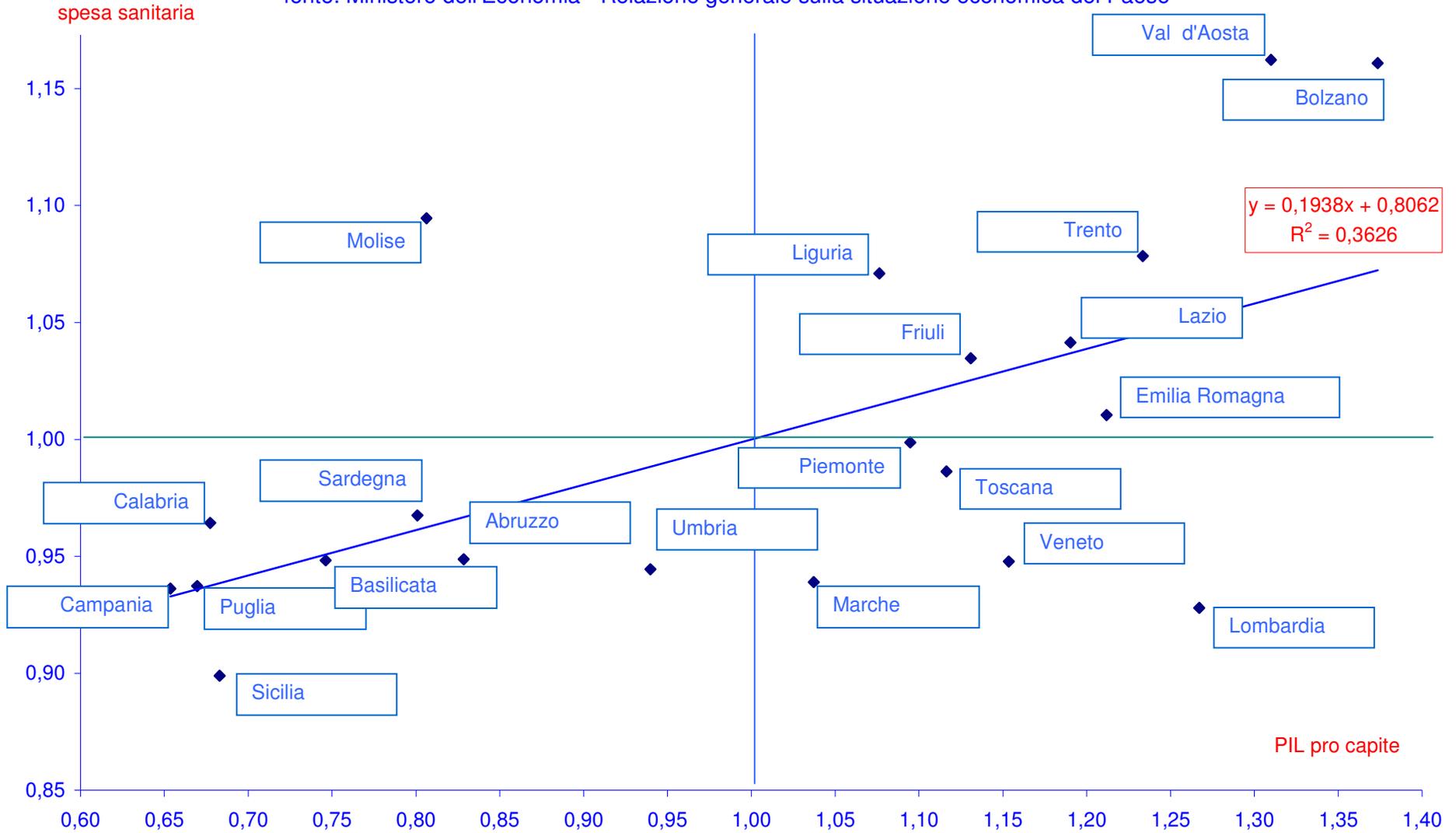
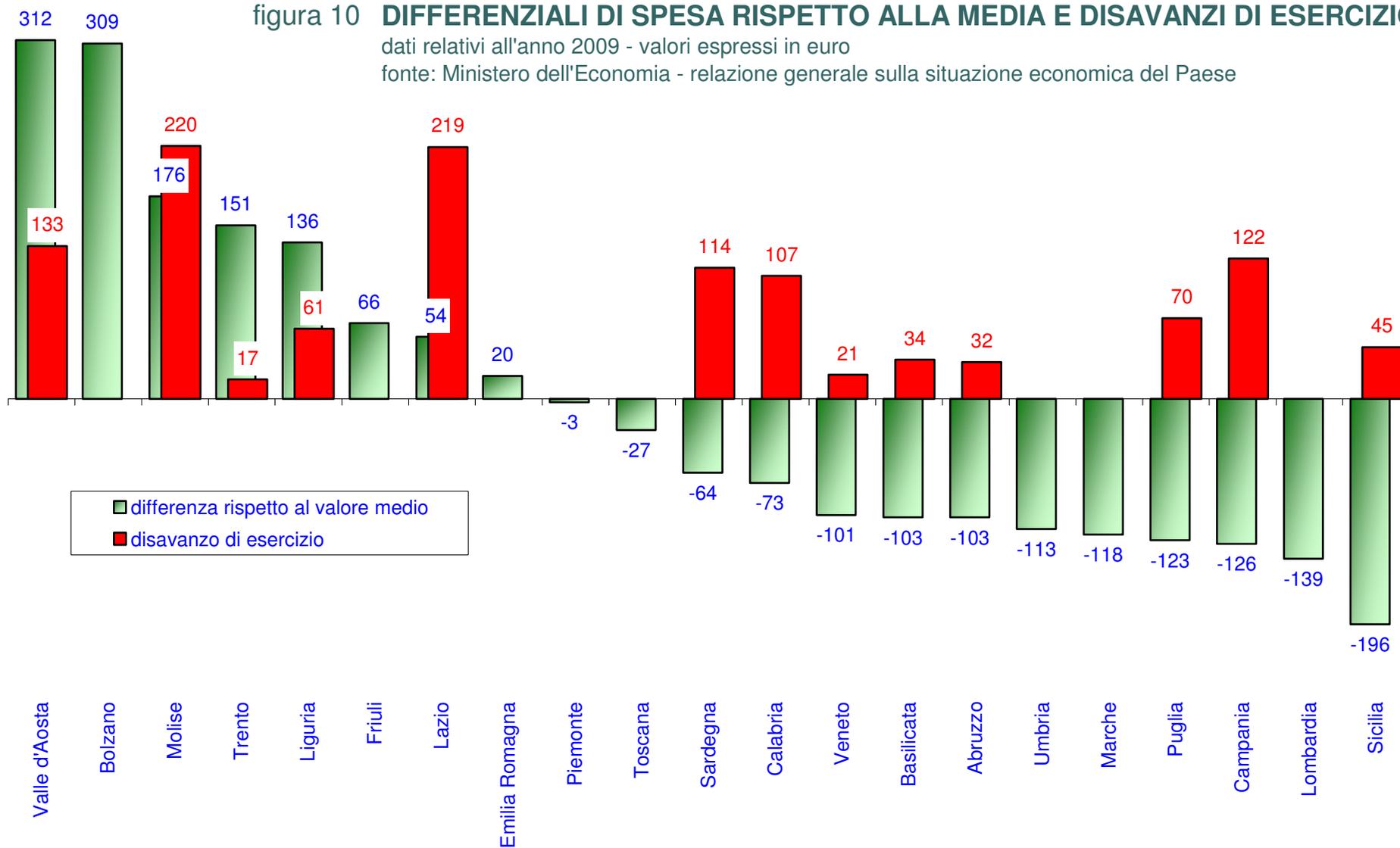


figura 10 **DIFFERENZIALI DI SPESA RISPETTO ALLA MEDIA E DISAVANZI DI ESERCIZIO**

dati relativi all'anno 2009 - valori espressi in euro

fonte: Ministero dell'Economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese



---

## FABBISOGNI E COSTI STANDARD SECONDO IL DECRETO 68/2011

---

### Il fabbisogno sanitario nazionale standard

L'articolo 26 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 dispone testualmente che *a decorrere dall'anno 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, in coerenza con il quadro macro economico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale fissati dal piano sanitario nazionale, e le quote destinate ad enti diversi dalle Regioni.*

Per quanto concerne gli anni 2011 e 2012 il fabbisogno sanitario nazionale standard è mantenuto nei valori fissati dall'articolo 2, comma 67, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, in attuazione dell'intesa Stato regioni sancita nell'incontro del 3 dicembre 2009, come modificato dall'articolo 11, comma 12, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, in base alle quali l'importo del Fondo Sanitario Nazionale risulta determinato in 108 miliardi di euro per l'anno 2011 e in 111 miliardi di euro per l'anno 2012.

A decorrere dall'anno 2013 la determinazione del fabbisogno nazionale standard sarà effettuata secondo modalità e criteri che costituiscono oggetto dell'articolo 27 del decreto legislativo, articolo che per la rilevanza e l'impatto dei contenuti è opportuno analizzare rileggendone in modo puntuale i singoli commi..

### 1. Determinazione annuale dei costi e dei fabbisogni standard

Il comma 1 stabilisce che i costi e i fabbisogni standard regionali saranno determinati annualmente secondo i criteri e le modalità definiti nei commi successivi ed adottati con un decreto interministeriale emanato dai Ministri della Salute e dell'Economia d'intesa con la Conferenza Stato Regioni sentita la struttura tecnica di supporto istituita in applicazione dell'articolo 3 dell'intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009.

### 2. Ruolo del nuovo sistema informativo sanitario nazionale

Il comma 2 ribadisce la rilevanza attribuita al Nuovo Sistema Informativo Sanitario precisando che *per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute.*

### 3. Ripartizione percentuale delle risorse tra i tre macrolivelli di assistenza

Il comma 3 precisa che *costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale le percentuali di finanziamento della spesa sanitaria adottate come standard nazionale dalla citata intesa del 3 dicembre 2009, secondo la quale le risorse complessivamente disponibili devono essere destinate per il 5% alla prevenzione, per il 51% all'assistenza distrettuale e per il 44% all'assistenza ospedaliera.*

### 4. Determinazione del fabbisogno standard delle singole Regioni

Il comma 4 stabilisce che *Il fabbisogno sanitario standard delle singole regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale standard, è determinato, in fase di prima applicazione, a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento.*

### 5. Modalità e criteri di individuazione delle Regioni di riferimento

Il comma 5 precisa che *Sono regioni di riferimento le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, in quanto migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Nella individuazione delle regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una regione di piccola dimensione geografica.*

## 6. Modalità e criteri per il calcolo dei costi standard

I costi standard sono computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Il valore di costo standard è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni di riferimento. A tal fine il livello della spesa delle tre macroaree delle regioni di riferimento:

- a) è computato al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale;
- b) è depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree;
- c) è depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali;
- d) è depurato delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, nei termini convenuti presso i Tavoli tecnici di verifica;
- e) è applicato, per ciascuna regione, alla relativa popolazione pesata regionale.

## 7. Esercizio di riferimento per la determinazione dell'equilibrio economico

Le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente quello di riferimento.

## 8. Fabbisogno sanitario standard regionale

Il fabbisogno sanitario standard regionale è dato dalle risorse corrispondenti al valore percentuale come determinato in attuazione di quanto indicato al comma 6, rispetto al fabbisogno sanitario nazionale standard.

## 9. Rapporto tra fabbisogno standard regionale e nazionale

Il fabbisogno standard regionale determinato ai sensi del comma 8, è annualmente applicato al fabbisogno sanitario standard nazionale determinato, in coerenza con il quadro macro economico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

#### 10. Mantenimento della quota dell'anno precedente per la Regione migliore

La quota percentuale assicurata alla migliore regione di riferimento non può essere inferiore alla quota percentuale già assegnata alla stessa, in sede di riparto, l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione.

#### 11. Modalità di realizzazione del processo di convergenza

Al fine di realizzare il processo di convergenza tra spesa storica e fabbisogno standard previsto dalla legge delega sul federalismo fiscale (articolo 20, comma 1, lettera b), la convergenza ai valori percentuali determinati ai sensi di quanto stabilito dal presente articolo avviene in un periodo di cinque anni, secondo criteri e modalità adottati con decreto interministeriale emanato dai Ministri della Salute e dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto istituita in applicazione dell'articolo 3 dell'intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009.

#### 12. Modalità di individuazione delle regioni di riferimento laddove il numero delle regioni in equilibrio economico sia inferiore a cinque

Qualora nella selezione delle migliori cinque regioni di cui al comma 5, si trovi nella condizione di equilibrio economico come definito al medesimo comma 5 un numero di regioni inferiore a cinque, le regioni di riferimento sono individuate anche tenendo conto del miglior risultato economico registrato nell'anno di riferimento, depurando i costi della quota eccedente rispetto a quella che sarebbe stata necessaria a garantire l'equilibrio ed escludendo comunque le regioni soggette a piano di rientro.

#### 13. Perentorietà del riparto percentuale per macrolivelli di assistenza

Resta in ogni caso fermo per le regioni l'obiettivo di adeguarsi alla percentuale di allocazione delle risorse stabilite in sede di programmazione sanitaria nazionale, che prevede di destinarne il 5% alla prevenzione, il 51% all'assistenza distrettuale ed il 44% all'assistenza ospedaliera.

#### 14. Destinazione di eventuali risparmi rispetto al fabbisogno standard

Eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimangono nella disponibilità delle Regioni stesse.

## FABBISOGNI E COSTI STANDARD

---

Una prima riflessione sui contenuti del decreto legislativo concerne il fatto che in esso il concetto di standard è declinato in maniera del tutto impropria, sia per quanto concerne il fabbisogno standard nazionale, sia per quanto concerne il fabbisogno standard regionale, sia per quanto concerne i costi standard per macrolivelli di assistenza.

Il fabbisogno standard nazionale viene determinato così come indicato nell'articolo 26, non come sommatoria dei fabbisogni standard regionali, così come questi derivano dall'applicazione ai macrolivelli di assistenza, dei costi standard rilevati nelle tre Regioni di riferimento, ma come ammontare complessivo delle risorse destinate all'assistenza sanitaria sulla base di una scelta che tiene in primaria considerazione la compatibilità rispetto ai vincoli macroeconomici, e che è pertanto una scelta politica, non a caso sottoposta ad una intesa tra Stato e Regioni. La formulazione del testo dell'articolo 26, che stabilisce che *“il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza”* appare meno pregnante e meno chiara rispetto a quella che si evince dai commi 2 e 3 dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nel testo tuttora vigente, che affermano

2. *Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.*
3. *L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria.*

La formulazione del decreto legislativo 68 ribadisce che le risorse complessive destinate alla tutela della salute devono essere al contempo coerenti con i livelli essenziali di assistenza, erogati in condizioni di efficienza e di appropriatezza e compatibili con il quadro macroeconomico complessivo, ma sembra porre questa scelta quale scelta politica ex ante, indipendentemente dall'applicazione dei costi standard ai livelli essenziali di assistenza.

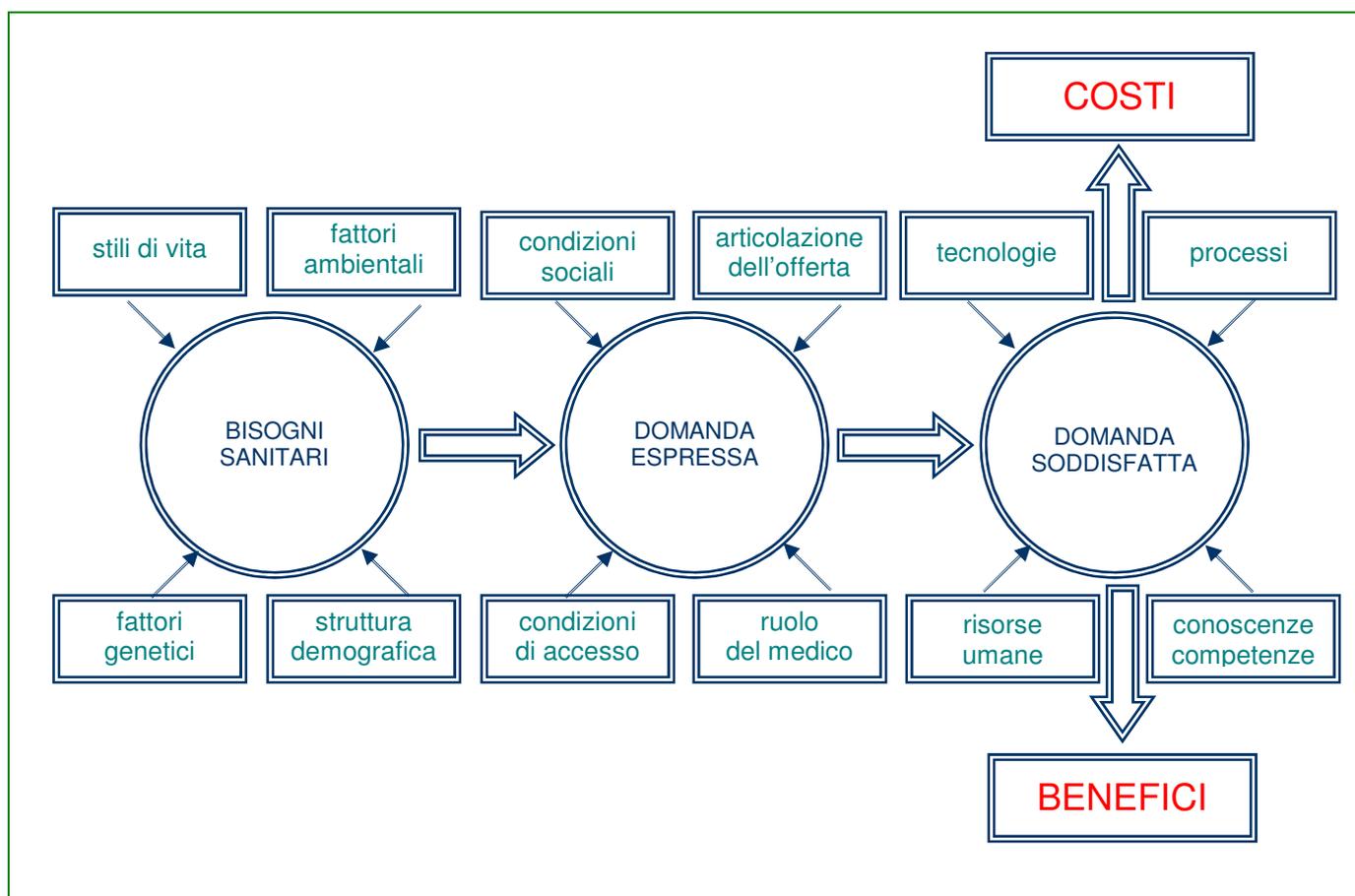
Questa formulazione fa venir meno la continuità logica che era posta a base della definizione dei livelli essenziali di assistenza nel decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, secondo il quale *I livelli di assistenza si configurano come definizione degli obiettivi che il Servizio sanitario nazionale assume di conseguire, a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell'ambito della quota capitaria di finanziamento* e tra gli elementi costitutivi dei livelli di assistenza indicava *il parametro capitario di finanziamento fissato in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria, in base ad un modello organizzativo teorico di riferimento.*

Il termine fabbisogno standard nazionale è quantomeno improprio, perché nella sua determinazione, per come essa è fissata dall'articolo 26 del decreto, non si intravede alcun processo di standardizzazione, ma semplicemente una quantificazione delle risorse che possono essere messe a disposizione per l'assistenza sanitaria *in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria.*

Per quanto concerne il fabbisogno standard regionale esso è determinato applicando a tutte le Regioni i costi standard per macrolivelli assistenziali (prevenzione, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) rilevati in tre Regioni scelte dalla Conferenza Stato Regioni tra cinque regioni scelte dal Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le Regioni, in base a criteri *di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza*, tra quelle che quali precondizioni di base, hanno garantito l'equilibrio economico ed hanno ottemperato agli adempimenti previsti dall'intesa stato regioni del 3 dicembre 2009, tale fabbisogno non deve essere considerato in assoluto, ma solo come quantità teorica alla quale rapportare il fabbisogno sanitario nazionale standard, e viene ad essere quindi un mero criterio di riparto delle risorse complessivamente disponibili, che di fatto viene ad essere effettuato in base alla popolazione residente pesata in base alla distribuzione per età.

Questo approccio appare semplicistico, e non difendibile con la tesi che esso sia l'unico possibile stante le carenze dei dati attualmente disponibili, perché già i dati attualmente disponibili dimostrano con assoluta evidenza che le territoriali Regioni italiane sono talmente diverse non solo in termini demografici, ma anche in termini socio economici, ambientali, di stili di vita e conseguentemente epidemiologici da far ritenere inapplicabile il concetto stesso di fabbisogno standard. Comunque inaccettabile appare una sua determinazione nei termini indicati, che riconduce in sostanza la ripartizione delle risorse disponibili alla struttura per età della popolazione, non tenendo in alcun conto le enormi differenze che nelle diverse realtà territoriali si rilevano in termini di condizioni di salute e quindi di bisogni di assistenza sanitaria. (Una ulteriore conferma di queste differenze si trova nel grafico riprodotto in figura 11, nel quale sono riportate le percentuali di deceduti per i grandi gruppi di cause che costituiscono le più rilevanti cause di morte).

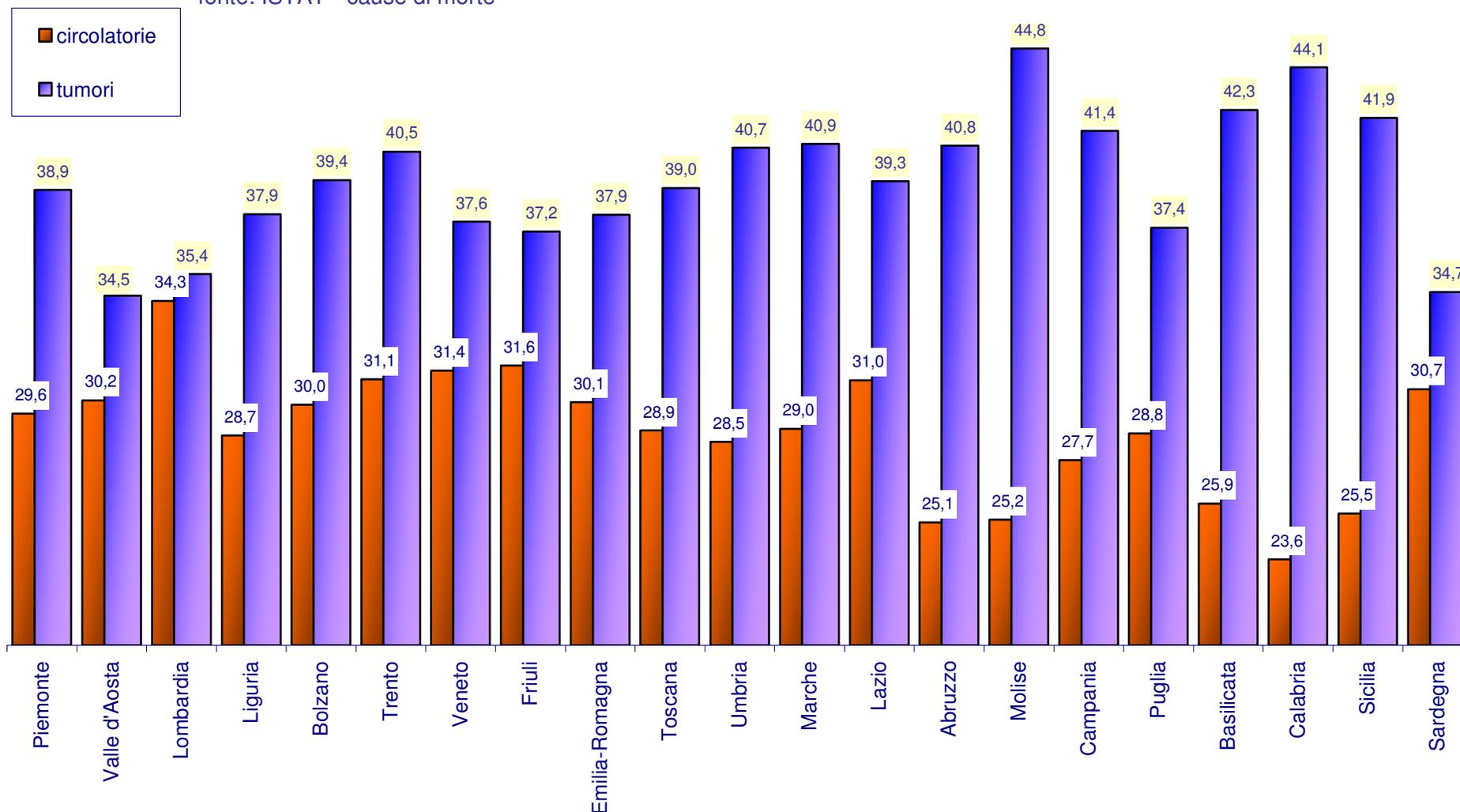
L'approccio adottato per la determinazione del fabbisogno standard è infine totalmente incentrato sul momento erogativo, cogliendo in ciò solo la fase finale di un complesso processo di trasformazione che dal bisogno sanitario porta alla domanda espressa e da questa alla domanda soddisfatta, processo nel quale le variabili in gioco e le dinamiche di interazione tra le stesse sono rappresentate nello schema di seguito riprodotto, peraltro in maniera del tutto inadeguata rispetto alla complessità delle relazioni tra le variabili considerate



**figura 11 PROPORZIONE PERCENTUALE DEI DECEDUTI PER TUMORI E MALATTIE CIRCOLATORIE**

dati relativi all'anno 2008

fonte: ISTAT - cause di morte



## I costi standard per macrolivelli assistenziali

---

Il comma 6 dell'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011 n. 68 stabilisce che *I costi standard sono computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Il valore di costo standard è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni di riferimento.*

Come lo stesso articolo 27 immediatamente dopo precisa quelli che vengono determinati non rappresentano i costi standard per macrolivelli di assistenza ma la spesa media pro capite per macrolivelli di assistenza, entità che misura l'aspetto finanziario dei processi erogativi e non fornisce alcuna informazione sulle quantità di prestazioni e sul mix delle stesse che generano quella spesa.

La dottrina economico aziendale definisce il costo di un qualsiasi oggetto (sia esso un prodotto, un processo, un centro di costo) come valorizzazione economica del consumo di fattori produttivi utilizzati per produrlo. La formula  $C=Q \cdot V$  che costituisce la sintesi della definizione di costo pone in evidenza come per costo debba intendersi il prodotto di una quantità per un valore. Considerata la molteplicità di fattori che vengono utilizzati in un qualsiasi processo produttivo la formula assume un aspetto più complesso, e diventa  $C=Q_1 \cdot V_1 + Q_2 \cdot V_2 + \dots + Q_n \cdot V_n$  ovvero  $C=\sum Q_j \cdot V_j$ .

La definizione di costo costituisce di per sé un processo di scomposizione che consente di porre in evidenza quali sono i fattori determinanti il costo finale di un processo o di un prodotto, se cioè sullo stesso incidono in modo particolare le quantità di certi fattori o il prezzo unitario degli stessi, aspetto questo di palese importanza sia nella fase della programmazione, nella quale le quantità  $Q_j$  ed i valori  $V_j$  rappresentano le scelte di piano, sia nella fase del controllo, nella quale l'analisi degli scostamenti tra valori programmati e valori effettivamente rilevati costituisce strumento essenziale per individuare quali sono le cause che determinano un disallineamento tra obiettivi programmati e risultati conseguiti, ed adottare gli interventi correttivi più opportuni per riallineare risultati ed obiettivi.

L'applicazione di questa logica alla determinazione delle risorse necessarie per assicurare determinati livelli assistenziali costituisce oggetto specifico della programmazione sanitaria che a livello regionale prima ed a livello nazionale poi deve nel piano sanitario contestualmente fissare i livelli assistenziali che si vogliono garantire, sia le risorse necessarie per farlo. Questo appare il senso del comma 3 dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che delinea il quadro normativo di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale, che testualmente dispone: *“L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria”*.

In realtà questa funzione fondamentale del piano sanitario nazionale è venuta meno, ed i livelli di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale sono stati anno dopo anno fissati con legge finanziaria. Nella attuazione del Servizio Sanitario Nazionale è venuta meno la logica stessa della programmazione che costituiva uno degli assi portanti della stessa legge 23 dicembre 1978, n. 833, che attribuiva al piano sanitario nazionale una funzione fondamentale di indirizzo e coordinamento di un sistema che nel rispetto dei ruoli dei diversi livelli istituzionali di governo consentisse di superare gli squilibri territoriali che erano già allora assolutamente evidenti.

La legge 833 prevedeva che il primo piano sanitario nazionale fosse adottato entro il 30 giugno 1979, mentre il primo piano sanitario nazionale è stato adottato il 1 marzo 1994. Al processo attuativo del Servizio Sanitario Nazionale è venuto meno uno dei presupposti fondanti: la programmazione come metodo ordinario di governo del sistema, con contenuti e procedure che erano stati puntualmente fissati dalla legge 833, che furono poi ridefiniti dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595, e che sono oggi analiticamente fissati dall'articolo 1 della legge 30 dicembre 1992, n.502 come modificato e integrato dai successivi decreti legislativi di riordino del SSN.

Il Piano Sanitario Nazionale deve essere lo strumento attraverso il quale si definiscono i livelli di assistenza che si vogliono assicurare alla popolazione e si definiscono contestualmente le risorse necessarie per garantire tali livelli applicando alle prestazioni che si prevede di erogare costi standard stabiliti secondo criteri di efficienza, qualità ed appropriatezza.

Il percorso logico attraverso cui si può arrivare a determinare le risorse finanziarie necessarie all'erogazione delle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza è sintetizzato nell'equazione

$$F=C \cdot Q$$

o più propriamente

$$F=C_1 \cdot Q_1 + C_2 \cdot Q_2 + \dots + C_n \cdot Q_n$$

essendo  $Q_1, Q_2, \dots, Q_n$  le quantità delle diverse prestazioni e  $C_1, C_2, \dots, C_n$  i relativi costi standard, questi sì che devono essere standardizzati, risultando inaccettabile ad esempio che un ricovero ordinario per parto naturale abbia un costo di 2.000 euro in una Regione e di 4.000 euro in un'altra. Ciò che si può e si deve standardizzare sono i costi delle singole prestazioni, non certo il mix ed il numero delle stesse. Questo dovrà essere definito nelle diverse realtà regionali sulla base da un lato dei bisogni di assistenza sanitaria sistematicamente rilevati attraverso i servizi epidemiologici regionali, dall'altro di scelte organizzative, che già ora sono e che nella prospettiva del federalismo ancor più devono essere, competenza esclusiva delle Regioni.

A questo riguardo i commi 1 e 2 dell'articolo 1 del decreto legislativo 502 precisano:

1. Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.
2. Spettano in particolare alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

Del tutto incoerente con l'autonoma determinazione da parte delle Regioni del modello di approccio alla tutela della salute sancita dal citato articolo 1 del decreto legislativo 502/1992 appare il comma 13 dell'articolo 27 del decreto legislativo 68/2011, che perentoriamente dispone: *Resta in ogni caso fermo per le Regioni l'obiettivo di adeguarsi alla percentuale di allocazione delle risorse stabilite in sede di programmazione sanitaria nazionale, che prevede di destinarne il 5% alla prevenzione, il 51% all'assistenza distrettuale ed il 44% all'assistenza ospedaliera.* In primo luogo non si comprende quale fondamento logico abbia ritenere che le percentuali indicate siano quelle che garantiscono la più razionale ripartizione delle risorse disponibili tra i tre macrolivelli assistenziali. In secondo luogo appare nettamente in contrasto con lo spirito stesso del federalismo, i cui fondamenti essenziali sono autonomia e responsabilizzazione, non lasciare che siano le singole Regioni a determinare l'articolazione sul proprio territorio delle diverse funzioni e dei diversi servizi di tutela della salute, determinandone la consistenza secondo una strategia coerente con i bisogni e non sulla base di formule che non hanno alcun fondamento razionale.

Nella logica del federalismo il concetto di responsabilità si lega indissolubilmente con quello di autonomia, e questa cabalistica formula 5, 44, 51 oltre che priva di fondamento logico appare in netto contrasto con il diritto che ogni Regione ha di determinare l'articolazione più coerente con la propria strategia di tutela della salute.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

---

Se è vero che il federalismo rappresenta ineludibile applicazione di un principio che la dottrina economica ha da anni indicato come l'unica strada possibile per responsabilizzare i diversi livelli di governo del sistema sanitario sull'utilizzo delle risorse disponibili, è altrettanto vero che la sua applicazione deve essere coerente con un principio che ne costituisce fondamento essenziale: l'autonoma determinazione di quegli stessi livelli di governo dell'assetto organizzativo del sistema e delle risorse ad esso allocate.

Il quadro normativo delineato dal decreto 68/2011 appare prima di tutto viziato da una visione centralistica, nella quale sembrano prevalere schemi e concetti in netto contrasto con una logica federalista, in primis in concetto stesso di fabbisogno nazionale standard che così come definito all'articolo 26 appare una maldestra e inopportuna riedizione del Fondo Sanitario Nazionale del quale il federalismo dovrebbe segnare il definitivo superamento.

L'attuale formulazione del titolo V della Costituzione stabilisce con limpida chiarezza che è competenza esclusiva dello Stato *la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale* (articolo 117, comma 2, lettera m), attribuendo con ciò allo Stato una funzione di garanzia e di controllo, e non certo una funzione di regolazione e di governo. Nell'introduzione del prof. Borgonovi al rapporto sulla ricerca svolta dall'Università Bocconi nell'ormai lontanissimo 1995 si indicava come la strada maestra fosse quella di *rinviare i problemi di compatibilità tra bisogni collettivi, risorse e consumi alle Regioni e agli enti locali, che possono dare una dimensione più concreta al principio dell'equità economica e sociale*.

Nell'impianto normativo delineato dal decreto 68 l'obiettivo centrale appare essere quello di assicurare la compatibilità della spesa con i vincoli posti dal quadro macroeconomico piuttosto che quello di assicurare ai cittadini livelli uniformi di assistenza, confondendo così l'obiettivo che costituisce la ragion d'essere stessa del Servizio Sanitario Nazionale, con il vincolo del pareggio di bilancio (vincolo che deve essere certamente rispettato, nell'ambito però delle responsabilità che attengono ai diversi livelli di governo del sistema, e che devono essere tanto sul lato delle entrate quanto sul lato delle uscite).

Oltre a questo difetto di impostazione di carattere generale il decreto 68/2011 contiene due errori sostanziali:

- 1) il primo concerne il fatto che per evidenti considerazioni di carattere epidemiologico non ha alcun senso parlare di fabbisogno standard nel settore sanitario; il concetto di fabbisogno standard può utilmente applicarsi ad altri servizi sociali, ma risulta essere una aberrazione logico concettuale nel caso dei bisogni di salute, che per loro natura non sono assolutamente standardizzabili
- 2) il secondo concerne l'utilizzo del tutto improprio del concetto di costo standard. Nella dottrina economico aziendale il costo standard di un qualsiasi oggetto di costo è definito come il costo teorico che quell'oggetto di costo avrebbe nell'ipotesi che ai processi di produzione si applicassero condizioni di efficienza economica (sia per quanto concerne le quantità  $Q$  dei fattori produttivi impiegati, sia per quanto concerne i prezzi di acquisto dei fattori stessi  $V$ , ferma restando la definizione di costo come prodotto della quantità  $Q$  dei fattori produttivi per il prezzo  $V$  degli stessi). I costi standard costituiscono un formidabile strumento di programmazione proprio perché consentono di individuare le inefficienze dei processi produttivi sulla base del confronto tra costi standard e costi effettivi. L'articolo 27 del decreto legislativo 68/2011 confonde costo con spesa e standard con effettivo, facendo venir meno non tanto il rigore scientifico nell'approccio seguito, quanto la possibilità di utilizzare i costi standard come strumento di programmazione e controllo, fermo restando che ciò che si può e si deve standardizzare sono i costi delle singole prestazioni, ma non i costi dei livelli di assistenza, che nel numero e nel mix di tali prestazioni non potranno che essere diversi da Regione a Regione, sia per motivi di carattere epidemiologico, sia per il diritto inalienabile che ogni Regione deve avere di definire il proprio modello di tutela della salute.

Traspare nell'impianto normativo come la preoccupazione sostanziale sia quella di tenere sotto controllo la spesa sanitaria, tanto a livello complessivo quanto a livello delle singole Regioni, dimenticando due aspetti essenziali:

- 1) nel sistema sanitario il pareggio di bilancio è sicuramente un vincolo ineludibile, ma l'obiettivo deve restare quello di assicurare una risposta adeguata ai bisogni di salute che la popolazione esprime
- 2) il vero problema che si pone nella realizzazione del federalismo fiscale non è la spesa eccessiva delle Regioni meridionali (il grafico in figura 4 evidenzia come in tutte le Regioni del Sud, tranne il Molise, la spesa sanitaria pubblica pro capite sia inferiore al valore medio nazionale), ma l'autonoma capacità di finanziamento di tale spesa.

Il grafico riprodotto in figura 12 rappresenta la percentuale delle entrate fiscali regionali sul finanziamento complessivo nelle diverse realtà territoriali, ed appare in tutta la sua evidenza come in tutte le Regioni del Sud la capacità di autofinanziamento della sanità sia assolutamente inconsistente.

Il problema vero, che appare del tutto ignorato da chi ha la responsabilità del governo del Paese non è il controllo della spesa ma lo sviluppo dell'economia e del tutto condivisibili appaiono le parole con le quali l'Assessore alla Sanità della Regione Sicilia ha concluso il suo intervento al convegno che è stato organizzato nell'ambito di FORUM PA 2011 sul tema "Federalismo e costi standard: il caso della Sanità": se la Sicilia riparte, riparte il Sud, e se riparte il Sud riparte il Paese. L'applicazione del federalismo al settore sanitario ripropone in sostanza un problema di enorme rilevanza politica, economica e sociale, quello dello sviluppo delle Regioni meridionali. Si tratta di un problema cruciale per garantire quella ripresa che è una delle condizioni indispensabili per conciliare due esigenze irrinunciabili: l'equilibrio dei conti pubblici e la qualità della vita delle persone.

figura 12

proporzione percentuale delle entrate fiscali regionali  
sul finanziamento complessivo per Regione - anno 2009

fonte: Ministero dell'Economica e delle Finanze

RELAZIONE GENERALE SULLA SITUAZIONE ECONOMICA DEL PAESE

