

**Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario:
le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011**

di

**Enza Caruso
Nerina Dirindin**

**Paper for the Espanet Conference
“Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa”
Milano, 29 Settembre — 1 Ottobre 2011**

Enza Caruso – Dipartimento di Economia, Finanza e Statistica, Università di Perugia, Via Pascoli
20 - 06123 Perugia, mail: enza.caruso@unipg.it

Nerina Dirindin – Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie "G. Prato", Università di
Torino, C.so Unione Sovietica 218 bis - 10134 Torino, mail: dirindin@econ.unito.it

***Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario:
le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011***

Abstract

Il decreto legislativo 68/2011 su costi e fabbisogni standard in sanità introduce, rispetto al sistema di riparto fra le regioni delle risorse destinate ai livelli essenziali di assistenza in vigore dagli anni novanta, due innovazioni: il depotenziamento della ponderazione della quota capitaria per (sole) classi di età della popolazione e la individuazione di regioni *benchmark*. La prima innovazione aspira, senza successo, a stemperare il conflitto nord –sud, la seconda è ininfluente sull’allocazione delle risorse, posto che il finanziamento complessivo è determinato esogenamente. Il dettato normativo presenta tuttavia rilevanti ambiguità: in caso di fabbisogni stimati inferiori agli stanziamenti globali si potrebbero produrre benefici a favore delle regioni con spesa procapite pesata più contenuta. Una previsione distributiva fondata su una metodologia approssimativa incapace di esprimere un legame con le inefficienze di produzione, che appare tanto più rischiosa quanto più i costi e i fabbisogni standard costituiranno il riferimento cui rapportare a regime il finanziamento integrale della spesa sanitaria.

Keywords: Italy, Public health, Government expenditures, Fiscal federalism, Intergovernmental relations

JEL classification: I18 H51 H77

1. Introduzione

Il percorso di attuazione della legge n.42/2009 prende tempo: la legge n.85 dell’8 giugno 2011 sposta al 21 novembre 2011 i termini per l’esercizio della delega sul federalismo fiscale e proroga di un anno il termine per l’emanazione dei successivi decreti integrativi e correttivi. Allo stato attuale, sono stati emanati cinque decreti legislativi, mentre altri tre sono ancora in discussione. Il tragitto di attuazione del disegno tracciato dalla legge delega si mostra pieno di complessità tecniche e politiche. Di certo la crisi finanziaria che si è riversata pesantemente sul debito pubblico italiano e sulle aspettative di crescita dei tassi di interesse non lascia spazi di ottimismo verso un modello di decentramento che potrebbe far sfuggire dal controllo la dinamica della spesa e le esigenze di rigore imposte dalla revisione della *governance* europea: richieste di politiche

[□]Università di Perugia; Università di Torino.

Il presente lavoro integra molte delle considerazioni inserite in Caruso e Dirindin [2011].

strettamente monitorate (si pensi al carattere vincolante di regole e procedure di bilancio per tutti i livelli di governo) e certamente non avventate che sappiano incidere realmente sulla sostenibilità e responsabilità di gestione della cosa pubblica a qualsiasi livello di governo.

I decreti attuativi della legge delega si limitano per lo più a definire la fiscalizzazione dei trasferimenti statali che tuttavia lascia aperti molti problemi sull'uso della flessibilità della leva fiscale, prendono in considerazione singolarmente i livelli di governo, mentre le intersezioni finanziarie fra livelli di governo sono solo abbozzate. Le questioni inerenti i livelli essenziali delle prestazioni (Lep) concernenti i diritti civili e sociali che sono trasversali a più livelli di governo (e.g. le funzioni socio-assistenziali) non solo non vengono affrontate in maniera coordinata, ma addirittura sono ignorate. Un generale rinvio alla definizione dei Lep si legge nei decreti che interessano la definizione dei costi e fabbisogni standard ma la sostenibilità economica e culturale del nostro sistema sanitario pubblico dipende in buona parte dallo sviluppo dei servizi sociali, che necessitano di essere programmati secondo standard in tutto il territorio nazionale.

Anziché fissare regole chiare e incisive, nei rapporti tra livelli di governo, nel sistema di finanziamento standardizzato delle funzioni Lep e non Lep, nel coordinamento tra i fondi perequativi, nelle funzioni da garantire secondo standard e convergenza, i decreti attuativi replicano i principi dettati nella legge delega e rimandano ad un'infinità di provvedimenti attuativi; carente soprattutto è la visione complessiva del percorso per l'attuazione della riforma [Causi 2011, Zanardi 2011]. La definizione di costi e fabbisogni standard per il superamento della spesa storica, idealizzata nella delega come elemento fondamentale per ricondurre a responsabilità ed efficienza l'azione pubblica, mostra tutta la sua debolezza anche a causa delle carenze dei sistemi informativi: una questione chiave perché non si può avanzare nel percorso federalista senza disciplina di bilancio e controllo delle politiche pubbliche.

Meno incerto, ma non privo di criticità, è il percorso adottato per la definizione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, già da tempo banco di prova del federalismo. Difatti, la fiducia nella competizione e nel progressivo decentramento delle responsabilità di spesa come elementi cardine di efficientamento che hanno attraversato gli anni '90, è ormai passata di moda e un progressivo riaccentramento della *governance* (peraltro comune a tutti i sistemi sanitari del vecchio continente) ha caratterizzato quelle più volte definite «prove tecniche di stabilità» [Caruso e Dirindin 2010], che hanno il merito di aver promosso un più attento monitoraggio delle politiche pubbliche, favorendo l'emersione e l'isolamento delle aree responsabili del cattivo funzionamento del sistema. Un monitoraggio sicuramente perfettibile in sanità ma assolutamente carente in altri settori e da qui la prudenza e la necessità di prendere tempo di fronte a situazioni che possono davvero sfuggire dal controllo.

Ma anche nel nostro avanzato sistema sanitario l'attenzione continua a concentrarsi sulla (necessaria) disciplina di bilancio e a dare minore peso a quella altrettanto necessaria programmazione nazionale delle cure che ripristini condizioni di convergenza verso una concreta uguaglianza di accesso e utilizzo della rete dei servizi a garanzia dei diritti di cittadinanza in tutto il territorio nazionale. A tal fine, anche una più precisa definizione di fabbisogni e costi standard, funzionale ad una corretta perequazione della spesa, può fare ben poco. Non mancano poi dubbi di difficile collegamento nell'impianto predisposto dal decreto legislativo n. 68 del 6 maggio 2011 circa l'iterazione tra costi e fabbisogni standard, nonché rilevanti criticità su cui i decreti integrativi e correttivi dovrebbero intervenire.

Molto potrebbe invece venire da una più incisiva programmazione nazionale e *personalizzazione* delle interventi a superamento di problemi da tempo noti, su cui l'azione del governo dovrebbe essere più penetrante di fronte alla resistenza delle autonomie (si veda a proposito la mancata intesa sul decreto relativo ai meccanismi sanzionatori e premiali).

Il paper si colloca nel percorso attuativo della legge delega n. 42/2009 e analizza il modello di definizione dei costi e fabbisogni standard normato nel recente decreto legislativo n. 68 del 6 maggio 2011, entrando nel merito delle regole del riparto delle risorse nel settore sanitario che da tempo ha abbandonato il criterio della spesa storica. Il paragrafo 2 approfondisce il ruolo che la letteratura internazionale riserva alla formula capitaria come regola generale per contenere i costi e garantire equità nei sistemi sanitari. Il paragrafo 3 ripercorre la storia della quota capitaria di finanziamento del Ssn per l'assegnazione delle risorse alle regioni, mentre il paragrafo 4 discute l'idea dei costi standard come strumento di contrasto delle inefficienze. Il paragrafo 5 approfondisce i dettagli tecnici della definizione dei costi e fabbisogni standard implementati nel decreto, evidenziando similitudini e divergenze con l'attuale sistema di riparto e probabili effetti nella distribuzione delle risorse tra le regioni. Infine, il paragrafo 6 traccia alcune conclusioni e propone alcuni correttivi.

2 L'allocazione delle risorse nel settore sanitario: questioni di equità e di efficienza

Sono due le principali preoccupazioni e sfide condivise nel dibattito sulle priorità politiche dei sistemi sanitari: il contenimento della spesa entro le compatibilità delle finanze pubbliche e la salvaguardia dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari. La risposta a queste due priorità, contenuta in una vasta letteratura [Rice e Smith 2000], converge verso un'allocazione delle risorse, sotto il vincolo di bilancio, fondata sui bisogni della popolazione: in altre parole, una quota capitaria

ponderata in base alle caratteristiche di ciascun componente della popolazione da tutelare.

Quando si discute di un bene di pubblico interesse quale è la salute, le questioni di equità, la distribuzione delle risorse secondo i bisogni di salute, generalmente precedono quelle di efficienza, la massimizzazione dei risultati di salute date le risorse disponibili per il settore. Quale priorità assumono i bisogni (equità di accesso, di utilizzo o capacità di beneficiare di servizi sanitari) è una questione normativa che necessita di essere esplicitata *ex ante* [Wagstaff e van Doorslaer 1998]. Fissati gli obiettivi, *ex post* a processo produttivo attuato è opportuno monitorare i risultati conseguiti, tenendo sotto controllo le caratteristiche dei modelli sanitari esistenti e gli incentivi all'uso distorto delle risorse in essi impliciti, ed eventualmente correggere le azioni per raggiungerli. Se l'equità migliora o tende ad essere più elevata in alcuni sistemi sanitari piuttosto che in altri resta dunque una questione positiva che necessita di essere misurata con opportuni strumenti. Una cultura, quella della misura, che rappresenta una prassi costante nel sistema sanitario del Regno Unito, dove periodicamente si corregge il tiro della così detta formula capitaria per tener conto sia dell'equità di accesso (garantire i trattamenti) sia dell'equità di utilizzo (ridurre le iniquità negli esiti) tra i differenti gruppi di popolazione e tra i territori [Sutton e Lock 2000, Department of Heath 2010].

Nondimeno, oggi il contenimento della spesa entro i limiti imposti dalle esigenze di finanza pubblica è una dichiarata esigenza di tutti i sistemi sanitari: il controllo del budget e le relazioni che sussistono tra questioni di equità nell'accesso ai servizi e di efficienza nell'offerta dei servizi sanitari sono divenuti temi di centrale importanza che nella gran parte dei paesi del vecchio continente hanno contribuito ad inaugurare una nuova stagione di riaccentramento della *governance* dei sistemi sanitari [Saltman 2007].

La costruzione del budget da dedicare alla tutela della salute è strettamente connessa al tipo di sistema sanitario in essere, spesso è frutto di negoziazione (tra livelli di governo, tra fondi assicurativi e fornitori di prestazioni) e non è esente dal livello di spesa storica, che perpetua iniquità e inefficienze nell'uso delle risorse [Rice e Smith 1999]. Per tali motivi l'interesse scientifico, dietro uno stringente vincolo di bilancio, si è sempre più orientato verso la stima dei fabbisogni sanitari per quota capitaria, controllando quei fattori individuali (età, genere, morbilità, condizioni socio-economiche) che incidono sui bisogni di salute (processo che per assicurare equità di accesso è noto come *need adjustment* se riferito ai bisogni relativi, o *risk adjustment* se riferito ai fabbisogni di spesa¹).

¹ Con il *need adjustment* l'utilizzo dei servizi (outcome) viene modellato in funzione dei bisogni controllando le variabili di offerta e i coefficienti stimati dei bisogni possono essere utilizzati per derivare i pesi da assumere nella formula capitaria; con il *risk adjustment* è invece la spesa ad essere regredita in funzione dei bisogni diretti e di ulteriori covariate di controllo.

Se il vincolo di bilancio resta senza dubbio una decisione prettamente politica e allo stesso tempo è assodato in letteratura che per il rispetto del vincolo sia preferibile un processo di allocazione delle risorse guidato dalla quota capitaria, l'individuazione di quali fattori siano da considerare nella definizione della formula capitaria (e con quali pesi) e per quali obiettivi appare più problematica. Al riguardo sono necessarie corrette informazioni che supportino con evidenze empiriche la scelta dei determinanti di salute sui bisogni di consumo per una distribuzione delle risorse che sia esente il più possibile dalla negoziazione politica [Cislaghi 2010]. Una corretta formula capitaria dovrebbe poter incorporare solo quei fattori che giustificano variazioni legittime nei fabbisogni di spesa, ignorando (o meglio controllando) invece quei fattori di offerta che si riflettono in variazioni di spesa illegittime dovute ai livelli di efficienza locale nell'uso delle risorse [Rice e Smith 1999], su cui è necessario intervenire con altri strumenti affinché l'equità (di accesso e di utilizzo di servizi sanitari) sia effettivamente garantita. Resta comunque il fatto che nella prassi la definizione dei pesi risente nella gran parte dei paesi dai dati disponibili di utilizzo/consumo dei servizi sanitari (spesso aggregati e quando rilevati in forma individuale è frequente che lo siano solo per età e per genere) che non sono essenti da problemi di domanda indotta dall'offerta, o ancora dalla vicinanza dei servizi (e.g. nelle aree ad elevata urbanizzazione l'utilizzo dei servizi sanitari aumenta) [Petrelli et al 2010, Rice e Smith 1999].

Anche il recente decreto legislativo n. 68/11 converge, come vedremo, verso la definizione di un vincolo di bilancio esogeno fissato *top-down* e un'allocazione delle risorse guidata in sostanza da una formula capitaria ponderata. Discutibile (per alcuni osservatori inutile) però è la ricostruzione *ex post* del fabbisogno sanitario regionale e nazionale che serve a definire la quota d'accesso al livello di finanziamento prefissato esogenamente. Fattori e relativi pesi continuano a restare gli elementi fondanti del riparto, e da questo punto di vista la sola età utilizzata nel decreto per pesare la quota capitaria desta qualche perplessità, considerate le evidenze che dimostrano l'incidenza dei fattori socio-economici sull'utilizzo dei servizi [Petrelli e al. 2010, Cislaghi e Costa 2010]. Seguire gli esempi di oltremarica che costantemente con l'uso di tecniche statistiche più appropriate monitorano obiettivi e risultati di salute e revisionano la formula capitaria potrebbe essere un buon esempio per limitare quella negoziazione politica sui pesi dei fattori e su quote di riparto delle risorse per la salute tra le regioni che il decreto rimette in prospettiva, come è allo stato attuale, all'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

3. La tormentata storia della quota capitaria di finanziamento del SSN

La storia della quota capitaria come strumento di allocazione delle risorse fra le regioni è, in Italia, piuttosto tormentata.

Fino alla metà degli anni novanta, le disponibilità finanziarie per il Ssn erano assegnate alle regioni sostanzialmente sulla base di criteri storici. Eventuali disavanzi erano ripianati *ex post* a carico del bilancio dello Stato; eventuali avanzi restavano nelle disponibilità delle regioni². Il rigore imposto dal risanamento della finanza pubblica e la responsabilizzazione delle regioni sulla spesa sanitaria hanno indotto il legislatore degli anni novanta a introdurre specifiche regole per il finanziamento della sanità delle regioni. La legge n. 662 del 23/12/1996 indica gli «elementi» da considerare in sede di riparto, per la cui pesatura rinvia a successivi provvedimenti: «popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali» (art. 1, c. 34). È evidente l'intenzione del legislatore di superare l'indeterminatezza del precedente sistema, privo di riferimenti oggettivi, indicando il «bisogno sanitario» quale principio guida nell'allocazione delle risorse.

Le scelte degli anni novanta appaiono condizionate dalla situazione contingente, caratterizzata (fra l'altro) da una notevole variabilità della spesa procapite e dei disavanzi procapite, nonché dalla presenza di alcune regioni in avanzo³. Il precedente meccanismo basato su criteri storici, senza alcun riguardo all'attività svolta, premia di fatto i produttori delle aree meno efficienti (che ricevono risorse in eccesso rispetto alle attività svolte e alla qualità dell'assistenza fornita) e produce benefici in termini di occupazione (a prescindere dalla capacità regionale di programmare e organizzare la rete dei servizi). Il sistema di allocazione delle risorse non è certo l'unico (né forse il principale) responsabile delle carenze osservabili in alcune realtà territoriali, ma certo non è riuscito a innescare comportamenti virtuosi. Di qui la necessità di sistemi meno approssimativi, dal lato sia della definizione dei fabbisogni sia della valutazione dell'assistenza erogata nelle varie regioni.

La tormentata vicenda della quota capitaria trova una prima sistemazione in occasione della legge finanziaria per il 1997, la quale esplicita i criteri per la stima dei fabbisogni delle regioni. La nozione di bisogno cui fa riferimento la legge 662/1996 è un mix fra condizioni di salute (da cui il richiamo agli indicatori epidemiologici) e domanda soddisfatta di prestazioni sanitarie (si veda la precisazione relativa ai consumi effettivi per età). Si noti che il tema dell'efficienza nell'organizzazione dei servizi sanitari non è incorporato nella formula di riparto. La norma tiene

² Nella prima metà degli anni novanta, l'anomalia delle regioni che non riescono a spendere le risorse loro assegnate (e a riquilibrare un servizio spesso piuttosto carente) è fonte di disappunto da parte delle regioni che hanno iniziato faticosi processi di razionalizzazione.

³ Nei primi anni novanta, i dati indicano una spesa corrente per abitante variabile da +15-17% rispetto alla media nazionale (in Liguria e Emilia Romagna), e -16-18% (in Basilicata e Calabria). I disavanzi sono ovviamente maggiori nelle regioni con spesa più elevata (raggiungendo valori procapite anche doppi rispetto alla media), mentre alcune regioni chiudono in avanzo (ad esempio, nel 1994, Basilicata e Calabria).

infatti utilmente separate le questioni rilevanti ai fini della determinazione dei fabbisogni finanziari da quelle relative all'impiego delle risorse.

Il nuovo sistema di riparto trova applicazione a partire dal 1998, e produce (gradualmente, in un triennio) una variazione delle quote regionali di accesso al Fsn che a regime raggiunge la dimensione di un paio di decimi di punto percentuale (in più o in meno) rispetto alla situazione precedente. Una variazione del tutto marginale, ma che in alcune regioni accompagna il progressivo risanamento del bilancio della sanità, mentre in altre non è sufficiente ad intaccare l'indifferenza dei responsabili politici rispetto ai vincoli di bilancio.

Il sistema di riparto introdotto nella seconda metà degli anni '90, e adottato fino al 2005, utilizza, oltre alla popolazione residente, tre fattori di correzione del fabbisogno regionale: la struttura per età della popolazione (applicata su circa il 77% della spesa, sulla base di profili di consumo differenziati per classi di età e tipologie di assistenza), la mortalità infantile e perinatale (applicate, opportunamente elaborate, al 5% della spesa) e la densità della popolazione (utilizzata su una quota della spesa inferiore al punto percentuale). I primi due fattori di correzione cercano di catturare differenziali di fabbisogno di prestazioni sanitarie, il terzo fattore introduce elementi legati al costo di fornitura delle prestazioni (tenuto conto della relazione inversa fra densità demografica e costo di erogazione dei servizi sul territorio).

A partire dal 2006, la formula di riparto viene modificata eliminando i fattori legati alla mortalità e alla densità della popolazione e riducendo drasticamente il ruolo della struttura per età della popolazione [Dirindin 2010]. Quali le ragioni di tale cambiamento?

Come noto, la normativa prevede che sia il Governo ad avviare la procedura di riparto, attraverso la presentazione di una proposta a partire dalla quale potrà essere raggiunta l'*intesa* in sede di Conferenza Stato-Regioni. La proposta del Governo è determinante: le regioni possono proporre correttivi, ma l'impianto è deciso dal Governo. I radicali mutamenti introdotti nel 2006 sono quindi il risultato delle modifiche proposte dal ministro pro tempore che, sensibile alle richieste di alcune regioni, potenzia il criterio della quota capitaria secca (non ponderata). Nell'arco di un solo anno alcune quote di accesso aumentano di oltre due decimi di punto percentuale (Lombardia e Campania) e altre si riducono di poco meno di due decimi (Liguria e Toscana). E' l'inizio di una fase turbolenta che vedrà crescere le contrapposizioni fra le regioni, ormai sostanzialmente divise in due gruppi: quelle in equilibrio e quelle in forte disavanzo.

In questo contesto si inseriscono le innovazioni previste dalla legge delega in materia di federalismo fiscale e dal decreto attuativo sui costi e fabbisogni standard. Veniamo quindi ai nostri giorni.

4. L'idea dei costi standard

Per il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep) la legge n. 42 del 2009 dispone (art. 2, c. 2, lett. *m*) il «superamento graduale (...) del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno standard», nonché (art. 8, c. 1, lett. *b*) il «rispetto dei costi standard» nella «determinazione delle spese».

L'unica innovazione contenuta nella legge delega è l'introduzione del costo standard.

L'obiettivo del superamento della spesa storica giunge, infatti, fuori tempo massimo, posto che (come discusso nel paragrafo precedente) la spesa storica non è più da tempo il criterio di assegnazione delle risorse alle regioni. In tal senso appaiono del tutto indecifrabili le disposizioni attuali che da un lato invocano (comprensibilmente) l'adozione di sistemi meno grezzi di determinazione dei fabbisogni regionali e dall'altro di fatto si limitano a depotenziare il sistema di ponderazione già in vigore.

L'introduzione del costo standard costituisce al contrario una novità, anche se l'impiego di parametri ottimali di riferimento è usuale nel Ssn. La norma trae origine dalla richiesta, esposta con forza dal movimento leghista, ma largamente condivisa anche da altre forze politiche, di modificare i sistemi di finanziamento della sanità in modo da evitare che le inefficienze di alcune regioni ricadano sui contribuenti di tutte le altre (e in particolare di quelle più virtuose). L'idea implicita in tale posizione è disarmante nella sua semplicità: proviamo ad esplicitarla in modo volutamente schematizzato.

I fatti ci dicono che alcune regioni lavorano bene, mentre altre lavorano male; che alcune utilizzano le risorse in modo efficiente, mentre altre spendono troppo (a parità di prodotto) o producono prestazioni poco efficaci (a parità di spesa). Buona e cattiva amministrazione non sono però presenti in ugual misura in tutte le regioni, ma l'una e l'altra tendono a concentrarsi in alcune regioni ben precise. E ciò perdura ormai da molto tempo. In tale contesto, un sistema basato su una quota capitaria media (grezza o ponderata), ovvero che tratta allo stesso modo i dissipatori e i buoni amministratori, penalizza i più efficienti perché impone loro quota parte degli oneri derivanti dal cattivo governo dei meno capaci. Le regioni più efficienti, infatti, non solo si accollano la fatica del rigore interno, gli sforzi del risanamento e la disciplina delle regole, ma devono anche contribuire a pagare le inefficienze degli altri.

A fronte di tale situazione, il federalismo fiscale «all'italiana» pone con forza il seguente problema: se le regioni differiscono sistematicamente quanto a *capacity to benefit* [Mooney e Houston 2004] dalle risorse disponibili (una volta standardizzate in base a criteri per ipotesi

condivisi), come fare in modo che le inefficienze ricadano solo su chi le produce?

Sono necessarie alcune precisazioni.

In primo luogo merita ricordare che, in presenza di inefficienze, la sfida è il loro contenimento e non solo l'individuazione delle comunità cui accollarle. Anzi, una collettività nazionale dovrebbe innanzitutto essere interessata (e impegnata) alla progressiva riduzione delle inefficienze, ovunque si manifestino e qualunque ne sia la causa. Un sostenitore della via italiana al federalismo fiscale accantonerebbe peraltro sin da subito tale questione, sulla base di una serie di argomentazioni quali: a) far ricadere le inefficienze su chi le produce è la via maestra per incentivarne il superamento e b) gli sforzi più volte messi in atto dal livello centrale non hanno prodotto alcun risultato ed è quindi necessario procedere diversamente, a livello decentrato. Su tali punti sarebbe utile un approfondimento scevro dall'animosità che spesso contraddistingue il dibattito nazionale. In ogni caso il problema non è chi paga le inefficienze, ma come contenerle. Concentrare l'attenzione solo su *chi paga* rischia di mettere in secondo piano la lotta agli sprechi, quasi che esistessero delle inefficienze tollerabili perché sopportate da chi le produce. Al contrario non esistono inefficienze buone e inefficienze cattive: tutte le inefficienze producono una perdita di benessere, anche quando chi le produce non ne è consapevole e anche quando ne paga le conseguenze. Anzi in determinati contesti, il venir meno della pressione esterna alla riduzione delle inefficienze e del biasimo per il malgoverno potrebbe contribuire a confinare ancora di più alcune realtà in sacche di debolezza.

In secondo luogo le inefficienze sono solo una parte del problema. Una cattiva amministrazione non solo spende di più (rispetto a quanto sarebbe possibile in condizioni normali o ottimali), ma in genere produce anche servizi di peggiore qualità. Inefficienze, iniquità e inappropriately spesso si presentano congiuntamente, cosicché in un territorio coesistono inutili complicazioni, ineguaglianze nell'accesso dei servizi, scarsa trasparenza, inadeguatezza dei percorsi assistenziali, sottoutilizzo delle risorse e costi medi più elevati. Concentrare l'attenzione solo sugli aspetti di micro-efficienza produttiva (ovvero dei costi di produzione delle prestazioni), senza affrontare anche quelli di efficacia, rischia di aggravare (e non di attenuare) il problema. La letteratura scientifica è unanime nel sottolineare come, nel settore sanitario, grandi risultati potrebbero essere raggiunti contenendo l'erogazione di servizi non appropriati (o addirittura non efficaci) rispetto ai reali problemi di salute della popolazione, anziché con la semplice riduzione dei costi unitari di produzione. Un ricovero ospedaliero o un'indagine di laboratorio possono essere erogati nella migliore delle organizzazioni produttive (a costi medi minimi), ma se trattano pazienti che non hanno bisogno di quella prestazione (o addirittura che non presentano alcuna patologia) producono il massimo dell'inefficienza complessiva. E contro tale evenienza, il semplice controllo

del costo di produzione è del tutto inutile.

In terzo luogo l'idea di utilizzare i costi standard per determinare il fabbisogno sanitario regionale rischia di complicare eccessivamente un meccanismo che dovrebbe al contrario tentare di tenere distinti gli aspetti legati ai bisogni di assistenza da quelli legati all'utilizzo delle risorse. Pur riconoscendo la forte interazione fra i due aspetti, la complessità della situazione dovrebbe suggerire una maggiore chiarezza metodologica, puntando da un lato a rafforzare il sistema di riparto delle risorse disponibili a livello nazionale (che, in quanto definite a monte, costituiscono inevitabilmente il punto di partenza della procedura di assegnazione alle regioni), e dall'altro alla definizione di più cogenti sistemi di premi e penalizzazioni per le realtà più o meno efficienti. Al contrario, la vicenda dei costi standard è, ad oggi, ancora fonte di confusione e di illusorie aspettative.

5. I costi e dei fabbisogni standard nel d.lgs. 68 del 2011

Il disegno tracciato nel decreto legislativo n. 68 del 6 maggio 2011 che, nel capo IV, detta il meccanismo di determinazione dei fabbisogni e costi standard nel settore sanitario è ben lontano dai propositi di valutare l'efficienza e l'efficacia dell'intervento pubblico, ma soprattutto non ha nulla a che fare con l'isolamento delle *inefficienze* di produzione. Semplicemente introduce un nuovo *driver* per contabilizzare il riparto del finanziamento del tutto equivalente a quello vigente, a dimostrazione che nella sanità la spesa storica è già stata superata.

Poca attenzione riserva invece al sistema di ponderazione che dovrebbe fondarsi sui determinanti dei bisogni, ovvero su quei fattori predittivi degli stati patologici da assumere come guida prevalente del processo di riparto delle risorse [Cislaghi 2010, Cislaghi e Costa 2010].

Procediamo per ordine. La cornice di riferimento del decreto è rappresentata dai livelli essenziali di assistenza, Lea. Entro le macroaree dei Lea deve essere ripartito il finanziamento integrale della spesa sanitaria, «determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza» (art. 26, c.1). Ciò significa che il finanziamento complessivo della sanità resta dunque un dato esogeno, fissato cioè a monte dell'intero processo di bilancio pubblico come scelta di programmazione della politica economica del Paese (e non già a livello microanalitico come somma dei prezzi per le quantità delle prestazioni da garantire). Viene quindi confermata la doppia *coerenza*: a) con il quadro

macroeconomico, che lega la spesa sanitaria ai vincoli di finanza pubblica; b) con i contenuti dei Lea (dei quali si aspetta ancora l'aggiornamento previsto dalla finanziaria per il 2007) e delle risorse necessarie a soddisfarli.

Il decreto conferma i tre tradizionali macrolivelli, l'assistenza collettiva (5%), la distrettuale (51%) e l'ospedaliera (44%), e ne definisce il ruolo di primo indicatore cui tutte le regioni devono adeguarsi e da cui partire per l'allocazione delle risorse. Ma l'assegnazione finanziaria alle singole regioni⁴ dipende adesso da un *set* di tre regioni che costituiscono il *benchmark* di riferimento, scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate da Ministero della salute e dal Mef che chiudono in equilibrio economico finanziario⁵ (o vi si avvicinano). Trattasi cioè delle regioni (con esclusione di quelle sottoposte ai piani di rientro) per cui, nel «secondo esercizio precedente a quello di riferimento», la spesa è stata equivalente alle risorse ordinarie attribuite al finanziamento dei Lea⁶. Non basta però il pareggio di bilancio per la selezione delle regioni; gli indicatori finanziari sono infatti affiancati da indicatori di valutazione dell'appropriatezza, dell'efficienza e qualità dei servizi, da definire successivamente con d.p.c.m. (sostanzialmente quelli già inseriti nell'ultimo patto per la salute e di cui si avvalgono i tavoli ministeriali in sede di monitoraggio).

Il decreto, sottolineando che la determinazione dei costi e fabbisogni standard avviene annualmente (contrariamente alla programmazione triennale che ha caratterizzato tutti gli accordi siglati nel primo decennio del nuovo secolo), stabilisce che a decorrere dal 2013 il fabbisogno standard delle singole regioni a statuto ordinario (qui la dicitura *cumulativamente pari a quello nazionale* genera confusione⁷) è ottenuto applicando «a tutte le regioni» la standardizzazione dei costi⁸ rilevati nelle tre regioni di riferimento. In particolare, il costo standard è espresso per ciascun macrolivello dalla media della spesa procapite pesata registrata a livello aggregato nelle tre regioni *benchmark*, da applicare alla popolazione pesata di tutte le regioni. Più in dettaglio, e ciò è influente ai fini del risultato, «le pesature sono effettuate con pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento» (art. 27, c.7). Il decreto, nel recepire l'intesa Stato-Regioni, elimina la possibilità di

⁴ Per le regioni a statuto speciale e le province autonome, il decreto prevede l'applicazione del nuovo sistema «nel rispetto dei rispettivi statuti». In questa sede si assume che gli statuti non interferiscano con la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard.

⁵ Avanzi o disavanzi sono quelli certificati nel Tavolo adempimenti del Mef.

⁶ Le risorse ordinarie comprendono le entrate proprie effettive delle Asl e Ao (e non quelle convenzionali delle delibere di riparto), ma sono depurate da tutte le risorse aggiuntive disposte nei bilanci regionali a copertura dei disavanzi, né tengono conto delle maggiori coperture fiscali (extra-gettito delle addizionali) né delle quote di spesa che finanziano Lea aggiuntivi a quelli essenziali.

⁷ Appare indubbio che il fabbisogno nazionale standard debba corrispondere al livello di finanziamento integrale per la spesa sanitaria e che in sede di determinazione si distingue «la quota complessivamente destinata alle regioni a statuto ordinario» (art. 26).

⁸ La standardizzazione della spesa, equivalente alle risorse ordinarie necessarie al finanziamento dei Lea come definite nella nota precedente, è calcolata come somma delle risorse assegnate ai tre macrolivelli considerata al lordo della mobilità, al netto degli ammortamenti.

tener conto «anche di indicatori relativi a particolari situazioni territoriali, ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari» (ex art. 22, c.6, lett. e dello schema di decreto). La precisazione tentava di affrontare il cuore del conflitto fra nord e sud del Paese, perché evocava l'utilizzo di indicatori (quale quello di deprivazione) che avrebbero potuto ridurre l'effetto della ponderazione per classe di età. Tali indicatori potranno essere invece presi in considerazione per quegli interventi (di cui al comma 5 dell'art. 119 della Costituzione) intesi a ridurre le carenze strutturali atte ad incidere sui costi delle prestazioni di talune aree territoriali (art. 28).

Dalla media dei costi standardizzati nelle regioni *benchmark* è quindi possibile costruire il fabbisogno standard regionale che rapportato al fabbisogno standard nazionale (costruito per somma) definisce la quota di accesso al finanziamento esogenamente determinato (per inciso, la quota attribuita alla migliore regione di riferimento non può essere inferiore a quella ad essa attribuita l'anno precedente in sede di riparto al netto delle variazioni della popolazione). Un periodo transitorio di cinque anni consentirà alle singole regioni di convergere verso le percentuali di costo e fabbisogno indicate nella programmazione nazionale (cioè il 5% per l'assistenza collettiva, il 51% per la distrettuale e il 44% per l'ospedaliera). Probabilmente è questo l'elemento di novità che, vincolando al rispetto delle quote per macrolivelli, potrebbe favorire recuperi di efficacia ed efficienza soprattutto in quelle regioni che perdurano in un'organizzazione dei servizi sanitari fondata su una costosa assistenza ospedaliera.

Di seguito si confrontano la vecchia e la nuova metodologia in forma analitica e con simulazioni numeriche. Nel merito della questione si sono già espressi diversi osservatori [Pisauro 2010, Mapelli 2010], non mancano tra l'altro interpretazioni estensive della lettera del decreto intese ad enfatizzare il ruolo dei costi standard [sul tema si vedano Pammolli e Salerno 2010, Petretto 2011].

La tabella 1 riporta il riparto del finanziamento *indistinto* per l'anno 2011, così come definito nel provvedimento approvato in via definitiva. Per rendere più agevole il confronto sono escluse le quote finalizzate (che seguono criteri di riparto propri) e le risorse a destinazione vincolata (su cui il decreto rimanda esplicitamente in fase di prima applicazione alle disposizioni vigenti).

Tab. 1 - Riparto del finanziamento indistinto 2011 (*) (mln di euro)

Regioni	Assistenza Collettiva	Medicina Generale	Assistenza Farmaceutica	Assistenza Specialistica	Altra Assistenza	Assistenza Distrettuale	Assistenza Ospedaliera pesata	Assistenza Ospedaliera non pesata	Assistenza Ospedaliera	Finanziamento indistinto (G11)	γ11
	5.00%	7.00%	13.62%	13.30%	17.08%	51.00%	22.00%	22.00%	44.00%	100.00%	
Piemonte	382	535	1,064	1,069	1,306	3,974	1,681	1,780	3,461	7,817	7.54%
Lombardia	844	1,182	2,299	2,250	2,886	8,617	3,716	3,708	7,423	16,884	16.28%
Veneto	422	591	1,148	1,121	1,443	4,302	1,858	1,847	3,705	8,429	8.13%
Liguria	139	194	399	413	475	1,481	611	699	1,310	2,931	2.83%
Emilia-Romagna	378	529	1,049	1,046	1,291	3,914	1,662	1,752	3,414	7,706	7.43%
Toscana	321	449	896	901	1,095	3,342	1,410	1,509	2,919	6,581	6.35%
Umbria	77	108	216	216	265	805	341	363	704	1,586	1.53%
Marche	134	188	372	369	458	1,386	590	620	1,209	2,730	2.63%
Lazio	488	684	1,325	1,293	1,669	4,971	2,148	2,129	4,277	9,736	9.39%
Abruzzo	115	161	316	311	393	1,182	506	519	1,025	2,322	2.24%
Molise	28	39	76	75	94	284	121	126	247	558	0.54%
Campania	501	701	1,310	1,215	1,711	4,936	2,202	1,981	4,184	9,621	9.28%
Puglia	351	491	938	896	1,199	3,524	1,544	1,469	3,013	6,888	6.64%
Basilicata	51	71	138	134	173	515	223	222	444	1,010	0.97%
Calabria	173	242	463	444	590	1,739	760	732	1,492	3,404	3.28%
RSO	4,403	6,164	12,008	11,753	15,046	44,972	19,373	19,454	38,828	88,202	85.05%
Valle d'Aosta	11	15	30	30	38	113	48	49	98	221	0.21%
Bolzano	43	61	115	109	148	432	190	179	369	844	0.81%
Trento	45	63	122	118	154	457	198	195	393	896	0.86%
Friuli-Venezia Giulia	106	148	297	300	362	1,108	467	500	966	2,180	2.10%
Sicilia	433	607	1,158	1,102	1,481	4,349	1,907	1,820	3,727	8,509	8.20%
Sardegna	144	201	389	381	491	1,463	632	620	1,252	2,859	2.76%
RSS	783	1,096	2,111	2,040	2,674	7,921	3,443	3,362	6,806	15,509	14.95%
ITALIA	5,186	7,260	14,119	13,794	17,720	52,893	22,817	22,817	45,633	103,712	100.00%

Fonte: Ns. elaborazioni su dati di riparto del fabbisogno indistinto

(*) Popolazione di riferimento 1.1.2010; indicatori e pesature vigenti nel 2011;

Pesi per classi di età	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>75
Ospedaliera	3.122	0.366	0.226	0.363	0.528	0.930	2.079	2.906
Ambulatoriale	0.389	0.221	0.279	0.390	0.650	1.156	2.177	2.074

Nella tabella 1 il finanziamento regionale è calcolato con il vecchio metodo di riparto. Più precisamente, utilizzando con qualche correttivo la simbologia di Pisauro [2010], fissato il livello G_i delle risorse programmate in sede nazionale da assegnare al settore, oggi il fabbisogno di ciascuna regione i , G_{it} , è calcolato sulla base della popolazione pesata per classi di età \bar{P}_{it-1} (rilevata al 1 gennaio dell'anno precedente), ponderate con gli indicatori di livello e/o sub-livello q_z , definiti per ciascuna funzione di spesa z . Alla determinazione del finanziamento regionale concorre inoltre la quota del tetto di spesa farmaceutica che indichiamo con q_f . Avremo quindi:

$$[1] \quad G_{it} = G_i \sum_z q_z \frac{\bar{P}_{it-1}}{\sum_i \bar{P}_{it-1}} \left[1 + \frac{q_f}{1 - q_f} \right],$$

dove la popolazione regionale pesata, \bar{P}_{it-1} , è espressa come somma della popolazione nelle diverse classi di età c , P_{ict-1} , moltiplicata per i pesi π_{ct} , ovviamente $\pi_{ct} = 1$ se q_z è una quota non pesata:⁹

$$[2] \quad \bar{P}_{it-1} = \sum_c P_{ict-1} \pi_{ct}.$$

Dal rapporto tra G_{it} e G_i scaturisce la quota di accesso γ_{it} di ciascuna regione i al finanziamento globale. È agevole dimostrare che il tetto non gioca alcun ruolo nella determinazione della quota di accesso, e la [1] può essere semplicemente espressa come:

$$[3] \quad G_{it} = G_i \sum_z \frac{\bar{P}_{izt-1}}{\sum_i \bar{P}_{izt-1}} = G_i \gamma_{it},$$

con

$$[4] \quad \bar{P}_{izt-1} = q_z \sum_c P_{ict-1} \pi_{ct}.$$

Veniamo quindi al decreto legislativo n. 68 del 2011 che, costretto a rendere coerenti le nozioni di costo e fabbisogno standard con l'approccio macroeconomico, non fa nient'altro che ricostruire il risultato della vecchia metodologia sulla base della spesa procapite pesata delle regioni *benchmark* evidenziata due anni prima.

Entriamo nel dettaglio del problema. Secondo il decreto il costo standard è pari alla media della spesa procapite pesata delle regioni *benchmark* ($j=1,2,3$) per ciascun macrolivello. Ai fini dell'applicazione della nuova metodologia, i criteri di riparto sono quelli vigenti due anni prima. Per simulare cosa accadrebbe con il finanziamento 2011 abbiamo dunque bisogno di ricostruire le componenti pesate entro i macrolivelli 2009. A questo punto, il costo standard per ciascuna funzione di spesa \bar{g}_{zt-2} è:

⁹ I pesi oggi utilizzati sono quelli della specialistica (consumi monitorati con la tessera sanitaria) e dell'ospedaliera (riferiti alle schede di dimissione ospedaliera, Sdo), generalmente disponibili con due anni di ritardo.

$$[5] \quad \bar{g}_{zt-2} = \frac{\sum_{j=1}^3 G_{jzt-2}}{\sum_{j=1}^3 \bar{P}_{jt-2}}.$$

Tale costo standard \bar{g}_{zt-2} è quindi moltiplicato per la popolazione pesata di ciascuna regione i per definirne il fabbisogno standard regionale F_{it-2} , che includendo il tetto di spesa farmaceutica assume la seguente forma funzionale:

$$[6] \quad F_{it-2} = \sum_z \bar{g}_{zt-2} \bar{P}_{it-2} \left[1 + \frac{q_f}{1 - q_f} \right].$$

Il fabbisogno standard nazionale è quindi costruito per sommatoria dei fabbisogni standard regionali:

$$[7] \quad F_{t-2} = \sum_i F_{it-2}.$$

Se la media della spesa procapite pesata delle regioni *benchmark* è inferiore a quella nazionale si avrà complessivamente che $F_{t-2} < G_{t-2}$, viceversa nel caso in cui le regioni in equilibrio presentino una media della spesa procapite pesata superiore a quella nazionale.

Infine, rapportando F_{it-2} a F_{t-2} si determina la quota di accesso per ciascuna regione i , γ_{it^*} , che, calcolata sulla base delle regioni *benchmark*, può essere applicata al finanziamento globale G_t dell'anno 2011:

$$[8] \quad \gamma_{it^*} = \frac{F_{it-2}}{F_{t-2}},$$

$$[9] \quad G_{it} = \gamma_{it^*} G_t.$$

Anche in questo caso si può dimostrare che:

$$[10] \quad \gamma_{it^*} = \sum_z \frac{\bar{P}_{izt-2}}{\sum_i \bar{P}_{izt-2}},$$

con

$$[11] \quad \bar{P}_{izt-2} = q_z \sum_c P_{ict-2} \pi_{ct-2}.$$

In altri termini, se da un lato la media della spesa procapite pesata delle regioni *benchmark* influenza il valore assoluto del fabbisogno per le singole regioni e quindi il fabbisogno totale costruito per somma, dall'altro è irrilevante ai fini della quota di accesso, che dipende esclusivamente dalle quote di popolazione pesata.

Tab. 2 - Costi e fabbisogni standard per il finanziamento indistinto 2011 (*) (mln di euro)

Regioni	Assistenza Collettiva	Assistenza Farmaceutica	Assistenza Specialistica pesata	Assistenza Distrettuale non pesata	Assistenza Ospedaliera pesata	Assistenza Ospedaliera non pesata	Fabbisogno indistinto e vincolato F09 (a)	γ_i 09 (b)	Spesa effettiva G09 (c)	F09-G09 (d=a-c)	G11* γ_i 09 (e=b*G11)	γ_i 11 (f)	G11* γ_i 11 (g=f*G11)	G11* γ_i (09-11) (h=e-g)
Fabbisogni standard regionali	5.00%	13.60%	13.00%	24.40%	22.00%	22.00%	100.00%							
Piemonte	380	1,051	1,018	1,858	1,745	1,678	7,730	7.54%	7,837	-107	7,818	7.54%	7,817	1
Lombardia	835	2,262	2,151	4,084	3,615	3,688	16,636	16.22%	16,490	146	16,825	16.28%	16,884	-59
Veneto	419	1,132	1,073	2,048	1,805	1,850	8,327	8.12%	8,227	99	8,421	8.13%	8,429	-8
Liguria	138	395	390	677	689	611	2,901	2.83%	3,098	-197	2,934	2.83%	2,931	3
Emilia-Romagna	372	1,028	989	1,818	1,706	1,642	7,556	7.37%	7,637	-81	7,642	7.43%	7,706	-64
Toscana	318	884	856	1,554	1,482	1,404	6,497	6.34%	6,607	-110	6,571	6.35%	6,581	-11
Umbria	77	213	205	375	356	339	1,563	1.52%	1,591	-27	1,581	1.53%	1,586	-5
Marche	134	371	356	658	615	594	2,728	2.66%	2,749	-21	2,759	2.63%	2,730	29
Lazio	482	1,304	1,235	2,359	2,076	2,130	9,586	9.35%	9,468	117	9,695	9.39%	9,736	-42
Abruzzo	114	313	298	559	510	505	2,299	2.24%	2,287	12	2,326	2.24%	2,322	3
Molise	27	75	72	134	124	121	555	0.54%	567	-12	561	0.54%	558	3
Campania	498	1,301	1,183	2,437	1,945	2,201	9,564	9.33%	9,652	-88	9,673	9.28%	9,621	52
Puglia	350	930	864	1,710	1,440	1,545	6,839	6.67%	6,886	-47	6,916	6.64%	6,888	28
Basilicata	51	137	129	248	219	224	1,007	0.98%	1,041	-34	1,018	0.97%	1,010	8
Calabria	172	460	428	842	720	760	3,383	3.30%	3,470	-86	3,422	3.28%	3,404	18
RSO	4,366	11,855	11,247	21,361	19,048	19,293	87,171	85.01%	87,606	-435	88,161	85.05%	88,202	-42
Valle d'Aosta	11	30	28	53	48	48	219	0.21%	218	1	221	0.21%	221	0
Bolzano	43	113	104	209	173	189	832	0.81%	838	-6	841	0.81%	844	-3
Trento	45	120	113	218	190	197	882	0.86%	862	20	892	0.86%	896	-4
Friuli-Venezia Giulia	105	293	285	516	490	466	2,156	2.10%	2,159	-3	2,180	2.10%	2,180	0
Sicilia	432	1,150	1,066	2,112	1,789	1,907	8,455	8.24%	8,329	125	8,551	8.20%	8,509	42
Sardegna	143	385	366	700	606	633	2,834	2.76%	2,871	-37	2,866	2.76%	2,859	7
RSS	778	2,091	1,962	3,808	3,297	3,440	15,376	14.99%	15,276	101	15,551	14.95%	15,509	42
ITALIA	5,145	13,946	13,209	25,170	22,344	22,732	102,547	100.00%	102,882	-335	103,712	100.00%	103,712	0
Procapite pesato Italia	86		448	418	366	377	1695							
Costo standard (g z) su 3 Regioni	86		442	419	361	379	1687							

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Copaff

(*) Popolazione di riferimento 1.1.2009; indicatori e pesature vigenti nel 2009;

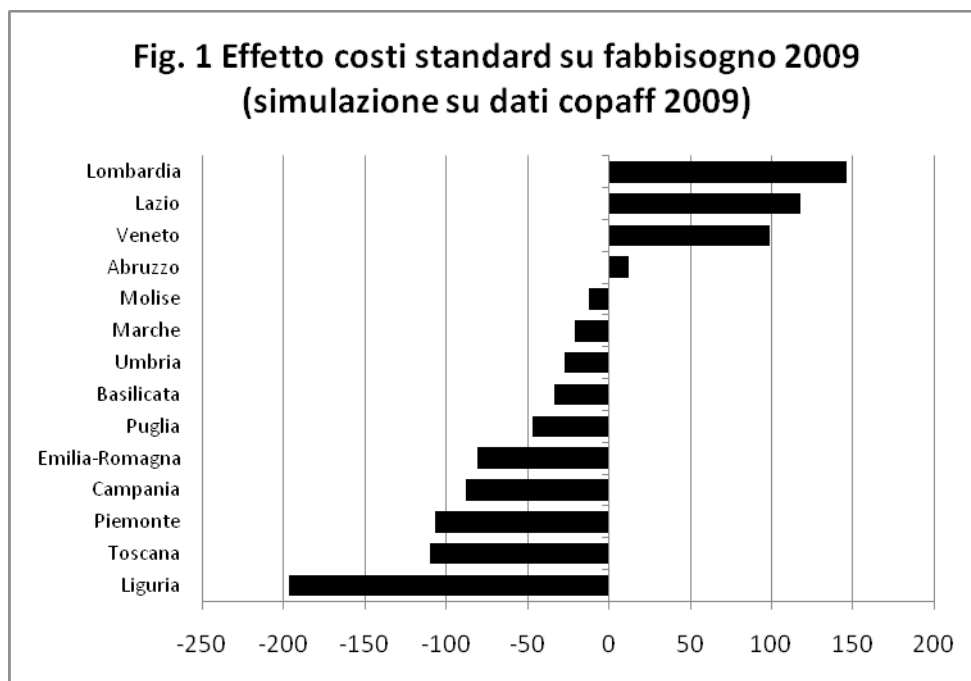
(**) Regioni benchmark: Lombardia, Toscana, Basilicata;

Pesi per classi di età (2009)	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>75
Ospedaliera	2.539	0.376	0.254	0.392	0.567	0.945	2.105	3.025
Ambulatoriale	0.242	0.204	0.169	0.228	0.363	0.573	1	0.897

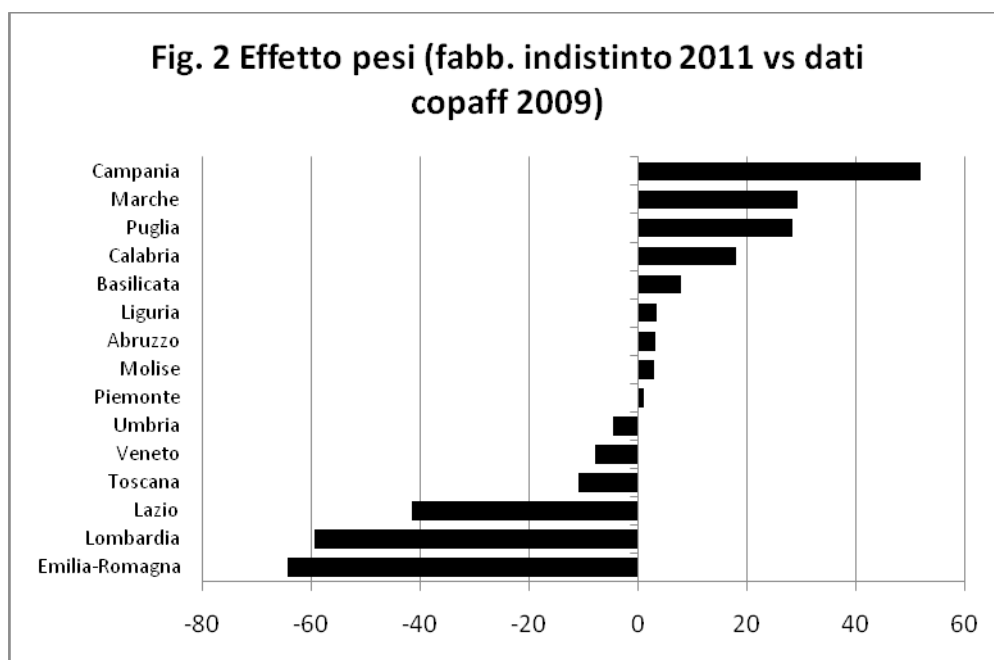
La tabella 2 descrive questo processo a partire dai dati del finanziamento statale 2009 (indistinto e vincolato di fonte Copaff) che assumiamo come riferimento per il calcolo di costi e fabbisogni standard e dunque per determinare la quota di accesso al riparto del finanziamento *indistinto* 2011. Abbiamo incluso nella simulazione per il calcolo degli standard, in linea con quanto previsto dal decreto a garanzia della rappresentatività geografica, due regioni in equilibrio, l'una del nord (la Lombardia), l'altra del centro (la Toscana) e, nell'ottica di introdurre almeno una regione di piccole dimensioni, una del sud (la Basilicata). Una questione irrilevante perché ai fini del riparto 2011 gli stessi risultati sarebbero ottenuti, come vedremo, con una terna qualsiasi di regioni.

Dalla tabella 2 (dove si assume che all'interno delle regioni *benchmark* gli indicatori q_i si collochino entro i criteri nazionali) emergono due questioni. Innanzitutto, fermo restando l'anno 2009, se $F_{it-2} < G_{it-2}$ l'innovazione evidenzia rispetto alla distribuzione iniziale delle risorse (tab. 2, col. c¹⁰) un vantaggio per tutte le regioni che presentano una spesa procapite pesata inferiore alla media delle regioni *benchmark* (tab. 2, col. d). La differenza globale tra G_{t-2} e F_{t-2} , deriva proprio dal fatto che il fabbisogno in valori assoluti non si ricostruisce sulla base della spesa procapite pesata di tutte le regioni, ma solo di quelle incluse nella terna che in questo caso si collocano sotto la media nazionale. Ne segue che, stando ai calcoli della nuova metodologia, *ex post* si evidenzerebbe per l'anno 2009 una redistribuzione del fabbisogno in valori assoluti verso regioni quali Lombardia, Lazio, Veneto e Abruzzo semplicemente perché hanno una spesa procapite pesata sotto la media del *benchmark* a prescindere dalla virtuosità (anche se ciò è ininfluenza ai fini del calcolo della quota di accesso). L'effetto della terna prescelta sul fabbisogno regionale F_{it-2} calcolato *ex post* rispetto alla distribuzione delle risorse *ex ante* G_{it-2} è ben evidenziato nella figura 1.

¹⁰ Alcune quote di finanziamento e fondi vincolati sono conteggiati in base a criteri di riparto diversi da quelli della quota di accesso.



In secondo luogo, fissato G_t per il 2011, se applicassimo oggi la nuova metodologia di riparto, la quota di accesso sarebbe in sintesi quella rinveniente dalla popolazione pesata del 2009 e il sud guadagnerebbe rispetto al vigente riparto, a scapito del nord (tab. 2, col. h), come mostra la figura 2.



Ma ciò non è dovuto alle differenze nei due metodi di calcolo, irrilevanti ai fini della quota di accesso, bensì esclusivamente al cambiamento dei criteri di riparto utilizzati nel 2011 rispetto a

quelli vigenti nel 2009, che oggi favoriscono le regioni del nord. In sintesi, sono stati modificati sia i pesi per classi di età della specialistica e dell'ospedaliera (si veda la parte inferiore delle tabelle 1 e 2), sia le quote dei sub-livelli entro cui si distribuisce l'assistenza distrettuale con un incremento della specialistica.

Logicamente ai fini della figura 2 lo stesso risultato si otterrebbe anche se si considerasse una terna diversa di regioni. Tutto ciò perché il costo standard è semplicemente una costante moltiplicativa che non influenza la quota di accesso.

In conclusione, stabilito a monte nel processo di bilancio pubblico il finanziamento globale da dedicare ai Lea, i risultati distributivi sono indipendenti dalle regioni individuate come *benchmark* e continuano ad essere condizionati esclusivamente dai criteri di ponderazione della quota capitaria e dalle quote di finanziamento soggette alla ponderazione stessa. Come ipotizzato, il nuovo meccanismo di definizione dei fabbisogni sanitari regionali non produce di per sé alcun effetto, se non quello di distrarre l'attenzione dai veri determinanti del riparto, sui quali sarebbe per contro auspicabile un approfondimento tecnico alla luce delle evidenze scientifiche più recenti.

Tanto rumore per nulla quindi [Bordignon e Dirindin 2010, Vainieri 2010], ma forse altre ricadute meritano attenzione.

6. Considerazioni conclusive e raccomandazioni

I primi provvedimenti attuativi della legge delega sul federalismo fiscale si mostrano confusi, non coordinati per livelli di governo, spesso incapaci di andare oltre la semplice replica dei principi di delega e carenti di un disegno ordinato e complessivo di attuazione della riforma. In questo quadro il decreto legislativo n. 68 del 2011 nella parte che interessa i costi e i fabbisogni standard in sanità mostra luci e ombre. Non riesce a legare le questioni di equità con quelle di efficienza nell'erogazione delle prestazioni. Al riguardo, fermo restando la procedura *top-down* di assegnazione alle regioni delle risorse per formula capitaria, sarebbero necessarie tecniche statistiche-econometriche più sofisticate (appropriate funzioni di costo) per incorporare i fattori legittimi (di bisogno sanitario) controllando per quelli illegittimi (e.g. di offerta di servizi¹¹).

Le disposizioni per il riparto del finanziamento della sanità di fatto strutturano un complesso meccanismo di applicazione dei costi standard che, date le risorse assegnate al settore, intende ricostruire *ex post* (a partire da tre regioni individuate prioritariamente sulla base del pareggio di bilancio) i fabbisogni standard di spesa regionali e per aggregazione quello che sarebbe dovuto

¹¹ Certamente l'individuazione dei pesi per classi di età sulla base dei dati di consumo risente oggi di una domanda di salute indotta dall'offerta territoriale.

essere il fabbisogno standard nazionale. La procedura sembra non produrre alcun risultato sulle assegnazioni alle singole regioni: la scelta delle regioni *benchmark* è del tutto ininfluenza sulla quota di accesso al finanziamento, ma evidenzerebbe *ex post* – nell’ipotesi di stanziamenti considerati superiori al fabbisogno stimato – benefici a favore delle regioni con spesa procapite pesata inferiore alla media del *benchmark*.

Il dibattito sui costi standard ha peraltro contribuito a risvegliare l’interesse per i sistemi di ponderazione della quota capitaria, il vero elemento in grado di influenzare le assegnazioni alle singole regioni, rispetto al quale tuttavia il decreto non solo non produce alcun miglioramento ma aumenta l’indeterminatezza.

Nonostante le interpretazioni e i giudizi differenti sul meccanismo di funzionamento dei costi standard, nel complesso il d. lgs. 68/2011 non snatura il percorso sin qui fatto dalla sanità per il superamento della spesa storica e per la determinazione dei fabbisogni sulla base di indicatori per quanto possibile oggettivi. Non migliora il sistema vigente, ma evita di abbracciare il metodo *bottom up* di dubbia praticabilità (costi unitari delle prestazioni per volumi standardizzati di prestazioni). E, anche tenuto conto del ruolo di apripista che la sanità assume nell’attuazione di quanto previsto dalla nuova Costituzione per i livelli essenziali delle prestazioni, il risultato appare comunque significativo.

Sul piano tecnico, sono proponibili alcuni correttivi. Innanzi tutto appare priva di giustificazioni la scelta di utilizzare nel riparto i «pesi per classi di età della popolazione ... relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento»; presa alla lettera la disposizione di fatto utilizza i consumi rilevati attraverso la tessera sanitaria e le Sdo di ben 4 anni prima. Inoltre, andrebbe riconsiderata la questione dell’indice di deprivazione: le condizioni di salute e il ricorso alle prestazioni sanitarie sono correlate alle condizioni socio-economiche delle persone (come insegnano gli inglesi, che ne tengono conto ai fini nella formula capitaria); ma è necessario richiedere azioni concrete alle realtà più deboli, legando la disponibilità di maggiori risorse al raggiungimento di specifici risultati di riqualificazione dell’offerta locale di servizi.

Non mancano però alcune rilevanti preoccupazioni.

Innanzi tutto appare rischiosa la previsione di cui all’art. 25, c.3 del decreto, laddove precisa che i costi e i fabbisogni standard «costituiscono il riferimento cui rapportare (...) a regime il finanziamento integrale della spesa sanitaria». Il rischio è che l’ammontare delle risorse destinate al Ssn possa essere determinato non in relazione ai Lea e ai vincoli di finanza pubblica (come sin qui fatto), bensì ai risultati di metodologie di stima dei costi standard molto approssimative e parziali.

Ma soprattutto le innovazioni introdotte nel decreto non vanno nella direzione di evitare, in occasione del riparto, di finanziare le inefficienze. A tal fine, sarebbe necessario rafforzare il

percorso di accompagnamento con i Piani di rientro nei confronti delle regioni in disavanzo, monitorato dal Mef e dal Ministero della salute, e confermare tra gli interventi correttivi e integrativi dei decreti attuativi l'applicazione della normativa in vigore che impone di evitare di coprire i disavanzi di singole regioni con risorse nazionali aggiuntive.

Un percorso di accompagnamento che, innescato come soluzione ad una pesante crisi di liquidità attraversata nel settore per effetto della mancata attuazione del d. lgs. 56 in vigore fin dal 2000, si è dimostrato credibile per una serie di ragioni. In primo luogo perché ha finalmente posto fine alla politica del *soft budget constraint* e del *bail out* governativo a pioggia. In secondo luogo perché ha permesso di sperimentare meccanismi sanzionatori e di premialità legati al rispetto di vincoli e adempimenti imposti per la *governance* complessiva del sistema, contribuendo ad isolare con i Piani di rientro le aree di cattivo funzionamento. In terzo luogo perché ha fatto emergere le più profonde radici dell'inefficienza nella fornitura delle prestazioni (irresponsabilità di governo della spesa, se non vere e proprie incapacità radicate in molte amministrazioni del sud, dove più diffusi sono i comportamenti localistici di *rent-seeking* spesso fondati su sistemi corruttivi) e come conseguenza sta faticosamente inducendo comportamenti di responsabilizzazione nella ristrutturazione della spesa e nel suo finanziamento attraverso l'obbligatorietà ad agire.

Il monitoraggio messo a punto e le conseguenti azioni vedono fortemente impegnato il livello centrale, che controlla, vaglia, interviene e impone, fino a intaccare l'autonomia stessa delle regioni in squilibrio finanziario, proprio in nome di quella responsabilità che tutte le regioni devono conseguire per esercitare in maniera efficace le funzioni loro attribuite. Esso rappresenta una sperimentazione che tratteggia una tipicità positiva avviata nel sistema sanitario italiano, e ben definisce la sede più appropriata per l'accertamento della convergenza di costi e fabbisogni e degli obiettivi di servizio legati ai Lep. Tuttavia, la sorveglianza sulla disciplina di bilancio per garantire prestazioni a costi efficienti (standardizzati) rischia di restare zoppa se non viene affiancata da una più attenta programmazione sanitaria nazionale: essere più guardiani degli obiettivi di salute e garantire diritti esigibili per un'assistenza appropriata, efficace e di qualità. E a tal fine è necessario disegnare politiche strutturali di riqualificazione più incisive per le regioni canaglia, personalizzate rispetto alle specifiche debolezze regionali, che vadano oltre il piano finanziario e che affianchino al trattamento delle inefficienze anche la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo della rete dei servizi. Su questo terreno si gioca il mantenimento del carattere pubblico e nazionale della sanità. E una riforma ambiziosa che intende proseguire nel percorso del decentramento delle funzioni necessita prima di tutto di regole chiare che irrobustiscano il sistema di responsabilizzazione delle amministrazioni locali a garanzia dei diritti di cittadinanza.

Il decreto legislativo n. 68/2011 appare, per la parte che riguarda la sanità, un esempio di

eccesso di produzione normativa, fonte di incertezze, conflitti e appesantimenti burocratici. Si sovrappone infatti alla normativa precedente, apportando cambiamenti minimi e non sempre migliorativi, al solo scopo di annoverare fra i risultati ottenuti anche l'attuazione di quella parte della legge delega sul federalismo fiscale che dovrebbe premiare le regioni virtuose e far gravare le inefficienze su chi le produce. In realtà, l'analisi dimostra che tale obiettivo, per quanto non necessariamente l'unico da perseguire, difficilmente potrà essere raggiunto attraverso l'impiego dei costi standard. Anzi, il graduale spostamento dalle sedi tecniche alle sedi politiche (negoziali) delle decisioni sulle assegnazioni alle regioni rischia di favorire interpretazioni della nozione di efficienza strumentale ad obiettivi diversi da quello del miglioramento delle *performance* complessive del sistema sanitario. D'altro canto, riparto delle risorse e inefficienze produttive sono due questioni che difficilmente possono essere affrontate con un unico strumento: il primo richiede il perfezionamento dei criteri di ponderazione, le seconde vanno fronteggiate sul piano del monitoraggio, proseguendo il percorso già da tempo avviato nella sanità.

Concludendo, la sanità è sempre più, e in più ambiti, il vero laboratorio di applicazione degli strumenti di responsabilizzazione dei decisori che il federalismo fiscale vorrebbe introdurre in tutto il settore pubblico. Il rafforzamento del percorso già da tempo avviato nella sanità richiede peraltro un irrobustimento della programmazione nazionale e lo sviluppo di terapie mirate sulle singole diagnosi regionali. Le ricette vanno meglio specificate, senza rinviare ulteriormente la definizione di obiettivi legati ai Lep, soprattutto nel socio-sanitario, per indicare l'orizzonte verso il quale gli interventi di riduzione delle inefficienze e delle iniquità dovranno puntare.

Riferimenti bibliografici

Bordignon, M. e Dirindin, N. [2010], *Costo standard. Nome nuovo per vecchi metodi*, in Lavoce.info.

Caruso, E. e Dirindin, N. [2011], *La sanità tra conservazione, innovazione e incertezze normative*, in *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2011*, a cura di M.C. Guerra e A. Zanardi, il Mulino, pp. 161-195.

Caruso, E. e Dirindin, N. [2010], *Per la sanità un decennio di contraddizioni e prove tecniche di stabilità*, in *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2010*, a cura di M.C. Guerra e A. Zanardi, il Mulino, pp. 123-142.

Causi, M. [2011], *Sei mesi in più per attuare la legge sul federalismo fiscale: il PD chiede di correggere i decreti già approvati*, in Astrid.

Cislaghi, C. (a cura di) [2010], *Criteri per il riparto del fabbisogno sanitario*, Age.na.s, Roma.

Cislaghi, C. e Costa, G. [2010], *I costi standard*, in *Rapporto Sanità 2010*, a cura di N. Falcitelli, G.F. Gensini, M. Trabucchi e F. Vanara, Il Mulino, pp. 109-139.

Department of Health [2010], *Research on the health inequalities elements of NHS weighted capitation formula*, Final Report, Resource Allocation Research Papers, n. 36, Department of Health, UK.

Dirindin, N. [2010], *Fabbisogni e costi standard in sanità: limiti e meriti di una proposta conservativa*, in «Politiche sanitarie», vol. 11, n. 4, pp. 147-160.

Mapelli, V. [2010], *Se il costo standard diventa inutile*, in Lavoce.info.

Mooney, G. e Houston, S. [2004], *An Alternative Approach to Resource Allocation: Weighted Capacity to Benefit Plus MESH Infrastructure*, in «Applied Health Economics & Health Policy», vol. 3, n. 1, pp. 29-33.

- Pammolli, F. e Salerno, N.C. [2010], *I numeri del federalismo in sanità, benchmarking e standard su profili di spesa per età*, Cerm, Working paper n.3.
- Petrelli, A., Picariello, R. e Costa, G. [2010], *Toward a needs based mechanism for capitation purpose in Italy: the role of socioeconomic level in explaining differences in the use of health services*, in «International Journal of Health Care and Finance Economics», vol. 10, pp. 29-42.
- Petretto, A. [2011], *La finanza delle regioni a statuto ordinario a seguito del d.lgs. recante “disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”*, Irpet, Osservatorio Regionale sul Federalismo Fiscale.
- Pisauro, G. [2010], *I fabbisogni standard nel settore sanitario: commento allo schema di decreto legislativo*, in Nens.
- Rice, N. e Smith, P. [1999], *Approches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*, Centre for Health Economics, University of York.
- Rice, N. e Smith, P. [2000], *Capitation and Risk Adjustment in Health Care*, in «Health Care Management Science», vol. 3, pp. 73-75.
- Saltman, R. B. [2007], *Decentralisation, re-centralisation and future European health policy*, in «European Journal of Public Health», vol. 18, n. 2, pp. 104-106.
- Sutton, M. e Lock, P. [2000], *Regional differences in health care delivery: implication for a National resource allocation formula*, in «Health Economics», vol. 9, pp. 547-559.
- Vainieri, M. [2010], *Costo standard in sanità. Tanto rumore per nulla?*, in Saluteinternazionale.info.
- Van Doorslaer, E. e Wagstaff, A. [2000], *Equity in Health Care Finance and Delivery*, in *Handbook of Health Economics*, eds. A.J. Culyer and J.P Newhouse, North Holland, pp. 1803-62.

Zanardi, A. [2011], *Federalismo fiscale: prove di attuazione*, in *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2011*, a cura di M.C. Guerra e A. Zanardi, il Mulino, pp. 225-257.