

**Corte dei Conti**  
**Il federalismo fiscale**  
**alla prova dei decreti delegati**

Varenna, 22-24 settembre 2011

**Livelli essenziali delle prestazioni**  
**e fabbisogni standard**

*Claudio De Vincenti*  
Sapienza Università di Roma

# Struttura della presentazione

## Lep e fabbisogni standard

## Un po' di storia dei Lep

### Sanità:

- i possibili approcci a costi e fabbisogni standard in sanità
- i fabbisogni standard in sanità nel Dlgs 68/2011
- una valutazione del 68/2011 e qualche proposta

### Sociale:

- interrogativi su Lep e fabbisogni standard in ambito sociale
- il Dlgs 216/2010: un decreto “metodologico” e non è un caso
- spunti per cambiare strada

# Livelli essenziali delle prestazioni e fabbisogni standard

## I livelli essenziali delle prestazioni:

- sanità
- assistenza
- istruzione
- TPL con riferimento alla spesa in c/K

## Il finanziamento:

- deve coprire integralmente i fabbisogni standard corrispondenti ai Lep tramite tributi propri, addizionali, compartecipazioni, fondo perequativo

## I fabbisogni standard:

- devono essere calcolati in relazione ai costi standard associati ai Livelli essenziali delle prestazioni

# I livelli essenziali delle prestazioni in ambito sanitario (1)

## Un po' di storia:

- la riforma del 1978 prevedeva la definizione dei “livelli di prestazioni sanitarie che devono essere comunque garantite a tutti gli italiani”
- la legge di riordino del 1992 prevedeva la definizione dei Lea “in coerenza con l’entità del finanziamento assicurato al SSN”
- la riforma del 1999 specifica che la loro definizione deve avvenire contestualmente, non successivamente, alla definizione delle risorse finanziarie destinate al SSN
- la specificazione dei Lea viene richiesta dalle regioni nell’ambito del passaggio al federalismo fiscale e viene effettuata con il Dpcm 29 novembre 2001
- successive modificazioni richiedono l’emanazione di un nuovo Dpcm d’intesa con la Conferenza Stato-Regioni; oggi è ancora in vigore il Dpcm del 2001 (il Dpcm elaborato nel 2007-08 non è poi stato emanato)

# I livelli essenziali delle prestazioni in ambito sanitario (2)

## Le caratteristiche dei Lea:

- impostazione dal lato dell'offerta: prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a garantire entro i limiti del finanziamento stabilito
- articolazione in tre ampi macrolivelli – assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera – a loro volta composti da 25 livelli intermedi e ulteriori 26 microlivelli (per alcuni di questi è stato possibile definire un elenco di prestazioni, anche molto dettagliato)
- monitoraggio tramite il Sistema di garanzia dei Lea costituito da 62 indicatori di offerta, di procedura, di *output*, di *outcome* e di costo ai quali si affiancano 29 indicatori di contesto (stato di salute e fattori ambientali)
- elaborazioni successive della Commissione Lea e sviluppo del sistema informativo (NSIS); tuttora, debolezza qualitativa e disomogeneità interregionale dei flussi informativi

# I livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale

## Le prime formulazioni:

- la legge 328/2000 (Legge quadro sull'assistenza) ha previsto la definizione dei Liveas fornendo indicazioni generali sugli ambiti di intervento
- il Dpcm 14 febbraio 2001 ne ha fornito una prima declinazione generale in termini di interventi per:
  - il sostegno a infanzia, adolescenza e responsabilità familiari
  - contrasto della povertà
  - assistenza domiciliare e residenziale ai non autosufficienti
  - inserimento sociale dei disabili

Lo iato rispetto ai Lea sanitari

# I possibili approcci a fabbisogni e costi standard sanitari (1)

## La frontiera efficiente\*:

- scelta delle variabili esplicative (demografiche, socio-economiche, stili di vita, ecc.)
- stima della relazione che lega la spesa regionale a ogni variabile esplicativa (impatto di ogni variabile sulla spesa sanitaria nella media delle regioni)
- stima degli scostamenti regionali dalla spesa standard pro-capite
- costruzione di un indicatore di qualità dei servizi
- stima della frontiera efficiente qualità-spesa

## Le criticità:

- delicatezza della scelta delle variabili esplicative
- complessità nella costruzione di un indice aggregato di qualità

\* Per una analisi di questo tipo, cfr. CERM

# I possibili approcci a fabbisogni e costi standard sanitari (2)

## Bottom-Up (metodo analitico):

- il costo standard come costo efficiente per unità di prodotto
- fabbisogno standard = somma di: popolazione per fasce di età x quantità di prestazioni pro-capite standard x costo standard delle diverse prestazioni (si tratta di una semplificazione rispetto alla identificazione analitica di quantità di prestazioni in funzione dei bisogni sanitari specifici delle singole regioni)
- la somma dei fabbisogni regionali determina il finanziamento aggregato

## Le criticità:

- attuale carenza di dati per un calcolo fine di costo per singole prestazioni
- ci sono esternalità di produzione tra le prestazioni che insieme compongono un Lea, cosicché il suo costo non è la mera sommatoria dei costi delle prestazioni ma dipende da come le prestazioni vengono combinate all'interno dell'azienda sanitaria
- come si garantisce la coerenza tra finanziamento aggregato risultante dal metodo bottom-up e compatibilità macroeconomiche? ossia, come si garantisce il coordinamento della finanza pubblica?

# I possibili approcci a fabbisogni e costi standard sanitari (3)

## Un metodo analitico semplificato:

- costo standard per fascia d'età e per livello aggregato di assistenza come costo medio nelle regioni *benchmark* (ne deriva anche una ponderazione per classi di età\*)
- fabbisogno standard per livello aggregato di assistenza nella singola regione = somma per tutte le classi di età di: costo standard x popolazione regionale nella classe di età
- fabbisogno standard regionale = somma dei fabbisogni per livelli aggregati di assistenza
- la somma dei fabbisogni regionali determina il finanziamento aggregato

## Problematiche:

- i bisogni sanitari non dipendono solo dalla struttura per età
- i dati sui consumi per classi di età sono disponibili solo per assistenza ospedaliera, farmaceutica e – ma non per tutte le regioni – specialistica ambulatoriale
- per gli altri livelli aggregati di assistenza si può procedere solo per estensione o altro
- resta il problema di garantire il coordinamento della finanza pubblica

\* Cfr. CERM e Petretto

# Il Decreto Legislativo 68/2011 (1)

## Procedimento essenzialmente top-down:

- il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, nonché in coerenza con il fabbisogno derivante dai Lea (margine di ambiguità)
- ripartizione del finanziamento per 3 macrolivelli: 5% all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 51% all'assistenza distrettuale; 44% all'assistenza ospedaliera
- per ottenere il finanziamento della singola regione si applica al fabbisogno nazionale standard il rapporto tra il fabbisogno sanitario standard della regione – determinato come sotto - e il valore totale dei fabbisogni regionali

# Il Decreto Legislativo 68/2011

## (2)

### Calcolo del fabbisogno regionale standard:

- si applicano a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni *benchmark*
- 3 regioni *benchmark* scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le 5 - individuate da MS e MEF - che abbiano garantito Lea in condizioni di equilibrio economico (comprese le entrate proprie regionali effettive) e in condizioni di efficienza e appropriatezza; nella scelta delle regioni si tiene conto della rappresentatività geografica con almeno una regione di piccola dimensione
- calcolo del costo standard aggregato per ognuno dei tre macrolivelli come media pro-capite pesata del costo registrato nelle regioni *benchmark*
- costo nelle regioni *benchmark* come spesa depurata (mobilità, sforzo fiscale, prestazioni superiori ai Lea) rapportato alla popolazione pesata
- applicazione del costo standard alla popolazione pesata di ogni regione, ottenendo il suo fabbisogno standard
- calcolo del rapporto tra fabbisogno regionale standard e somma dei fabbisogni regionali (indebolimento nella versione definitiva del decreto), rapporto da applicare poi al fabbisogno nazionale stabilito *ex ante*

# Il Decreto Legislativo 68/2011

## (3)

### La dinamica del procedimento:

- le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento
- le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento
- costi e fabbisogni standard sono determinati annualmente dal Ministro della Salute di concerto col Ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni
- il sistema entra in vigore dall'anno 2013 prevedendo una transizione graduale a regime di durata quinquennale
- rideterminazione dei criteri, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, con cadenza biennale, comunque nel rispetto del livello di fabbisogno *standard* nazionale stabilito in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica
- per le carenze strutturali presenti in alcune aree territoriali si procederà con interventi da definire ai sensi dell'art. 119, comma 5, della Costituzione, tenendo conto della complementarietà con gli interventi straordinari di edilizia sanitaria (art. 20 legge 67/1988)

# Una valutazione: i punti a favore

- il procedimento top-down garantisce il rispetto delle compatibilità macroeconomiche e dei vincoli di finanza pubblica
- il procedimento di determinazione dei fabbisogni standard appare ragionevolmente gestibile
- se la scelta delle regioni *benchmark* individuerà quelle che realmente garantiscono i Lea in condizioni di appropriatezza e con i costi più bassi, si evidenzieranno potenziali risparmi di spesa rispetto al fabbisogno nazionale storico (risultati di prime simulazioni)
- Il risparmio potenziale potrà essere utilizzato, in un'ottica dinamica, o a riduzione della spesa aggregata o per potenziare i Lea e/o migliorare il mix di servizi nelle regioni in ritardo su alcuni Lea (per esempio assistenza specialistica e RSA in sostituzione dei ricoveri ospedalieri)

# Una valutazione: le criticità (1)

## Il procedimento top-down:

- il metodo top-down rispetta il dettato della legge delega?
- se le regioni *benchmark* saranno realmente quelle che garantiscono i Lea in condizioni di appropriatezza e con i costi più bassi, il riproporzionamento finale dei fabbisogni regionali al fabbisogno nazionale predeterminato all'inizio del processo determinerà un eccesso di risorse a disposizione delle regioni, sia di quelle *benchmark* che delle altre, con effetti generalizzati di indebolimento della spinta all'efficienza\*
- la spinta all'efficienza risulterebbe poi ovviamente indebolita se le regioni *benchmark* non dovessero essere quelle che garantiscono i Lea con i costi più bassi
- in sintesi, il problema è che la determinazione del fabbisogno nazionale avviene indipendentemente dal calcolo dei fabbisogni regionali standard

\* Inoltre, il riproporzionamento si presta all'osservazione (Corte dei Conti, Mapelli, Pisauro) che in questo modo il procedimento porta semplicemente a un risultato equivalente a quello che si otterrebbe applicando per il riparto del fabbisogno nazionale predeterminato le quote di popolazione pesata delle regioni.

# Una valutazione: le criticità (2)

## Il calcolo di costi e fabbisogni standard:

- i dati dei consumi per classi di età sono disponibili per assistenza ospedaliera, farmaceutica e specialistica ambulatoriale
- per quanto riguarda l'ospedaliera e, all'interno dell'assistenza distrettuale, la farmaceutica e la specialistica si potrebbero almeno calcolare costi standard e quantità standard per classi di età, identificando i relativi fabbisogni standard in modo meno approssimato
- non sembra giustificato applicare la pesatura per età a tutte le voci di assistenza sanitaria\*
- si rinuncia del tutto ad altri criteri di pesatura, come l'indice di deprivazione sociale, che implicano una variabilità dei bisogni sanitari a parità di struttura per età della popolazione
- non viene chiarito se, nel caso i fabbisogni standard calcolati in una regione per i tre macrolivelli non rispettino le percentuali di ripartizione (5-51-44 per cento), vadano riproporzionati prima di calcolare il fabbisogno complessivo della regione o se invece si sommino a formare il fabbisogno regionale che fa da riferimento per il riparto del finanziamento nazionale; questa seconda strada sembra la più logica (in questa direzione sembra andare il comma 13 dell'art. 27)

\* Cfr. Corte dei Conti

# Una valutazione: le criticità (3)

## La dinamica del procedimento:

- la determinazione annuale dei fabbisogni standard – implicita per il fabbisogno nazionale ed esplicita per quelli regionali – fa venire meno la certezza circa le risorse a disposizione e con essa la possibilità per Stato e Regioni di programmare su un orizzonte pluriennale la spesa e quindi le azioni di miglioramento dell'organizzazione e gestione del sistema; si ripropone così il rischio di un inseguimento anno per anno della spesa da parte del finanziamento e la prospettiva di defatiganti trattative annuali tra Stato e Regioni e tra le stesse Regioni circa il riparto del finanziamento nazionale
- il riferimento, per la scelta delle regioni *benchmark*, a un solo esercizio – il secondo precedente l'anno di riferimento - non tiene conto di possibili oscillazioni casuali di spesa regionale: avrebbe più senso fare riferimento alla media del triennio terminante con il secondo esercizio precedente l'anno di riferimento
- la procedura di revisione a regime dei criteri di calcolo di costi e fabbisogni standard resta indeterminata e si dispone semplicemente che verrà effettuata previa intesa in Conferenza Stato-Regioni nel rispetto del livello di fabbisogno nazionale standard

# I miglioramenti possibili

- sostituire al metodo top-down un procedimento iterativo: calcolati i fabbisogni standard regionali, si decide quanto del risparmio potenziale di risorse è destinato a migliorare i Lea e a sostenere le regioni in ritardo e quanto va a riduzione del finanziamento aggregato
- predeterminazione almeno triennale delle risorse aggregate (determinate in base al processo iterativo indicato) e delle percentuali di riparto tra le regioni; in prima applicazione, determinazione quinquennale (uguale al periodo di convergenza)
- adottare per il calcolo di costi e fabbisogni standard riferiti a ospedaliera, farmaceutica e specialistica il metodo analitico semplificato indicato sopra (costo medio per fasce di età)
- definire un criterio di estensione dei pesi ad assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro e a medicina generale e pediatria o adottare per loro il pro-capite semplice
- tener conto di altri indici di pesatura della popolazione, come l'indice di deprivazione
- prevedere che la revisione dei criteri a regime farà riferimento all'elaborazione di analisi sui bisogni sanitari effettivi e su una contabilità – da costruire - per funzioni (almeno per macrofunzioni: assistenza in degenza, day hospital, assistenza territoriale, specialistica, ecc.)

# I Lep in ambito sociale: qualche interrogativo

Quattro problemi quando si tenta di specificare i livelli delle prestazioni sociali da garantire nel sociale:

**un problema di principio** – le modalità per rispondere a un bisogno sociale possono essere molto diverse e *a priori* ugualmente degne (a differenza della sanità, non c'è una “*evidence based social policy*”); ha senso stabilire set predefiniti di prestazioni da fornire?

**un problema di realismo** – a differenza del SSN, la distanza nel nostro paese tra copertura del bisogno e servizi oggi disponibili è, con qualche positiva eccezione, enorme; ce la sentiamo di stabilire Lep che non potremo realisticamente assicurare se non al termine di un processo molto lungo? O dobbiamo accontentarci di stabilire Lep tristemente mediocri?

**un problema di “equa” allocazione delle risorse** – se, come è giusto, stabiliamo Lep omogenei per tutto il territorio nazionale, dati gli attuali vincoli di bilancio pubblico aggregato e data la forte sperequazione tra regioni nella fornitura di servizi sociali, dobbiamo trasferire risorse dalle amministrazioni che forniscono più servizi a quelle che ne forniscono meno; è giusto premiare le amministrazioni che meno si sono preoccupate di rispondere ai bisogni dei loro cittadini?

**un problema di incentivi e sanzioni** – in base al Titolo V e alla Legge 42, i Lep vanno finanziati senza vincolo di destinazione; se le amministrazioni decentrate utilizzano il finanziamento senza soddisfare i Lep sociali, che facciamo? Riduciamo loro le risorse *ex post*? Facciamo proliferare piani di rientro sociali comune per comune? Ricorriamo al commissariamento? Qualche riflessione a partire dai piani di rientro sanitari: le contraddizioni di un federalismo che priva lo Stato centrale di strumenti di incentivo e sanzione.

# I fabbisogni standard nel sociale: ancora interrogativi

## Gli ostacoli al metodo bottom-up:

- valgono gli stessi caveat descritti sopra con riferimento alla sua applicazione per i costi standard sanitari: carenza e disomogeneità dei dati (amplificata per i servizi sociali); esternalità di produzione tra servizi
- varietà di forme organizzative possibili di una stessa tipologia di servizio (si pensi ai servizi per l'infanzia e ai servizi per non autosufficienti), che implicano qualità e costi molto diversi
- in molti casi i servizi vanno ancora strutturati

## Gli ostacoli al metodo analitico semplificato o a quello del 68/2011:

- come individuare le amministrazioni *benchmark* quando la copertura della popolazione è fortemente differenziata e così anche la qualità dei servizi offerti?
- che senso ha calcolare un costo medio pro-capite per Lep aggregato in questa situazione?

# Il Decreto Legislativo 216/2010

## Un decreto “metodologico”:

- il governo, previa valutazione congiunta in sede di Conferenza unificata, propone norme di coordinamento dinamico della finanza pubblica volte a realizzare la convergenza dei costi e fabbisogni standard e la convergenza degli obiettivi di servizio ai Lep
- fase transitoria verso i fabbisogni standard dal 2012 al 2016
- incarica la Sose, con la collaborazione dell’Ifel, di predisporre le metodologie per il calcolo dei fabbisogni standard da sottoporre alla Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica, di determinarne i valori, di monitorarne la fase applicativa
- metodologie e valori saranno adottati con Dpcm, sentita la Conferenza Stato-città e autonomie locali
- revisione dei fabbisogni standard con cadenza triennale

Se possiamo valutare positivamente la previsione di un percorso (peraltro indeterminato) degli obiettivi di servizio ai Lep, nell’insieme siamo ancora a “caro amico ti scrivo”. **E non è un caso!**

# Spunti per cambiare strada

## Per il settore dei servizi sociali occorre:

- individuare i servizi che a livello nazionale si vogliono promuovere
- stabilire, su un arco pluriennale, un percorso di obiettivi di servizio da realizzare a livello regionale e differenziati da regione a regione in relazione alle condizioni di partenza e in funzione di un processo di convergenza
- definire per ogni regione un fondo statale vincolato per il cofinanziamento dei servizi sociali sul suo territorio in funzione del percorso stabilito
- la regione e i comuni possono “tirare” sul fondo solo via via che realizzano gli obiettivi di servizio stabiliti, con premialità se per date risorse superano gli obiettivi di servizio stabiliti
- a intervalli (tre anni?), ridefinire il percorso di obiettivi di servizio per il successivo periodo pluriennale e i relativi fondi a disposizione

Torniamo così ai trasferimenti? Sì, per il cofinanziamento di quei servizi per i quali gli obiettivi da raggiungere sono concordati col Centro. Per il resto basarsi sulla fiscalità decentrata (da cambiare rispetto al decreto sul fisco comunale!)

Cambiare la Legge 42? Sì  
E il Titolo V? Anche