

# FederLab Italia

Coordinamento Nazionale dei Laboratori di Analisi Cliniche

## **“I Costi Standard ed i meccanismi di ripartizione del finanziamento della Sanità (Regioni e ASL): una “sfida” per una corretta allocazione delle risorse”**

Con il Coordinamento Scientifico del CEIS Sanità della Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

**F.S. Mennini e F. Spandonaro**

### **Introduzione**

L'assegnazione alle Regioni dei fondi per l'attività dei Ssr (Servizi sanitari regionali) non esaurisce il processo di finanziamento; almeno due aspetti devono essere ancora approfonditi:

- quello dell'assegnazione a livello regionale dei fondi fra le aziende;
- quello fra le funzioni assistenziali.

La definizione dei criteri più idonei per l'allocazione delle risorse nei sistemi sanitari è al centro di un dibattito scientifico, che ancora non raggiunge risultati condivisi.

I criteri adottati, così come sottolineato dal Rapporto CEIS Sanità 2008 e 2009, possono essere di tipo oggettivo (es: struttura della popolazione, struttura dei consumi etc...), oppure di tipo soggettivo/negoziato; in questa ultima tipologia rientrano criteri strettamente politici (es: accordi politici tra Regioni) e criteri che si basano su considerazioni di carattere finanziario (introduzione di tetti massimi di aumento, costi *standard* etc...).

Attualmente bisogna sottolineare, in particolare con riferimento ai costi *standard*, che sono necessari, oggi, per modificare il sistema di finanziamento alle Regioni e per reimpostare i sistemi di monitoraggio dei livelli di assistenza erogati, così come dimostrato dal fatto che sono in testa all'agenda politica.

In ogni caso, pur se necessari, debbono essere la risultante di un processo complesso di valutazione che parte dall'analisi congiunta dei costi e dei bisogni (Cfr.: Rapporto CEIS Sanità 2008 e Cicchetti, Mennini et al., 2008). La dizione “costo *standard*” evoca, infatti, il concetto di efficienza del sistema, nella misura in cui non si è voluto adottare il “costo medio” dell'assistenza, che è certamente maggiore della *best performance* ; allo stesso tempo evoca una certa prudenza nella comparazione dei dati che potrebbe essere il frutto di una non piena garanzia dei LEA.

La “via maestra” per il calcolo del costo *standard* passa per la disponibilità di dati contabili integrati con dati di infrastruttura, organizzazione, attività ed esito, per raggruppamenti omogenei di prestazioni, problema cogente del nostro sistema.

L’approccio dovrebbe essere coerente con un approccio “analitico” al calcolo dei costi *standard* che, a tendere, dovrebbe rappresentare il modello *standard* da perseguire (Vedi Box).

**L’approccio, quindi, della progettazione e dell’analisi dei Costi *standard* non può prescindere dalla disponibilità e funzionalità dei dati contabili integrati con dati di infrastruttura, organizzazione, attività ed esito, per raggruppamenti omogenei di prestazioni.**

www.federlabitalia.com

## I dati della sanità

Il problema relativo alla valorizzazione dei costi del Servizio sanitario nazionale rappresenta uno dei punti cardine tanto in relazione al concetto di efficienza allocativa quanto, e soprattutto, della sostenibilità della spesa.

Comprendere nel dettaglio se le risorse “scarse”<sup>1</sup>, caratterizzanti qualsivoglia sistema di assistenza sanitaria pubblico, vengono utilizzate in maniera efficiente dalle strutture del Ssn diviene un passaggio imprescindibile in un’ottica di corretta allocazione delle risorse stesse con l’obiettivo, primario, di offrire un servizio efficace. L’efficienza naturalmente va intesa quale efficienza allocativa, ossia relativa alla massimizzazione del benessere collettivo attraverso il livello quali-quantitativo della produzione dei singoli beni, minimizzando i costi.

Infatti, dopo aver determinato una quota appropriata del Prodotto Interno Lordo (PIL) da destinare alla sanità in relazione alle altre voci di spesa pubblica (efficienza macroeconomica) è necessario scegliere il mix di servizi che permette di massimizzare il risultato data una certa quota del PIL attribuita alla spesa sanitaria (efficienza microeconomica).

Il concetto sopra espresso di efficienza è strettamente correlato al concetto, anch’esso basilare quale principio caratterizzante un Sistema sanitario pubblico, di equità intesa quale valutazione in merito alla distribuzione dei costi e dei benefici tra i diversi individui o gruppi sociali.

Valutazione in merito alla distribuzione dei costi e benefici sia che la si interpreti come equità orizzontale, ovvero prevedere un’uguale spesa pro-capite o un numero di servizi uguale, sia come equità verticale, ovvero prevedere un numero di servizi variabile in funzione dei bisogni per garantire la stessa accessibilità e provvedere ad un uguale livello di salute.

La relazione tra efficienza ed equità, soprattutto nel nostro Ssn, rappresenta un cardine “inviolabile”, sempre se si mantiene ben presente che il giudizio sull’equità è a monte del processo decisionale (“preferenze politiche”) e non spetta quindi agli economisti piuttosto che ad altre figure collegate all’analisi economico-gestionale esprimere le proprie valutazioni sugli effetti distributivi se non in un momento successivo.

Ragionando, quindi, in termini di efficienza in senso lato diviene importante comprendere la struttura e la natura dei costi della sanità affinché si possano realizzare e verificare i

---

<sup>1</sup> “scarse”= non illimitate.

principali risultati attesi in termini di massimizzazione del risultato e minimizzazione dei costi.

Punto di partenza affinché quanto sopra descritto possa verificarsi è, senza dubbio alcuno, quello di poter disporre di una banca dati completa che permetta interazioni tra le diverse fonti dei costi della sanità.

Uno studio del 2010<sup>2</sup> ci porta a sottolineare i punti di forza e di debolezza dell'attuale sistema informativo. In particolare, per quanto attiene l'aspetto positivo, va sottolineato come esista la possibilità di reperire direttamente dal *web* tutti i principali modelli di rilevazione delle fonti economiche in sanità. E' possibile rintracciare, dai siti regionali, i modelli di rilevazione delle attività gestionali delle ASL (Modelli FLS, STS, RIA, HSP), dei costi dei livelli di assistenza (Modello LA) e del conto economico delle ASL (Modello CE).

Questo risulta di fondamentale importanza per poter conoscere quali variabili sono disponibili a livello di singola ASL e poter così guidare gli utenti ed i ricercatori nelle migliori strategie di indagine ed esplorazione dei conti economici in sanità, specie se non tutte le variabili vengono pubblicati nei database ufficiali. Ogni ricerca, infatti, si fonda sulla disponibilità ed accuratezza dei dati ed iniziare avendo una panoramica dei dati raccolti consente una prima accurata progettazione.

Il sito del Ministero, inoltre, rende disponibili sia dati elaborati con alcuni commenti (annuario statistico) sia dati grezzi per singola ASL disponibili interrogando un semplice database. Attraverso richieste ufficiali al Ministero è possibile, inoltre, avere ulteriori variabili provenienti dai modelli sopraindicati.

Con riferimento, poi, ai punti di debolezza e/o miglioramento è necessario affermare che l'aggiornamento dei dati *on-line* prosegue leggermente a rilento. Ad esempio, per quanto riguarda i modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle ASL, l'annuario statistico con i dati riferiti al 1998 era stato pubblicato nel Dicembre del 1999 salvo poi accumulare negli anni un ritardo di un anno pubblicando l'annuario con i dati del 2007 nel Dicembre 2009. Inoltre, le interrogazioni al database con i dati riferiti ai conti economici delle ASL sono disponibili per i soli dati del 2005.

Una particolare attenzione deve essere posta sulla totale assenza di dati provenienti dal modello LA. Nonostante la notevole importanza di questi modelli, e la raccolta avviata ormai nel 2003, non vi sono pagine web che fanno riferimento a questi dati e sono rarissime le pubblicazioni (ad esempio, alcuni riferimenti nel Sistema di garanzie per il

---

<sup>2</sup> "Le informazioni statistiche sulla salute, sulla sanità e sui costi sanitari: disponibilità, qualità e possibili miglioramenti per far fronte a una crescente domanda", promosso dalla Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica (CoGIS) (Presidenza del Consiglio dei Ministri), 2009/2010 (Prot. N. 367/2009/CoGIS/2.1 del 22 ottobre 2009). Coord. Scientifico: Proff. V. Egidi e FS Mennini.

monitoraggio dell'assistenza sanitaria) che riportano estratti delle variabili riferite a questa fonte.

Ma, prima di poter passare alla "terapia" è indispensabile approfondire anche la "diagnosi". Questa analisi deve essere letta prendendo in considerazione due rilevanti limiti ai quali corrispondono altrettante linee di miglioramento per il sistema informativo del Ssn.

Il primo riguarda l'affidabilità dei dati di contabilità presenti nei modelli CE. I dati dei modelli, a partire dal 2006, hanno un livello di completezza molto più elevata rispetto al passato. E' oggi possibile effettuare delle analisi sui macro-aggregati di costo e ricavo appoggiandosi in maniera sufficientemente robusta sull'aderenza tra la realtà dei fatti e quella mostrata dai dati di bilancio. Qualche dubbio in più sussiste su alcune specifiche voci di costo.

Nonostante la qualità dei dati sia sostanzialmente migliorata rispetto al passato, è necessario lavorare ancora affinché i dati possano essere considerati pienamente omogenei e ,quindi, comparabili. In questa ottica, sta lavorando il parlamento europeo che, nel 2003, ha approvato il già citato regolamento su "*Public health and safety at work*<sup>3</sup>" in cui si definiscono su base legale obblighi e vincoli sui principali flussi informativi della sanità che dovranno essere gradualmente implementati.

L'impatto che questo regolamento avrà sul sistema di produzione dell'informazione statistica nazionale sarà rilevante non solo, come si è detto, per le statistiche sulla salute in sanità ma anche per quelle sulla sanità. Il regolamento, infatti, prevede l'obbligo di fornire i dati statistici sulla spesa sanitaria secondo lo schema concettuale del *System of Health Accounts* (Sha). Il Sha è una metodologia promossa nel 1996 dall'OCSE con il duplice obiettivo di fornire un quadro di comparabilità internazionale per la raccolta dei dati e un possibile modello per ridisegnare e completare i conti sanitari nazionali ed agevolare, in questo modo, i decisori politici.

Per conseguire questi obiettivi sembra necessario agire su alcune direttrici:

- è necessario migliorare i sistemi di contabilità economico-patrimoniale delle aziende sanitarie per render più efficace e sistematica la registrazione delle transazioni economiche;
- ma soprattutto è necessario sviluppare i sistemi di contabilità analitica per centri di costo e per linee di attività (contabilità per livelli di assistenza - LA);
- appare, ancora, fondamentale progredire verso l'adozione di principi contabili uniformi tra le Regioni in modo che le modalità di registrazione delle transazioni economico-finanziarie avvenga in modo omogeneo nelle diverse aziende delle diverse Regioni.

---

<sup>3</sup> Regolamento del Consiglio (CE) n. 322 del 17 febbraio 1997, modificato dal Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio (CE) n. 1882/2003

A fianco alla questione relativa alla qualità e all'uniformità dei dati contabili è poi necessario migliorare la disponibilità di dati infrastrutturali, di attività, *performance* ed esito a livello di azienda sanitaria che sono indispensabili per la costruzione di un *set* di indicatori in grado di offrire un sistema di misurazione della *performance* aziendale completo e uniforme sul territorio.

Come noto, infatti, grazie soprattutto al flusso dei dati della scheda di dimissione ospedaliera sono disponibili molti dati di attività ospedaliera. Tra questi i dati relativi al numero delle giornate degenza per ricoveri ordinari e di *day-hospital*, il numero dei dimessi per le diverse tipologie di ricovero. Attraverso altri flussi informativi del Ministero della Salute è anche possibile disporre di informazioni su alcuni fattori di carattere infrastrutturale e organizzativo, come il numero dei posti letto, il personale dipendente, la disponibilità delle grandi tecnologie.

Mancano però flussi informativi riguardanti altre dimensioni infrastrutturali, quali i metri quadrati delle strutture di ricovero e la dimensione in termini di metri cubi. Questi dati sarebbero indispensabili per valutare la variabilità di spese quali ad esempio quelle riferite alla pulizia degli spazi o al riscaldamento. Alcuni dati di natura organizzativa, ad esempio, non sono *routinariamente* disponibili, come la consistenza dei contratti siglati dalle aziende per la somministrazione di lavoro "interinale" o attraverso il ricorso a cooperative-lavoro. Queste mancanze, in particolare, rendono difficoltosa ogni valutazione inerente la congruità della forza lavoro nelle diverse categorie professionali.

Ma la mancanza forse più rilevante riguarda la dimensione degli "esiti". Nonostante gli sforzi degli ultimi anni, anche attraverso il relativo "Progetto Mattoni", non sono ancora disponibili flussi informativi tali da poter garantire la costruzione di un *set* di indicatori di esito a livello nazionale. Il mattone "Misura dei costi del SSN" aveva l'obiettivo di omogeneizzare a livello nazionale i flussi informativi economici per natura e destinazione, permettendo il confronto tra i costi delle diverse strutture sanitarie.

Lo studio (V Egidi e FS Mennini, 2010), allo stato attuale, può rappresentare un contributo metodologico in una fase in cui il passaggio ad uno stadio di "maturità" per il nostro sistema sanitario federale è fortemente correlato con la capacità di giungere al superamento del sistema di finanziamento sulla spesa "storica" verso un modello per costi *standard*.

I costi *standard* sono necessari, oggi, per modificare il sistema di finanziamento alle Regioni e per reimpostare i sistemi di monitoraggio dei livelli di assistenza erogati. La "via maestra" per il calcolo del costo *standard* passa per la disponibilità di dati contabili integrati con dati di infrastruttura, organizzazione, attività ed esito, per raggruppamenti omogenei di prestazioni (modelli LA affidabili e completi). L'approccio qui utilizzato è

coerente con un approccio “analitico” al calcolo dei costi *standard* che, a tendere, dovrebbe rappresentare il *golden standard* da perseguire.

[www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com)

## Criticità e proposte operative

Di fatto si è evidenziata negli anni una reale difficoltà nel trovare un accordo condiviso tra le Regioni in relazione all'utilizzo di criteri di tipo oggettivo. Conseguentemente si è riscontrata una tendenza ad adottare criteri di riparto di tipo negoziale.

Quale che sia comunque il metodo di riparto prescelto, è però opinione ormai condivisa (Costa e Faggiano, 1994; Mapelli, 2000) che esso non possa prescindere da tre fattori fondamentali:

- la quantità di popolazione servita;
- il differenziale dei bisogni di natura sanitaria e socio-sanitaria (caratteristiche della popolazione);
- la stima delle risorse economiche necessarie per soddisfare i bisogni.

Un sistema che prescinda anche da uno solo dei fattori sopra elencati corre il rischio di presentare distorsioni gravi a danno dell'equità e della efficienza allocativa.

Con riferimento al primo fattore, è chiaro che maggiore è il numero di residenti e maggiore è il bisogno da soddisfare. Per quanto attiene il differenziale dei bisogni sanitari, la sua determinazione resta una operazione piuttosto complessa, in cui l'unica evidenza, peraltro condivisa all'interno del mondo scientifico, è che al crescere dell'età cresce l'utilizzo dei servizi. Con riferimento alle risorse economiche necessarie per finanziare il sistema sanitario, e quindi per soddisfare i bisogni della popolazione, il riparto del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) tra le Regioni è una variabile esogena rispetto al sistema regionale, se si considera che esso è il risultato di complesse negoziazioni, economiche ma anche sociali. Di fatto, dunque, a livello regionale il principale problema è quello di allocare le risorse tenendo conto del differenziale di bisogno sanitario fra le ASL.

Tutte le Regioni seguono, in pratica, i criteri previsti dal sistema di riparto a livello Nazionale, a volte con opportune correzioni, ovvero assegnando ai LEA quote di risorse finanziarie differenti rispetto agli obiettivi definiti nel D.P.C.M. del 29 Novembre 2001.

La difformità delle quote assegnate internamente dalle Regioni ai LEA sono in via di principio giustificabili, in una ottica federalista, richiamando l'obiettivo di ottenere un aumento dell'efficienza allocativa interna, a sua volta dipendente da una assegnazione delle risorse rispondente alle peculiari necessità che ciascuna Regione presenta in base alle proprie caratteristiche socio-demografiche e non solo; da tale punto di vista, il criterio demografico risulta comunque essere quello prevalente, adottato praticamente da tutte le Regioni, insieme ad altri criteri che possono risultare diversi.

Il rischio di tale pratica, di contro, è che i criteri vengano forzati per determinare quote che, ex post, ripropongono distribuzioni di risorse in base alla spesa storica.

Con riferimento, ad esempio, all'assistenza ospedaliera, l'analisi delle scelte operate a livello regionale suggerisce come ad un maggior finanziamento di questo tipo di

assistenza venga, quasi sempre, associato un maggior numero di posti letto (principalmente in *day hospital* e in *day surgery* (Cfr. Rapporto CEIS Sanità 2008 e 2009).

La quota di fondo assegnato ad aziende sanitarie territoriali e aziende ospedaliere fornisce, quindi, un quadro di riferimento sul livello di accentramento finanziario regionale, nonché dei sistemi utilizzati per garantire il governo e la sostenibilità finanziaria del sistema. Di fatto le scelte regionali sono legate alla situazione socio-economica e finanziaria che caratterizza il Ssr, ed emerge anche una correlazione positiva tra i livelli di disavanzo di alcune Regioni e il livello di accentramento delle risorse per la sanità.

Il rischio che si comporta il seguire tale tendenza è che, in prima istanza, il riparto venga condizionato dalla spesa storica, senza che si tenti neanche di applicare “correzioni” a tale criterio (es: provare a ripianare ex ante il disavanzo atteso).

Dopo molte discussioni, e altrettanti voli pindarici, con il Decreto sui costi standard il dibattito sull'applicazione del federalismo è finalmente “atterrato” e, come era lecito attendersi, le aspettative si ridimensionano fortemente, mostrando tutta la inadeguatezza dell'approccio sin qui tenuto. I costi standard di fatto spariscono, sostituiti dalla spesa storica (quella che si voleva eliminare), anche se ora limitata a quella delle Regioni risultate virtuose negli ultimi esercizi; il fabbisogno standard è, a sua volta, individuato nel FSN programmato (seppure con alcuni punti oscuri su cui si tornerà).

La struttura del Decreto, è semplice: si individuano le Regioni *benchmark*, e poi si usano le relative spese sanitarie pro-capite pesate, applicandole a tutte le altre Regioni. La semplicità e l'evitare di dover mettere in discussione (almeno apparentemente) alcuno degli assetti attuali, sono probabilmente le doti principali (in termini politici) del Decreto. L'approccio, a ben vedere, riprende nella sostanza quello di una proposta avanzata durante l'estate del 2010 dal CERM, fortunatamente emendandola di alcuni errori evidenti, quali il considerare le spese complessive (e quindi anche i livelli oltre LEA), e di alcune scelte, quanto meno arbitrarie, quali quella sulla pesatura per età; sparisce anche, opportunamente, il richiamo alla qualità, davvero troppo naive nella citata proposta, che individuava le Regioni qualitativamente virtuose mediante la mobilità attiva (sarebbe facile costruire contro-esempi per mettere in discussione il criterio).

Ma la proposta CERM e il Decreto continuano, a nostro parere, a condividere lo stesso “peccato originale”, ovvero una sostanziale tautologia nella definizione di Regione virtuosa (o benchmark). Un sistema di costi *standard* dovrebbe, infatti, servire a garantire un finanziamento equo, tale da permettere alle Regioni efficienti di vedere finanziati i LEA in equilibrio, così che gli eventuali disavanzi siano poi misure indiscutibili di inefficienza e, come tali, da ripianare strettamente a carico dei bilanci delle Regioni che li abbiano generati. Un sistema equo deve, quindi, incorporare il principio dell'efficienza ma anche quello del bisogno, perché appare evidente che non costa uguale servire popolazioni con caratteristiche differenti. I ricercatori più attenti, da tempo, hanno segnalato che il problema risiede nella endogeneità delle due dimensioni, il che semplicemente significa

che, prima di poter operare il *benchmarking*, va garantito che si confrontino “mele con mele” e “pere con pere”.

Se si confrontassero le spese di Regioni con popolazioni diverse (“pere e mele”), non necessariamente quella che spende meno sarebbe la più virtuosa (e infatti le Regioni del Sud in assoluto spendono pro-capite mediamente meno di quelle del Nord). Il Decreto, per ovviare al problema, confronta le Regioni in base alle spese pro-capite pesate (ovvero, in via di principio, eliminando le differenze derivanti dalla diversa struttura della popolazione), usando di fatto i pesi sin qui utilizzati per il riparto: dopo di che, assume che le Regioni virtuose siano quelle in equilibrio finanziario, ovvero quelle che riescono a “stare” nell’attuale sistema di riparto... ma quello che si voleva mettere in discussione era proprio l’attuale sistema di riparto, che invece diventa l’assunto di base del processo! La ragione politica di ciò, sembra essere la pervicace resistenza delle Regioni (presumibilmente del Nord) a mettere apertamente in discussione il criterio di riparto adottato sulla base della L. 662/1996, che invece è l’essenza del problema; la politica ne ha preso atto, arretrando rispetto alla necessità di definire una nuova pesatura, con la “scusa” che la questione è tecnicamente complessa. Se si assume implicitamente che i pesi, ovvero la stima del bisogno, vada bene come è, ovvero che il riparto storico sulla base del bisogno sia corretto, allora a che serve tutto il resto? In teoria a misurare l’efficienza che però, ripetiamo, è cosa ragionevolmente fattibile solo dopo avere sgombrato il campo dal dubbio che i pesi adottati per omogeneizzare le popolazioni siano corretti e quindi non generino distorsioni nel *benchmarking*. Se si assume, come nel Decreto, che i criteri di riparto vadano bene per definizione, ridefinire la quota pro-capite da finanziare in base alla spesa delle Regioni virtuose cosa cambia?

La logica dice che non dovrebbe cambiare nulla, a meno che per effetto delle modalità di calcolo, possa modificarsi il livello o la distribuzione del finanziamento. Qui sembra che si trovi un lato davvero oscuro della proposta. Infatti, sin dalle premesse del Decreto ci si preoccupa di affermare che il fabbisogno, ovvero il finanziamento, è complessivamente quello programmato (almeno per il 2011 e 2012). E la cosa è ribadita nell’art. 1 e di nuovo, in modo ancora più esplicito, nel comma 4 dell’art. 3. Ma se i pesi (per età) sono quelli usati sinora per spartire la torta del finanziamento, e se ora li applichiamo alla sola spesa storica delle migliori (ovvero presumibilmente più efficienti), l’unica cosa di nuovo che può succedere è che emerga come il livello assoluto delle risorse attuali sia sovrastimato (se si rivede l’esercizio proposto questa estate dal CERM, seppure con i difetti sopra evidenziati, si arrivava a dire che si potevano “risparmiare” 4,3 miliardi). E, infatti, leggendo il sembra di capire che questa informazione intrinseca nel metodo (che personalmente ritengo distorta dal “vizio di origine” sopra evidenziato, come anche dall’eccessiva semplicità dell’algoritmo) venga volutamente trascurata e che, invece di usare i livelli assoluti di spesa pro-capite pesata delle Regioni virtuose, si simuli “in percentuale” un nuovo riparto: in tal modo si ha la garanzia di ri-dividere sempre la stessa torta, ma evidentemente in percentuali diverse da quelle di partenza.

Alcune domande sorgono spontanee

- Che senso logico ha assumere i pesi (e quindi un criterio di riparto) per poi generarne uno diverso?
- Perché, poi, impostare un criterio di calcolo sui livelli di costo assoluti e poi usarlo per definire i costi relativi?
- Per quanto tempo, infine, varrà il principio che la torta (fabbisogno) è predefinito?

Su questo ultimo punto, osserviamo ancora che, se emergesse che la proiezione delle spese pro-capite delle Regioni virtuose davvero ammontasse a meno degli attuali 107 mld di finanziamento (ad esempio 103 mld secondo le stime estive del CERM), pur volendo mantenere fermo il Fondo programmato sino al 2012 per ragioni di stabilità, sarebbe difficile dal 2013 evitare di ammettere che andrebbe logicamente ridotto: ovviamente non si vogliono fare processi alle intenzioni, ma il metodo per come è costruito sembra preludere a questo tipo di esito. Comunque, per stare ai fatti, il Decreto sceglie la strada di ignorare questa possibile incoerenza e si limita a rideterminare il riparto.

Con questa chiave di lettura è evidente che le Regioni che già oggi possono sentirsi penalizzate dai pesi del riparto, hanno ora ragione di temere di vedersi tagliati altri fondi. Ma quel che più interessa qui è chiedersi quale sia il senso di un sistema che parte dai parametri di un riparto esistente, per arrivare a generarne un altro.

Sembra possibile cogliere solo un elemento, ovvero l'introduzione di un criterio nuovo, aggiuntivo a quello del bisogno rappresentato dai pesi; questo elemento aggiuntivo, che spiega come mai il risultato ex post possa cambiare, si riassume nell'introdurre un premio per gli efficienti (a scapito, se la torta è data, dei non efficienti). Questo esito in primo luogo ribadisce, a mio parere, l'importanza di mettere in discussione il criterio di individuazione del benchmark, ovvero la determinazione dei pesi.

E, poi, se incentivare l'efficienza è certamente cosa opportuna, spostare risorse da chi è meno efficiente a chi lo è già, non sembra la strada che si voleva prendere: l'obiettivo più socialmente corretto, a me pare, rimanga quello di dare alle Regioni le risorse necessarie per erogare le prestazioni sanitarie in condizioni di efficienza: non più e non meno. Penalizzare ulteriormente le Regioni, colpevolmente, inefficienti, servirebbe solo a rallentare o inibire i processi virtuosi che pure alcune Regioni in disavanzo stanno cercando di attivare. Quanto sopra ci porta a consolidare la convinzione, più volte espressa e condivisa con ben più illustri colleghi, che "i costi *standard* non servano": va, invece, fatto uno sforzo condiviso (anche se non può ridursi ad un banale *benchmark*) per ridefinire i pesi con cui già oggi si fa il riparto (la spesa storica in senso proprio in Sanità non si finanzia più da anni, se non ex post), lasciando poi che la torta sia definita in base a criteri macroeconomici di programmazione pluriennale.

Per completezza, alcune altre questioni, attinenti alle *technicalities*, e certamente minori, ma non per questo trascurabili, vanno anch'esse citate. La prima è che tornare ai soli tre macrolivelli (ospedaliera, distrettuale, prevenzione) rappresenta un ingiustificato passo indietro. Già nella pratica del riparto di questi ultimi anni si era visto che i pesi, ovvero le curve di costo per età cambiano significativamente fra sotto-aree (basti pensare alla farmaceutica vs la specialistica nella distrettuale): semmai questa evidenza andava rafforzata scorporando ulteriormente le voci, non certo aggregandole.

Da aggiungere che il vincolo dei LEA appare sempre meno sostenibile, data l'autonomia regionale che dovrebbe esercitarsi sull'efficienza allocativa ancora prima che su quella tecnica: il reiterato richiamo al rispetto delle percentuali sui tre macrolivelli, appare un eccesso di programmazione centralista, incoerente con il processo federalista e con il criterio di responsabilizzare le Regioni sul risultato (equilibrio) finale. Altra questione secondaria, ma non banale, è che la giusta evidenziazione di quale sia l'ammontare di risorse da prendere in considerazione, evidenzia come nella torta da suddividere (fabbisogno) sia compresa una quota di entrate proprie. Questo vuol dire che il finanziamento dei LEA non è tutto garantito da risorse mediate a livello centrale, in quanto una parte è istituzionalmente a carico delle Regioni.

Assumendo quanto sopra (senza indagarne la ratio o quanto meno le motivazioni), allora è necessario osservare che sul piano dell'equità è difficile accettare che il bisogno su cui ripartire si possa limitare ai pesi (sostanzialmente per età) adottati: entra, infatti, in gioco anche la (diversa) capacità fiscale delle Regioni ovvero di "approvvigionarsi di entrate proprie". L'assenza nel sistema di pesi di parametri che riguardino la capacità fiscale, come anche il peso dell'offerta, è un ulteriore fattore che incrina l'assunzione che le Regioni benchmark siano identificabili in quelle che sono in equilibrio.

Che il metodo sia "troppo" semplice è, infine, confermato dalla non chiara indicazione relativa alla sterilizzazione degli ammortamenti, che magari dipende solo dall'inadeguatezza dei sistemi contabili, ma appare difficilmente spiegabile: a meno che non si pensi di ricominciare a finanziare centralmente tutti gli investimenti.

Una prima riflessione è che certamente l'algoritmo da adottare per il riparto può e deve essere semplice, data la natura politico istituzionale del sistema di finanziamento, ma non per questo si può e si deve rinunciare a utilizzare un po' di tecnica (per non parlare di "scienza") per proporre dei pesi ragionevolmente significativi (e senza che questo debba implicare la "*paralysis by analysis*").

Inoltre non si può, per amore della semplicità, rinunciare alla coerenza logica dell'impianto: da questo punto di vista il d. lgs. n. 56/2000 appariva ben più ragionato e certamente potrebbe essere recuperato almeno in alcune parti. In ogni caso sia il d. lgs. n. 56/2000, che il Decreto, rimangono di fatto omissivi sul criterio di stima del bisogno sanitario, ovvero sulla determinazione dei pesi: l'auspicio è che prima o poi ci si

rassegni ad ammettere che la questione sostanziale è proprio quella del metodo di stima dei pesi, sui cui si basano tutti gli altri ragionamenti.

Ovviamente, quanto sopra esposto va anche inserito in un contesto economico finanziario strettamente collegato alle manovre finanziarie elaborate in queste ultime due settimane.

Così come evidenziato recentemente (cfr. F Spandonaro, QS, 2011), secondo la manovra il finanziamento pubblico della Sanità dovrebbe aumentare dello 0,5% per il prossimo anno e del 1,4% in quelli seguenti con una media per il biennio 2013-2014 dello 0,9%. Per "apprezzare" il taglio sulla Sanità pubblica è necessario confrontare questo dato con le previsioni di crescita del PIL, che il Governo stima fra il 3,1% e il 3,4% annuo, da qui al 2014.

Già dalle percentuali è facile convincersi che alla Sanità si chiede un contributo rilevante al risanamento della finanza pubblica: il "taglio" è di circa il 1,7% annuo e, cosa ancora più rilevante, inferiore dello 0,6% della crescita reale per il 2013 e 2014: quindi per la Sanità pubblica si configura una recessione in termini reali, di dimensioni tutt'altro che banali.

In pratica il finanziamento pubblico della Sanità che è stato congelato al 6,7% del PIL da alcuni anni, si ridurrebbe giungendo al 6,3% nel 2014: affinché l'impatto sulle famiglie fosse nullo, la spesa sanitaria si dovrebbe ridurre di una somma di circa 10 miliardi di euro da qui al 2014, ovvero oltre il 6% circa di tutta la spesa sanitaria pubblica e privata attuale; si consideri che la riduzione dovrebbe avvenire al netto anche degli aumenti dei prezzi, stimati per il resto dell'economia nell'ordine del 2% annuo, e che in Sanità sono normalmente più alti per effetto dell'innovazione: quindi la riduzione reale sarebbe ancora maggiore.

Che la manovra sia molto "significativa" si può apprezzare considerando che, sempre affinché la manovra non comporti un impatto sulle famiglie, si allargherebbe in modo sostanzialmente inspiegabile il divario di spesa sanitaria fra l'Italia e gli altri Paesi Europei: rispetto ai Paesi della "Big EU" si raddoppierebbe il gap attuale, che vede la spesa sanitaria italiana già significativamente inferiore alla media di quei Paesi. Ma che la spesa pubblica possa ridursi in modo così significativo rispetto al PIL, in controtendenza con gli andamenti internazionali, appare lecito dubitare: appare più probabile che i cittadini debbano mettersi le mani in tasca per pagare maggiori ticket (che infatti vengono aumentati), maggiori prestazioni out of pocket e, infine, per pagare con tasse regionali i disavanzi. Per mantenere i livelli di spesa sanitaria (pubblica e privata) attuali che si attestano a circa il 9% del PIL, come si è detto le famiglie direttamente e indirettamente dovranno sborsare circa 10 miliardi, ovvero circa 500 euro annui a nucleo familiare.

Ma l'aspetto più significativo sarà di ordine equitativo: chi pagherà il conto? Certamente i cittadini del meridione e del Lazio, Regioni dove si concentrano i disavanzi e quindi dove maggiore dovrà essere il prelievo compensativo. Per la restante parte, quella delle

compartecipazioni, il rischio è che il federalismo comporterà di nuovo che il maggiore onere relativo sia i cittadini più poveri, ovvero ancora quelli meridionali.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Media 2012-2014	Media 2013-2014
<b>Pil</b>	1.519.702	1.548.576	1.593.485	1.642.883	1.697.098	1.754.800		
<b>Var. Pil</b>		1,90%	2,90%	3,10%	3,30%	3,40%	3,30%	3,30%
<b>Var. Pil reale</b>				1,30%	1,50%	1,60%	1,50%	1,50%
<b>FSN</b>			104.867	107.804	108.343	109.860		
<b>Var.FSN</b>				2,80%	0,50%	1,40%	1,60%	0,90%
<b>%Fsn/Pil</b>			6,60%	6,60%	6,40%	6,30%		
<b>Perdita in mln</b>						<b>5.624</b>		

Fonte: F Spandonaro, QS 2011.

## Conclusioni

Appare emergere con chiarezza come la valutazione, intesa come valutazione della qualità degli interventi e dell'*outcome*, rappresenti uno dei cardini di tutto il processo e allo stesso tempo necessiti di obiettivi chiari e condivisi: non basta certamente la migliore tecnologia statistica ed informatica a garantire la bontà di una valutazione.

Questo porta, poi, alla necessità di capire e condividere preventivamente cosa e perché si valuta. D'altra parte, per definire gli obiettivi è necessario che siano fissati chiaramente i principi a cui ispirarsi: primo fra tutti proprio quello dell'equità (in particolare garantire equità nell'accesso nel rispetto dei LEA). Appare quindi urgente una condivisione delle Linee Guida per una corretta Valutazione Economica e di *Health Technology Assessment* (HTA) così come recentemente proposte tanto dall'Associazione Italiana di Economia Sanitaria – AIES (Linee Guida per una corretta Valutazione Economica, 2009) quanto dall'AGENAS in relazione alla valutazione HTA dei dispositivi medici.

Un sistema che, in base alle esperienze delle singole Aziende, sembra oggi ancora largamente speculare più alla spesa storica che non ai reali bisogni sanitari del territorio, della capacità di governo e della popolazione. In pratica, il criterio prevalente sembra continuare ad essere quello del "ti pago per quello che spendi" anziché "per quello che fai".

La manovra porta quindi ad una riflessione doverosa sul federalismo: che il federalismo sia un bene per il Paese, almeno chi scrive non ha dubbi; ma, sempre chi scrive, non ha neppure mai avuto dubbi che il ritardo strutturale del Paese nel prendere decisioni abbia portato ad affrontare la transizione al federalismo nel momento peggiore, ovvero senza risorse capaci di lenire gli impatti iniziali: oggi la manovra lo conferma, in quanto di fatto allargherà le differenze nel Paese. Ed allora si dovrebbe almeno evitare che nell'applicazione del federalismo si introducano surrettiziamente occasioni di allargare la "durezza" degli impatti sociali: la manovra di nuovo ha il pregio di mettere a nudo che il criterio dei costi standard in via di approvazione è già superato dai fatti ... si chiarisce ad esempio che i LEA si finanziano anche con le compartecipazioni e quindi che la determinazione dei differenziali di bisogno sanitario sulla base del solo fattore età è iniquo, perché non tiene conto della differenza potenziale di gettito regionale dei ticket (a meno di non volere eliminare le esenzioni per reddito).

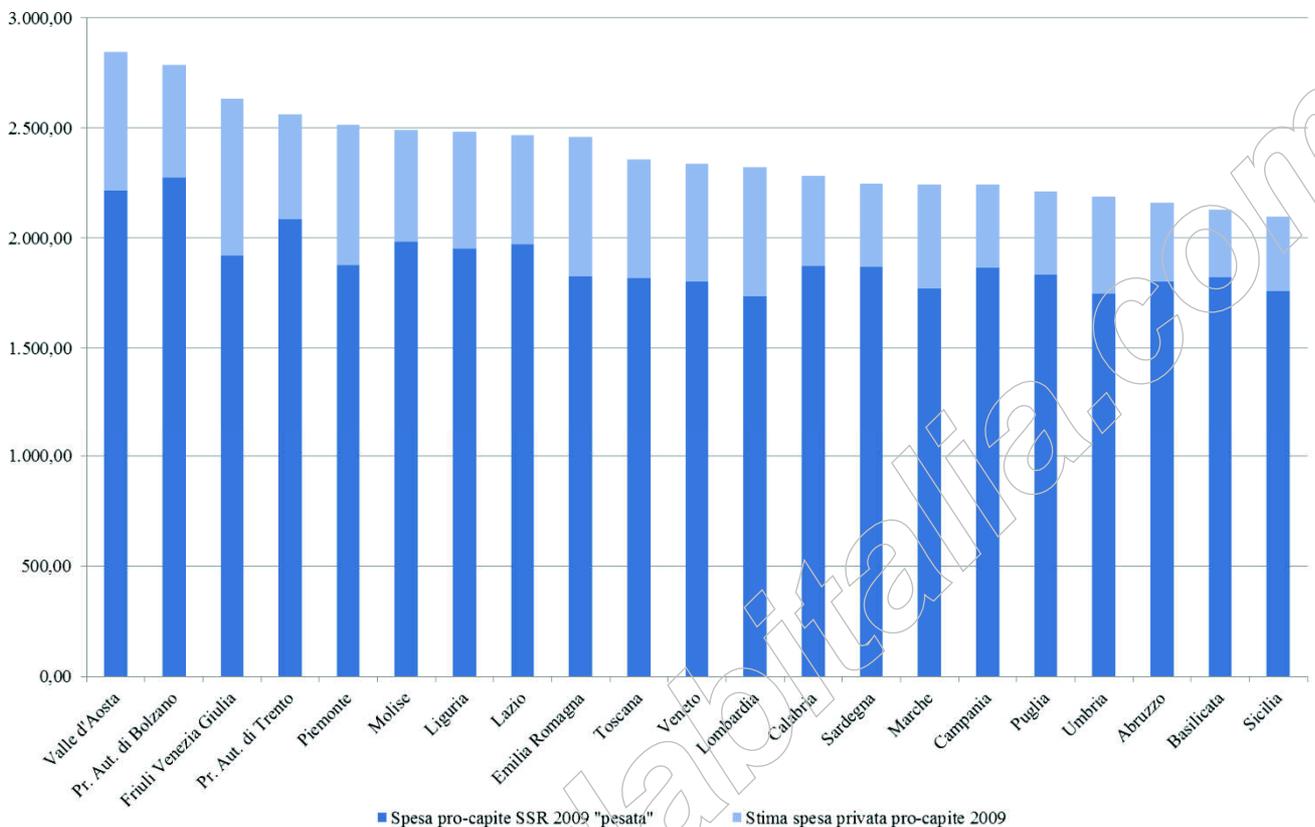
Considerando, infatti, anche la spesa privata, così come illustrato in **Tabella 1** ed evidenziato nel **Grafico 1**, si nota come, prendendo quale *benchmark* le regioni che hanno la spesa pubblica netta pro-capite più bassa, si rischia di interpretare in maniera non corretta il concetto di efficienza della spesa pubblica. Infatti, se si aggiungono i valori della spesa pro-capite privata, si nota come il risultato finale si modifichi significativamente. Quindi, sembra essere corretta una valutazione basata almeno sulla spesa pubblica lorda piuttosto che su quella netta.

*Tabella 1 – Spesa pubblica pro-capite 2009 pesata per età e spesa privata pro-capite 2009*

<b>Regioni</b>	<b>Spesa pro-capite SSR 2009 "pesata"</b>	<b>Stima spesa privata pro-capite 2009</b>	<b>Spesa pro-capite totale</b>
<b>Valle d'Aosta</b>	2.214,76	632,55	2.847,31
<b>Pr. Aut. di Bolzano</b>	2.273,85	514,90	2.788,76
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	1.919,41	713,48	2.632,89
<b>Pr. Aut. di Trento</b>	2.085,00	476,46	2.561,46
<b>Piemonte</b>	1.876,56	640,16	2.516,72
<b>Molise</b>	1.981,30	509,32	2.490,62
<b>Liguria</b>	1.952,47	530,11	2.482,58
<b>Lazio</b>	1.972,22	495,99	2.468,22
<b>Emilia Romagna</b>	1.825,22	632,86	2.458,08
<b>Toscana</b>	1.817,68	540,65	2.358,33
<b>Veneto</b>	1.803,89	535,25	2.339,15
<b>Lombardia</b>	1.736,39	584,37	2.320,76
<b>Calabria</b>	1.874,54	407,21	2.281,75
<b>Sardegna</b>	1.869,66	378,24	2.247,90
<b>Marche</b>	1.770,21	474,56	2.244,77
<b>Campania</b>	1.866,84	377,84	2.244,68
<b>Puglia</b>	1.833,81	376,52	2.210,34
<b>Umbria</b>	1.748,14	441,88	2.190,02
<b>Abruzzo</b>	1.801,66	359,01	2.160,67
<b>Basilicata</b>	1.822,06	307,07	2.129,13
<b>Sicilia</b>	1.757,09	338,43	2.095,52

*Fonte: elaborazioni degli autori su dati Ministero della Salute.*

**Grafico 1 – Spesa pubblica pro-capite 2009 pesata per età e spesa privata pro-capite 2009**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati Ministero della Salute.

Nella **tabella 2**, nel **grafico 2** e nel **grafico 3** si analizza l'effetto combinato della manovra e dei costi standard.

In particolare nella **tabella 2** si è stimato il *benchmark* pro-capite e la differenza percentuale di spesa del 2009 di ogni singola regione rispetto al *benchmark*. Si nota come tale differenza varia tra il 1,2% della Regione Sicilia ed il 31% delle P.A. di Trento e Bolzano (ovviamente la Regione *benchmark* ha un differenziale nullo).

Da questa prima analisi si evince come il benchmark di spesa stimato dalla manovra (in base ai dati 2009) risulti ovviamente sempre inferiore alla spesa reale delle regioni (media pesata per la popolazione residente al 2009 = + 5,8%).

Se poi applichiamo la manovra (secondo la manovra il finanziamento pubblico della Sanità dovrebbe aumentare dello 0,5% per il prossimo anno e del 1,4% in quelli seguenti con una media per il biennio 2013-2014 dello 0,9%) si nota come la differenza fra benchmark e spesa parametrata al mantenimento del livello di spesa sanitaria sul PIL,

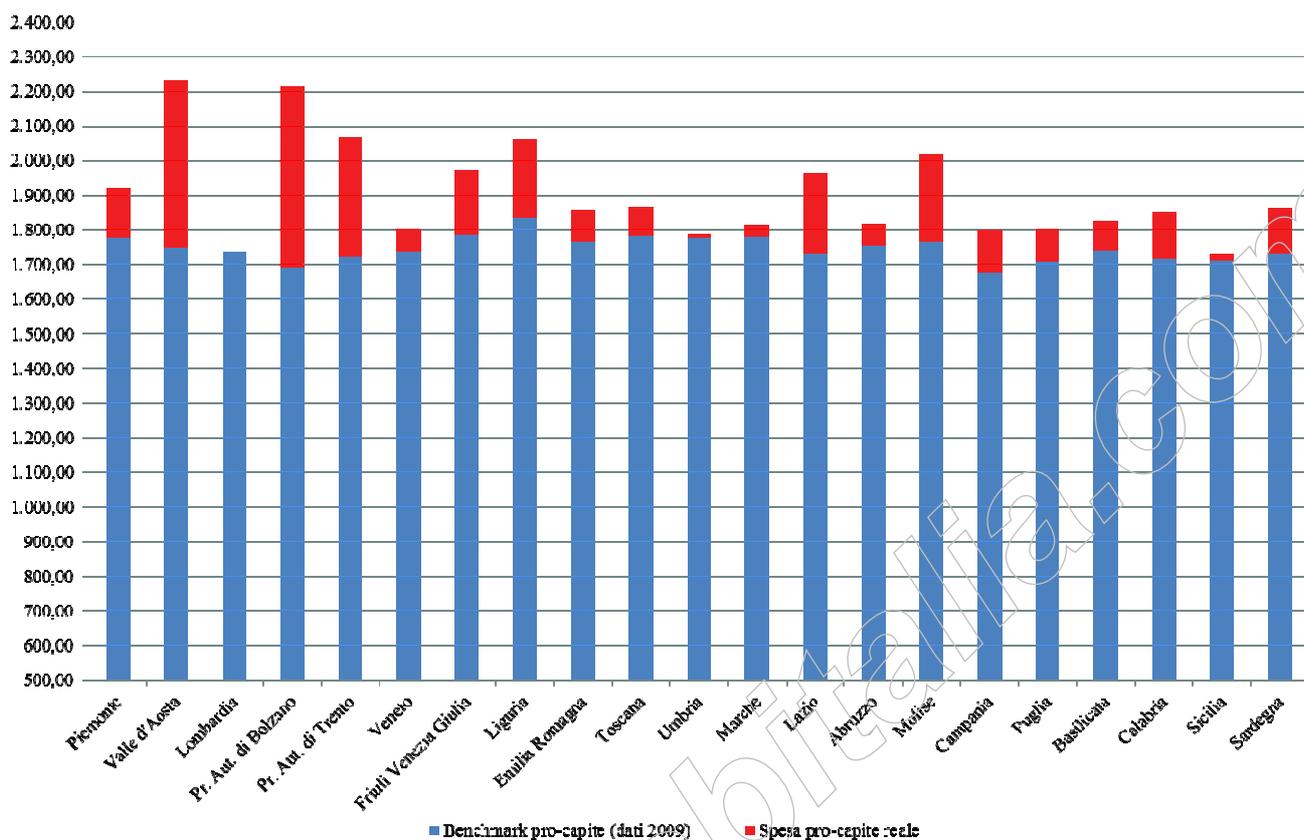
varia tra il 4,7% della Regione Lombardia e il 37,1% della P.A. di Bolzano. Nuovamente ed a maggior ragione la differenza media tra la spesa 2009 e quella stimata dal benchmark sale al 10,8% a livello Nazionale.

*Tabella 2 – Stima spesa sanitaria totale pro-capite e composizione pub./priv. Anno 2009*

Regioni	Benchmark pro-capite (dati 2009)	Differenza % spesa rispetto a benchmark al 2009	Differenza % spesa rispetto a benchmark dopo manovra
<b>Piemonte</b>	1.776,34	8,1%	13,2%
<b>Valle d'Aosta</b>	1.748,71	27,5%	33,6%
<b>Lombardia</b>	1.733,25	0,0%	4,7%
<b>Pr. Aut. di Bolzano</b>	1.690,20	31,0%	37,1%
<b>Pr. Aut. di Trento</b>	1.720,68	20,1%	25,7%
<b>Veneto</b>	1.732,50	3,9%	8,8%
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	1.784,54	10,5%	15,7%
<b>Liguria</b>	1.832,87	12,4%	17,7%
<b>Emilia Romagna</b>	1.764,80	5,1%	10,1%
<b>Toscana</b>	1.782,02	4,7%	9,6%
<b>Umbria</b>	1.776,74	0,7%	5,4%
<b>Marche</b>	1.778,22	1,9%	6,8%
<b>Lazio</b>	1.727,64	13,6%	18,9%
<b>Abruzzo</b>	1.753,53	3,8%	8,6%
<b>Molise</b>	1.765,46	14,1%	19,5%
<b>Campania</b>	1.672,51	7,5%	12,6%
<b>Puglia</b>	1.706,24	5,6%	10,6%
<b>Basilicata</b>	1.739,69	4,9%	9,9%
<b>Calabria</b>	1.715,43	8,0%	13,0%
<b>Sicilia</b>	1.708,17	1,2%	6,0%
<b>Sardegna</b>	1.727,97	7,7%	12,7%

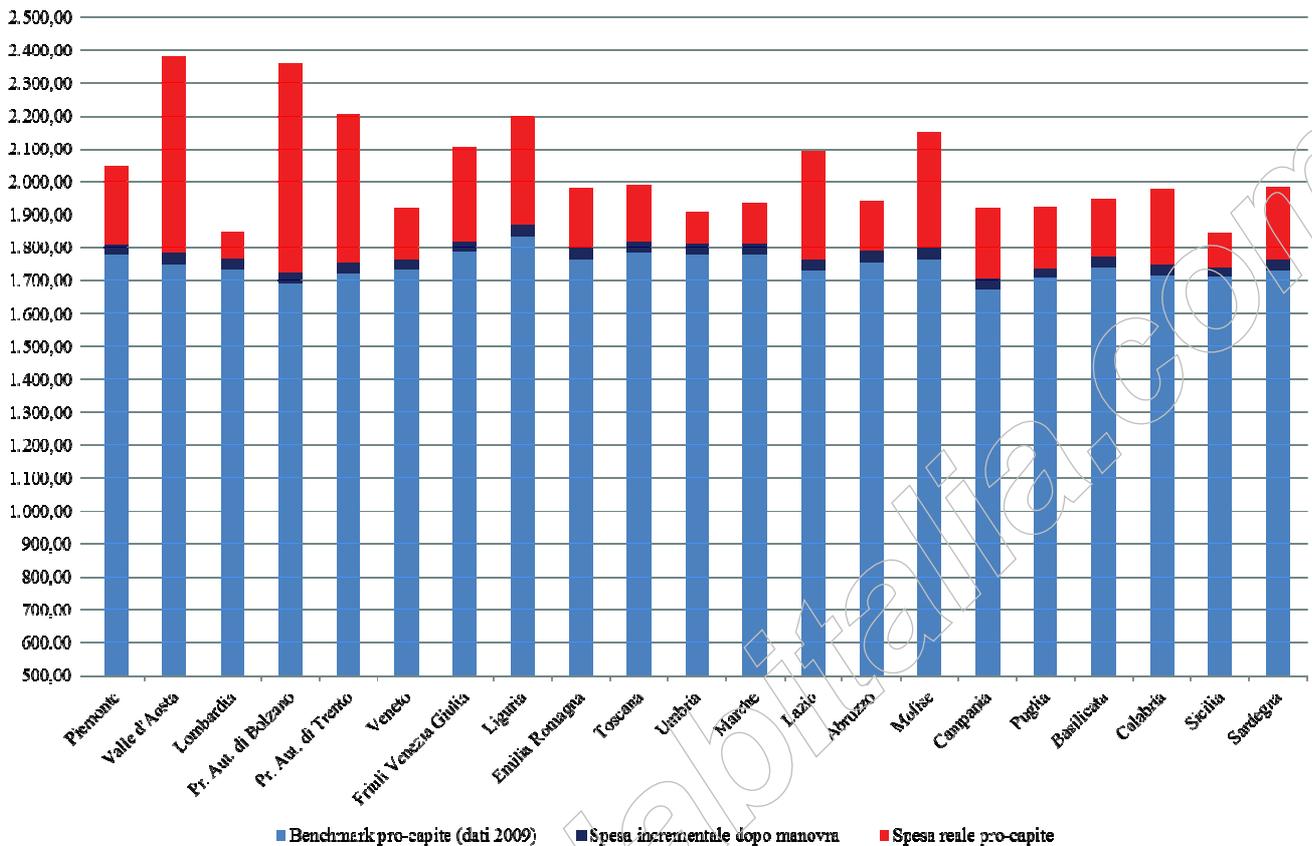
Fonte: elaborazioni degli autori su dati Ministero della Salute.

**Grafico 2 – Stima spesa sanitaria totale pro-capite e spesa reale Anno 2009**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati Ministero della Salute.

**Grafico 3 – Stima spesa sanitaria totale pro-capite, incremento spesa dovuto alla manovra e spesa reale Anno 2009**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati Ministero della Salute.

L'importanza della manovra e la sua ineluttabilità, dovrebbero far riflettere attentamente sull'ostinazione a non voler riconoscere la complessità del settore sanitario e il suo variegato impatto sociale, con l'esito di rischiare di allargare le differenze nel Paese, in un momento in cui invece i nodi vengono al pettine e ci vorrà grande coesione per far fronte alle difficoltà.

## **BOX: Gli approcci al calcolo dei costi standard**

Il calcolo dei costi standard sui cui basare il finanziamento delle Regioni può seguire tre modalità.

La prima prevede la definizione dei costi standard in modo dettagliato per tutte le prestazioni e procedure (**approccio "analitico"**). Questo approccio impone prima di tutto la propedeutica esatta definizione delle prestazioni inserite nei LEA (lista "positiva"). In secondo luogo richiede la definizione delle quantità dei fattori produttivi necessari per produrre quei servizi da moltiplicare per i loro prezzi unitari. Questo approccio **ha chiaramente il vantaggio della precisione ma sconta problemi legati alla disponibilità di dati contabili di dettaglio e alla variabilità dei prezzi dei fattori produttivi** sul territorio da applicare alle "quantità". Esistono, allo stato attuale, dei problemi di fattibilità legati, ad esempio, all'inadeguata uniformità nei sistemi di rilevazione contabile soprattutto di quelli con natura "analitica".

Il secondo approccio, che potremmo definire "**approccio sintetico**", prevede di adottare come costi standard di riferimento quelli registrati in Regioni che, alla luce dei dati disponibili, mostrano i più elevati livelli di efficienza ed efficacia. Evidentemente questa modalità, che sconta problemi di precisione ed analiticità, **ha il vantaggio della fattibilità**. Infatti si prevede l'identificazione di un comparatore che pur non riferito alla singola prestazione (es. appendicectomia) si affida ad un gruppo ampio di prestazioni come il "livello di assistenza" (es. costo medio di un ricovero ospedaliero) il cui dato è certamente desumibile dai sistemi contabili oggi implementati (i modelli LA). Chiaramente il costo standard sarà di fatto un "costo medio" che incorpora al suo interno le condizioni operative dei contesti in cui essi sono stati rilevati.

Il terzo approccio è una via di mezzo tra i primi due (**approccio "misto"**). Infatti per alcune prestazioni potrebbero essere calcolati e applicati dei costi standard alla definizione del fabbisogno, mentre per altre si potrebbe applicare il modello sintetico facendo così riferimento alle "*best practices*" regionali. In particolare l'approccio analitico potrebbe più facilmente essere applicato per le prestazioni in ricovero semplicemente rivitalizzando il sistema DRG adottandolo più che come meccanismo di finanziamento, come strumento di monitoraggio e comparazione. E' evidente, però, che la "tariffa DRG" dovrebbe maggiormente rispecchiare l'attuale costo reale della prestazione erogata in condizioni di efficienza. Inoltre il sistema di costi standard sottostante dovrebbe essere continuamente aggiornato per seguire la dinamica tecnologica e le mutate condizioni di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni. In questo caso circa il 45% della spesa potrebbe essere monitorata ancora più di quanto non lo sia oggi. Almeno nel comparto ospedaliero potrebbe innescarsi un percorso di convergenza verso soluzioni via via più efficienti.

	Caratteristiche	Condizioni per l'implementazione	Pro e Contro
<b>Approccio Analitico</b>	Il fabbisogno deriva dal prodotto tra costi standard delle prestazioni rilevati analiticamente e numero e tipo di prestazioni.	Esistenza di una lista "positiva" di prestazioni inserite nei LEA Sistemi di contabilità analitica omogenei	PRO: precisione e misurabilità dei fenomeni CONTRO: difficoltà di implementazione
<b>Approccio Sintetico</b>	Il costo standard è definito come quel costo sostenuto per ogni raggruppamento di prestazioni dalle Regioni considerate più virtuose	Possibilità di comparare i costi per livello di assistenza nelle diverse Regioni (disponibilità di dati attendibili sui costi per livello di assistenza per Regione – Modelli LA)	PRO: fattibilità pressoché immediata CONTRO: condivisione sulle <i>best practices</i> di riferimento E' di fatto un costo "medio" e non un costo standard
<b>Approccio Misto</b>	Alcuni costi sono definiti analiticamente (ricoveri ospedalieri) e i rimanenti con un approccio sintetico	Sfrutta il sistema DRG non come sistema di finanziamento ma come strumento per il calcolo dei costi standard. Impone la revisione periodica di un tariffario nazionale definito in ospedali che operano in condizioni di efficienza.	PRO: fattibilità con un investimento per la rilevazione analitica dei costi ospedalieri CONTRO: approccio "spurio"

(Fonte: Meridiano Sanità 2008)