



www.lavoce.info

## Istituzioni e Federalismo

# EQUIVOCI DA COSTI STANDARD

di [Vittorio Mapelli](#) 28.11.2008

*Il Ddl sul federalismo fiscale si presta a molti equivoci nella definizione dei costi standard. Non è sempre vero che chi spende meno in sanità è più efficiente. Bisogna calcolare i fabbisogni di salute, diversi da Regione a Regione. Una soluzione sta in una formula composta da due parti: la prima che riflette i bisogni oggettivi di salute. E la seconda che assegna le risorse secondo un costo standard per malattia. Quindici patologie sono responsabili dell'80 per cento della spesa.*

Il disegno di legge sul **federalismo fiscale**, depositato al Senato (AS 1117), stabilisce che i livelli essenziali di prestazioni per sanità, assistenza e istruzione siano calcolati secondo un fabbisogno standard (articolo 2) o secondo costi standard (articolo 6), superando il criterio della spesa storica. La motivazione è intuitiva: "La spesa storica, infatti, riflette sia i fabbisogni reali, quelli standard, riferiti al mix di beni e servizi offerti dalle regioni e dagli altri enti locali, sia vere e proprie inefficienze" (pagina 5). Ma come separare il grano dal loglio?

## CHI MENO SPENDE NON SEMPRE È PIÙ EFFICIENTE

C'è un equivoco da sfatare subito: che le Regioni con spesa più bassa siano le più efficienti. Circolano sulla stampa simulazioni riguardanti la sanità che prendono come standard la spesa pro capite di Lombardia e Veneto e stimano un risparmio di 4,5 miliardi di euro. La spesa nelle due Regioni è più bassa perché (a) la popolazione è più giovane, (b) essendo più ricche, ricorrono meno ai servizi pubblici e (c) sono anche più efficienti.

Il **fattore età** è la principale causa di spesa in sanità. Un anziano costa in media 3,8 volte quanto un adulto. Costi elevati non sono necessariamente sinonimo di inefficienza e di spreco. È lo stesso Fondo sanitario che oggi ripartisce in modo diseguale le risorse, correggendo il fabbisogno medio nazionale per la composizione per età delle Regioni. Ad esempio, alla Liguria, la Regione con più anziani, va una cifra per abitante superiore del 16 per cento a quella della Campania, la Regione più giovane. Del resto, basta un semplice esempio per comprendere la differenza tra livello assoluto di costi ed efficienza. Se una Regione riceve e spende 1.200 euro per abitante, perché vi sono più anziani, e ogni unità di servizio prodotto dalle Asl costa 200 euro, secondo buoni livelli di efficienza e qualità, produrrà sei unità di servizio, che per ipotesi sono il necessario. Se un'altra regione riceve 1.000 euro, perché più giovane, e lo stesso servizio costa 250 euro, perché le Asl sono meno efficienti, produrrà solo quattro unità, anziché cinque come necessario, nonostante la minore spesa. I suoi cittadini fruiranno però di meno servizi, per colpa delle inefficienze, come purtroppo oggi succede in qualche parte del paese.

Bisogni oggettivi e inefficienze di produzione sono inestricabilmente connessi nella spesa sanitaria



[www.lavoce.info](http://www.lavoce.info)

delle Regioni. Per non finanziare anche gli sprechi occorrerebbe una formula di calcolo **analitica** del fabbisogno, che stabilisca il numero delle prestazioni necessarie (le quantità standard) e il **costo standard** di ogni prestazione, essendo la spesa il prodotto tra i due. **(1)**

Ad ogni Regione, lo Stato dovrebbe riconoscere lo stesso costo standard per prestazione, penalizzando così quelle meno efficienti. Ma questa operazione è quasi impraticabile, perché oggi la variabilità dei costi è molto accentuata. **(2)** Servirebbe dunque un'ampia fascia di oscillazione dei costi standard, che potrebbe ancora coprire le inefficienze di alcune Regioni. Inoltre, si dovrebbe stabilire quante prestazioni sanitarie di ogni tipo servono per soddisfare i bisogni della popolazione, un'impresa ancora più temeraria, se fatta seriamente.

## IL PUBBLICO E IL PRIVATO DELLA SANITÀ

Vi è un secondo problema, finora ignorato, che riguarda l'entità della perequazione tra le Regioni o il "giusto" livello di spesa. La spesa sanitaria **pubblica** rappresenta infatti il 74 per cento della spesa totale nelle Regioni più ricche del Nord e l'82 per cento in quelle più povere del Sud. La quota di bisogni sanitari che si scarica sul servizio pubblico nel Meridione è quindi più alta di 8-10 punti percentuali. In Basilicata, ad esempio, è l'85 per cento e in Friuli-Venezia Giulia il 73 per cento. Le Regioni più ricche del Nord, al contrario, avvertono una minore pressione della domanda sui servizi pubblici, perché i residenti trovano una valvola di sfogo nella **sanità privata**, e anche per questo la loro spesa è inferiore.

A volte si porta come esempio di sprechi l'elevata spesa farmaceutica delle Regioni del Sud, ma è in gran parte dovuta al diverso potere d'acquisto. Ad esempio, in Sicilia è di 227 euro capite e in Lombardia di 170 euro, ma nel primo caso copre il 66 per cento dei consumi totali e nel secondo solo il 55 per cento, perché i lombardi possono permettersi di pagare anche i farmaci rimborsabili dal Ssn, oltre a quelli esclusi dal prontuario. **(3)** La conseguenza è che quando si calcola il finanziamento per abitante si suppone che la stessa cifra soddisfi in media il 77 per cento dei bisogni sanitari in tutte le Regioni. Al Nord però andranno **3 punti in più** del fabbisogno reale e al Sud 5 punti in meno, che significa 1,4 miliardi di euro in più al Nord e 1,5 miliardi di euro in meno al Sud, su un Fondo sanitario 2008 di circa 100 miliardi di euro. **(4)**

Raddrizzare o meno questa disparità tra le Regioni è una scelta di politica sanitaria che dovrà essere prima o poi affrontata.

La **soluzione** al problema del fabbisogno potrebbe stare in una formula composta da due parti: la prima che riflette i **bisogni oggettivi** di salute, diversi da Regione a Regione, ossia la proporzione di malati. E la seconda che assegni le risorse secondo un **costo standard per malattia**. Se è legittimo riconoscere la diversità dei bisogni regionali, si dovrebbero però impiegare (all'incirca) le stesse risorse per curare un tumore o un infarto a Milano e a Napoli. Il fabbisogno scaturirebbe dal prodotto tra il numero delle  $n$  persone con le  $x$  malattie in ogni regione per il costo standard delle  $x$  malattie. Bastano 15 gruppi di malattie per rappresentare tutti i bisogni sanitari della popolazione, perché circa l'80-85 per cento della spesa sanitaria è assorbito dal 25-35 per cento di abitanti con malattie croniche, secondo i dati italiani e la letteratura internazionale. In questo modo, i bisogni di salute sarebbero integralmente riconosciuti, ma verrebbero tagliati i costi superiori allo standard di trattamento, eliminando inefficienze e inappropriatezze di consumo. Il metodo è stato proposto da



www.lavoce.info

chi scrive e simulato su dati reali, con buoni risultati. (5)

Sarebbe un passo avanti rispetto alla formula attuale in uso nel Ssn, perché si ispira alle esperienze internazionali più avanzate di *risk adjustment* (ad esempio, *Medicare* negli Usa, Paesi Bassi), ma potrebbe essere anche un modello per il finanziamento standard di assistenza e istruzione.

**(1)** La terminologia “costi standard” usata dal Ddl all’articolo 6 è equivoca, perché nel linguaggio economico il costo standard riguarda il costo di produzione di un bene o un servizio in condizioni di efficienza ottimali. Sarebbe preferibile il termine “fabbisogno standard” per indicare il costo necessario a soddisfare i bisogni di salute di un abitante medio.

**(2)** Si vedano i dati dell’Agenas o anche le tariffe regionali dei Drg *Diagnosis-related groups*, i raggruppamenti di ricoveri.

**(3)** Inoltre in Lombardia è più diffusa la distribuzione diretta dei farmaci, non compresa in questa cifra. I dati sono ripresi da Cergas-Bocconi, *Rapporto osservatorio farmaci 2007*.

**(4)** Prima dell’aggiustamento per età.

**(5)** Mapelli V., *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni*, in “Politiche sanitarie”, vol. 8, n. 1, 2007, pp. 1-18

[http://www.politichesanitarie.it/allegati/00267\\_2007\\_01/fulltext/01.Saggi-Mapelli%20\(1-18\).pdf](http://www.politichesanitarie.it/allegati/00267_2007_01/fulltext/01.Saggi-Mapelli%20(1-18).pdf)