Italia. Ssn e servizi sanitari regionali: disavanzi ed equità

Stefano Cecconi

Il federalismo fiscale in Italia si avvicina, mentre aumenta il divario fra Nord e Sud. Nel sistema socio-sanitario il divario riguarda sia i livelli essenziali delle prestazioni che la situazione economico-finanziaria. Analizzando i risultati di esercizio degli ultimi anni e alcuni indicatori sullo stato di organizzazione dei servizi sanitari regionali, si può vedere come il disavanzo di molte Regioni non sia dovuto al sottofinanziamento, quanto piuttosto a diverse scelte di programmazione e organizzative. Nelle Regioni meno virtuose vi è un nesso strettissimo fra disavanzi e distorsioni dell'offerta. Al contrario, nelle Regioni più virtuose, i risultati di bilancio positivi si accompagnano a indicatori che segnalano una migliore organizzazione e maggiore appropriatezza. Lo conferma la vicenda dei Piani di rientro delle sei Regioni con gravi disavanzi. Si evidenzia così l'importanza della governance locale e contemporaneamente la necessità, tanto più in un paese federale, di una forte regia nazionale per garantire l'uniforme diffusione dei livelli essenziali di assistenza in tutto il paese.

1. Introduzione. Un paese diviso e diseguale

Fervono i lavori nel cantiere del federalismo ma è difficile immaginare quali saranno gli esiti di tanta attività. Manca infatti un progetto condiviso per completare l'attuazione del titolo V della Costituzione, riformato sette anni fa con la legge n. 3 del 2001.
Si confrontano sul campo diverse ipotesi: una prima è rappresentata dal disegno di legge presentato nella scorsa legislatura dal Governo Prodi, una seconda, molto simile, è il documento approvato all'unanimità dalla Conferenza delle Regioni[1], una terza, più «estremista», è quella lanciata nel dibattito dalla Regione Lombardia[2], infine la più recente è

[1] Conferenza delle Regioni e Province autonome, 7 febbraio 2007, «Documento sul federalismo».
[2] Consiglio regionale della Lombardia, 19 giugno 2007, «Proposta di legge al Parlamento sul federalismo fiscale».

la proposta del ministro Calderoli[3]. Una cosa è certa: il passaggio dallo Stato unitario, fortemente centralista, a quello federale avverrà in presenza di fortissime differenze fra le diverse zone del nostro paese. Per questo la giusta preoccupazione di costruire un federalismo che preservi l'unità nazionale e l'uniformità dei diritti in tutto il paese non deve farci dimenticare che già oggi l'Italia è divisa e diseguale.

Da una parte ci sono i territori «forti», quasi tutti al Centro-Nord, in cui si concentra la maggior produzione di ricchezza e di infrastrutture, dove i tassi di attività e di occupazione sono più alti, dove il sistema di welfare è migliore e dove i disavanzi pubblici sono più contenuti. Dall'altra ci sono i territori «deboli», quasi tutti al Sud, dove ci sono meno ricchezza, meno infrastrutture, più disoccupazione, meno welfare e, paradossalmente, più disavanzi pubblici.

Questo divario continua a crescere e, con l'indebolimento dei confini nazionali e l'acuirsi della competizione indotti dalla globalizzazione, ha fornito una delle principali motivazioni alla spinta «secessionista» del Nord, dove il «leghismo» è stato fenomeno ben più ampio del consenso elettorale della Lega.

Col tempo questa spinta è stata «mitigata» in una versione federalista, fatta propria da tutte le forze politiche, senza eccezioni, quindi dalle stesse istituzioni regionali[4] e infine dalla maggioranza dei cittadini (sondaggio Swg, 2008)[5]. E si è cercato di evidenziare le opportunità del federalismo più che i suoi rischi. Ma non c'è dubbio che il divario fra Nord e Sud sia il vero nodo critico del federalismo in Italia.

C'è da chiedersi se il federalismo colmerà o accentuerà questo divario. Perché, anche in un paese «federale», il problema sarà proprio quello di ridurre le differenze. Non solo per rispettare i principi fondamentali della Costituzione[6] che stanno a fondamento della Repubblica ma, obiettivo non secondario, per mantenere l'Italia nel novero dei paesi più avanzati.

[3] Roberto Calderoli, ministro per la Semplificazione normativa – luglio 2008 – Schema di disegno di legge «Attuazione dell'Articolo 119 della Costituzione: delega al Governo in materia di federalismo fiscale».

[4] Vedi nota 1.

[5] Sondaggio Swg per Affaritaliani.it, giugno 2008.

[6] Tra i principi si richiamano, per tutti, quelli espressi nell'articolo 3 della Costituzione, che recita: «È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e *l'eguaglianza dei cittadini*, impediscono il pieno sviluppo della persona umana […]».

2. Il divario nel sistema socio-sanitario

Per quanto riguarda il sistema socio-sanitario, quindi una parte più che rilevante del welfare, il divario fra Nord e Sud[7] riguarda sia i livelli essenziali delle prestazioni – la loro diffusione e appropriatezza e l'accesso dei cittadini – che la situazione economico-finanziaria. E, senza correzioni di rotta, esso è destinato ad accentuarsi. Infatti nei prossimi anni è attesa una crescita della spesa sanitaria relativa a due fattori che vedono le Regioni «più deboli» in maggiore difficoltà: le innovazioni tecnologiche, soprattutto in ambito ospedaliero, e la domanda di cure per la cronicità (d'ora in poi Ltc, *Long term care*)[8]. Ebbene, sono proprio le Regioni più deboli quelle dove sono più carenti sia gli investimenti in innovazione che le prestazioni per Ltc (rivolte ad una popolazione per lo più anziana, la cui incidenza sul totale della popolazione, come è noto, è destinata ad aumentare nei prossimi anni e anche nelle Regioni del Centro-Sud).

2.1 Il divario sui risultati economico-finanziari

Osservando i risultati di esercizio delle Regioni relativi alla sanità (vedi la tabella 1), si evidenzia che i disavanzi più gravi si concentrano al Centro-Sud, fatta eccezione per la Liguria (e per la Valle d'Aosta che è però Regione a statuto speciale), con sei Regioni che si vedono costrette perciò a «subire» i Piani di rientro[9].
Anche il risultato al IV trimestre del 2007, riportato nella tabella 2 e nella figura 1[10], conferma l'aumento del divario tra Nord e Sud.

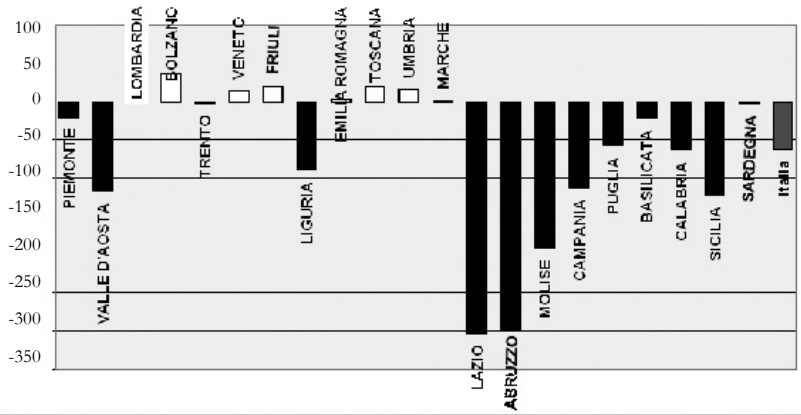
[7] Ci si concentra qui sul divario relativo alla sanità, tralasciando i numerosissimi rapporti e le ricerche che indicano come il divario Nord-Sud sia in continuo aumento e sia riferito a quasi tutti gli indicatori economico-sociali. Vedi per tutti il Rapporto di Unioncamere per il 2007.
[8] Cerm, 2008, cap. 2.1.
[9] Le sei Regioni sono: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia.
[10] Il risultato al IV trimestre 2007, comprensivo del saldo di mobilità e di tutte le voci che compongono ricavi e costi, è quello accertato dall'apposito Tavolo di verifica nazionale (composto da Stato e Regioni) istituito dall'Intesa del 23 marzo 2005 e confermato dal Patto per la salute del 2006.

Tabella 1 - Risultati di esercizio delle Regioni relativi alla sanità (anni 2001-2006; euro pro capite)

Regione	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	-49	-9	-24	-156	0	-12
Valle d'Aosta	-276	-56	-86	-109	-113	-114
Lombardia	-31	-35	7	14	-2	-1
Bolzano	-638	-152	-54	53	59	44
Trento	9	2	-10	-18	-6	3
Veneto	-67	-45	-32	1	-24	3
Friuli-Venezia Giulia	-15	28	16	8	23	10
Liguria	-47	-28	-31	-208	-159	-67
Emilia-Romagna	-4	-12	-10	-92	-4	-23
Toscana	-25	-12	6	-67	-4	-21
Umbria	-8	-12	-55	-61	-10	-50
Marche	-85	-66	-48	-108	-12	-19
Lazio	-186	-110	-137	-319	-329	-307
Abruzzo	-59	-106	-169	-80	-185	-104
Molise	-114	-57	-227	-136	-433	-197
Campania	-109	-111	-97	-205	-309	-114
Puglia	-41	-1	27	10	-101	-59
Basilicata	-47	-1	-32	-52	-72	-25
Calabria	-110	-73	-29	-64	-39	-33
Sicilia	-82	-68	-54	-149	-114	-181
Sardegna	-65	-106	-87	-145	-192	-62
Italia	*-71*	*-50*	*-40*	*-100*	*-98*	*-72*

Fonte: Relazione della Corte dei Conti, 2007.

Figura 1 - Risultato di esercizio IV trimestre 2007 (pro capite)



Fonte: Ministero della Salute, 2008.

Tabella 2 - Risultato di esercizio IV trimestre 2007

Regione	Risultato provvisorio migliaia euro	Pro capite euro
Piemonte	-91.258	-21,01
Valle d'Aosta	-14.432	-116,40
Lombardia	9.429	0,99
Bolzano	17.448	36,18
Trento	-1.653	-3,28
Veneto	64.440	13,59
Friuli-Venezia Giulia	24.254	20,07
Liguria	-143.801	-89,30
Emilia-Romagna	12.797	3,05
Toscana	72.022	19,89
Umbria	13.969	16,09
Marche	209	0,13
Lazio	-1.606.668	-302,78
Abruzzo	-389.475	-298,37
Molise	-61.571	-191,86
Campania	-654.138	-112,95
Puglia	-229.240	-56,30
Basilicata	-13.195	-22,21
Calabria	-126.806	-63,26
Sicilia	-612.533	-122,08
Sardegna	-5.038	-3,04
Totale	*-3.673.720*	*-62,52*

Fonte: Ministero della Salute, 2008

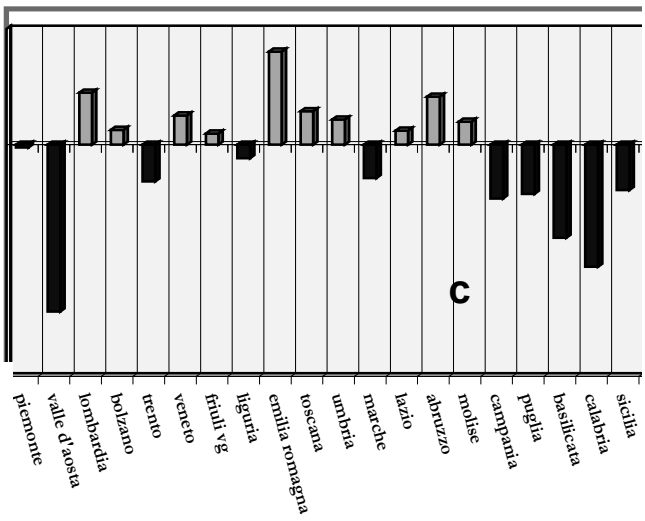
I dati del 2007 segnalano alcune tendenze, che possono così essere riepilogate:

- tredici Regioni (rappresentate nel grafico in figura 1 dagli istogrammi sotto la linea dello zero), tra cui tutte le Regioni del Sud, hanno un risultato provvisorio negativo (al IV trimestre 2007). Al Nord, Liguria e Piemonte (ma anche Valle d'Aosta, causa una forte mobilità passiva) sono in difficoltà. In questa situazione, le Regioni sono tenute a ulteriori «manovre» per raggiungere il pareggio (utilizzando risorse provenienti dalla leva fiscale e in casi limitati dal proprio bilancio), pena l'avvio della procedura sanzionatoria da parte del governo. Al consuntivo definitivo, fra tutte le Regioni, si ipotizza che, dopo le manovre straordinarie, dovrebbero rimanere in disavanzo solo Abruzzo e Calabria.
- Si conferma, anche *se più contenuto del previsto*, il divario fra finanziamento del sistema e spesa (costi di produzione), che colpisce, pur con diversa intensità, tutte le Regioni (questo divario è di circa

5,5 miliardi, inferiore ai 6 miliardi attesi sulla spesa programmata e ai 7 miliardi attesi sulla spesa tendenziale).

- È bene sottolineare che alcune Regioni del Nord (ad es. Lombardia e Veneto) restano in equilibrio anche utilizzando addizionali fiscali o risorse di bilancio proprie, disponibili grazie alla maggiore ricchezza.
- Nel 2008, alle sei Regioni in gravi difficoltà (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia) impegnate nei Piani di rientro, potrebbero aggiungersene altre (a rischio sono Calabria, Puglia, Piemonte). La Sardegna invece sembra migliorare notevolmente il risultato rispetto agli anni precedenti.

Figura 2 - Mobilità attiva e passiva anno 2006



Fonte: Elaborazione nostra su dati Ministero della Salute.

- Si evidenzia l'importanza della mobilità sanitaria nell'influenzare i risultati di bilancio (si veda figura 2). Importanti Regioni del Nord (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna) senza mobilità attiva chiuderebbero in disavanzo. Al contrario alcune Regioni del Centro-Sud producono disavanzo a causa della forte mobilità passiva. Ciò segnala un grande divario tra le Regioni sulla quantità e sulla qualità dell'offerta e quindi sulla capacità di «attrarre» utenti. Nel gra-

fico in figura 2 gli istogrammi scuri sotto la linea orizzontale segnalano le Regioni con mobilità passiva (indice di fuga), gli istogrammi chiari sopra la linea orizzontale rappresentano le Regioni con mobilità attiva (indice di attrazione).

3. Uguale finanziamento, diseguale risultato

Il disavanzo di molte Regioni non è il frutto inevitabile del sottofinanziamento. Infatti, le Regioni, pur partendo con un finanziamento pro capite analogo, ottengono risultati di esercizio molto diversi (vedi tabella 3 e figura 3).

Tabella 3 - Finanziamento pro capite e risultato pro capite (anno 2007)

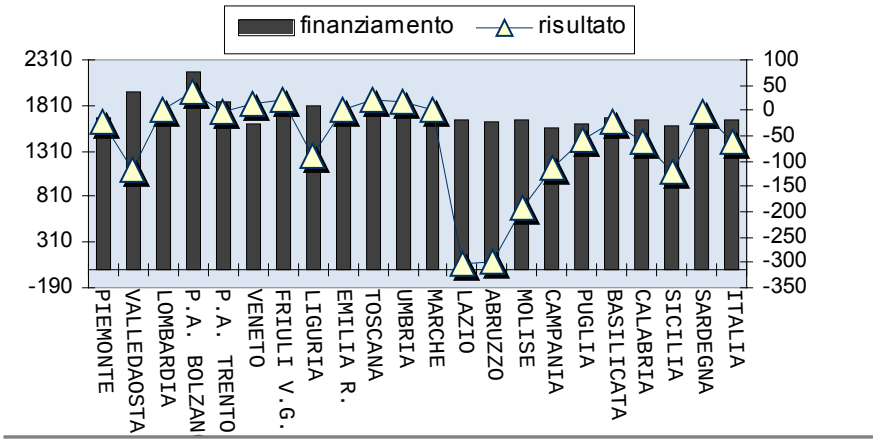
Regione	Finanziamento 2007 euro pro capite	Risultato IV trimestre 2007 euro pro capite
Piemonte	1.682	-21
Valle d'Aosta	1.954	-116
Lombardia	1.616	1
Prov. aut. Bolzano	2.177	36
Prov. aut. Trento	1.853	-3
Veneto	1.606	14
Friuli-Venezia Giulia	1.716	20
Liguria	1.812	-89
Emilia-Romagna	1.683	3
Toscana	1.695	20
Umbria	1.693	16
Marche	1.671	0
Lazio	1.643	-303
Abruzzo	1.635	-298
Molise	1.655	-192
Campania	1.574	-113
Puglia	1.602	-56
Basilicata	1.665	-22
Calabria	1.643	-63
Sicilia	1.575	-122
Sardegna	1.622	-3
Italia	*1.643*	*-62*

Fonte: Elaborazione nostra su dati Ministero della Salute.

Il grafico in figura 3 illustra come il finanziamento pro capite (colonne scure) sia più omogeneo rispetto ai risultati di esercizio (triangoli chiari) conseguiti dalle singole Regioni. Lo scarto nel finanziamento, per la

maggior parte delle Regioni a statuto ordinario, è ben più ridotto di quello relativo al risultato. Risultati così diversi non dipendono, dunque, dai differenti finanziamenti ma, principalmente, dalle differenti «performance» delle singole Regioni (mobilità sanitaria, controllo dei costi, ricavi aggiuntivi, ecc.) e, ma solo in parte, dalla diversa ricchezza disponibile.

Figura 3 - Finanziamento pro capite e risultato pro capite (anno 2007)



Fonte: Elaborazione nostra su dati Ministero della Salute.

Anche un recente studio del Cerm (2008) tende a dimostrare che i diversi risultati economico-finanziari tra le Regioni siano dovuti più alle diverse capacità di governare a livello locale il sistema sanitario che a squilibri nel finanziamento. Viene confermato quanto la riorganizzazione dei servizi sanitari regionali sia una leva fondamentale del risanamento economico-fi-nanziario. Come dimostra anche la vicenda dei Piani di rientro adot-tati dalle sei Regioni con gravi disavanzi.

4. I Piani di rientro dai disavanzi

Il Patto per la salute, sottoscritto a fine 2006 da governo e Conferenza delle Regioni, ha dedicato una particolare attenzione al ripiano dei disavanzi sanitari, particolarmente gravi in alcune Regioni.
I «Piani di rientro»[11] sono diventati gli strumenti con i quali sei Regio-

[11] Previsti dall'Intesa Stato-Regioni (Patto per la salute) del 26 settembre 2006, come evoluzione dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

ni (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia, alle quali si è aggiunta la Sardegna per il solo disavanzo 2001) hanno concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia le misure per azzerare i disavanzi accumulati e per riportare strutturalmente in equilibrio i bilanci correnti dal 2007 in poi.

I Piani prevedono una combinazione di interventi:

- una parte è rivolta ad azzerare i disavanzi accumulati fino al 31 dicembre 2005 e poi nel 2006. È caratterizzata prevalentemente da misure finanziarie. Gli effetti di alcune misure sono a «lungo termine» (es. rate poliennali per restituire i prestiti) e gravano ogni anno sui bilanci delle singole Regioni (sottraendo risorse importanti non solo alla sanità ma anche ad altre politiche per lo sviluppo). Perciò questa parte degli interventi è stata sostenuta in modo molto consistente dallo Stato (es. 2 milioni di euro di Fsn aggiuntivo per il 2006, fondo una tantum di 3 milioni di euro per le sei Regioni, prestito di 4 milioni di euro per rinegoziare i debiti) e da misure straordinarie a carico delle singole Regioni.
- Una seconda parte degli interventi – distribuiti nel triennio 2007-2009 – è destinata a mantenere in equilibrio il bilancio sanitario regionale corrente, con la previsione di maggiori entrate (incremento automatico obbligatorio delle aliquote fiscali regionali, ticket regionali) e di minori spese (tagli e manovre di riorganizzazione del servizio sanitario regionale).

Di fronte alla gravissima situazione economico-finanziaria del servizio sanitario delle sei Regioni interessate, i piani di rientro erano indispensabili. Il problema principale era, ed è, evitare che i piani si riducano a mere operazioni ragionieristiche, con sole manovre di riduzione dei costi o di inasprimento fiscale, anziché intervenire sulle cause strutturali dei disavanzi. E poiché, come si è visto, vi è un nesso strettissimo fra disavanzi e «disorganizzazione», il vero risanamento passa per una profonda riorganizzazione dei servizi sanitari delle Regioni interessate, in funzione di una maggiore appropriatezza nel garantire i livelli di assistenza ai cittadini. Sotto questo profilo i piani hanno dimostrato dei limiti.

Il problema è oggi ancora più «acuto»: alcune Regioni (Calabria, Puglia e forse Piemonte) nel 2008 rischiano di entrare nel novero delle «Regioni in difficoltà» e quindi di dover approntare i Piani di rientro dal disavanzo sanitario, mentre il governo annuncia la proposta di federalismo fiscale non improntata a criteri solidali. La schematica verifica sui Piani di rientro qui proposta è composta da due parti:

1. la prima parte è riferita al rientro dai *disavanzi pregressi* anni 2001-2005 e anno 2006;
2. la seconda parte è riferita ai *Piani di rientro 2007*. Con un confronto fra le previsioni dei piani e i risultati effettivi (verificati ad aprile 2008[12]). In questa parte, oltre al risultato sul totale, i piani sono stati scomposti in tre categorie di intervento: ricavi da fisco e ticket regionali, ricavi dallo Stato, risparmi conseguiti; in questo modo è possibile valutare il peso di ogni categoria all'interno del piano.

4.1 I Parte - Piani rientro dai disavanzi anni 2000-2005 e anno 2006

Le tabelle 4, 5, 6 illustrano con chiarezza quanto sia pesante l'impegno finanziario a carico delle Regioni per ripianare i disavanzi pregressi, nonostante l'intervento di fondi dallo Stato.
L'ultima legge finanziaria[13] ha stanziato ulteriori fondi per Campania, Lazio, Molise e Sicilia (nove miliardi di euro da restituire in trenta anni) per rinegoziare i mutui, riducendo così l'importo delle rate e cancellando da subito il debito con i creditori. Tuttavia consistenti risorse regionali per diversi anni saranno «bloccate» perché destinate ad estinguere i mutui. Anche ciò rappresenterà uno svantaggio competitivo per queste Regioni nei prossimi anni.

Tabella 4 - Debiti accertati fino al 31 dicembre 2005 e disavanzo anno 2006 (milioni di euro)

Regione	Debito fino al 31.12.2005	Disavanzo Anno 2006	Totale
Abruzzo*	1.760	137+240	2.137
Campania	6.914	750	7.664
Lazio	9.900	1.910	11.810
Liguria	211	102	313
Molise	397	68	465
Sicilia	1.700	970	2.670

* Sono in corso ulteriori accertamenti sull'effettiva consistenza dei debiti pregressi.

Fonte: Ministero della Salute, 2008.

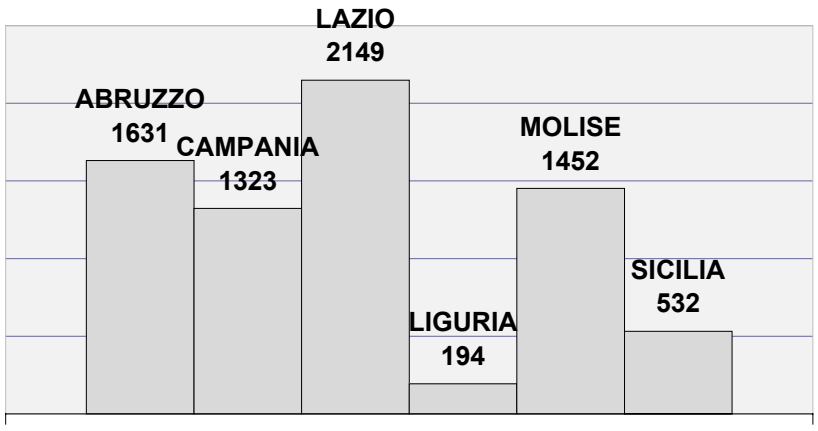
12 *Fonte:* dati Ministero della Salute.
13 Legge 244/2007, art. 2, commi 46-49.

Tabella 5 - Debito pro capite totale dal 2001 al 2006

Regione	Debito pro capite in euro
Abruzzo	1.631
Campania	1.323
Lazio	2.149
Liguria	194
Molise	1.452
Sicilia	532

Fonte: Ministero della Salute, 2008

Figura 4 - Debito pro capite 2001-2006 (euro)



Fonte: elaborazione nostra su dati Ministero della Salute.

4.2 II Parte - Previsioni/risultati Piani di rientro anno 2007

Come si può notare, i Piani di rientro sono stati rispettati per le voci relative ai ricavi (fisco e ticket) mentre i risparmi effettivamente conseguiti sono stati inferiori agli obiettivi, in modo particolare per Abruzzo, Lazio e Sicilia.
Una prima analisi sui risparmi conseguiti (Cgil, 2008) segnala che sono concentrati sulla spesa farmaceutica e su quella per il personale. Meno effetti invece ci sono stati sulla spesa verso accreditati.

Qui tab 6

Qui tab 7

Qui tab 7

4.3 Composizione dei Piani di rientro

Le diverse tipologie di intervento nei piani sono state qui catalogate in tre categorie:

- ricavi da addizionali fisco e da ticket regionali: che ricadono direttamente sui cittadini e sulle imprese della regione;
- ricavi dallo Stato Fondo ripiani ad hoc 2007: previsto dal Patto per la salute come «solidarietà nazionale»;
- risparmi: varie azioni che intervengono direttamente sul servizio sanitario regionale.

La suddivisione nelle tre categorie permette di «vedere» il loro peso nel piano.

Tabella 8 - Composizione dei Piani di rientro anno 2007 (verifica aprile 2008; milioni di euro)

Regione	Stima ricavi Regione Addizionali fisco + ticket = totale	Stima ricavi Stato Fondo ripiani ad hoc 2007 (1000 milioni)	Risparmi stimati verifica aprile 2008
Abruzzo	48 + 12 = 60	47	14
Campania	218 + 44 = 262	355	745
Lazio	733+ 174 = 907	378	296
Liguria	97 + 0 = 97	50	85,2
Molise	23 + 6,5 = 29,5	29	37
Sicilia	287 + 188 = 475	141	302

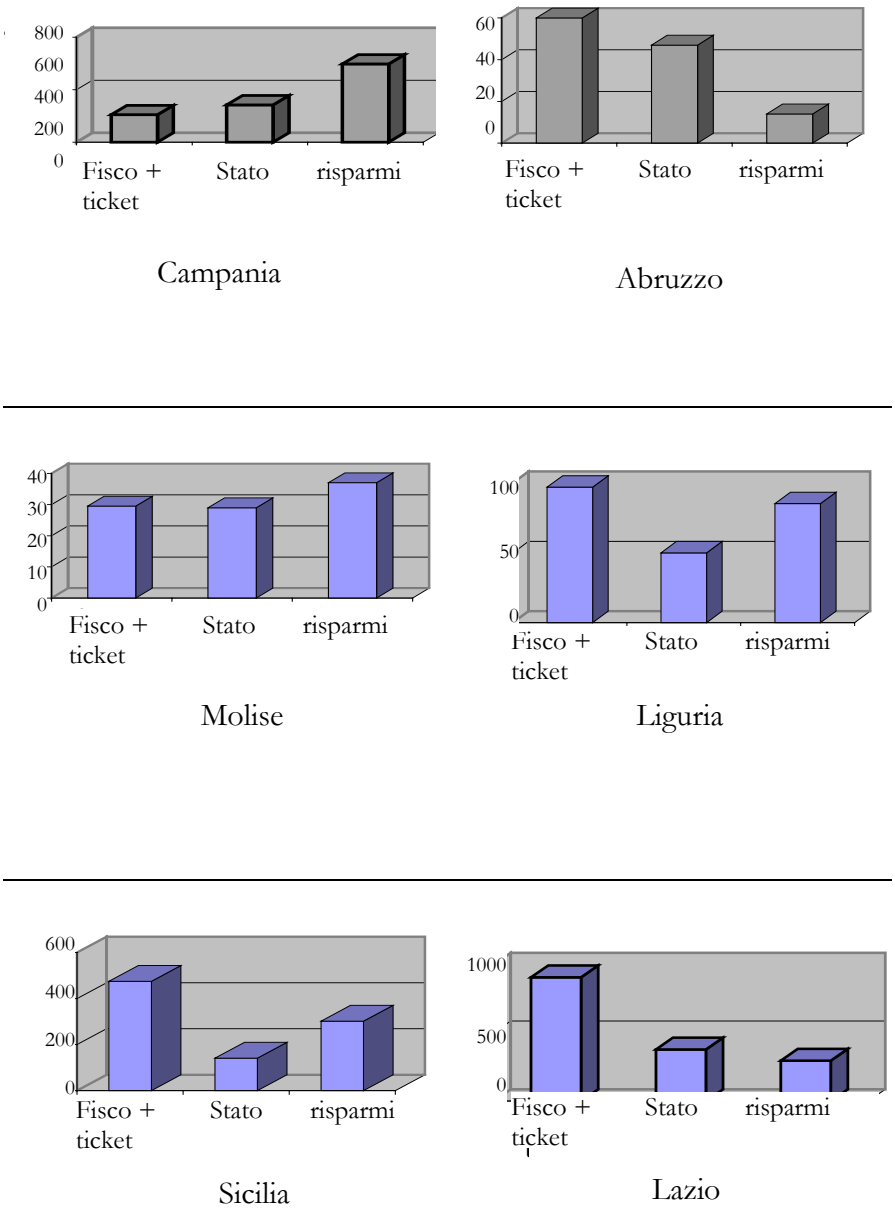
Fonte: elaborazione nostra su Piani di rientro delle singole Regioni.

Nella composizione dei Piani di rientro del 2007 hanno pesato di più le voci relative ai «ricavi» (fisco e ticket) rispetto ai risparmi conseguiti[14] (fig. 5). Ciò significa che sono state rinviate e concentrate nel 2009 e nel 2010 le operazioni strutturali per conseguire risparmi.

L'utilità dei piani è fuori discussione ma si confermano troppo breve la durata triennale e di incerta quantificazione le manovre di risparmio strutturale. Per ottenere effetti duraturi, senza rinunciare agli obiettivi finali, e garantendo i livelli essenziali, occorre rivederne la durata e finalizzare incentivi per sostenere le manovre di riorganizzazione dei servizi sanitari regionali.

[14] Per un'analisi relativa alle tipologie di risparmi che si ritengono capaci di aggredire le cause del disavanzo (ad esempio riconversione ospedaliera, farmaceutica, personale, controllo accreditati) si rinvia allo studio della Cgil sui Piani di rientro (Cgil, 2008).

Figura 5 - Composizione dei Piani di rientro 2007 di alcune regioni italiane



Fonte: elaborazione nostra su Piani di rientro delle singole Regioni.

5. Disavanzo come risultato della disorganizzazione

Il disavanzo non è frutto di un destino avverso. Vi è un nesso strettissimo fra disavanzi e «disorganizzazione» dell'offerta, segnalato da diversi indicatori sullo stato dei servizi sanitari regionali in disavanzo. Al contrario, nelle Regioni «virtuose» i risultati di bilancio positivi si accompagnano a indicatori che segnalano una migliore organizzazione dei servizi. Una seppur sommaria comparazione fra le diverse Regioni conferma il divario già riscontrato sui risultati economico-finanziari. In questo caso la comparazione è fatta utilizzando alcuni indicatori sull'offerta di prestazioni e sull'organizzazione dei servizi sanitari delle singole Regioni. La scelta di utilizzare alcuni indicatori piuttosto che altri è ovviamente funzionale a illustrare meglio la tesi che i risultati economico-finanziari dipendono molto dalle performance organizzative. Naturalmente tale scelta sconta seri limiti sulla completezza dell'informazione. Tuttavia non si tratta di una forzatura che stravolge la realtà. I dati sono estratti da tre documenti ufficiali del Ministero della Salute[15], nei quali risulta evidente e ricorrente la notevole differenza tra i sistemi sanitari regionali.
Gli indicatori scelti riguardano il profilo erogativo dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza[16], l'appropriatezza e l'inappropriatezza, la spesa verso strutture private accreditate.

5.1 Il profilo erogativo dei Lea

Il primo confronto fra le regioni riguarda il cosiddetto «profilo erogativo» dei Lea. Nelle figure 6 e 7, relative all'assistenza ospedaliera e a quella domiciliare (Ministero della Salute, 2008), è del tutto evidente come in diverse regioni del Centro-Sud vi sia «troppo ospedale e pochi servizi nel territorio», con effetti di distorsione della spesa.

15 I tre documenti del Ministero della Salute sono: *Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero 2004* (2007a); *Rapporto nazionale di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza 2004* (2007b); *Relazione sullo stato sanitario del paese. Anni 2005-2006* (2008).

16 I Livelli essenziali di assistenza sono le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio sanitario nazionale di cui al d.p.c.m. 29/11/2001 e successive modificazioni. L'art. 117, comma 1, lettera *m*) dispone che si tratta «dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».

La figura 6 illustra come nel Centro-Sud sia nettamente più elevato il tasso di ospedalizzazione (regioni caratterizzate dal colore più scuro), ben al di sopra degli standard (180/1.000 abitanti) stabiliti dagli Accordi Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Figura 6 - Tasso di ospedalizzazione per regione (anno 2004)

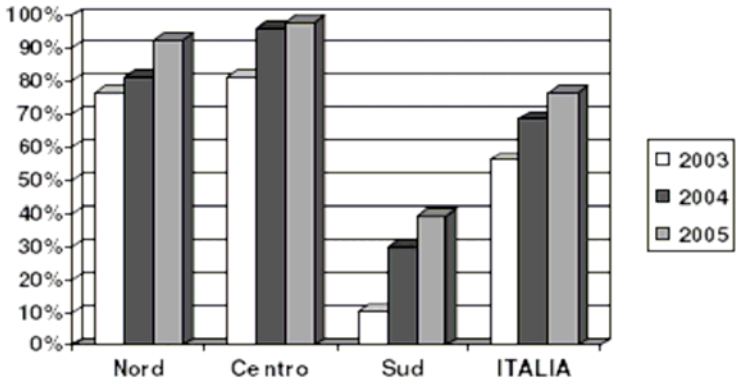
Fonte: Ministero della Salute, 2008.

La figura 7 illustra una situazione diversa, dove la diffusione dell'assistenza domiciliare (Adi), rappresentata dal tasso di Adi/100 residenti anziani ultrasessantacinquenni, è molto più elevata al Centro-Nord (regioni caratterizzate dal colore più scuro).
Anche alcuni indicatori sulla diffusione dei Lea della prevenzione (Ministero della Salute, 2008) – qui riferiti agli screening mammografici (figura 8) e colon rettale (figura 9) – confermano il divario Nord-Sud.
In questo caso abbiamo utilizzato un confronto fra le aree del paese – Nord, Centro e Sud – anziché per singole regioni.

Figura 7 - Tasso Adi per 100 anziani ultrasessantacinquenni (anno 2004)

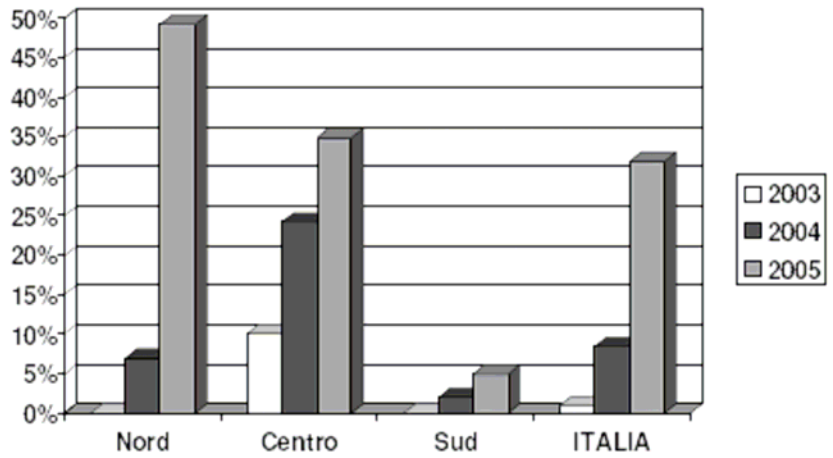
Fonte: Ministero della Salute, 2008.

Figura 8 - Estensione programmi di screening mammografici per area geografica (survey Osservatorio nazionale screening anni 2003-2005)



Fonte: Ministero della Salute, 2008.

Figura 9 - Estensione dei programmi di screening colonrettale per area geografica (survey Osservatorio nazionale screening anni 2003-2005)



Fonte: Ministero della Salute, 2008.

5.2 Complessità, efficienza e appropriatezza[17]

Nella tabella 9, riferita ad alcuni indicatori di complessità per i ricoveri per acuti, le situazioni migliori (indici superiori al punteggio totale) sono segnalate con sfondo grigio.
La tabella 10 riferita ad alcuni indicatori di efficienza[18], segnala i migliori risultati nelle regioni evidenziate con lo sfondo grigio.

[17] Qui sono stati estrapolati solo alcuni risultati, senza pretesa di completezza, dal Rapporto 2004 del Ministero della Salute sull'attività di ricovero ospedaliero (Ministero della Salute, 2007a). È evidente che per una valutazione rigorosa si rinvia alla lettura integrale del rapporto. In ogni caso esso conferma una forte differenziazione fra le diverse regioni, anche se il gradiente Nord Sud non appare significativo come per altre comparazioni relative ai Livelli essenziali di assistenza.
[18] L'Indice comparativo di performance (Icp) esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, standardizzata rispetto al *case-mix* (ossia rispetto a specifici valori di riferimento ottenuti considerando l'intera casistica nazionale). In sintesi, un valore di Icp minore di 1 indica un'efficienza operativa superiore rispetto al valore di riferimento, mentre un valore di Icp maggiore di 1 indica un'efficienza operativa inferiore rispetto al riferimento. La durata della degenza media e della degenza pre-operatoria è utilizzata come indice per misurare l'appropriatezza (migliore la più breve).

Tabella 9 - Indicatori di complessità per regione. Ricoveri per acuti - regime ordinario (anno 2004)

Regione	Indice di *case mix*	Peso medio[a]	% Casi complicati[b]
Piemonte	1,12	1,39	29,75
Valle d'Aosta	1,06	1,32	38,69
Lombardia	1,07	1,33	28,11
Prov. aut. di Bolzano	0,91	1,14	24,71
Prov. aut. di Trento	1,01	1,26	33,62
Veneto	1,08	1,34	27,78
Friuli-Venezia Giulia	1,12	1,40	32,21
Liguria	1,12	1,39	36,81
Emilia-Romagna	1,08	1,35	32,37
Toscana	1,14	1,42	34,24
Umbria	1,05	1,30	28,85
Marche	1,03	1,28	30,53
Lazio	0,97	1,20	25,47
Abruzzo	0,91	1,13	27,76
Molise	0,92	1,15	31,64
Campania	0,88	1,10	22,37
Puglia	0,90	1,12	27,21
Basilicata	0,95	1,18	29,03
Calabria	0,85	1,06	26,48
Sicilia	0,91	1,13	27,19
Sardegna	0,87	1,08	25,12
Totale	*1,00*	*1,24*	*28,10*

[a] Valori determinati utilizzando i pesi d.m. 30/06/1997.
[b] I casi complicati vanno valutati con prudenza perché più esposti al rischio dei cosiddetti comportamenti «opportunistici».
Fonte: Ministero della Salute, 2007a.

La tabella 11 contiene cinque indicatori di efficacia e appropriatezza dei ricoveri ospedalieri:

- la % di parti cesarei sul totale dei parti, che in tutta Italia supera ampiamente la soglia indicata dall'Oms;
- la % di dimessi con diagnosi (Drg) medica sul totale dimessi da reparti chirurgici, che rappresenta un indicatore *proxy* dell'appropriato utilizzo di questi reparti rispetto alla casistica trattata;
- il tasso di ricovero per 1.000 abitanti per asma, diabete e scompenso cardiaco.

Tabella 10 - Indicatori di efficienza per regione. Ricoveri per acuti; regime ordinario (anno 2004)

Regione	Degenza media	Degenza media pre-operatoria	Indice comparativo di performance
Piemonte	8,0	2,0	1,07
Valle d'Aosta	8,6	2,1	1,06
Lombardia	6,4	1,7	0,97
Prov. aut. di Bolzano	6,8	1,6	1,05
Prov. aut. di Trento	7,7	1,7	1,08
Veneto	7,9	2,0	1,08
Friuli-Venezia Giulia	7,5	1,4	1,02
Liguria	7,9	2,6	1,02
Emilia-Romagna	6,6	1,9	0,94
Toscana	7,5	2,2	0,99
Umbria	6,4	2,1	0,93
Marche	6,9	1,6	1,01
Lazio	7,4	2,9	1,11
Abruzzo	6,0	1,8	0,96
Molise	7,0	2,3	1,09
Campania	5,5	2,3	0,93
Puglia	6,0	2,1	0,99
Basilicata	6,7	2,6	1,02
Calabria	6,1	2,0	1,01
Sicilia	5,7	2,0	0,92
Sardegna	6,6	2,2	1,07
Italia	6,7	2,1	1,00

Fonte: Ministero della Salute, 2007a.

Anche in questo caso sono segnalate con sfondo grigio le situazioni migliori rispetto alla media nazionale. Il divario tra le regioni è qui confermato. Sono informazioni indirette sulla qualità dell'assistenza distrettuale quelle riferite ai «ricoveri prevenibili per alcune patologie» (Ministero della Salute, 2007b): per asma, diabete e scompenso cardiaco, che misurano indirettamente la risposta dell'offerta territoriale a queste patologie che richiederebbero, e solo in casi selezionati, il ricovero in ospedale. È così possibile valutare anche l'accessibilità dell'assistenza distrettuale. Nel caso dei ricoveri per asma e diabete è evidente una maggiore tendenza al ricorso all'assistenza ospedaliera nelle regioni del Sud del paese; vi è quindi un utilizzo improprio della struttura ospedaliera, che può riflettere le carenze organizzative dei servizi territoriali e dell'integrazione fra ospedale e territorio. Per lo scompenso cardiaco le differenze geografiche vedono la situazione di maggiore inappropriatezza nelle regioni centrali.

Tabella 11 - Indicatori di efficacia e appropriatezza per regione. Ricovero per acuti (anno 2004)

Regione	% Parti cesarei sul totale parti	% Dimessi da reparti chirurgici con Drg medico sul totale dimessi da reparti chirurgici	Ricoveri per diabete per 100.000 abitanti	Ricoveri per asma per 100.000 abitanti	Ricoveri per scompenso cardiaco per 100.000 abitanti
Piemonte	31,90	29,73	63,93	27,56	231,60
Valle d'Aosta	27,42	40,23	28,68	18,03	297,44
Lombardia	27,34	29,56	103,54	43,21	303,56
Prov. aut. di Bolzano	23,01	42,06	123,40	47,49	302,14
Prov. aut. di Trento	28,15	41,82	104,31	25,87	297,05
Veneto	28,61	34,04	110,06	35,99	343,92
Friuli-Venezia Giulia	23,11	29,27	72,61	15,77	522,87
Liguria	32,39	38,51	87,42	46,15	402,54
Emilia-Romagna	30,96	27,55	87,88	28,94	409,02
Toscana	26,10	36,03	62,48	28,69	419,06
Umbria	31,67	40,22	95,99	47,76	361,67
Marche	35,36	30,21	60,67	34,89	459,26
Lazio	39,37	36,48	118,71	43,28	301,49
Abruzzo	40,59	45,61	127,07	51,56	345,28
Molise	49,20	38,71	142,06	52,53	525,03
Campania	59,02	45,05	93,62	54,65	233,06
Puglia	45,94	43,05	163,85	47,17	278,62
Basilicata	50,45	46,45	137,35	40,03	328,14
Calabria	43,27	49,32	138,17	38,23	338,23
Sicilia	50,49	47,19	192,35	54,30	315,13
Sardegna	39,33	43,04	121,05	57,64	226,40
Italia	37,83	37,39	110,26	41,60	321,58

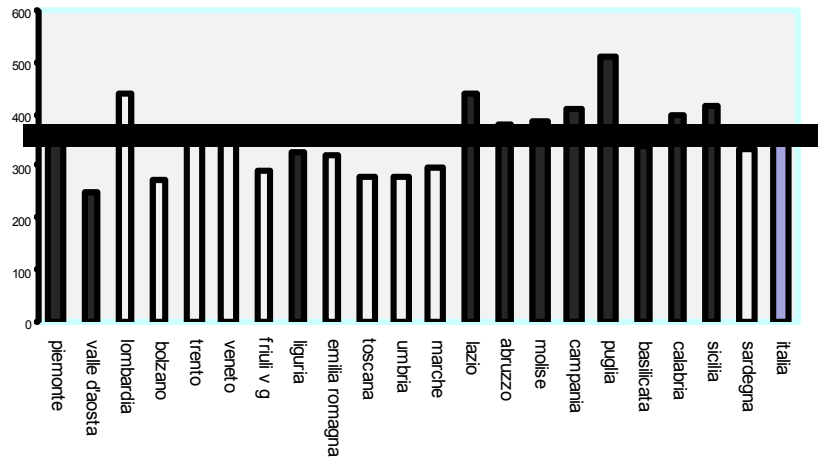
Fonte: Ministero della Salute, 2007a.

5.3 La spesa verso strutture private accreditate

Il grafico che segue (figura 10) illustra la spesa verso accreditati sostenuta dalle singole Regioni (anno 2006). Si può notare come tutte le Regioni con disavanzi (istogrammi scuri), soprattutto quelle impegnate nei piani di rientro, abbiano in comune una spesa verso strutture convenzionate superiore alla «media nazionale» (indicata dalla linea orizzontale). Tra le Regioni virtuose (istogrammi chiari), invece, solo la Lombardia e il Veneto hanno una spesa verso privati più alta della

media nazionale. Nel caso delle Regioni in disavanzo si può supporre che sia mancata una regolazione rigorosa delle strutture accreditate, presente invece nelle Regioni virtuose.

Figura 10 - Spesa verso privati/disavanzi



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2006.

Il «sospetto» che vi sia un legame fra disavanzi e mancata regolazione degli accreditati si accentua leggendo i Piani di rientro dal disavanzo delle Regioni[19], nei quali si riscontra come la regolazione degli accreditati sia ritenuta una delle fonti di risparmio più importante.
La regolazione degli accreditati è indispensabile, perché il produttore, se non è «costretto» da vincoli prestabiliti, non tende spontaneamente ad erogare le prestazioni più appropriate; e anzi senza precisi indirizzi e vincoli di programmazione pubblica vi è il rischio di alimentare i cosiddetti «comportamenti opportunistici» e di non controllare la spesa.
Per quanto parziale, la comparazione fra le diverse Regioni fin qui illustrata conferma che il divario non c'è «solo» sui risultati economico-finanziari ma riguarda la qualità del funzionamento del Servizio sanitario nazionale, la diffusione dei Lea e l'appropriatezza dell'offerta.

[19] Vedi i Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

6. Un federalismo che unisce

In una situazione così squilibrata, adottare un federalismo «differenziato», che dovesse sancire il divario, vorrebbe dire abrogare di fatto il principio di uguaglianza fra tutti i cittadini nell'esercizio dei diritti sociali e civili. Questo sarebbe l'effetto del modello proposto dalla Regione Lombardia[20] (su cui c'è stata l'astensione del centrosinistra), di cui si tralascia il dettaglio, rinviando alle simulazioni su «chi ci perde e chi ci guadagna»[21].
Al contrario, un federalismo «che unisce», capace di tenere insieme autonomia nelle responsabilità e uguaglianza nei diritti, può essere un'occasione per unire un paese diviso e diseguale. Questo potrebbe essere l'effetto del modello – per quanto emendabile e perfettibile – ipotizzato nel disegno di legge del Governo Prodi ma anche di quello prospettato nello stesso documento approvato all'unanimità dalla Conferenza delle Regioni[22].
Capisaldi di questo federalismo «che unisce» sono il finanziamento integrale del fabbisogno per garantire i livelli essenziali (in tutto il territorio nazionale) e il fondo di perequazione, adeguato a questo scopo, per le Regioni con minori capacità fiscali (in base all'art. 119 della Costituzione).

6.1 Il federalismo «che unisce» è esigente

Ma anche nell'ipotesi che si dovesse attuare il federalismo «che unisce», per le aree del paese più deboli l'impresa sarà ardua.
Infatti, tutte le proposte sull'attuazione del federalismo fiscale prevedono un fondo di perequazione, necessario a compensare le minori capacità fiscali di alcune Regioni per assicurare il finanziamento integrale di fabbisogni, escludendo così il ripiano dei disavanzi (il fondo interviene solo *ex ante*). Su questo punto il documento delle Regioni è

[20] Vedi la Risoluzione del 3/04/2007 e la «Proposta di legge al Parlamento sul federalismo fiscale», approvata il 19 giugno 2007 dal Consiglio regionale della Lombardia.
[21] Conferenza delle Regioni e Province autonome, vedi www.regioni.it, «news», 12 maggio 2008.
[22] Conferenza delle Regioni e Province autonome, 7 febbraio 2007, «Documento sul federalismo».

stato chiarissimo[23]. Inoltre, al posto della spesa storica, che ha condizionato fino ad oggi la determinazione dei fabbisogni regionali e locali (anche in ragione della mancata applicazione del d.lgs. 56/2000), il fabbisogno per i livelli essenziali sarà finanziato integralmente sulla base di costi standard.

Per rientrare nei costi standard le Regioni meno virtuose saranno costrette ad uno sforzo enorme. Tanto più se, come è giusto che sia, vengono prese a riferimento le esperienze «migliori» (con una sorta di *benchmark* sul costo dei Lea) per determinare gli standard. Per questo è indispensabile prevedere un periodo di transizione, per passare dal riferimento alla spesa storica ai costi standard.

Anche con il federalismo buono il divario potrebbe accentuarsi. Infatti, le Regioni più virtuose hanno mantenuto in equilibrio i bilanci con intensi processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari o sociali durati alcuni anni (e che sono ancora in corso). E non hanno fatto ricorso solo a risorse proprie o alla leva fiscale. In molti casi, come abbiamo visto, non disponevano di un finanziamento pro capite superiore alle Regioni «meno virtuose».

Come si è visto, guardando proprio alle Regioni più virtuose, i processi di riorganizzazione devono affrontare quattro principali nodi critici:

- il ridimensionamento e la riqualificazione della rete ospedaliera;
- il potenziamento dei servizi distrettuali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari in particolare);
- l'integrazione fra ambito sociale e sanitario;
- il governo degli accreditamenti.

Si tratta di questioni delicate, che investono le concrete condizioni di lavoratori del settore, le attese dei cittadini, interessi economici, aspetti culturali. Ad esempio, proprio attorno alla riconversione della rete ospedaliera, in molte Regioni sono sorti comitati locali a difesa di piccoli ospedali, spesso contro ogni logica di appropriatezza e persino di sicurezza clinica. Tuttavia, dove si è proceduto con processi non solo di chiusura di servizi ma di riconversione, la riorganizzazione ha pagato anche in termini economico-finanziari.

Si accentua dunque enormemente la responsabilità in capo alle singole Regioni e ai Comuni, e per questo occorre una potente dose di «buona amministrazione» (e di buona politica) nelle pratiche regionali e locali.

[23] *Ibidem*.

7. Regia nazionale e federalismo

La «buona amministrazione» e i processi di riorganizzazione nei livelli regionali e locali sono senza dubbio decisivi per ridurre il divario e favorire una diffusione uniforme dei livelli essenziali in tutto il territorio nazionale, come prescrive la Costituzione. Ma da soli non bastano, devono comunque essere sostenuti da una «regia nazionale», con un sistema di garanzie, condiviso dai diversi attori istituzionali.

Ciò significa mantenere un *livello nazionale di coordinamento e verifica sui livelli essenziali*, in cui «la Repubblica» si occupi dell'effettiva uguaglianza dei cittadini di fronte ai diritti sociali[24]. Naturalmente è una questione delicatissima che non investe solo la funzione delle Conferenze Stato-Regioni e Unificata ma chiama in causa l'istituzione della Camera delle autonomie locali.

In realtà, la funzione di garanzia sulla effettiva diffusione dei livelli essenziali è questione affrontata da tempo ma irrisolta in sanità; dove ha faticato ad affermarsi un ruolo esplicito – e quindi con poteri sostitutivi in caso di inadempienze regionali – da parte dello Stato. Le prime esperienze si stanno realizzando nelle Regioni impegnate con i Piani di rientro dai disavanzi.

Dopo la riforma del titolo V della Costituzione, in presenza di un sistema sanitario già fortemente decentrato e con ampi poteri regionali, quasi tutte le decisioni su provvedimenti validi per tutto il territorio nazionale sono diventate oggetto di Intese fra Stato e Regioni.

In particolare, sull'entità, sul riparto delle risorse finanziarie e sui conseguenti interventi nei confronti delle Regioni con disavanzi, sono state stipulate importanti Intese.

Le diverse Intese sottoscritte dall'8 agosto 2001 in poi, (in particolare quelle del 23 marzo 2005 e del 26 ottobre 2006 – «Patto per la Salute») sono state condizionate da una «formidabile pressione» per contenere la crescita della spesa, in ragione dell'esigenza di abbattere il debito pubblico e di rispettare il patto di stabilità con l'Ue. E sono

[24] Peraltro, l'art. 120, comma 2, Cost., consente all'ordinamento giuridico nazionale di garantire l'unità giuridica complessiva, laddove prevede che «il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province o dei Comuni […] ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali».

state tutte l'esito di un duro contenzioso, prima fra le Regioni e poi tra queste e il governo, su quanto debba essere finanziato con *accordo nazionale* e quanto sia a carico delle singole Regioni. Il contenzioso è stato aspro, visto che il differenziale fra finanziamento e spesa è stato consistente in questi anni. Tutte le Intese hanno puntato ad una maggiore responsabilità delle singole Regioni, anche sul governo della spesa. Con l'Intesa del 23 marzo 2005 si è cercato di affiancare al doveroso controllo sulle performance economico-finanziarie regionali, strumenti di verifica sull'effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. In seguito all'Intesa, con decreto del ministro della Salute, è stata prevista l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, con compiti espliciti e assai impegnativi: «Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale per gli anni 2005, 2006 e 2007. L'impegno assunto tra Stato e Regioni garantisce il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate dal Servizio sanitario nazionale. Sono proprio l'efficienza e l'appropriatezza nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza i punti cardine sui quali si fonda, nell'intesa, il procedimento di verifica degli adempimenti da rispettarsi per accedere alle maggiori risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale, ma, nello stesso tempo, questi punti costituiscono gli strumenti per il governo condiviso tra Stato e Regioni del Sistema sanitario nazionale nell'interesse dei cittadini. In questo quadro è stata prevista l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, che è stato costituito con decreto del ministro della Salute del 21 novembre 2005.

«Al Comitato è affidato infatti il compito di verificare che l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, avvenga nel rispetto di condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione per il Servizio sanitario nazionale, nonché di verificare che vi sia congruità tra le prestazioni da erogare e le medesime risorse. L'Intesa specifica che l'attività del Comitato, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, si svolge sulla base delle informazioni del sistema di monitoraggio e garanzia del Servizio sanitario nazionale di cui al decreto ministeriale del 12 di-

cembre 2001 e dei relativi flussi informativi afferenti al Nuovo sistema informativo sanitario»[25].
Il Patto per la salute del 2006 ha ulteriormente posto l'accento sull'esigenza di verificare l'effettiva erogazione dei Lea, ma ancora una volta il problema è come far sì che gli adempimenti a carico delle Regioni, oggi molto stringenti sugli aspetti economico-finanziari, siano capaci di incidere sull'appropriatezza del profilo erogativo dei Lea e favorirne la diffusione uniforme.

8. Federalismo e uniformità dei livelli essenziali

Garantire eguale opportunità di accedere ai livelli essenziali a tutti i cittadini è importante su scala nazionale ma anche di fronte all'esigenza di superare gli squilibri che esistono all'interno delle singole regioni.
Un modo per rendere maggiormente esigibili i Lea, è farne oggetto di misurazione e quindi di comparazione fra diverse esperienze.
Come si diceva, un'occasione è quella fornita dall'esigenza di definire i «costi standard» che verranno presi a riferimento per determinare il valore economico delle prestazioni, per poter così abbandonare il legame fra fabbisogno e spesa storica.
Naturalmente, anche se diverse prestazioni sono già oggi «tariffate» (si pensi ai Drg), non è facile individuare standard condivisi, qualitativi e non solo quantitativi. Ancor più per prestazioni non standardizzabili facilmente, come ad esempio quelle ad alta integrazione con il sociale (non autosufficienza, salute mentale, area materno-infantile), per le quali «prodotto e processo» a volte coincidono. In questo senso, più che costruire «a tavolino» dei costi che rischiano di essere virtuali, può essere opportuno adottare come standard quelli delle migliori pratiche[26] riscontrabili a livello nazionale, con una sorta di *benchmark* dinamico, che costringe oltretutto ad una manutenzione continua.

[25] Ministero della Salute - Dipartimento della qualità Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, 14 febbraio 2006, «Documento di individuazione dei compiti del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005».
[26] Questo era previsto nel Patto per la salute.

Proprio su come superare la spesa storica facendo riferimento a costi standard, la discussione è vivace. C'è chi addirittura lo ritiene un'inutile esercizio destinato a fallire, perché già previsto da alcuni anni ma mai attuato (lo prevedevano esplicitamente il d.lgs. 229/1999 e il d.lgs. 56/2000).

Tuttavia attribuire un valore economico alle prestazioni è indispensabile. Non dimenticando che serve anche per remunerare i produttori accreditati, evitando così il ricorso a costi imposti dalla logica del massimo ribasso.

Definire i costi standard non è sufficiente a garantire un finanziamento appropriato ed equo. Bisogna correlare l'entità necessaria alle singole Regioni in base al quadro epidemiologico, demografico, sociale e quindi a criteri di appropriatezza. Su questo aspetto la discussione è già più complicata: basti pensare alle difficoltà sorte quando, nel determinare i criteri di riparto del fondo sanitario tra le Regioni, si è tentato di utilizzare la «quota capitaria ponderata» (che avrebbe dovuto riconoscere, ad esempio, un maggior finanziamento alle Regioni con più anziani).

Un'altra criticità per l'esigibilità dei Lea è la carenza di indicatori di offerta e standard qualificanti di riferimento, validi per tutto il territorio nazionale. Qualche indicatore è stato definito per l'assistenza ospedaliera (ad esempio il tasso di ospedalizzazione è fissato al 180/1.000 abitanti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) o per alcune vaccinazioni (fissando l'obbligo di copertura vaccinale per target di popolazione). Ma per gran parte delle prestazioni e dei servizi che compongono i Lea, indicatori e standard, quando esistono, sono definiti a livello regionale.

La Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea[27] afferma: «gli attuali Livelli hanno un forte limite, rappresentato dall'assenza di standard di quantità; se non si dispone di uno standard condiviso, si corre il rischio che i finanziamenti non tengano conto di standard regionali diversi». E ancora: «mancano dati di qualità univoci. Bisogna cominciare a individuare e a raccogliere i dati per poter definire lo standard medio di servizi a cui le Regioni si debbono riferire». Successivamente, la stessa Commissione ha licenziato due importanti documenti sulle prestazioni socio-sanitarie per la non autosufficienza,

[27] I materiali prodotti dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza si trovano sul sito http://www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezOrgani.jsp?id=118&label=tma

che si concludono proponendo indicatori di offerta e standard qualificanti dei servizi, anche in funzione della determinazione dei costi. Su questo tema degli indicatori per i Lea, di grande importanza è il lavoro svolto con il Progetto «Mattoni del Ssn». Anche in questo caso vale quanto detto per i costi standard, circa l'utilità di far adottare alle migliori pratiche riscontrabili nel territorio nazionale.

Infine, tema troppo spesso trascurato, bisogna misurare e valutare i risultati.

A questo scopo dopo il d.lgs. 56/2000 e il d.p.c.m. del 2001 sui Lea, è stato definito un primo set di indicatori e di parametri di riferimento per l'erogazione uniforme dei Lea (decreto del Ministro della Salute del 12/12/2001). Successivamente è stato istituito il richiamato «Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse».

Inoltre, ogni anno, sempre in forza dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, la verifica, relativa al rispetto degli adempimenti posti a carico delle Regioni per accedere al finanziamento, viene effettuata tramite un apposito questionario sul «profilo erogativo dei Lea», che le Regioni sono tenute a compilare. Il questionario, pur notevolmente perfezionato nel corso degli anni, risente dei limiti degli indicatori definiti con il d.m. 12/12/2001. Per questo oggi serve una revisione, per definire indicatori più capaci di misurare i risultati del Ssn e l'impatto degli altri determinanti di salute. Si tratta di far crescere ovunque la cultura delle verifica dei risultati, ad esempio – sembra incredibile ma oggi non è così – rendendo obbligatorio in tutti gli atti di programmazione, nazionale, regionale e locale, indicare i risultati attesi. Interessante a questo proposito è l'esperienza della Regione Toscana[28].

8.1 I Comuni

Vale la pena di concludere segnalando che nelle proposte più accreditate sul federalismo non sembra trovare spazio adeguato il ruolo dei Comuni[29]. Per le politiche socio-sanitarie non è cosa irrilevante. È vero che occorre superare decisamente la frammentazione, obbligando i piccoli Comuni ad agire in modo associato, ma non si può sostituire il

[28] Il sistema di valutazione della performance della sanità in Toscana – report 2006 ed. Ets, 2007.

[29] Vedi anche Conferenza programmatica Anci 2008.

centralismo dello Stato con un neo-centralismo delle Regioni. La domanda di salute e di cure si va caratterizzando sempre più per l'inestricabile rapporto fra bisogni sociali e bisogni sanitari (emblematico è il caso della non autosufficienza). Di fronte a questa nuova realtà bisogna superare l'attuale rigida separazione istituzionale fra assistenza sociale e sanitaria. È per questo motivo che diventa ineludibile il coinvolgimento attivo dei Comuni in un ruolo che sia realmente incisivo e di responsabilità.

Ciò dovrebbe suggerire una qualche riflessione anche a proposito della partecipazione democratica e dell'esigenza di ridurre le distanze fra cittadini e i luoghi della decisione politica.

Riferimenti bibliografici

Anci Conferenza programmatica 2008, *I Comuni per il rinnovamento della Repubblica. le riforme che servono*, relazione del 26 giugno.

Cerm – Competitività Regolazione Mercati, 2008, *La sanità in Italia – tra federalismo, regolazione dei mercati e sostenibilità delle finanze pubbliche*, Rapporto CERM n. 1-2008, a cura di Pammolli F., Nicola C., Salerno.

Cgil – Dipartimento Welfare, 2008, *Sanità: i piani di rientro dai disavanzi regionali*, dattiloscritto.

Conferenza delle Regioni e province autonome, www.regioni.it, «news», 12 maggio 2008.

Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2007, *Relazione generale sulla situazione economica del paese 2006*, vol. II.

Ministero della Salute, 2007a, *Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero 2004*.

Ministero della Salute, 2007b, *Rapporto nazionale di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza 2004*.

Ministero della Salute, 2008, *Relazione sullo stato sanitario del paese. Anni 2005-2006*.

Laboratorio Management e Sanità (MeS) e Regione Toscana, 2007, *Il Sistema di valutazione della performance della sanità toscana - Report 2006,* ed. Ets.

Centro studi Unioncamere, 2007, rapporto Unioncamere 2007, Retecamere.