

## LEA E COSTI STANDARD: COME USCIRE DALLA "NEBULOSA"\*

di Claudio De Vincenti  
19 novembre 2008

L'articolo 6 del DDL Calderoli prevede, al comma 1, lettera b, che le spese riconducibili al vincolo della lettera m) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione (livelli essenziali di assistenza) - tra cui il DDL colloca sanità, assistenza e istruzione - siano "determinate nel rispetto dei costi standard associati ai livelli essenziali delle prestazioni fissati dalla legge statale, da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale".

Il disegno di legge non specifica oltre cosa debba intendersi per costi standard. L'esigenza, giusta, è quella del superamento graduale della spesa storica, sia nella definizione del fabbisogno complessivo di risorse sia nel suo riparto a livello regionale e locale. Ma il tema è in gran parte ancora inesplorato. Concentrerò qui le mie considerazioni sul settore sanitario, l'unico per il quale sono disponibili una banca dati nazionale sui costi effettivi e prime riflessioni argomentate sulla questione dei costi standard<sup>1</sup>.

Cominciamo da una accezione del termine che è piuttosto diffusa nell'immaginario politico ma che appare del tutto irrealistica: l'idea cioè che per ogni singola prestazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si possa calcolare il costo specifico efficiente, per poi risalire per semplice sommatoria dei costi delle prestazioni comprese nei LEA alla determinazione del fabbisogno complessivo e del suo riparto tra le regioni. Il primo problema che si incontra su questa strada è quello della affidabilità dei dati: l'omogeneizzazione dei criteri contabili tra le regioni non è stata ancora realizzata, il che implica che l'imputazione dei costi da parte delle diverse regioni non risulti adeguatamente confrontabile. Il secondo problema è quello della mancanza di una vera contabilità analitica che attribuisca correttamente i costi ai singoli output del sistema: abbiamo a disposizione i modelli CE - costi classificati come da contabilità aziendale (personale, acquisto di beni e servizi, ecc.) - e i modelli LA - costi classificati per funzioni assistenziali secondo l'articolazione dei LEA - che scontano, per un verso, l'eterogeneità dei criteri contabili di cui si è detto e, per altro verso, una difficoltà rilevante nel ribaltare i costi secondo una corretta logica di activity based costing. Il terzo problema è di natura più generale: mentre per le prestazioni ospedaliere e per quelle di diagnostica strumentale si può sperare di arrivare in prospettiva (comunque scontando una certa variabilità dei percorsi terapeutici) a una contabilità analitica accettabile, che sarebbe tra l'altro essenziale per definire correttamente le tariffe dei DRG, questo obiettivo appare sostanzialmente fuori portata per i servizi di prevenzione e per quelli di medicina territoriale. Infine, se per singole prestazioni si può puntare a un confronto tra modalità di erogazione e costi relativi, per i livelli essenziali esso appare meno significativo: ogni livello racchiude di fatto un'ampia gamma di prestazioni, cosicché il suo costo complessivo non è la mera sommatoria dei costi delle prestazioni ma dipende dal modo in cui quelle prestazioni vengono combinate tra loro; si hanno cioè forti esternalità di produzione che implicano che l'analisi dei costi non consista solo nell'individuazione del costo efficiente della singola prestazione quanto del costo efficiente del complesso dei servizi che vengono erogati.

Queste difficoltà spingono alcuni commentatori<sup>2</sup> a ritenere del tutto fuori luogo la costruzione dei costi standard, suggerendo di limitarsi a definire il fabbisogno complessivo in base a una mera scelta politica ex ante circa l'ammontare di risorse da mettere a disposizione del SSN e a procedere al riparto tra le regioni attraverso una formula basata su alcuni parametri chiave (struttura demografica, caratteristiche epidemiologiche e sociali). Questa soluzione, apparentemente più efficace, è però esattamente quella già sperimentata tra il 2001 e il 2006: le defatiganti trattative tra governo e regioni e tra le regioni stesse hanno metodicamente ritardato la definizione del finanziamento annuale per le singole regioni, indebolendo gravemente la tenuta del vincolo di bilancio regionale e la tensione all'efficienza, dato che per ogni regione l'ammontare effettivo del finanziamento veniva stabilito definitivamente dopo che la spesa era stata già effettuata. In sintesi, questo approccio ha continuato a subire le dinamiche inerziali della spesa storica. Il Patto per la Salute siglato tra governo e regioni nel settembre 2006 ha fatto esprimere il meglio di sé a questa impostazione, adeguando le risorse a disposizione del SSN a livelli più realistici e prefissandole per il triennio 2007-2009, rafforzando le regole di enforcement dei vincoli di bilancio regionali, disponendo che le percentuali di riparto definite in accordo con le regioni nell'autunno 2006 restassero valide per l'intero triennio (cosicché ogni regione ha certezza ex ante delle risorse a sua disposizione), varando i piani di rientro per le regioni a elevato disavanzo che hanno consentito di cominciare a "piegare" la spesa storica.

Il risultato del Patto è stato un significativo contenimento della spesa sanitaria rispetto alle dinamiche fuori controllo del quinquennio precedente e una responsabilizzazione delle regioni nel quadro di un governo condiviso del sistema. Ma gli estensori del Patto erano ben consapevoli che in prospettiva sarebbe stato

necessario ridefinire il finanziamento aggregato, la sua dinamica nel tempo e il suo riparto tra le regioni sulla base di elementi conoscitivi più circostanziati circa performance del sistema e costi sottostanti, attraverso un'analisi di benchmarking tra le regioni e tra le aziende sanitarie. L'anticipata interruzione del Patto con la manovra dell'estate scorsa - che riduce le risorse del SSN per 2 miliardi di euro nel 2010 e 3 miliardi nel 2011 - sta pericolosamente esponendo il SSN a interventi di taglio non sostenuti da una simile analisi e alla ripresa del "braccio di ferro" tra governo e regioni e tra le regioni stesse.

In questo quadro confuso, la scorciatoia che sembra profilarsi da parte governativa in relazione al calcolo dei costi standard cui fa riferimento il DDL sul federalismo fiscale consiste nel fare riferimento alla spesa pro-capite (pesata?) in una o più regioni considerate complessivamente più efficienti, riducendo corrispondentemente il finanziamento per le altre. E' una scorciatoia discutibile: non c'è una regione in cui i servizi siano erogati in modo omogeneamente più efficiente che in altre; la spesa pro-capite, pesata o meno, non è necessariamente più bassa nelle regioni giudicate più efficienti, dipendendo anche dalla qualità dei servizi, cosicché ci si potrebbe trovare di fronte a sorprese impreviste dagli estensori del DDL (nella media del Mezzogiorno, la spesa pro-capite è inferiore alla media del Nord!).

Insomma, non ci sono scorciatoie semplici al tema dei costi standard. La strada possibile e realistica è un'altra<sup>3</sup>. Il primo tassello consiste nella produzione uniforme sul territorio nazionale di dati aziendali di ricavo e costo classificati secondo la metodologia OCSE: contabilità analitica delle aziende per macrofunzione (assistenza in degenza, day hospital, assistenza territoriale, specialistica, ecc.) e per tipo di erogatore (ospedali, ambulatori, ecc.). Il secondo tassello consiste nel selezionare, tra gli indicatori quantitativi e qualitativi di output e di outcome del sistema nazionale di garanzia dei LEA, quelli più rappresentativi del soddisfacimento dei bisogni sanitari raggiunto con l'erogazione dei LEA a livello regionale e di confrontarli con macroaggregati di spesa, ottenendo un confronto tra macro-performance. Andranno poi utilizzati dati in serie storica per cogliere anche l'evoluzione delle macro-performance e non solo fotografare la situazione esistente.

Anche questo processo valutativo semplificato, pur non pretendendo di arrivare al grado di rilevazione analitica dei costi adottata dal NHS britannico, richiede tempo e lavoro. Va quindi impostato subito, se non si vuole che anche i costi standard, come il reale assetto tributario di regioni ed enti locali delineato dal DDL, restino un "oggetto misterioso" che può dare i risultati più diversi a seconda delle convenienze politiche che prevarranno al momento della stesura dei decreti delegati. 1 - Cfr. da ultimi: L. Arcangeli e C. De Vincenti, La politica sanitaria, in M.C. Guerra e A. Zanardi, La finanza pubblica italiana. Rapporto 2008, Il Mulino, 2008; C. Cislighi, E. Di Virgilio, I. Morandi e G. Tavini, Bisogni, consumi, costi: determinazione e riparto delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale, Agenas, Settembre 2008. 2 -Cfr. per esempio G. Muraro, Alla ricerca del costo standard, [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info) del 16 ottobre 2008. 3 -Per una formulazione più argomentata, si rinvia ad Arcangeli-De Vincenti, cit.

\* Anticipazione del capitolo scritto dall'autore per il dossier Nens sul federalismo fiscale ("Dottrina e prassi di un federalismo consapevole") che sarà presentato domani giovedì 20 novembre e sarà consultabile sul sito [www.nens.it](http://www.nens.it)