

La finanza delle regioni a statuto ordinario a seguito del D.Lgs 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*

Alessandro Petretto*
Aprile 2011

1. PREMESSA

Il provvedimento (d'ora in poi Decreto) è stato approvato, sotto forma di "parere definitivo", con largo consenso, dalla Commissione Bicamerale il 24 marzo, previo accordo con la Conferenza Stato-Regioni, e successivamente varato il 31 marzo dal Consiglio dei Ministri.

Il Decreto, in primo luogo, indica le risorse fiscali che affluiranno alle regioni come tributi specifici, ai quali si aggiungeranno i trasferimenti perequativi. Viene rideterminata l'addizionale all'IRPEF con la facoltà per le regioni di incrementarla progressivamente nell'arco di un triennio. Le altre preesistenti risorse vengono confermate, salvo la compartecipazione all'accisa sulla benzina che viene soppressa a decorrere dal 2013.

In secondo luogo, il provvedimento, prima individua una procedura per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e gli obiettivi di servizio, poi classifica le spese regionali e di conseguenza istituisce il fondo perequativo, da un lato, a garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni afferenti ai diritti sociali, ex-lettera m) comma 2 art. 117 della Costituzione, e dall'altro, per le spese non dirette ai diritti sociali, per consentire una perequazione sulla capacità fiscale.

In terzo luogo, il Decreto definisce le nuove entrate delle province, tra le quali la compartecipazione provinciale all'IRPEF e la compartecipazione sulla tassa automobilistica in capo alle regioni, a compensazione dei trasferimenti soppressi e comincia a delineare anche il sistema finanziario delle future città metropolitane.

In quarto luogo, il provvedimento detta le regole per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard per la sanità e istituisce la Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica.

Si tratta quindi di un ampio testo che ha quasi la veste di legge quadro più che di un decreto attuativo. Ne scaturisce una struttura della finanza delle RSO profondamente rinnovata sulla base di un impianto che, se pur per molti aspetti ancora abbozzato, appare nelle linee essenziali coerente.

In questa nota l'Osservatorio fornisce un'analisi formale della nuova struttura finanziaria delle RSO e analizza le implicazioni della metodologia seguita per la standardizzazione dei fabbisogni sanitari. L'analisi proposta del Decreto verterà quindi sui caratteri generali e farà quasi esclusivo riferimento alla struttura a

* Presidente Comitato Scientifico IRPET, Università degli Studi di Firenze.

regime. Altre note dell'Osservatorio saranno dedicate ad una più puntuale analisi delle novità in materia tributaria e alla fiscalizzazione dei trasferimenti agli enti locali della regione.

2. TRIBUTI PROPRI E COMPARTECIPAZIONI DELLE REGIONI A STATUTO ORDINARIO

2.1 La fase transitoria (2013-2014): addizionale all'IRPEF, compartecipazione all'IVA e fiscalizzazione dei trasferimenti regionali agli enti locali

Il punto di partenza è costituito dalla rideterminazione dell'addizionale all'IRPEF. Indichiamo con ρ_1 l'aliquota base e uniforme dell'addizionale all'IRPEF, secondo la legislazione vigente, e con ρ_2 l'integrazione disposta dal Decreto. Per il 2013 l'aliquota rideterminata è data dalla seguente espressione:

$$\rho = \rho_1 + \rho_2, \quad [1]$$

$$\rho_2 = \frac{AB + \sum_i T r_i \pi_i}{Y}$$

in cui tutte le notazioni sono in termini pro-capite. AB è il gettito per tutte le regioni della compartecipazione dell'accisa sulla benzina che viene soppressa. $T r_i$ sono i trasferimenti regionali soppressi, $\pi_i = \frac{POP_i}{\sum_i POP_i}$ è la quota di popolazione della regione i , Y_i è la base imponibile dell'IRPEF

riferita al territorio della regione i e

$$Y = \sum_i Y_i \pi_i \quad [2]$$

è la base imponibile pro-capite nazionale dell'IRPEF.

Questa modifica dell'addizionale uniforme all'IRPEF non determinerà, al momento della sua applicazione, un aggravio di pressione fiscale perché la componente erariale dell'aliquota si contrarrà per far posto a quella regionale. In termini formali, se t è l'aliquota complessiva su un tributo erariale, questa si compone di due parti, $t = t_e + \rho$, la prima di pertinenza erariale e la seconda regionale. Come è noto, complicazioni derivano dall'applicazione di un'addizionale ad un tributo progressivo come l'IRPEF. Nel prosieguo accantoneremo questo problema, immaginando un tributo proporzionale.

Si prevede la possibilità che l'addizionale così congegnata abbia anche una componente aggiuntiva e discrezionale che indicheremo con $\Delta\rho_i$, sulla quale le regioni esercitano l'autonomia tributaria. Per cui sull'IRPEF a partire dal 2013 si applicherà un'aliquota regionale complessiva pari a $\rho + \Delta\rho_i$ e quindi $(\rho + \Delta\rho_i) Y_i$ definisce l'entrata pro-capite regionale del 2013.

Il Decreto prevede che nel 2013 con l'addizionale sia assicurato questo vincolo:

$$\zeta_i (\rho + \Delta\rho_i) Y_i = T_{C_i}, \text{ con } \zeta_i \leq 1 \quad [3]$$

cioè deve essere garantito, con l'addizionale, un gettito non inferiore all'ammontare dei trasferimenti ai comuni soppressi, T_{C_i} . ζ_i dunque funge da aliquota di compartecipazione comunale all'addizionale regionale che va a sostituire tali trasferimenti¹, che ammontano a circa 160 milioni di € per la Regione Toscana.

Le entrate derivanti da questa compartecipazione vanno, per una misura non superiore al 30%, ad alimentare un *Fondo sperimentale regionale di riequilibrio* da distribuire ai comuni della regione i . Le modalità di riparto di detto Fondo, che ha durata triennale, sono definite dalla regione stessa.

Le nuove entrate pro-capite destinata alla regione i sulla base del Decreto, che si aggiungono a quelle confermate, sono date dall'espressione:

$$(1-\zeta_i)(\rho + \Delta\rho_i) Y_i + \alpha IVA_i + (1-\zeta_i)TA_i \quad [4]$$

¹ Il decreto, per la precisione, stabilisce che per fiscalizzare i trasferimenti soppressi, l'impiego dell'addizionale all'IRPEF è prioritario, per cui le regioni potrebbero utilizzare anche altri tributi devoluti.

dove α è l'aliquota di compartecipazione all'IVA di equilibrio (vedi *infra*), per cui αIVA_i è l'entrata, commisurata al gettito regionale, che affluisce alla regione i , in applicazione del *principio di territorialità* in modo da tener conto del luogo di consumo, identificato con quello in cui avviene la cessione di beni.

$Tp_i = \zeta p_i TA_i$ è la compartecipazione provinciale alla tassa automobilistica in sostituzione dei trasferimenti regionali alle province soppressi (in Toscana circa 314 milioni di €) che va ad alimentare, per una quota non superiore al 30%, un *Fondo sperimentale regionale di riequilibrio* analogo a quello previsto per i comuni. Anche questo è da ripartire con modalità indicate dalla regione stessa.

2.2 Vincoli aggregati, regionali e aliquote di equilibrio nella fase a regime

Per quanto riguarda le spese regionali il Decreto considera, in conformità alla LD 42/2009, due categorie.

1. $GLep_i$, $GLep_i^s$ cioè la spesa, effettiva e standardizzata, per le funzioni afferenti a diritti sociali; spesso si usa l'acronimo *Spesa LEP*, perché presuppone la definizione di livelli essenziali di prestazioni, ed è rivolta a sanità, assistenza sociale, istruzione scolastica, trasporto pubblico locale per la spesa in c/capitale
2. $GLep_i$, cioè la spesa effettiva per il finanziamento delle altre funzioni: *Spesa non LEP*.
In merito alla prima categoria deve valere, a decorrere dal 2013, questo vincolo²

$$GLep_i^s = \alpha IVA_i + \rho Y_i + IRAP_i + Per_i^l \quad [5]$$

dove $IRAP_i$ è il gettito pro-capite Irap della regione. Per questo tributo è tuttavia prevista l'opzione di riduzione fino all'azzeramento, ma a carico del bilancio regionale. Ogni tributo nella [5] dà luogo ad un gettito è standardizzato, ovvero "*valutato ad aliquota e base imponibile uniforme*". Il gettito effettivo contempla anche gli interventi di autonomia tributaria sulle aliquote e sulla base imponibile. Per_i^l è il trasferimento perequativo pro-capite, basato sul principio del Fabbisogno, per la copertura integrale della *Spesa LEP* a livello regionale. Implicito è che il differenziale $GLep_i - GLep_i^s > 0$ debba essere coperto dall'autonomia tributaria, mentre $GLep_i - GLep_i^s < 0$ prefigura un caso di regione virtuosa che viene premiata da un finanziamento pari al fabbisogno standard superiore alla spesa storica.

Aggregando la [5] a livello di tutte le regioni risulta

$$\begin{aligned} \sum_i GLep_i^s \pi_i &= \sum_i IRAP_i \pi_i + \rho \sum_i Y_i \pi_i + \alpha \sum_i IVA_i \pi_i + F^l = \\ &= IRAP + \rho Y + \alpha IVA + F^l \end{aligned} \quad [6]$$

dove $F^l = \sum_i Per_i^l \pi_i$ è il Fondo perequativo aggregato (Prima componente, vedi *infra*).

Inoltre per una regione k , quella con la migliore combinazione fabbisogni-capacità fiscali e che non partecipa al processo di perequazione, deve valere l'equazione:

$$GLep_k^s = \alpha IVA_k + \rho Y_k + IRAP_k \quad [7]$$

La [7] è un'equazione con un'incognita, α , dato che ρ è posta dal Decreto pari all'aliquota in essere per il 2013, di cui alla [1]. Di conseguenza, elaborando la [7], si ottiene il livello di equilibrio dell'aliquota di compartecipazione all'IVA:

$$\alpha^* = \frac{GLep_k^s - (IRAP_k + \rho Y_k)}{IVA_k} \quad [8]$$

Inserendo α^* nelle equazioni [5] e [6], il sistema risulta così determinato.

² Non sono considerate per semplicità le entrate proprie del SSR (Ticket e altro).

Per il finanziamento della *Spesa non LEP* si prevedono tributi regionali derivati e altre fonti di cui alla LD 42/2009, quote dell'addizionale all'IRPEF (in particolare la parte discrezionale $\Delta\rho_i Y_i$) e quote della seconda componente fondo perequativo, F^I che analizzeremo nel successivo paragrafo.

3. IL FONDO PEREQUATIVO A REGIME

Come da LD 42/2009, il Fondo perequativo a favore delle "regioni con minore capacità fiscale per abitante" è composto di due parti:

- una prima componente, con un sistema di tipo esclusivamente verticale, è rivolta a consentire il finanziamento integrale della *Spesa LEP* e
- una seconda componente, di tipo orizzontale, è rivolta all'integrazione delle risorse regionali volte al finanziamento della *Spesa non LEP*.

Le due parti del Fondo sono alimentate, rispettivamente, da una compartecipazione all'IVA e da una quota dell'addizionale regionale all'IRPEF.

3.1 Fondo perequativo I Parte: entità e riparto

La Prima parte, in aggregato, è dunque così rappresentabile:

$$F^I = \sum_i Per_i^I = \tau IVA \quad [9]$$

cioè la somma dei trasferimenti perequativi commisurati al Fabbisogno standard dà l'ammontare del Fondo nazionale da coprire con una compartecipazione IVA ad aliquota τ . La corrispondente ripartizione del Fondo tra le regioni è la seguente:

$$\begin{aligned} Per_k^I &= 0 \\ Per_i^I &= GLep_i^S - IRAP_i - \rho Y_i - \alpha^* IVA_i \quad i \neq k. \end{aligned} \quad [10]$$

La prima della [10] indica come la regione k di cui alla [7] sia fuori dal processo di perequazione, in quanto, per lei, il finanziamento integrale di $GLep_k^S$ è assicurato con la scelta di α^* con la [8]. La seconda indica come avvenga per le altre regioni l'integrazione delle entrate con il trasferimento perequativo.

Aggregando la [10] e inserendo la [9], risulta questa condizione di equilibrio a livello macro:

$$F^I = \sum_i GLep_i^S - IRAP - \rho Y - \alpha^* IVA = \tau IVA \quad [11]$$

In conclusione risulta a livello macro il seguente finanziamento del complesso della *Spesa LEP* delle RSO:

$$\sum_i GLep_i^S = IRAP + \rho Y + (\alpha^* + \tau) IVA.$$

In altre parole, il totale del fabbisogno standard nazionale è finanziato con il gettito totale nazionale dell'IRAP e dell'addizionale all'IRPEF, entrambe ad aliquota e base imponibile uniforme, e una quota del gettito nazionale dell'IVA, secondo le due aliquote di compartecipazione derivanti dalla [8] e dalla [9].

3.2 Fondo perequativo II Parte: entità e riparto

Per la Seconda parte del fondo perequativo, l'applicazione della norma di cui all'art. 9, comma 1, g), 1) e 2) della LD è lasciata, dall'art. 11 del Decreto, ad un successivo DPCM. Di seguito indichiamo un possibile meccanismo coerente con la lettera della delega³.

³ Non abbiamo, per semplicità, tenuto conto dell'indicazione contenuta nell'art. 10, secondo cui la ripartizione debba anche tener conto della dimensione demografica regionale.

$$\begin{aligned} Per_l^II &= \beta \rho (Y - Y_l) \\ Per_l^II &> 0, \text{ se } Y > Y_l, l \in N^p \end{aligned} \quad [12a]$$

$$\begin{aligned} Per_j^II &= \gamma \beta \rho (Y - Y_j) \\ Per_j^II &\leq 0, \text{ se } Y \leq Y_j, j \notin N^p \end{aligned} \quad [12b]$$

$$F^{II} = \sum_{l \in N^p} Per_l^II \pi_l + \sum_{j \notin N^p} Per_j^II \pi_j = \mathcal{G} \rho Y \quad [12c]$$

La [12a] specifica che solo le regioni l con una capacità fiscale per abitante ($CF_l = \rho Y_l$) inferiore alla media nazionale ($CF^a = \rho Y$), le regioni "povere" in N^p , ricevono un trasferimento positivo, secondo un coefficiente di perequazione parziale, che varia all'interno dell'intervallo $0,75 \leq \beta \leq 1$. Dalla [12b] deriva che le altre regioni j , non in N^p , alimentano esse stesse i trasferimenti alle regioni "povere" con una quota $\gamma \leq 1$ della differenza (positiva e pesata con β) tra la propria CF e quella media nazionale. Infine, la [12c] specifica l'equilibrio a livello macro, dove \mathcal{G} è la quota dell'addizionale all'IRPEF utilizzata per finanziare la parte eventualmente rimanente del Fondo per le "altre" funzioni. E' chiaro, infatti, che se fosse $\gamma=1$ la perequazione sarebbe totalmente orizzontale e $F^{II}=0$. Con $\gamma < 1$ invece è $F^{II} > 0$ e vale l'equazione

$$-(1-\gamma)\beta\rho \sum_{j \notin N^p} (Y - Y_j)\pi_j = \mathcal{G}\rho Y,$$

da cui si ottiene il livello della quota dell'addizionale IRPEF dedicata a integrare quanto versato dalle regioni ricche:

$$\mathcal{G} = (1-\gamma)\beta \sum_{j \notin N^p} \left(\frac{Y_j}{Y} - 1\right)\pi_j,$$

da cui $0 \leq \mathcal{G} < 1$, e crescente al crescere del coefficiente di perequazione e dello scostamento relativo dei redditi pro-capite delle regioni "non povere" (con capacità fiscale pro-capite elevata) rispetto alla media nazionale.

In termini aggregati, dunque, è

$$F^I + F^{II} = \tau IVA + \mathcal{G} \rho Y \quad [13]$$

Il sistema di equazioni [1] – [13] con cui abbiamo ricostruito il funzionamento della nuova struttura di finanziamento delle regioni a statuto ordinario, per quanto matematicamente determinato, comporta un livello di spesa regionale aggregata, e quindi di pressione fiscale rivolta al suo finanziamento, che non è ex-ante determinabile. Questa dipende infatti dal livello di spesa standard complessiva di cui alla [5], per le funzioni in lettera m), di spesa standard della regione "più ricca" di cui alla [7], che determina l'aliquota minima di compartecipazione all'IVA, e del volume dei trasferimenti soppressi di cui alla [1], che ridetermina l'addizionale IRPEF per il finanziamento di entrambe le categorie di spesa. La decisione su questi elementi sarà presa con provvedimenti successivi al Decreto.

Ai fini del rispetto di un vincolo macrofinanziario, cruciali saranno, quindi, i processi volti ad individuare:

- i LEP delle funzioni in lettera m), per il soddisfacimento dei diritti civili e sociali;
- i costi e i fabbisogni standard relativi a questi servizi; nonché
- il livello assoluto delle risorse attribuibili a queste funzioni.

Quest'ultima individuazione dovrà essere effettuata in sede di coordinamento della finanza pubblica per livelli di governo e dovrà essere utilizzata per riparametrare la spesa standard complessiva e quindi la sua ripartizione tra le regioni in relazione alle individuazioni a. e b.. Il Decreto indica una procedura per quanto attiene la spesa sanitaria, che verrà discussa nel prossimo paragrafo.

4. COSTI E FABBISOGNI STANDARD NEL SETTORE SANITARIO

La procedura proposta dal Decreto per la standardizzazione della spesa sanitaria, se pur ancora interlocutoria in quanto rimanda a successive analisi per la soluzione di alcuni nodi tecnici e concettuali, ha il pregio di indicare con chiarezza alcuni principi ispiratori, per cui da qui in poi si può intravedere la tabella di marcia.

4.1 La procedura top-down prevista dal Decreto

Il punto di partenza della procedura è costituito da ciò che, in una prima versione, era esplicitamente indicato come il "...valore delle risorse destinabile al finanziamento del SSN che il paese è nella condizione di assicurare per l'erogazione in condizioni di efficienza e appropriatezza dei LEA...". Nella versione finale del Decreto, tale valore 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 e appropriatezza...".

In ogni caso, il finanziamento complessivo destinato al SSN è ex-ante fatto pari ad un livello G^S , definito nel Decreto come il *fabbisogno sanitario standard nazionale*, nell'ambito del quale sono fissati i *fabbisogni standard regionali*. Per le regioni, la determinazione dei fabbisogni standard opera quindi attraverso un vincolo macroeconomico in virtù del quale ripartire le destinazioni regionali di un Fondo sanitario nazionale. In tal senso, è garantito un obiettivo di sostenibilità finanziaria attraverso un procedura *top-down*, forse destinata a scontentare chi la vorrebbe *bottom-up*, argomentando che in tal senso sarebbe prevista dalla Costituzione e dalla LD 42/2009. Ma su questo punto torneremo alla sezione 4.3.

La rappresentazione formale del funzionamento del meccanismo *top-down* prescelto è la seguente.

Poniamo con G_i la spesa della regione i in sanità, destinata alle tre funzioni di identificazione dei LEA: (i) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, pari al 5% del totale; (ii) assistenza distrettuale pari al 51% e (iii) assistenza ospedaliera pari al 44%. Per cui dato $k = 1,2,3$, G_{ik} è la spesa nella regione i per il macrolivello k e naturalmente la spesa sanitaria complessiva è data da $G_i = \sum_k G_{ik}$, $i = 1, \dots, n$. L'ammontare totale, per macrolivello e per il complesso della spesa, per tutte le

Regioni, è dato da $G_k = \sum_i G_{ik}$; $G = \sum_k G_k = \sum_i G_i$. Ora, fissando esogenamente, come detto, il vincolo sul

totale del finanziamento al SSN, $G = G^S$, occorre determinare i fabbisogni di spesa sanitaria regionali, $G_i^S = \sum_k G_{ik}^S$, tali che la loro somma, per tutte le Regioni, dia appunto il totale prefissato: $G^S = \sum_i G_i^S$.

Il meccanismo consiste nell'individuare, per ciascuna regione (ed eventualmente per ciascun macrosettore) un coefficiente di riparto, Π_i in funzione del costo standard desunto con riferimento a regioni *benchmark*, da applicare al fabbisogno nazionale: $G_i^S = \Pi_i G^S$.

A tal fine, si individuano le regioni *benchmark* come "...le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia, sentito il Ministero per i rapporti con le regioni, in quanto migliori cinque regioni", sulla base di criteri di qualità, appropriatezza, ed efficienza definiti in sede di concertazione Conferenza Stato-Regioni. "...A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza e di appropriatezza, con le risorse *ordinarie* stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale (cioè previste in sede di riparto del FSN senza considerare le maggiori entrate derivanti dall'attivazione della leva fiscale), ivi comprese le entrate proprie regionali *effettive*".

Nell'individuare le regioni *benchmark* si dovrà tener 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".

Il *costo standard unitario per macrolivello k*, c_k^S , è dato dalla "...media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni *benchmark*". A tal fine il livello della spesa delle tre macroaree nelle regioni *benchmark* è computato al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale, non tenendo conto delle maggiori entrate regionali e della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e scorporando le quote di ammortamento (con ulteriore copertura).

Per formalizzare la nozione chiave di *media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni benchmark*, sono state proposte diverse interpretazioni. Alcune, come quella di Giuseppe Pisauro e Vittorio Mapelli, ottengono il paradossale risultato di evidenziare come ininfluenti i costi standard stessi, in quanto il costo standard risulta una costante moltiplicativa della popolazione pesata, per cui il riparto avverrebbe esclusivamente in base a quest'ultima, così come peraltro è ormai da anni⁴.

Il ragionamento è il seguente⁵. Sia, per ogni singola regione *benchmark*, $j=1,2,3$, la spesa pro-capite "pesata" per fasce di età, $f=1,..,F$, per il macrolivello k pari a

$$g_{jk} = \frac{G_{jk}}{POP_{jk}^p}, POP_{jk}^p \equiv \sum_{f=1}^F POP_{jf} \lambda_{kf} \quad [14]$$

dove λ_{kf} sono i pesi rappresentativi dei consumi sanitari, per macrosettore, per fasce di età.

Al riguardo, mostriamo nella seguente tabella i pesi utilizzati per il riparto del fabbisogno sanitario fissato dalla CSR del 29.4.2010 sul riparto FSN 2010⁶.

Tabella 1 PESI PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA E ASSISTENZA OSPEDALIERA. 2010

Classi di età	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>75
Pesi specialistica	0,530	0,263	0,318	0,438	0,702	1,169	2,061	1,846
$\lambda_{specialistica}$	0,077	0,038	0,046	0,064	0,102	0,170	0,299	0,267
Pesi ospedaliera	3,028	0,375	0,229	0,370	0,530	0,966	2,095	2,941
$\lambda_{ospedaliera}$	0,287	0,036	0,022	0,035	0,050	0,092	0,199	0,279

Fonte: elaborazioni da N. Dirindin, *op. cit.*

Secondo la lettera dell'art. 22 del Decreto, il costo standard è pari alla media della spesa pro-capite pesata:

$$\bar{g}_k = \frac{\sum_{j=1}^3 g_{jk} \frac{POP_{jk}^p}{\sum_{j=1}^3 POP_{jk}^p}}{\sum_{j=1}^3 \frac{G_{jk}}{\sum_{j=1}^3 POP_{jk}^p}}, k = 1,2,3 \quad [15].$$

Il fabbisogno regionale per il macrosettore k diviene dunque $G_{ik}^S = \bar{g}_k POP_{ik}^p$, $i = 1,..,n$, mentre, a sua volta, quello nazionale è rapportato al totale nazionale della popolazione pesata e risulta pari a

$$G_k^S = \bar{g}_k \sum_{i=1}^n POP_{ik}^p = \bar{g}_k TPOP_k^p.$$

La quota della regione i sul fabbisogno standard nazionale per il macrosettore k , che diventa il criterio di riparto del finanziamento totale prefissato, sarà:

⁴ Pisauro G. (2010), *Retorica e realtà nella determinazione dei fabbisogni standard nella sanità*, www.nel merito.com, 22 ottobre e Mapelli V. (2010), *Se il costo standard diventa inutile*, www.la voce.info, 8 ottobre. Questa interpretazione è stata fatta propria anche Dirindin N. (2010), "Fabbisogni e costi standard in sanità: limiti e meriti di una proposta conservativa", *Politiche Sanitarie*, vol. 11, n. 4, dicembre; dal Servizio Bilancio della Camera, *Documentazione n. 291*, 15 febbraio 2011 e dal Servizio Bilancio del Senato, *Nota n. 99*, marzo 2011.

⁵ Vedi Pisauro G., *op. cit.*

⁶ Secondo il Decreto, questi dovrebbero essere calcolati per tutti i macrosettori ed eventualmente integrati anche di altri indicatori ritenuti utili a definire i bisogni sanitari relativi a particolari situazioni territoriali (come l'*indice di deprivazione*).

$$\Pi_{ik} = G_{ik}^S / G_k^S = \frac{\bar{g}_k POP_{ik}^p}{\bar{g}_k TPOP_k^p} = \frac{POP_{ik}^p}{TPOP_k^p} \equiv \pi_{ik}^p, k = 1,2,3; i = 1,..n. \quad [16]$$

che è, come detto, pari semplicemente alla quota di popolazione pesata relativa al macrosettore k .

Poiché, non riteniamo quest'ultimo un approdo, per quanto conforme alla lettera della norma, soddisfacente sotto il profilo degli obiettivi di efficienza che la logica dei fabbisogni standardizzati dovrebbe perseguire, riteniamo possa esserci spazio per altre interpretazioni e procedure, altrettanto coerenti con la lettera della norma, tanto più che sui criteri di applicazione della ponderazione della popolazione il Decreto rimanda ad una successiva intesa con la CSR.

In questa sede proponiamo la seguente alternativa, nella quale invece la struttura dei costi standard risulta determinante per il riparto⁷.

4.2 Una tecnica alternativa per la determinazione del costo standard per macrolivello e per il riparto del fabbisogno nazionale

L'idea portante di questa tecnica, che propone un'interpretazione estensiva della lettera del Decreto, è di pervenire ad un costo standard per fascia di età e poi risalire al costo standard per macrolivello. Sia dunque

$$c_k^S = \sum_{f=1}^F c_{kf}^S, \quad k=1,2,3 \quad [17]$$

il costo standard unitario per macrolivello, calcolato come somma dei rispettivi costi standard per le $f=1,..F$ fasce di popolazione. A sua volta, definiamo il *costo standard, per macrolivello k nella fascia f* , in tal modo:

$$c_{kf}^S = \sum_{j=1}^3 c_{jkf} \mu_{jf} = \frac{\sum_{j=1}^3 G_{jkf} \varpi_{jf}}{\sum_{j=1}^3 POP_{jf}}, \quad k=1,2,3$$

Nella prima espressione della [18], c_{kf}^S è ottenuto come media ponderata dei costi unitari relativi alla fascia f nelle 3 regioni *benchmark*, $c_{jkf} \equiv \frac{G_{jkf}}{POP_j}$; $j = 1,2,3$ con pesi $\mu_{jf} \equiv \frac{POP_{jf}}{\sum_{j=1}^3 POP_{jf}}$, $\sum_j \mu_{jf} = 1$. G_{jkf} , è la spesa sanitaria di j nel macrolivello k attribuibile alla fascia f , con $G_{jk} = \sum_f G_{jkf}$. Mentre $c_j \equiv \sum_f \sum_k c_{jkf}$ è la spesa sanitaria pro-capite della regione *benchmark* j .

Nella seconda espressione della [18], c_{kf}^S è invece ottenuto pesando G_{jkf} con i coefficienti $\varpi_{jf} \equiv \frac{POP_{jf}}{POP_j}$, $\sum_f \varpi_{jf} = 1$, cioè le quote % delle fasce di età della popolazione nella regione j , e rapportando tale somma ponderata sul totale della popolazione in f per le 3 regioni *benchmark*. I due procedimenti sono equivalenti una volta noto G_{jkf} .

Tale grandezza, cioè la *spesa regionale per macrolivello e per fascia di età*, è cruciale per ogni meccanismo di standardizzazione che voglia enfatizzare il ruolo dei costi standard, e può essere ottenuta,

⁷ Una proposta per molti aspetti simile a quella qui presentata è in Pammolli F. e Salerno N. (2010), *I numeri del federalismo in sanità, benchmarking e standard su profili di spesa per età*, CERM, Working paper n. 3.

con riferimento alla popolazione pesata, in tal modo $G_{jkf} = G_{jk} \sigma_{kf}$, dove $\sigma_{kf} \equiv \frac{\lambda_{kf}}{\sum_f \lambda_{kf}}$ è il peso normalizzato della fascia di età f , cioè la % della spesa del macrosettore attribuibile a tale fascia.

Il costo unitario standard c_k^S può quindi, come richiede lo schema di decreto, essere "...applicato, per ciascuna regione, alla relativa popolazione pesata regionale" per ottenere il fabbisogno standard specifico della regione i per ciascun macrolivello k . Procediamo in tal modo.

In primo luogo con l'espressione

$$C_{ik}^S \equiv \sum_f c_{kf}^S POP_{if} \lambda_{kf}, k = 1,2,3, i = 1, \dots, n \quad [19]$$

indichiamo il *costo totale standard della regione i per il macrolivello k* , ottenuto sommando il prodotto dei costi unitari per fascia di popolazione con gli abitanti "pesati" della stessa fascia. C_{ik}^S corrisponde dunque alla spesa sanitaria pro-capite che la regione i dovrebbe sostenere in condizioni di efficienza e appropriatezza, secondo la media delle regioni *benchmark*.

Si procede quindi all'identificazione del *coefficiente di trasformazione (riparto)* Π_{ik} da applicare al fabbisogno standard nazionale per il macrolivello k , G_k^S , per ottenere il fabbisogno regionale di ciascuna regione, compatibile con il vincolo macrofinanziario, G_{ik}^S .

Il coefficiente è dato semplicemente dal rapporto tra il costo standardizzato totale per k in i , di cui alla [19], e il costo standardizzato totale, ottenuto applicando il costo standard pro-capite, di cui alla [17], all'intera popolazione nazionale pesata.

$$\Pi_{ik} \equiv \frac{C_{ik}^S}{c_k^S TPOP_k^p} = \frac{\sum_{f=1}^F c_{kf}^S POP_{if} \lambda_{kf}}{c_k^S TPOP_k^p}, k = 1,2,3. \quad [20]$$

Il coefficiente di riparto per la regione i nel macro livello k è, a differenza della [16], tanto maggiore quanto più elevato è lo scarto tra costo standard per fascia e costo standard aggregato, in corrispondenza della fascia in cui la regione ha una più alta quota di popolazione pesata rispetto alla popolazione nazionale pesata. Con riferimento ai pesi di cui alla Tab.1, per esempio, se la regione i ha un'elevata popolazione nella fascia sopra i 75 anni, fascia che ha un elevato costo standard rispetto al totale, e ha il secondo maggior peso nell'assistenza ospedaliera, potrà usufruire di un alto coefficiente di riparto in quel macrosettore.

Ora, l'ultimo passaggio è applicare l'indicatore regionale di fabbisogno finanziario:

$$G_{ik}^S = G_k^S \Pi_{ik}; G_i^S = \sum_k G_{ik}^S, i = 1, \dots, n \quad [21]$$

Ottenendo così il fabbisogno standard della regione i :

$$\Pi_i = \frac{\sum_k G_{ik}^S}{G_i^S} = \frac{\sum_k \Pi_{ik} G_k^S}{G_i^S}, i = 1, \dots, n. \quad [22]$$

4.3 Alcuni commenti sulla procedura prevista nel Decreto

Indipendentemente dalla tecnica usata per la determinazione dei costi standard e dei coefficienti di riparto, che, come detto, sarà oggetto di decisioni in sede negoziale, alcuni elementi di giudizio tecnico sulla procedura di standardizzazione indicata nel Decreto possono essere i seguenti⁸:

⁸ Molti elementi di valutazione sono nei lavori del Servizio Bilancio rispettivamente della Camera e del Senato.

- La determinazione di fabbisogno sanitario nazionale G^S , opportunamente legata alla compatibilità macrofinanziaria (Fabbisogno nazionale *finanziabile*), non può essere totalmente svincolata anche da una logica di copertura del finanziamento totale dei LEA a livello nazionale (Fabbisogno nazionale *standard*). Dalla [19], per esempio, si evince che questo collegamento si avrebbe solo se $G_{ik}^S = C_{ik}^S, i = 1, \dots, n$. Una consistente discrepanza tra fabbisogno *standard* e *finanziabile*, anche per un solo macrosettore k , potrebbe anche prefigurare un'incompatibilità con gli artt. 117 e 119 del Titolo V. Occorre trovare una soluzione che concili per quanto possibile due obiettivi (finanziamento dei LEA e sostenibilità finanziaria). Si tratta di dare applicazione al principio previsto dal DLgs 502/1992 come modificato dal DLgs 229/1999 secondo cui "il perimetro dei LEA viene definito *contestualmente* alle risorse ad essi dedicate". Questo è il senso del lungo e complicato inciso del primo comma dell'art. 21 del Decreto.
- Una volta conciliate opportunamente le due dimensioni del problema della standardizzazione, va detto in modo esplicito e definitivo, che l'integrale copertura delle *spese LEP*, si riferisce, per la sanità al *fabbisogno sanitario regionale standard*, ammontare che, in quanto tale, può essere inferiore alla spesa effettivamente sostenuta dalla regione i . La differenza tra questa e la somma del fabbisogno standard, le entrate standardizzate e la quota del Fondo perequativo deve essere coperta esclusivamente dall'autonomia tributaria. Solo così opereranno gli incentivi a ridurre le inefficienze esistenti, dovute a fenomeni di azzardo morale e *soft budget constraint*.
- Il modo con cui le regioni *benchmark* sono individuate è un po' involuto, e sottintende un processo di negoziazione livello politico. Il timing della scelta è infatti il seguente:
 - i. La Conferenza Stato-Regioni definisce i criteri generali.
 - ii. Sulla base di questi, il Ministero della Salute e il Ministero dell'economia scelgono le migliori cinque Regioni in sede tecnica.
 - iii. La Conferenza Stato-Regioni su base politica sceglie le tre Regioni *benchmark*.
 Non è chiaro il motivo per cui non si prendono direttamente le cinque migliori, l'unico plausibile è che si vuole introdurre appunto un meccanismo di tipo politico, lo stadio (iii), che mitighi o corregga quello tecnico, (i) e (ii). Se, per esempio, oltre la prima, le altre saranno le due peggiori delle cinque, lo standard, e il relativo finanziamento, sarà più elevato. Rispetto alla versione originale del Decreto, l'accordo con la CSR ha, come detto, inserito altri elementi di discrezionalità nella scelta, prevedendo l'inserimento di una piccola regione e soddisfacendo un vincolo di rappresentanza geografica. Questo avrebbe evidenti ripercussioni sul significato stesso di costo standard propendendo verso una nozione media, riferita a un livello medio, piuttosto che efficiente, di prestazioni.
- La determinazione di fabbisogni standard delle regioni *benchmark* deve rappresentare effettivamente la nozione di equilibrio economico specificata. Per cui dovrebbe essere la spesa con cui si finanziano i LEA, in condizione di efficienza, ma anche appropriatezza, nella regione *benchmark j*. E' quindi opportuno fare esplicito riferimento alla dimensione qualitativa delle prestazioni, oltre che a quella di contenimento dei costi unitari. Il Decreto non lo specifica, ma alla base dell'individuazione delle cinque migliori regioni ci dovrebbe essere un metodo di determinazione, che fa uso di appropriate tecniche statistico-econometriche. Da notare che, potenzialmente, tutte le regioni possono rientrare tra le cinque. Solo dopo le procedure di stima si dovrebbe sapere quali sono.
- La determinazione dei livelli essenziali e quindi dei costi standard per i tre macrosettori è eccessivamente aggregata. Ad esempio, un qualche sforzo di disaggregazione almeno per sub-livelli sembrava opportuno e anche *feasible*, stante le informazioni disponibili.

- Infine, una conclusione di carattere più generale. Qualunque meccanismo di ripartizione secondo standard di riferimento deve basarsi su parametri tenuti stabili per un intervallo di tempo sufficientemente lungo e non rimessi in discussione di anno in anno. Purtroppo l'esperienza passata in tal senso non è di buon auspicio.

4.4 Alcune prime simulazioni

Cominciano ad affluire primi calcoli sulla determinazione della spesa standard regionale, applicando diverse formulazioni dell'art. 22. Riportiamo di seguito i dati relativi alla Toscana di due simulazioni formulate rispettivamente dal CERM (Pammolli e Salerno) e dalla Ragioneria generale dello Stato su richiesta della COPAFF.

Per entrambi i centri di ricerca la Toscana è regione *benchmark*, almeno in alcuni scenari. Nella successiva tabella, per il CERM le regioni *benchmark* sono Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto, mentre per la RGS sono Lombardia, Umbria, Marche, Toscana e Basilicata (regione piccola e del Sud).

Inoltre, l'analisi dei due centri di ricerca differisce anche per le componenti del fabbisogno nazionale e quindi per il totale, per l'anno di riferimento e per la diversa applicazione dell'accezione di *media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni benchmark*. La RGS calcola il costo medio pro-capite per macrosettore e quindi per il totale della spesa per le 5 regioni (quindi prescindendo dalla possibile scelta delle tre da a parte della CSR) e vi applica la popolazione pesata, per cui come sottolineato in precedenza la quota di riparto è indipendente dal costo standard. Invece, il CERM segue un procedimento simile a quello descritto nella precedente sezione, in cui il costo standard determina il coefficiente di riparto.

Tabella 2 SIMULAZIONI FABBISOGNO SANITARIO STANDARD IN TOSCANA

	Fabbisogno standard nazionale	Quota di riparto	Popolazione pesata	Fabbisogno standard
CERM	105 milioni €	6,68	3.743.034	7,024 milioni €
RGS	100,5 milioni €	6,33	3.743.034	6,359 milioni €

Rilevante ai fini dell'ammontare delle risorse che potranno affluire alla Toscana non è tanto la cifra assoluta del fabbisogno standardizzato, che dipende come detto, dalla stima dalle componenti effettivamente utilizzate, quanto la % di riparto. Uno scostamento dell'0,01% corrisponde in media ad uno scarto in termini assoluti di 10 milioni di euro. Per la Toscana, la quota è nelle simulazioni della RGS stabile al 6,33% pur variando gli scenari di riferimento. La quota di riparto è stata del 6,35% nel 2010, per cui si registrerebbe una riduzione nel finanziamento di circa 20 milioni.

Poiché la Toscana è regione *benchmark* e quindi con un costo standard relativamente inferiore alla media è sorprendente e paradossale che veda ridursi la quota di riparto. Questo sembrerebbe confermare che il modello con quota indipendente dal costo standard sia da ritenersi in qualche modo insoddisfacente.