

I NUMERI DEL FEDERALISMO

Benchmark e Standard per la Sanità Italiana

SOMMARIO

INTRODUZIONE E FINALITÀ

SCELTA DEL *BENCHMARK*

LA *STANDARDIZZAZIONE*

RISULTATI

CONCLUSIONI E POSSIBILI SVILUPPI

Sommario

Si selezionano le cinque Regioni italiane a statuto ordinario che si contraddistinguono per il rispetto della programmazione delle risorse dedicate alla sanità, e per la qualità delle prestazioni, quest'ultima testimoniata dal saldo di mobilità in ingresso. Sono queste le Regioni *benchmark*.

La media, su queste cinque Regioni, delle spese *pro-capite* per fascia di età definisce lo *standard* da applicare alla struttura demografica delle altre Regioni. In ognuna delle Regioni *benchmark*, la spesa sanitaria *pro-capite* per età è calcolata attribuendo a ciascuna fascia di età una quota della spesa complessiva pari a quella desumibile dai profili di spesa utilizzati dalla Ragioneria Generale dello Stato. Si applica, in questo modo, un criterio di riconoscimento della spesa efficiente (o del fabbisogno) basato sulla quota capitaria ponderata integrale (applicata a tutte le risorse che formano il Fondo Sanitario Nazionale).

Da questo esercizio di *benchmarking*, metodologicamente semplice e per ciò fruibile dalla politica e dal dibattito, emergono indicazioni chiare sugli scostamenti tra la spesa storica (anno 2009) di ogni Regione e la spesa *standard* che sarebbe stata necessaria e sufficiente a fornire i Lea con il livello di efficienza produttiva e di qualità delle prestazioni delle Regioni *benchmark*.

Migliorati nel metodo e nella qualità della base dati, esercizi di *benchmarking* come quello che viene presentato in questo *working paper* possono diventare strumenti utili alla *governance* federalista e fornire soluzioni per la decretazione attuativa della Legge n. 42-2009.

Introduzione e finalità

Pubblicata la Relazione sul Federalismo Fiscale (della cosiddetta Commissione “Tremonti-Antonini”, presentata dal Governo il 30 Giugno 2010¹), si apre adesso la fase di decretazione attuativa della Legge n. 42-2009.

In attesa di conoscere quali soluzioni saranno indicate per la *standardizzazione* in sanità, questo *Working Paper* propone un esercizio di *benchmarking* tra Regioni. Si costruisce un *benchmark* composto dalle Regioni a statuto ordinario che, nel corso degli ultimi anni, hanno rispettato la programmazione finanziaria (equilibrio tra risorse dedicate *ex-ante* e spese *ex-post*), nel contempo mantenendo elevata la qualità relativa delle prestazioni (misurata dal saldo della mobilità). La spesa sanitaria considerata è quella di parte corrente del 2009².

Sul piano metodologico, questo esercizio rimane semplice e intuitivo. Dopo accurate verifiche (*in primis*, confronti con la modellistica più sofisticata³), queste due caratteristiche non appaiono affatto come limiti ma si rivelano pregi, perché permettono la trasparenza, l’oggettività e la

¹ Cfr. <http://www.tesoro.it/primo-piano/primo-piano.asp?ppid=24716>.

² Come già argomentato in altri lavori, si ritiene che per le infrastrutture sanitarie sia necessario un percorso transitorio di perequazione *ad hoc*, in aggiunta alla transizione verso l’applicazione delle nuove regole di ripartizione delle risorse correnti. Dopodiché le risorse anno per anno dedicate alla sanità su scala nazionale (il Fsn), e ripartite tra le Regioni, dovrebbero riguardare indistintamente la spesa corrente e quella in conto capitale. Sul punto, cfr. “Alla ricerca di standard per la sanità federalista” (<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=43>); oltre alla presentazione tenuta da Nicola C. Salerno presso il Cnel “Alla ricerca di benchmark per il federalismo sanitario” (<http://www.cermlab.it/documents/Cerm-CNEL-PDF.pdf>). La sperequazione infrastrutturale (sia tipologia di *asset* che loro qualità) incide sui rendimenti delle funzioni di produzione e sulla qualità degli *output*. Una endogenità che non va sottovalutata nella fissazione di *standard* di costo. Lo snodo delle infrastrutture è stato tra le ragioni dell’inapplicabilità del primo schema di finanziamento federalista, quello del D. Lgs. n. 56-2000, e appare tuttora sottovalutato. Infrastrutture insufficienti e vetuste possono generare sovracosti. Se gli *standard* non ne tengono conto e non sono realistici, sono a rischio di credibilità e di *enforcement*. Un argomento simile può esser ripetuto anche per la dimensione della qualità (la qualità della infrastrutturazione incide sulla qualità delle prestazioni).

³ Come il *SaniRegio* sviluppato da CeRM; cfr. “La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la <<scatola nera>> delle differenze regionali - Il modello *SaniRegio*” (<http://www.cermlab.it/pub/group/q/item/106>).”

replicabilità del *benchmarking*, soprattutto se quest'ultimo è corredato da descrizioni puntuali dei criteri di calcolo e di lettura dei risultati.

Adottando come *benchmark* le Regioni che, in equilibrio finanziario, riescono a provvedere alle prestazioni mantenendo alta la qualità relativa, ci si pone una domanda specifica: "*Quale sarebbero le correzioni di spesa da compiersi se le altre Regioni dovessero offrire le prestazioni Lea con la stessa qualità e la stessa efficienza produttiva delle Regioni più virtuose?*".

In altri termini, ci si chiede quale dovrebbe essere la spesa sanitaria per sostenere i Lea se tutte le Regioni condividessero le caratteristiche di efficienza e qualità delle Regioni *benchmark*. Così facendo, tra l'altro, l'esercizio che qui viene proposto offre un collegamento logico e diretto con il dibattito riguardante le verifiche della qualità (e dei progressi nella qualità) e gli strumenti per stimolarla e strutturarla.

Nella misura in cui gli esercizi di *benchmarking* come quello che si va a descrivere nel seguito riescono a veicolare i contenuti e le indicazioni di *policy* della modellistica più complessa e rigorosa sul piano tecnico-scientifico, essi possono diventare quello strumento utile e necessario per la *governance* federalista della sanità.

Perfezionati nella metodologia e nella base dati, possono diventare parte integrante dei documenti di finanza pubblica e, in particolare, della Relazione Previsionale e Programmatica, della Legge Finanziaria, e del Programma di Stabilità dell'Italia.

È arduo pensare che un decreto attuativo della Legge 42-2009 possa introdurre riferimenti a tecniche sofisticate di analisi statistico-econometriche. E arduo è che possano farlo anche regolamenti tecnici derivati dalla decretazione attuativa, perché il risultato finale deve essere qualcosa di semplice, trasparente, direttamente riferibile nell'interazione politica, adatto ai

tempi delle scelte pubbliche e il più possibile oggettivo. Il federalismo non può diventare un *affaire* per tecnici. In questo senso, una conferma è appena arrivata dallo schema di decreto legislativo - sempre attuativo della Legge n. 42-2009 - riguardante gli *standard* delle funzioni fondamentali di Comuni e Province⁴. L'articolo 4, quello che chiama la Sose S.p.A.⁵ a predisporre le metodologie per individuare i fabbisogni *standard*, indica anche che l'approccio debba essere quello di una quota capitaria, opportunamente ponderata per tener conto delle dimensioni rilevanti lungo le quali Comuni e Province si differenziano.

Nella fattispecie della sanità, più realistico appare che la normativa attuativa del federalismo (decreti delegati e regolamenti derivati) vada a prevedere un periodico *benchmarking* interregionale sulle macrovoci di spesa per fascia di età, per commisurare il finanziamento ai Ssr, e i connessi flussi di perequazione territoriale, alle *performance* più efficienti di offerta delle prestazioni⁶.

Nei prossimi paragrafi:

- si descrivono i criteri con cui identificare le Regioni di riferimento (le Regioni *benchmark*);
- si presenta il metodo di *standardizzazione* della spesa sanitaria, con applicazione all'anno 2009;
- si passano in rassegna i risultati;
- si fornisce una lettura in una prospettiva di *policy*, con proposte per il miglioramento del *benchmarking* per farne uno strumento di riferimento per l'interazione politica e per il Legislatore.

⁴ Lo schema di decreto è stato licenziato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri del 22 Luglio *u.s.*.

⁵ La Società per gli Studi di Settore S.p.A.

(http://www.sose.it/portal/page?_pageid=33,30122&_dad=portal&_schema=PORTAL).

⁶ Il 2 Agosto *u.s.*, nella rubrica radiofonica "*Connessioni*" ospitata da Radio Radicale, Fabio Pammolli ricordava l'anomalia che da decenni contraddistingue il finanziamento della sanità in Italia, con il Fsn che viene anno per anno ripartito su basi patteggiate tra Stato e Regioni, al di fuori di una seria programmazione pluriennale e, soprattutto, senza riferimenti a condivisi e solidi *benchmark* di efficienza produttiva e di qualità/adeguatezza delle prestazioni. *Cfr.*: <http://www.radicale.it/rubrica/220>.

Scelta del *benchmark*

Si selezionano come *benchmark* le Regioni che si contraddistinguono per:

- essere Regioni a statuto ordinario (per far riferimento alla fiscalità ordinaria ed evitare di scegliere come *benchmark* Regioni che possono fare affidamento sulle maggiori risorse rivenienti dallo statuto speciale);
- avere un saldo di mobilità sanitaria in entrata (come indicatore aggregato di qualità delle prestazioni);
- aver mantenuto, nella media degli ultimi anni, un sostanziale equilibrio tra risorse correnti dedicate al Ssr sulla base del programma di finanziamento (*Tavola SA.5* di Rgsep⁷) e spesa corrente rilevata a consuntivo (*Tavola SA.3* di Rgsep).

Quest'ultima condizione (equilibrio tra risorse dedicate *ex-ante* e spese *ex-post*) permette di interpretare i finanziamenti programmati (*Tavola SA.5*) come fabbisogno finanziario complessivo per implementare i Lea (finanziamento programmato $\cong$ fabbisogno di spesa). Infatti, se le risorse stanziare a programma sono confermate nelle spese portate a bilancio, questo significa che con quelle risorse si è riusciti a perseguire le funzioni Lea in condizioni di sostenibilità finanziaria e nel rispetto del vincolo economico⁸.

Le Regioni che soddisfano le condizioni elencate sono: *Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto*.

⁷ Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese.

⁸ La mobilità in entrata fornisce garanzie che il rispetto della programmazione non avvenga a scapito della qualità. I tre criteri di selezione del *benchmark* individuano condizioni di massima di equilibrio economico e di implementazione dei Lea. Restano possibili, ovviamente, approfondimenti (per capitolo di spesa, per indicatori di qualità, etc.) che meglio qualifichino il *benchmark*. Cfr. *infra* in "Conclusioni e possibili sviluppi".

La standardizzazione

Il fabbisogno finanziario *pro-capite* per fascia di età viene fissato utilizzando come *benchmark* la media, per singola fascia di età, dei fabbisogni *pro-capite* rilevabili in quella stessa fascia per Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto, le cinque Regioni precedentemente identificate.

Il fabbisogno *pro-capite* per fascia di età di ognuna delle Regioni *benchmark* è determinato a partire dalle risorse complessive che nel 2009 sono affluite ai rispettivi Ssr (*Tavola SA.5 della Rgsep*⁹); ripartendo poi queste risorse in 5% dedicato alla fascia d'età 0-4, 5% alla fascia 5-64, e 90% alla fascia 65+; e dividendo infine le risorse complessive per fascia di età per il numero di persone componenti quella stessa fascia (i cittadini residenti compresi in quella fascia). I pesi 5%, 5%, 90% sono desumibili dai profili di spesa utilizzati dalla Ragioneria Generale dello Stato per le proiezioni di medio-lungo periodo in sede di Programma di Stabilità dell'Italia¹⁰, o dai profili riportati nei rapporti del Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione del Comitato di Politica Economica di Ecofin¹¹.

Per ognuna delle tre fasce di età, si può calcolare la media dei fabbisogni *pro-capite* delle cinque Regioni *benchmark*. Questo fabbisogno *pro-capite* medio per fascia di età è quindi applicabile alla struttura demografica delle altre Regioni, per ottenere il fabbisogno *standardizzato* complessivo e per cittadino residente (il *pro-capite* complessivo) delle altre Regioni.

⁹ La *Tavola SA.5* riporta i finanziamenti annuali ai Ssr.

¹⁰ Cfr. il capitolo sesto "*Sostenibilità delle finanze pubbliche*" del Programma di Stabilità dell'Italia presentato a Gennaio 2010 (<http://www.tesoro.it/documenti/open.asp?idd=23470>).

¹¹ Per un riepilogo della metodologia e delle ipotesi di Ecofin, cfr. "*Spesa sanitaria: quali ipotesi per quali proiezioni? Ecofin e Ocse a confronto*" (<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=36>).

Risultati

Per le cinque Regioni *benchmark* si adotta l'ipotesi che, fungendo esse da base per il calcolo dello *standard*, la *spesa storica* (la spesa corrente 2009) coincida con il *costo standard*. Nella tavola alla pagina successiva sono descritti i risultati dell'esercizio.

Tre Regioni avrebbero potuto, sulla base della *standardizzazione*, spendere più di quanto stanziato a programma per il 2009: Molise (9,7 milioni di Euro in più, equivalenti al +1,69% del Fsr), Marche (94,9, +3,33%) e Liguria (303,7, +9,40%).

Tutte le altre Regioni avrebbero, invece, potuto assolvere agli obblighi Lea con minori risorse. Spiccano i casi delle due Province Autonome di Bolzano e Trento (-31,99% la prima, -20,14% la seconda), seguite da Valle d'Aosta (-16,56%), Campania (-16,35%), Puglia (-10,40%), Sardegna (-8,96%), Calabria (-8,60%), Sicilia (-6,31%), Veneto (-5,96%), Lazio (-4,35%). Tra queste Regioni, Campania, Sicilia e Lazio erano già coinvolte da piani di rientro dai *deficit* di bilancio del Ssr, e a queste si è adesso aggiunta anche la Puglia¹².

Se tutte le Regioni fossero state allineate allo *standard*, il Fsn¹³ di parte corrente del 2009 sarebbe potuto ammontare a 103.221,84 milioni di Euro, con una riduzione superiore al 4% rispetto al Fsn effettivamente stanziato (107.560,45) e una minor spesa assoluta superiore ai 4,3 miliardi di Euro.

¹² Alla data in cui si scrive, il piano di rientro predisposto dalla Regione Puglia non ha ancora ricevuto l'approvazione governativa e si discute di un possibile commissariamento.

¹³ Inteso come somma dei finanziamenti programmati per il 2009 per tutti i Ssr.

::: Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni :::
con benchmark la spesa *pro-capite* per fasce di età e la qualità di Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto
Hp.: nella fascia di età 0-4 si concentra il 5% del fabbisogno, nella fascia 5-64 il 5%, nella fascia 65+ il 90%

Regioni ordinate per spesa <i>pro-capite</i> nel 2009 (spesa di parte corrente)	popolazione residente (2009)	risorse complessive dedicate ai Ssr nel 2009 (Euro/mln)	% risorse complessive 2009	risorse <i>pro-capite</i> 2009 (Euro)	risorse complessive <i>standardizzate</i>	delta assoluto di risorse (Euro/mln)	delta % di risorse	risorse <i>pro-capite</i> <i>standardizzate</i> 2009 (Euro)	delta risorse <i>pro-capite</i> (Euro)
Campania	5.812.962	9.751,50	9,07%	1.677,54	8.157,54	-1.593,96	-16,35%	1.403,34	-274,21
Sicilia	5.037.799	8.485,88	7,89%	1.684,44	7.950,53	-535,35	-6,31%	1.578,17	-106,27
Puglia	4.079.702	7.069,74	6,57%	1.732,91	6.334,66	-735,08	-10,40%	1.552,73	-180,18
Lombardia	9.742.676	16.986,03	15,79%	1.743,47	16.986,03	0,00	0,00%	1.743,47	0,00
Calabria	2.008.709	3.506,48	3,26%	1.745,64	3.204,83	-301,66	-8,60%	1.595,47	-150,17
Sardegna	1.671.001	2.919,41	2,71%	1.747,10	2.657,89	-261,52	-8,96%	1.590,60	-156,50
Lazio	5.626.710	9.863,95	9,17%	1.753,06	9.434,75	-429,20	-4,35%	1.676,78	-76,28
Veneto	4.885.548	8.716,18	8,10%	1.784,07	8.716,18	0,00	0,00%	1.784,07	0,00
Basilicata	590.601	1.056,43	0,98%	1.788,73	1.002,72	-53,70	-5,08%	1.697,80	-90,93
Abruzzo	1.334.675	2.388,91	2,22%	1.789,88	2.380,70	-8,20	-0,34%	1.783,73	-6,15
Molise	320.795	575,19	0,53%	1.793,02	584,90	9,70	1,69%	1.823,27	30,25
Umbria	894.222	1.624,09	1,51%	1.816,21	1.624,09	0,00	0,00%	1.816,21	0,00
Marche	1.569.578	2.852,42	2,65%	1.817,31	2.947,32	94,90	3,33%	1.877,78	60,46
Toscana	3.707.818	6.952,26	6,46%	1.875,03	6.952,26	0,00	0,00%	1.875,03	0,00
Emilia Romagna	4.337.979	8.140,12	7,57%	1.876,48	8.140,12	0,00	0,00%	1.876,48	0,00
Piemonte	4.432.571	8.539,97	7,94%	1.926,64	8.397,63	-142,34	-1,67%	1.894,53	-32,11
Friuli Venezia Giulia	1.230.936	2.440,68	2,27%	1.982,78	2.373,89	-66,79	-2,74%	1.928,52	-54,26
Liguria	1.615.064	3.230,44	3,00%	2.000,20	3.534,18	303,74	9,40%	2.188,26	188,07
Prov. Aut. Trento	519.800	1.070,57	1,00%	2.059,58	854,93	-215,63	-20,14%	1.644,74	-414,84
Valle d'Aosta	127.065	267,42	0,25%	2.104,62	223,13	-44,29	-16,56%	1.756,03	-348,60
Trentino Alto Adige	1.018.657	2.193,37	2,04%	2.153,20	1.618,51	-574,86	-26,21%	1.588,87	-564,33
Prov. Aut. Bolzano	498.857	1.122,80	1,04%	2.250,75	763,58	-359,23	-31,99%	1.530,65	-720,10
	60.045.068	107.560,45			103.221,84	-4.338,61	-4,03%		

 = per le Regioni – benchmark la spesa storica coincide con lo *standard*

Conclusioni e possibili sviluppi

Il *benchmarking* svolto in questo *Working Paper* arriva a definire le correzioni di spesa che le Regioni dovrebbero operare se si adeguassero, sia nel livello di qualità delle prestazioni sia nell'efficienza produttiva, al *benchmark* delle cinque Regioni più virtuose: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto. I risultati finali possono essere interpretati come i fabbisogni finanziari di cui ogni Regione deve disporre per poter assicurare i Lea in condizioni di efficienza produttiva e di qualità delle prestazioni comparabili con quanto avviene nelle Regioni *benchmark*. Se il complesso della fiscalità federalista, nelle componenti dedicate alla sanità, viene tarato per assicurare questi afflussi finanziari, allora alle Regioni si potrà e si dovrà chiedere di responsabilizzarsi appieno sull'efficienza e sulla qualità.

Nella sua semplicità metodologica, il *benchmarking* qui proposto ha anche altri pregi. Innanzi tutto, è molto intuitivo: si identificano le Regioni più virtuose (che sono esempi reali) e su di loro si basa la *standardizzazione*. Per questa stessa ragione, può trovare maggior spazio nell'interazione politica ripetuta tra Stato e Regioni, e nella diffusione di informazione ai cittadini; laddove, invece, la modellistica più complessa (come lo stesso *SaniRegio* costruito da CeRM) presenta delle difficoltà tecniche che potrebbero ridurne la fruibilità e l'applicabilità ai processi di scelta pubblica.

Al di là di pregi e limiti dei vari *benchmarking*, è sempre bene che di un fenomeno complesso e, almeno per adesso, ancora poco esplorato e "metabolizzato", come la *standardizzazione* della spesa in funzione della *governance* federalista, si abbiano a disposizione analisi da più prospettive e basate su strumentazione diversa. Più che vedere i vari modelli in stretta competizione tra loro, si dovrebbe tentare di integrarli valorizzando gli aspetti positivi di ciascuno, per ottenere indicazioni il più possibile robuste, consolidate e direttamente utilizzabili nella *governance*.

La combinazione ideale dovrebbe tentare di essere: modellistica complessa, basata su tecniche statistico-econometriche, per individuare ordini di grandezza robusti e consolidati per *standard* e scostamenti dallo *standard*; e esercizi di *benchmarking* più semplici che, sotto il controllo della modellistica approfondita, riescano a replicarne i risultati e a renderli comprensibili, fruibili e incorporabili periodicamente nei documenti di programmazione sanitaria e di finanza pubblica.

In questa direzione di lavoro, il *benchmarking* proposto nel *Working Paper* potrebbe essere sviluppato in più punti. Si potrebbe, per esempio, far riferimento a profili di spesa con un maggior numero di fasce di età, per migliorare la precisione della *standardizzazione* soprattutto alle età avanzate (dopo i 65 anni, a partire dai quali il ricorso alle prestazioni comincia ad aumentare significativamente nell'età). Gli stessi profili potrebbero essere distinti per sesso e, soprattutto, distinti per macrocapitoli di prestazioni. Inoltre, invece di fare riferimento a profili di spesa medi nazionali¹⁴, si potrebbero considerare i profili di spesa specifici delle Regioni *benchmark* e da questi far partire il processo di *standardizzazione*¹⁵.

Le possibilità di sviluppo dipendono, ovviamente, dalla disponibilità e dalla qualità dei dati regionalizzati.

¹⁴ Per calcolare la densità di spesa riferibile alla singola fascia di età (per esempio, il 5% - 5% - 90% utilizzato nelle competizioni).

¹⁵ I profili medi nazionali sono "sporcati" dai dati delle Regioni meno virtuose. Prendere a riferimento i profili delle Regioni virtuose aiuta a costruire un *benchmark* migliore.

©® CeRM 2010

E-mail: [**cermlab@cermlab.it**](mailto:cermlab@cermlab.it)
Web: [**www.cermlab.it**](http://www.cermlab.it)