

La Sanità nell'età del federalismo ed il ruolo della Corte dei conti di Giovanni Zotta *

Rapporto Stato – Regioni, visto anche come binomio Sanità - Federalismo

Sono trascorsi 10 anni dalla riforma costituzionale in materia di riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria . Nel 2001 è intervenuta la modifica del Titolo V della Costituzione, che ha definito gli ambiti di competenza tra lo Stato garante dei LEA e le Regioni responsabili delle loro effettiva applicazione sul territorio regionale. Come è noto la riforma Costituzionale, attuata con la legge n. 3/2001, ha affidato allo Stato la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso la determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e nel contempo ha affidato alle Regioni la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Alla base di questa scelta vi è il “principio di sussidiarietà” costituzionale, che vede la necessità di porre le decisioni il più possibile vicino al luogo in cui nasce il bisogno e quindi al cittadino e alla comunità locale. Al Governo e alle Regioni sono affidati compiti tassativi, riconducibili all'individuazione di meccanismi di garanzia di tutela della salute per il cittadino in tutto il Paese in un'ottica di universalismo ed equità di accesso.

L'attuazione della funzione di garanzia dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza, punto nodale nel nuovo assetto costituzionale, ha richiesto la realizzazione e l'implementazione di strumenti valutativi in grado di rilevare le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna regione, del grado di sviluppo dei diversi sistemi regionali e dell'effetto che tale differenza induce sul versante della domanda.

Gli strumenti di rilevazione registrano ancora differenze consistenti legate alla diversità dell'evoluzione dei diversi servizi regionali. Non tutte le Regioni appaiono in grado di rispondere allo stesso modo al bisogno del proprio territorio. Del resto anche i dati economici rilevati mostrano una differenza nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza, tale da sottolineare con evidenza la necessità di promuovere e garantire l'equità del sistema, superando disuguaglianze sociali e territoriali. Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora una sfida e un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale.

* Consigliere della Corte dei conti.

Va anche detto, che l'evoluzione federalista, introdotta dalla riforma costituzionale, ha portato una forte innovatività nel SSN. A fronte di una programmazione nazionale, che discende da una riconfermata adozione del modello universalistico tipo Beveridge, seppure adattato al contesto italiano, con alcuni vantaggi presenti nel modello storicamente alternativo (modello Bismark), dove come è noto, assume un ruolo forte la competizione tra enti assicuratori.

Per questo è necessario prevedere il raccordo con il contesto internazionale, dove ad esempio, la carta di Tallinn (OMS) prevede, tra l'altro, di promuovere valori comuni di solidarietà, equità e partecipazione, promuovere gli investimenti in settori che influenzano la salute della popolazione, promuovere la trasparenza e la valutazione della performance del sistema sanitario, e rendere i sistemi sanitari più rispondenti ai bisogni dei cittadini.

In questo contesto, si inserisce la legge 5 maggio 2009, n. 42, attuativa delle disposizioni in materia di federalismo fiscale, che promuove un riflessione sulle modalità con cui si snoda la nuova *governance* tra i diversi livelli di Governo (nazionale, regionale e locale), quale sistema sanitario basato su una cooperazione sinergica di carattere istituzionale e finanziario ed una integrazione delle potenzialità e delle risorse per garantire il SSN. Le valutazioni sopra formulate, comportano una attenta riflessione anche sul tema dei costi standard.

In termini teorici il costo standard riguarda il costo di produzione di un bene o un servizio in condizioni di efficienza ottimali, valutando come non ottimali i costi della produzione che man mano si discostano dal costo standard. Proporsi l'obiettivo di valutare, per trarne uno standard, i costi effettivamente registrati nelle varie realtà osservate, presuppone che i prodotti (output), per essere confrontabili sotto il profilo dei loro costi di produzione (input), siano omogenei in tutte le loro caratteristiche.

Ciò comporta che una adeguata definizione dei costi standard presuppone che nelle singole regioni siano stati implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica, e sia stata colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali. In molte realtà regionali, invece, si registrano disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, che pregiudicano la determinazione e l'applicazione del costo standard, per cui non è detto che i costi (input) siano correttamente attribuiti allo specifico output che hanno generato e siano facilmente reperibili. D'altra parte, un costo medio non permette di risalire alle singole funzioni cui si riferisce, ma alla prestazione sommariamente intesa.

I costi standard nella sanità nel quadro del federalismo fiscale – art.25

Capo IV

Decreto Legislativo recante 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 (in corso di pubblicazione).

Come detto in precedenza,

a) il concetto di spesa storica è superato da molti anni (2001) ed, infatti, da allora annualmente non si opera più un riparto di un Fondo nazionale, ma, sulla base di un fabbisogno finanziario nazionale calcolato in base ai LEA da garantire ed alle compatibilità economico finanziarie nazionali, **si determina un fabbisogno finanziario per singola regione**, adeguato per assicurare i LEA sul proprio territorio;

b) se, nell'anno, la singola regione per garantire i LEA ha un spesa maggiore del fabbisogno finanziario riconosciuto, il disavanzo deve essere ed è totalmente coperto dalla regione stessa , con meccanismi vari (fiscalità regionale aggiuntiva, aumento dei ticket, risorse da bilancio regionale);

c) in questo senso si può affermare, che essendo tutti i disavanzi regionali obbligatoriamente coperti, **da anni il Servizio Sanitario Nazionale non ha in alcun modo contribuito ad incrementare il debito pubblico nazionale;**

d) la spesa sanitaria nazionale a differenza di altri settori della spesa pubblica, grazie ad un complesso sistema di *governance* Stato-Regioni ha rallentato fortemente il suo incremento annuo passando da un 7-10 per cento al 3 per cento degli ultimi due anni.

Prendendo come riferimento l'anno 2009 si può evidenziare che annualmente le Regioni per il settore sanitario si sono viste riconosciute un fabbisogno finanziario per garantire le prestazioni dei LEA pari a 103 miliardi di euro, a fronte dei quali, hanno fatto registrare una spesa di 111 miliardi di euro; la differenza di 8 miliardi euro è totalmente ripianata dalle regioni con i meccanismi sopra ricordati.

Il tema dei costi standard - assumendo che in base al Patto per la salute 2010-2012 il fabbisogno finanziario complessivo nazionale per il SSN rimarrà sostanzialmente quello programmato nella legge finanziaria 2010 e confermato nel D.L. 78/2010 - dovrà misurarsi con questa entità del disavanzo annuo complessivo e per singola regione, evidenziando, che nel formarsi di tale disavanzo vi sono quattro componenti, che agiscono in maniera diversa

regione per regione:

a) un effetto legato a cattiva gestione amministrativa, gestionale e contabile dei fattori di produzione impiegati dalle aziende sanitarie, in primo luogo gestione del personale dipendente e acquisto di beni e servizi; sono qui che si annidano i cosiddetti sprechi;

b) una componente legata all'appropriatezza prescrittiva per farmaci, prestazioni specialistiche e ricoveri ospedalieri

c) una parte legata a modelli organizzativo-assistenziali ormai superati, a partire dal problema delle reti ospedaliere enfatiche con presenza di piccoli ospedali costosi ed inefficaci

d) una parte, infine, che in alcune regioni è legata alla volontà della regione di garantire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dai LEA nazionali.

In questa situazione, per affrontare il tema dei costi standard ogni regione dovrà essere posizionata rispetto ai 4 elementi sopra ricordati, soprattutto i primi tre.

Osservando i macrodati economici delle singole regioni ed il set di indicatori già individuati dal Patto per la salute 2010-2012, si potrà operare un aggiustamento del fabbisogno riconosciuto fino ad oggi alla singola regione, in modo che il nuovo fabbisogno costituisca per la singola regione il livello di spesa programmata alla quale ricondurre la spesa tendenziale eventualmente più alta. Ciò attraverso piani di convergenza (che rappresenteranno la forma verso cui evolveranno gli attuali piani di rientro).

In questa situazione è fondamentale, se si vuole garantire la sostenibilità del sistema, accompagnare le misure di determinazione del costo standard, con manovre strutturali e di recupero dell'efficienza, soprattutto nelle realtà dove si registrano cospicui disavanzi. in modo che le risorse messe a disposizione dallo Stato restino vincolate ai fondamentali obiettivi di miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale, individuati congiuntamente dallo Stato e dalle Regioni. In questo senso, per razionalizzare l'offerta sanitaria e renderla omogenea quali-quantitativamente in tutte le aree del Paese, già da alcuni anni si stanno portando avanti varie linee prioritarie di sviluppo del sistema che consentano una reingegnerizzazione dei processi di cura centralizzandoli sul cittadino ed i suoi bisogni sanitari: la promozione dell'attuazione dei livelli essenziali, con particolare riguardo alla assistenza sociosanitaria e alla rete della non autosufficienza, la prevenzione attiva, la riorganizzazione delle cure primarie, la promozione di un reale governo clinico che veda i vari attori del sistema direttamente coinvolti e responsabilizzati.

Fondamentale sarà garantire un sistema di *governance* Stato-Regioni e Regione-Aziende sanitarie. I costi standard non vanno solo definiti ma perseguiti e gestiti. Ciò comporta che nelle singole regioni e nelle singole aziende sanitarie siano implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica e colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali. Nonostante il fatto che il sistema di contabilità del SSN sia notevolmente evoluto e molto più standardizzato rispetto ad altri settori della Pubblica Amministrazione decentrata, tali carenze, in molte realtà regionali, ancora oggi sono rilevanti e determinano, in alcune realtà, disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, inficiando così la determinazione e l'applicazione del costo standard, per cui non è detto che i costi (input) siano correttamente attribuiti allo specifico output che hanno generato e siano facilmente reperibili.

Occorrerà tener presente che una variabilità nei costi dei servizi sanitari tra le varie realtà regionali non dipende solo dalla efficienza allocativa e realizzativa, ma anche da fattori interferenti, quali:

- a. la diversa composizione per età della popolazione, da cui dipende un ricorso più o meno accentuato ai servizi sanitari;
- b. la diversità dei contesti economico-sociali regionali che influenza il rapporto domanda/offerta di servizi sanitari e la diversa composizione della spesa sanitaria totale rispetto alle due componenti :spesa pubblica e spesa privata;
- c. la possibilità da parte delle regioni di maggiori dimensioni, geografiche e di popolazione, di avvalersi di economie di scala meno accessibili alle regioni di minori dimensioni.

Art. 26 Cap. IV citato decreto Legislativo- Determinazione dei costi e fabbisogni standard regionali.

Il fabbisogno nazionale standard (con un approccio necessariamente di tipo top-down) viene stabilito a priori, in base all'ammontare di risorse che in sede di programmazione economico finanziaria nazionale si decide di allocare in campo sanitario Si partirà ovviamente dall'importo concordato con le Regione con il Patto per la salute 2010-2012, siglato il 3 dicembre 2009.

Su questa base il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto alla predetta Conferenza, determina annualmente i costi e i fabbisogni standard regionali.

Nel rispetto di quanto già previsto dal Patto per la salute del dicembre 2009 e dal DPCM sui LEA del 2001, gli indicatori della programmazione sanitaria da tenere in considerazione sono rappresentati dai seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:

- a) 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) 51% per l'assistenza distrettuale;
- c) 44% per l'assistenza ospedaliera.

Il fabbisogno *standard*, in fase di prima applicazione, è determinato a decorrere dal 2013 applicando a tutte le Regioni i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento.

Le regioni di riferimento sono individuate nel numero di tre, scelte dalla Conferenza Stato-Regioni, tra le cinque indicate dal Ministro della salute di concerto con il MEF , sentito il Ministro per i rapporti con le Regioni, per aver garantito l'erogazione dei LEA in condizioni di equilibrio economico, con le risorse a disposizione a legislazione vigente, secondo il criterio della qualità, della appropriatezza ed efficienza.

I costi *standard* sono computati a livello aggregato, tenendo in considerazione i tre macrolivelli di assistenza, e cioè : l'assistenza collettiva, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Il valore di costo è considerato per ciascun livello di assistenza erogato in condizione di efficienza ed appropriatezza. In particolare, il livello della spesa sostenuta dalle regioni *benchmark* è calcolato:

- al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale;
- è depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie;
- è depurato della quota di spesa che finanzia i livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali;
- è depurato delle quote di ammortamento;

- è applicato in relazione alla popolazione pesata regionale.

Il valore percentuale del fabbisogno regionale così determinato, rispetto al valore totale, costituisce il fabbisogno *standard* regionale.

Va da sè, che al fine di assicurare continuità ed efficacia al nuovo processo introdotto, che punta sulla maggiore efficienza dei servizi sanitari regionali, i criteri che prima ho sintetizzato possono essere rideterminati, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni.

Preciso inoltre che, in fase di prima applicazione rimangono ferme le vigenti disposizioni in materia di riparto delle somme destinate al rispetto degli obiettivi del piano sanitario nazionale e ad altre attività sanitarie a destinazione vincolata.

Riflessioni conclusive e ruolo della Corte dei Conti.

Al momento della stesura del presente documento non è stato ancora pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il decreto legislativo recante disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni, nonché di determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario.

La normativa precedentemente esaminata è stata desunta dal testo presentato al Consiglio dei Ministri e che presumibilmente non dovrebbe essere modificata (Capo IV – art. 25 e 26).

L'altro decreto legislativo, quello diretto a disciplinare i meccanismi premiali e sanzionatori nonché ad istituire i meccanismi di "governance" del sistema in attuazione della legge n. 42 del 2009, è stato esaminato in prima istanza dal Consiglio dei Ministri e trasmesso alla Conferenza Unificata Stato-regioni che lo ha esaminato il 20 aprile u.s.

Lo schema di decreto legislativo su "premi e sanzioni" per Regioni, Province e Comuni costituisce l'ottavo tassello del federalismo fiscale. Governatori, presidenti di Provincia e Sindaci vogliono capire bene e non nascondono affatto che il testo inviato dal Governo vada approfondito ed eventualmente emendato.

In primo luogo, il cittadino elettore viene posto nelle condizioni effettive di esercitare quel controllo democratico sulle azioni dei governi regionali e locali che è alla base del federalismo e che proprio in forza di questo presupposto avvicina governanti e governati.

Viene introdotto l'istituto del fallimento politico e dell'interdizione in attuazione dell'art.17 lett.e) della legge del 5 maggio 2009. Per i Presidenti di Regione, il meccanismo si basa su meccanismi esistenti, che tuttavia tengano

conto della nuova autonomia impositiva regionale, per evitare appunto che gli aumenti della addizionale regionale Irpef ricadano, oltre un certo livello e senza che siano state attuate efficaci azioni di risanamento, sugli elettori regionali.

Per quanto riguarda i Sindaci ed i Presidenti di Provincia, in conformità alla citata legge 42/09, viene prevista la sanzione della ineleggibilità di dieci anni, per coloro che sono stati riconosciuti dalla Corte dei conti come aventi responsabilità nel dissesto del rispettivo Ente. Si può immaginare il notevole contenzioso che in materia coinvolgerà la Corte dei conti, soprattutto in sede regionale.

Per quanto riguarda, poi, in particolare la spesa sanitaria ed il relativo controllo

si discute, fra le ultime novità inserite nel nuovo testo inviato alla Conferenza, di un articolo che tende a mettere un freno agli acquisti fuori controllo di beni e servizi sanitari.

Ciò avverrebbe attraverso un duplice meccanismo.

Punto di partenza è l'introduzione, fin dal 2012, di un meccanismo premiale con le risorse del fondo sanitario nazionale a favore delle Regioni che istituiranno centrali regionali per gli acquisti e l'approvvigionamento di beni e servizi. Il valore del premio (l'1% del fondo nazionale, circa 100 milioni, proponeva la bicamerale) ed il volume minimo annuo (la proposta era circa 300 milioni) delle procedure di gara, vengono, poi, fissati con decreto del ministero dell'Economia.

Tuttavia, il punto fondamentale della manovra di riduzione dei costi per le forniture di beni e servizi sarà l'elaborazione dei prezzi di riferimento per l'acquisto "alle condizioni di maggiore efficienza" di beni, prestazioni e servizi sanitari e non.

Ciò sarà affidata all'osservatorio dei contratti pubblici sui lavori, servizi e forniture alle amministrazioni pubbliche, mentre l'Agenzia per i servizi sanitari regionali fornirà la griglia di servizi e prodotti di maggior impatto in termini di costo a carico del Ssn da controllare.

E qui interviene un compito importante della Corte dei Conti. Quello di esaminare le segnalazioni obbligatorie da parte delle Regioni relative ad acquisti oltre soglia dei prezzi di riferimento, con evidente probabile responsabilità per danno erariale.

Sono pochi spunti esaminati da una normativa non ancora definita, ma che certamente troverà l'azione della Corte dei conti in prima linea in sede regionale ma anche in sede centrale per le inevitabili conseguenze che ne deriveranno.