

**ACCADEMIA DEI LINCEI  
18 luglio 2011**

**INCONTRO DI STUDI**

**«I Costi Standard e i meccanismi di ripartizione del finanziamento della Sanità (Regioni e  
ASL): una "sfida" per una corretta allocazione delle risorse»**

**Saluto del Sig. Presidente della Corte dei Conti  
Luigi GIAMPAOLINO**

1. L'interesse particolare dell'odierno Convegno è dovuto, oltre che naturalmente all'autorevolezza dei partecipanti, alla particolare fase di attuazione del federalismo.

Si è infatti, come è noto, prossimi alla conclusione del percorso scaturito dalla l. n. 42 del 2009, con la emanazione di quasi tutti i provvedimenti dopo i previsti confronti presso la Conferenza tra Stato ed Autonomie e la Commissione parlamentare per il federalismo fiscale.

E' dunque questa un'occasione di incontro particolarmente qualificato, per dibattere su di una tematica che esce dal solo ambito seminariale e di studio per entrare nel concreto dei meccanismi attuativi, dei percorsi disegnati, delle interazioni tra i diversi provvedimenti, degli sviluppi attesi ed anche delle possibili criticità e degli aspetti da meglio approfondire e concretamente perfezionare.

Il momento del convegno segna dunque una occasione di particolare rilievo, anche dal punto di vista temporale.

In questa prospettiva, ritengo utile introdurre degli spunti di riflessione, che saranno sicuramente e più profondamente arricchiti, attingendo anche alla serie di audizioni svolte dalla Corte dei conti in sede di Commissione bicamerale e cui dunque faccio rinvio per una più compiuta analisi delle questioni.

2. Ritengo utile segnalare innanzitutto la pluralità dei decreti attuativi che si occupano della materia oggi trattata: se infatti è evidente *in primis* il richiamo al decreto legislativo n.68 recante *Disposizioni in materia di autonomia di entrata di Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*, non si può non considerare che la tematica emerge con evidenza anche nel decreto legislativo relativo alla armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro enti ed organismi e nello stesso provvedimento, ancora *in itinere*, con il quale si individuano meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni.

E' dunque evidente che la sanità in generale e, in particolare, la problematica dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario sono al centro dell'intero percorso del federalismo, sia per l'entità delle risorse dedicate, che per la qualità dei dati e degli strumenti di analisi sottesi, la pluralità di attori istituzionali coinvolti, e lo stesso dimensionamento delle prestazioni relative ad

un diritto fondamentale come la Carta costituzionale espressamente qualifica (art. 32) il diritto alla salute.

In un davvero sintetico cenno di inquadramento sistematico, parto dalla considerazione che il raccordo tra diritto alla salute e risorse finanziarie è antecedente alla revisione del titolo V della Costituzione ed ha sollecitato una ricca elaborazione nella giurisprudenza costituzionale già prima di tale revisione. Si è anche parlato, in tema di diritti sociali, come è noto, di "*diritti finanziariamente condizionati*", espressione emblematica di un rapporto peculiare tra diritto e risorse sottese.

Il primo aspetto da considerare è proprio questo, anche se non è qui il caso di ripercorrere la problematica ampiamente affiorata anche presso il Giudice delle leggi in ordine alla concreta delimitazione del diritto alla salute, che per la entità delle grandezze finanziarie e per la delicatezza dei temi coinvolti rappresenta un tema di centrale rilevanza nel sistema.

3. Come noto e ricordato anche nella audizione della Corte dei conti, il decreto sui costi standard nel settore sanitario si muove in linea con quello che è stato il percorso che ha caratterizzato le ultime legislature: uniformità nel finanziamento pro capite pesato, responsabilizzazione delle amministrazioni territoriali e adeguamento delle risorse ad importi coerenti con la fornitura dei livelli essenziali di assistenza. Si tratta di un approccio considerato di tipo *top-down*, nel quale è stato detto, il calcolo dei costi standard non è volto a definire il livello del finanziamento ma rappresenta piuttosto un criterio di riparto.

La scelta operata nel decreto di valorizzare l'esperienza maturata negli anni nella gestione della spesa sanitaria, se da un lato sembra ridurre l'impatto del riferimento ai costi standard nel nuovo meccanismo di definizione del finanziamento del settore, dall'altro ha il pregio di semplificare la gestione del sistema, garantendo, per altra via, il collegamento tra la programmazione di bilancio, la compatibilità di finanza pubblica, e l'analisi comparativa di quantità e qualità dei servizi erogati.

Con l'adozione dei nuovi meccanismi non si è dunque rinunciato a tracciare un collegamento tra programmazione di bilancio, compatibilità di finanza pubblica, e analisi comparativa dei servizi erogati. Il riferimento ai costi standard, se appare non immediatamente rilevante ai fini della determinazione del finanziamento da riconoscere alle diverse realtà territoriali, può infatti rilevare ai fini degli indicatori di efficienza e appropriatezza ed incidere positivamente sul sistema di autovalutazione delle Regioni e sulla conseguente adozione delle "*best practices*". Essa è affidata alla capacità (attraverso un esame delle caratteristiche del servizio reso nelle diverse realtà territoriali) di incidere sulla revisione dei criteri di pesatura e sulla dinamica complessiva della spesa a fronte del livello dei LEA garantiti. In tal senso, la maggiore disponibilità di dati sui consumi distinti per classe di età, per ora limitata alla spesa ospedaliera, a quella farmaceutica e a quella specialistica ambulatoriale, potrebbe consentire di rivedere nel tempo la stima della spesa standard nazionale, calcolando in modo sempre più preciso il fabbisogno su cui basare il criterio di pesatura e correggere eventualmente il tasso di variazione della spesa sanitaria complessiva compatibile con gli obiettivi di finanza pubblica o l'estensione dei servizi da garantire alla collettività. Attraverso, quindi, una possibile revisione dei criteri di pesatura (non

necessariamente legati a quelli di due esercizi precedenti a quello di avvio della procedura) e con un arricchimento delle informazioni disponibili sul territorio, si potrebbe poter tener conto nel calcolo anche di fattori ulteriori, tra i quali è stato da più parti indicato l'indice di deprivazione come misura delle condizioni di svantaggio socio economico di un'area .

Non desidero però entrare nel merito di una analisi che si incentra su aspetti di forte valenza tecnica: intendo invece trarre spunto da queste problematiche per evidenziare un tema che mi sembra centrale e connaturale alla stessa evoluzione dei dati nel percorso di attuazione del federalismo e di quello sanitario in particolare; non a caso il novellato titolo V dà particolare rilievo al coordinamento informativo e statistico (art. 117, secondo comma, lett. r) da considerarsi connesso sistematicamente alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale (art. 117, secondo comma, lett. m) ed alla perequazione (articolo 117, secondo comma, lett. e), (materie di competenza *esclusiva* statale).

4. E proprio in questa angolazione assume spessore l'altro provvedimento , che considero anch'esso fortemente correlato al tema del convegno: quello della "armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario" (materia attribuita alla potestà *concorrente* di Stato e Regioni (art. 117, terzo comma). In tal senso, vorrei soffermarmi, come anticipato, sul rilievo del processo di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro enti ed organismi, processo che riveste specifica configurazione e declinazione operativa con riguardo al settore sanitario.

Va, infatti, sottolineata la peculiarità del settore sanitario nei generali processi di armonizzazione - con taluni risultati già raggiunti e criticità ancora da superare - considerando, da un lato, la attuale diversificata situazione della legislazione contabile regionale, dall'altro, l'operatività della modellistica di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale, utilizzati per adempiere all'obbligo delle comunicazioni al Ministero della salute.

Si avvia ora una stagione di ricognizione delle normative contabili anche attraverso la individuazione di principi applicativi condivisi e uniformi, la cui finalità resta il superamento delle difficoltà sinora rilevate. In questo quadro, l'impianto e la metodologia del decreto legislativo appaiono di massima condivisibili in quanto affrontano alcune delle criticità del sistema informativo contabile delle aziende sanitarie più volte rilevate dalla Corte, quali: la definizione di un sistema di principi contabili e l'adozione di un modello di bilancio uniformi a livello nazionale; il rapporto tra il bilancio delle aziende e il bilancio regionale ed, infine, l'arricchimento delle informazioni contabili sotto il profilo finanziario e patrimoniale.

Queste innovazioni si innestano in un più articolato quadro dello stesso bilancio regionale (art. 20) per il quale si prevede una esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento di ciascun Servizio Sanitario Regionale (SSR) che consenta la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle Regioni.

5. Le innovazioni cui ho fatto un sintetico cenno richiedono una attenta funzione di monitoraggio e di controllo. Ricordo che un'esigenza di costante monitoraggio della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti, anche in relazione all'attuazione del federalismo fiscale, è stata esplicitamente presa in considerazione dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, cui ha fatto seguito il d.m. 18 gennaio 2011. Tale funzione di monitoraggio - che pone in evidenza il dimensionamento dei profili contabili con le esigenze di informazione, programmazione e controllo della spesa - sollecita per questi aspetti l'attenzione dei controlli interni, anche nel raccordo con quelli esterni. In relazione ai controlli interni, una volta definito un corpo di principi contabili riconosciuti e riconoscibili, un tema rimasto aperto attiene all'individuazione di standard di controllo concernenti gli obiettivi da perseguire e le procedure minime da attivare.

In relazione ai controlli esterni, appare centrale il ruolo svolto dalla Corte dei conti, il cui spessore deriva dalla stessa articolazione su base centrale e territoriale che consente l'esame di differenziate realtà amministrative, assicurandone, nello stesso tempo, una unitaria ricomposizione. Tale rilevanza potrebbe risultare ulteriormente rafforzata dalla nuova normativa di uniforme redazione dei bilanci delle aziende sanitarie, suscettibile di offrire nuove opportunità di analisi anche in sede di esercizio delle funzioni di controllo svolte in attuazione dell'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005 n. 2666. In tale ambito sono state evidenziate alcune fra le cause più ricorrenti di rischio e di anomalie contabili e gestionali.

Emerge dunque con chiarezza un ruolo crescente dei controlli, di quelli interni e di quello esterni, ruolo ripreso anche nello schema di decreto legislativo recante meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, Province e comuni, con il coinvolgimento ancor più diretto della stessa Corte, come emerso anche nella specifica audizione resa.

In questo generale percorso di accompagnamento al processo in senso federale, che ha visto l'audizione della Corte nella sede della Commissione bicamerale (presieduta dal pres. La Loggia) per tutti i decreti legislativi di attuazione del federalismo, è già dunque assicurato un apporto costante.

Tale apporto si innesta in una ampia ed articolata funzione di controllo e di ausilio, svolta a livello regionale e centrale sui principali temi di finanza pubblica e che trovano specifica declinazione con riguardo al versante sanitario: alle ricordate pronunce in sede locale si accompagnano le considerazioni svolte nei referti delle sezioni centrali e nei recenti rapporti resi in tema di coordinamenti di finanza pubblica, con un contributo in termini di terzietà ed indipendenza dai diversi attori interessati nei complessi ed articolati percorsi di attuazione del federalismo sanitario.