Guido Citoni, Università Roma I

Alessandro Solipaca, Istat

5 novembre 2010

La bozza del Decreto Legislativo di attuazione del federalismo fiscale, recentemente approvata dal Consiglio dei Ministri (7/10/2010), contenente al Capo IV i criteri di determinazione dei costi e fabbisogni "standard" in sanità, conferma quanto già anticipato in precedenti versioni.

Su tale contenuto è già vivo un dibattito tra gli addetti ai lavori. Alcuni, pur auspicando alcune correzioni al Decreto, tra l'altro quasi sempre da noi condivise, ne approvano lo spirito (si veda Pammolli sul Corriere della Sera del 25/9 e su Short Note n. 9 del CERM).

Altri, sono più critici: Bordignon e Dirindin (La Voce 28/9/2010), argomentano come il Decreto non cambi quasi nulla rispetto alla situazione odierna (con una sfumatura per cambiamenti in "pejus"); Spandonaro, esprime dubbi sia sull'adeguatezza dei pesi utilizzati (in linea con la letteratura sul risk-adjustment che evidenzia come i soli pesi demografici spieghino al massimo il 5-6% della variabilità della spesa), sia sull'opportunità di premiare finanziariamente le regioni più efficienti (Quotidianosanità 20/9/2010); un recente contributo di De Vincenti su Nel Merito (8/10/2010) argomenta come si possano ottenere e ben utilizzare i risparmi di risorse e come si possa andare oltre calcolando costi standard per ospedalità, farmaceutica e specialistica. Vi è infine chi declina l'inutilità del calcolo dei costi standard, poiché l'allocazione delle risorse non sembra in alcun modo dipendere dalla loro misurazione: Mapelli (La Voce 8/10/2010) calcola, in modo approssimato, quale possa essere l'allocazione dei fondi tra regioni con i costi standard e conclude dicendo che il calcolo dei costi standard nulla aggiunge ed è pertanto inutile (salvo portare ad una possibile diminuzione delle risorse globalmente allocate alla sanità); Pisauro, infine, (Nel Merito 22/10/2010), con una argomentazione convincente mostra che i costi standard in sé non hanno alcun effetto su riparto, ma che comunque l'allocazione delle risorse cambierà per il differente metodo di pesatura (egli è convinto comunque che la misurazione dei costi standard "avvii un percorso").

La nostra impressione è che, con questo Decreto, si rischi, nel giro di pochi anni, di aumentare i differenziali regionali Nord-Sud, abbassando ulteriormente il livello di equità del Sistema sanitario pubblico. Tale opinione si fonda sulle considerazioni seguenti:

1. L'indefinibile (costi standard) è stato comunque definito: esistono tre Regioni "benchmark" e i costi per classi di età di queste tre Regioni sono la pietra di paragone. Per selezionare quest'ultime, però, si è fatto un triplo salto mortale: si utilizzano, infatti, oltre alla clausola finanziaria del pareggio di bilancio, i criteri di appropriatezza nella erogazione delle prestazioni garantite dai LEA. Attualmente, gli unici criteri di appropriatezza considerati sono quelli relativi all'attività ospedaliera, contenuti nel solo allegato 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3/12/2009, in quanto nell'allegato 2 vi sono costi e spesa pro-capite e per prestazione e nell'allegato 1 indicatori di costi per macro-area che non misurano né efficienza né appropriatezza, come argomentato anche successivamente. Da ciò discende che solo il 44% della spesa sanitaria deve sottostare al principio dell'appropriatezza: la quota di spesa assegnata dal Decreto all'assistenza ospedaliera. Decidiamo, quindi, che una regione ha un'assistenza efficiente ed appropriata basandoci su una quota minoritaria delle sue spese sanitarie. Il punto è comunque di rilevanza politica, perché proprio il territorio, a nostro avviso, costituisce il "buco nero", quello cioè dove l'appropriatezza gioca un ruolo cruciale per gli equilibri del sistema (spesso proprio è a causa dell'inadeguatezza dell'attività territoriale che la domanda di cure viene rivolta alle strutture ospedaliere). Qualora, come prevedibile, le tre regioni di riferimento avessero sviluppata soprattutto l'assistenza territoriale, il fatto che questa sia anche erogata in maniera appropriata sarebbe un sostanziale "atto di fede".

2. Se essere regione di riferimento può non servire, oggi, per ottenere vantaggi nell'allocazione delle risorse, conferisce quanto meno un innegabile vantaggio: la "leadership tecnologica", che permette di "forzare" la scelta di un "tecnologia" produttiva, basata sulle preferenze dei leaders, e cioè una combinazione a favore

delle spese sul territorio e a sfavore di quelle ospedaliere, senza avere ben chiara l'implicazione distributiva ad essa connessa. Come mostrano infatti gran parte degli studi sulla equità nella erogazione di servizi sanitari, esiste una differente fruizione di servizi ospedalieri e territoriali (ad esclusione del medico di base) da parte di differenti segmenti socio-economici della popolazione: persone povere e meno istruite tendono a preferire l'ospedale perché esso "semplifica" l'accesso, essendo un contenitore di servizi disparati che ricercare sul territorio può essere gravoso sia finanziariamente, sia conoscitivamente. Un domani tale leadership potrebbe spingersi più nel dettaglio, guidando le scelte allocative per singole voci di spesa (farmaceutica, ecc.).

3. Il terzo punto ha a che fare con l'incoerenza derivante dal gioco dell'inclusione ed esclusione di voci da contabilizzare. Infatti, in linea di principio, potrebbe essere lecito escludere dal computo dei costi le spese per ammortamenti, la mobilità attiva ma non quella passiva (contano le spese dei residenti e non quelle degli assistiti nella Regione), le spese "finanziate dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale" (tenendo a mente però che tutte queste componenti di costo dovrebbero essere maggiori nelle regioni del Nord). Tali esclusioni, però, pongono un problema concettuale: pensiamo davvero che le regioni virtuose avrebbero raggiunto i livelli di efficienza ed appropriatezza ospedaliera che consentono loro l'inclusione nel gruppo dei primi senza una forte capitalizzazione, senza un contributo dei migranti delle regioni svantaggiate e senza il contributo delle proprie ulteriori risorse proprie? Se vogliamo davvero identificare quali regioni sono efficienti non è lecito escludere voci di costo che contribuiscono alla creazione delle economie di scala e scopo e quindi dell'efficienza stessa.

4. Il rischio più grave è però quello di una decurtazione occulta dell'ammontare delle risorse pubbliche (a favore di quelle private), riducendo surrettiziamente e senza alcun passaggio politico il perimetro dei LEA, in accordo con le preferenze delle regioni ricche (come da noi paventato in un precedente lavoro Politiche Sanitarie 8(4) 2007). Il primo fattore di rischio (riconosciuto anche da Pammolli, cit.), si concretizza nella metodica di inclusione delle regioni deficitarie nell'insieme delle leader: qualora non vi siano sufficienti regioni virtuose, si può essere ripescati, anche se non si è in pareggio, depurando i costi in eccesso rispetto ai finanziamenti. In pratica è come se si dicesse: non saresti degno, ma se dici che per garantire i LEA ti bastano meno soldi, ti accettiamo nel "club". Allora quelle spese evaporano e per fornire i LEA sembra che bastino meno risorse di quelle realmente necessarie. Il secondo fattore di rischio potrebbe derivare dalla incoerenza nella metodica di definizione delle regioni benchmark: se le tre regioni sono individuate in base alla coerenza tra il totale della loro spesa sanitaria e i finanziamenti ricevuti e sono sempre le stesse, esse, a sostanziale parità di spesa pro-capite, necessariamente avranno o alti costi standard nell'ospedalità e bassi sul territorio, o viceversa, e allora viene ribadito che non esistono regioni con bassi costi standard "dappertutto" (e dunque come definire le regioni efficienti se i costi per macroarea non rappresentano in alcun modo l'efficienza?), oppure si avranno tre regioni efficienti (bassi costi standard) negli ospedali e tre regioni efficienti sul territorio: adottando gli standard dei due gruppi di regioni avremo allora una sorta di regione fittizia che spende poco sia nel territorio che nell'ospedale, cosa che non potrebbe mai accadere ad una regione reale. La regione fittizia avrebbe costi standard che non potrebbero mai garantire i LEA della realtà (perché ciò avvenga effettivamente, è necessaria l'adozione di un approccio bottom-up, al momento nominalmente escluso).

Ci permettiamo di concludere questo articolo con una considerazione, crediamo di buon senso. Il decreto, apparentemente senza gravi rischi per il Sud, rischia invece di peggiorare, almeno nel medio-lungo periodo i divari tra Nord e Sud, forzando sia scelte tecnologiche che di mix di finanziamento a favore del Nord. Soprattutto, quello che manca è un piano infrastrutturale che individui quali investimenti pubblici differenziali siano necessari al Sud per colmare i divari che lo separano dal Nord e quali meccanismi potrebbero essere attivati per incentivare analoghi investimenti di natura privata. Senza questa massiccia mistura di "Piano Marshall" e di "Incentivi irlandesi", il federalismo in sanità sarà solo spazio di egoismi ed interessi particolari.