

Bisogni, Consumi, Costi : determinazione e riparto delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale

Cesare Cislighi [♣], [♥], Emidio Di Virgilio [♣], Isabella Morandi [♣], Gabriella Tavini [♣]

[♣] AGENAS, ROMA; [♥] UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO

L'ammontare della spesa pubblica

Il problema della determinazione dell'ammontare delle risorse da destinare al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha a monte un problema molto più complesso che è quello della scelta della quota di PIL da destinare alla spesa pubblica e da acquisire tramite prelievo fiscale. Questa scelta può essere compiuta solo applicando modelli e teorie macro economiche oppure adeguandosi all'andamento storico della situazione; non è di questo però che si vuole parlare in questa nota. E' forse solo opportuno comunque accennare alla necessità che la spesa pubblica sia almeno congrua con la definizione dei livelli essenziali dei servizi pubblici, come previsto dalla norma costituzionale.

L'ammontare della spesa sanitaria

Un problema meno drammatico, ma pur sempre molto complesso, è la determinazione della quota di spesa pubblica da destinare al settore sanitario pubblico cioè in pratica la quota da attribuire al SSN. Una prima soluzione, teorica ed operativamente poco risolutiva, è data dall'approccio marginale delle utilità dei diversi settori pubblici: la spesa sanitaria è quantitativamente corretta quando l'utilità marginale del SSN non è inferiore all'utilità marginale degli altri settori pubblici. Ciò significa che quando la spesa sanitaria è corretta, un'ulteriore piccola assegnazione ad essa produrrebbe una utilità per la collettività uguale a quella che sarebbe prodotta assegnando quelle risorse aggiuntive ad un altro settore (istruzione, assistenza sociale, giustizia, ecc.). Se logicamente questo approccio è convincente, è però evidente che difficilmente potrebbe essere valutata l'utilità marginale delle assegnazioni ai diversi settori, e quindi la decisione macro economica non avrebbe l'algorithmo necessario per poter essere supportata.

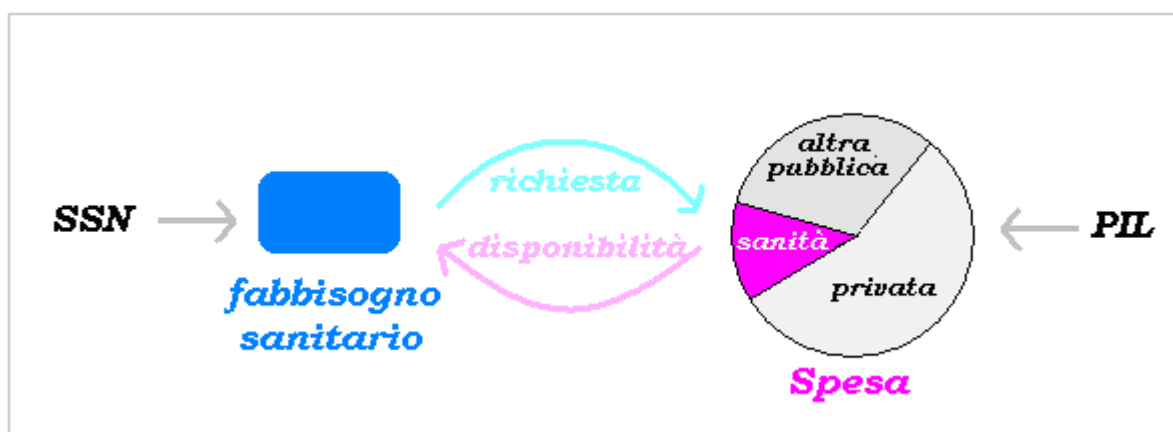


Figura 1 - Bipolarità della determinazione delle risorse economiche per la sanità

La soluzione allora non può che essere raggiunta come equilibrio tra una richiesta proveniente dal SSN e una disponibilità valutata dall'autorità pubblica, politica e tecnica, in materia di Spesa Pubblica.

E' però evidente che più le richieste espresse dalle regioni, soggetti titolari del SSN, sono supportate da documentate valutazioni delle esigenze del settore, più l'autorità sovraordinata dovrà tener conto, anche per renderne conto all'opinione pubblica. Ed i due elementi importanti e convincenti per supportare tali richieste sono il bisogno sanitario della popolazione e la congruità dei costi dei servizi a soddisfazione dei bisogni stessi. Il primo elemento è stato sinora l'elemento base di ogni considerazione sulla determinazione del fabbisogno; oggi, a causa della sempre maggiore limitatezza delle risorse disponibili, si sta viepiù imponendo la valutazione dei costi dei servizi che non possono essere più accettati come tali se risultano gravati da situazioni di inefficienza.

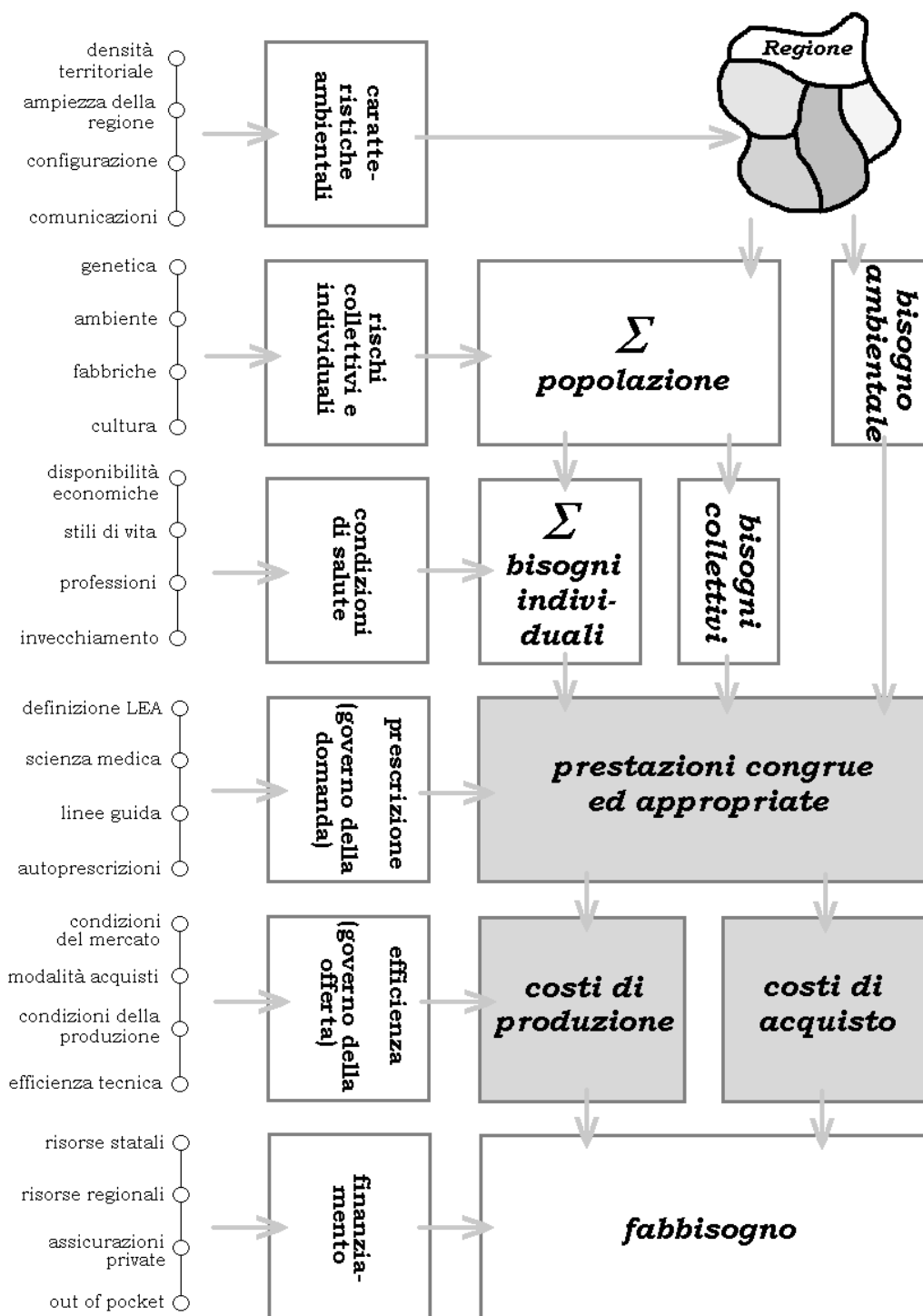


Figura 2 – Schema dei fattori che determinano il fabbisogno di risorse per il SSN

Uno schema della formazione del fabbisogno

E' necessario allora definire uno schema di riferimento dei fattori determinanti del fabbisogno in modo da poter poi individuare gli elementi che devono essere misurati per poter giungere ad una stima convincente del fabbisogno stesso. Lo schema di figura 2 può riferirsi sia all'intera nazione sia ad una singola area regionale o anche sub-regionale.

La determinazione del bisogno

Il bisogno può essere scomposto in tre parti: primo il bisogno che deriva dalla configurazione dell'area stessa (l'intera nazione, una sua regione, ecc.), dalle sue caratteristiche ambientali, climatiche, abitative; secondo il bisogno riferito alla popolazione nel suo insieme, che è un bisogno di sanità pubblica, ed infine terzo il bisogno come somma di tutti i bisogni specifici individuali degli abitanti, bisogni di prevenzione individuale, di cura, di assistenza, di riabilitazione.

Se il numero di abitanti di un'area può essere paragonato ad un volume, l'intensità dei loro bisogni può invece esser paragonata alla sua densità: un volume per la densità equivale ad una massa che può esser misurata dal "peso" che, in termini di salute, è allora il bisogno sanitario complessivo di una popolazione. Ma con quale "bilancia" si può misurare questo peso? Purtroppo uno strumento diretto, semplice ed affidabile, manca e bisogna perciò ricorrere ad una sua valutazione indiretta.

La valutazione indiretta del bisogno avviene per lo più secondo tre alternative: la prima, la più seguita, è quella di ritenere che i consumi siano una funzione lineare dei bisogni, per cui rilevando i tassi di utilizzo si potrebbe inferire sui livelli di bisogno. Le critiche a questa modalità sono numerose e vertono sulla non veridicità dell'ipotesi iniziale; infatti molti dei consumi di una popolazione non sono legati, nella loro intensità, a dei veri bisogni, bensì sono indotti dal sistema dell'offerta o da atteggiamenti culturali che poco hanno a vedere con i bisogni reali stessi.

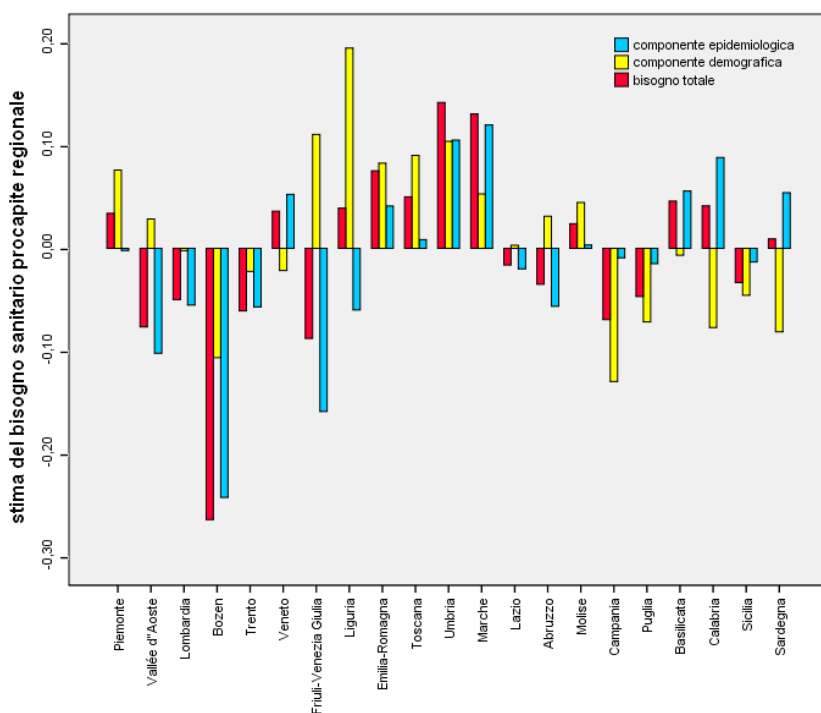


Figura 3 – Valori regionali medi procapite del bisogno stimato con l'Indagine Multiscopo 2005

La seconda alternativa ritiene che il bisogno possa esser misurato attraverso la prevalenza delle patologie. I problemi che ne derivano sono essenzialmente due: il primo è l'indisponibilità di dati certi sul totale delle patologie, rilevati in modo omogeneo su tutto il territorio. Per alcune patologie, vedi ad esempio per i tumori, questo per lo più avviene, ma per altre patologie, clinicamente meno gravi ma sicuramente, se non più, gravose, è oggi impossibile averne una stima attendibile. Il secondo problema riguarda il fatto che molte patologie sono

riconosciute e classificate come tali solo se i servizi sanitari funzionano e funzionano bene.

E' dimostrato che per molte patologie la loro prevalenza è determinata dal tasso di ricorso ai servizi e non viceversa.

In figura 3 è riportato un esempio di stima del bisogno partendo dalla valutazione degli stati di salute della popolazione; è realizzata con i dati dell'Indagine Multiscopo Istat 2005 mediante una analisi delle componenti principali; una delle variabili con cui è stata costruita la stima è legata alle patologie croniche, un'altra alla auto-valutazione soggettiva del proprio stato di salute, altre ancora alla misura degli stati di salute fisica, mentale e psichica ottenuta con una batteria di domande, ed infine due variabili che indicano l'invalidità e la disabilità. Si noti che tutte queste variabili sono associate all'età e quest'ultima è da sola capace di spiegare larga parte della variabilità del bisogno stimato.

La terza alternativa, infine, propone di stimare il bisogno attraverso i suoi determinanti principali, l'età ed il genere dei soggetti in primo luogo, ed anche la disponibilità di risorse, le attività lavorative, l'istruzione, il disagio sociale, ecc. Con questo metodo non si può stimare il valore assoluto del bisogno ma solo i differenziali proporzionali tra le categorie di soggetti individuate dai determinanti stessi. E per far questo si ipotizza che il consumo sia determinato dal bisogno reale in funzione dei determinanti e poi ci siano altri fattori che l'aumentano o lo diminuiscono agendo in modo moltiplicativo senza interazioni con i determinanti stessi. Ed in realtà si dimostra, vedi ad esempio figura 4, che, tra aree diverse, le relazioni tra i consumi e le classi di età rimangono pressoché costanti anche se i valori assoluti complessivi dei consumi talvolta variano anche significativamente da un'area all'altra.

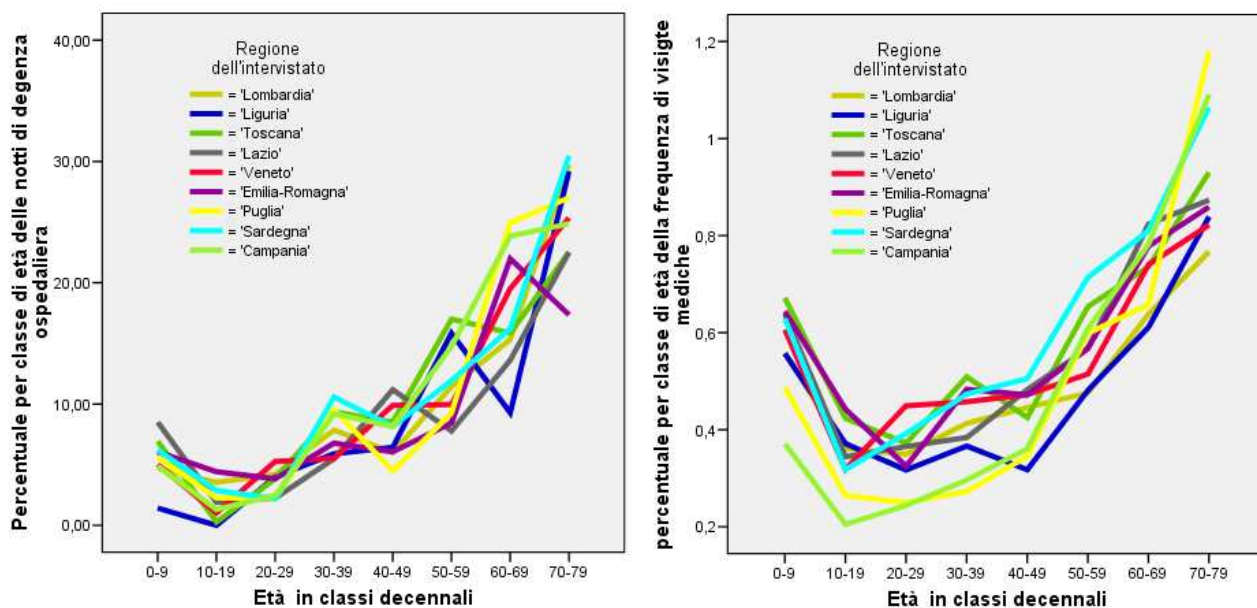


Figura 4 – Andamento per età delle visite mediche e delle notti di degenza in diverse regioni

Da queste considerazioni ne deriva che è molto difficile determinare il livello dei bisogni prescindendo dal considerare quali sono attualmente i livelli di accesso alle prestazioni ed ai servizi, ed è quindi su questo aspetto che è necessario ragionare. Ed innanzi tutto si deve considerare che il bisogno, nelle sue componenti, deve essere considerato nel breve periodo un vincolo immodificabile per la stima del fabbisogno economico, mentre il consumo di prestazioni e il loro costo (elementi evidenziati in grigio nello schema di figura 2) sono elementi in larga misura dipendenti dal governo dei sistemi regionali e quindi, almeno in parte, sono modificabili anche nel breve-medio periodo.

I livelli di accesso alle prestazioni

Se il rapporto tra l'accesso alle prestazioni di diversi gruppi di popolazioni con bisogni differenti è pressoché costante, non è così il loro valore assoluto (vedi figura 5).



Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza



044 - Bypass dell'arteria coronarica (cabg)

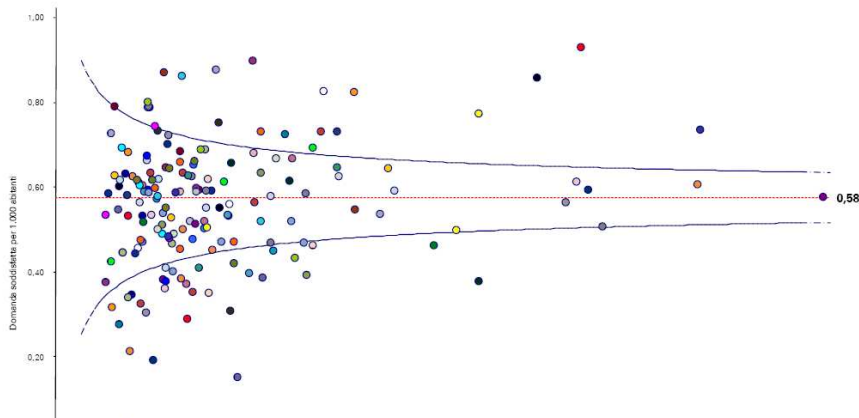


Figura 5 - Distribuzione per ASL degli interventi di bypass ortocoronarici (fonte: Ministero della Salute)

La frequenza di utilizzazione dei servizi mostra una variabilità inter o intra regionale molto elevata e che va sicuramente ben al di là di una variabilità casuale. Nelle analisi ad esempio di accesso agli interventi chirurgici nella popolazione residente delle ASL, si osservano tassi anche dieci e più volte maggiori rispetto ai minori osservati. L'elevata variabilità delle cure è da sempre conosciuta dalla cultura epidemiologica che invece non è abituata a considerare ed ad analizzare la variabilità dei costi di produzione; al contrario la cultura aziendalistica enfatizza i problemi dell'efficienza tecnica dei processi di produzione ma sottostima, se non addirittura ignora, i problemi dell'adeguatezza e dell'appropriatezza clinica delle prestazioni sanitarie.

epidemiologica che invece non è abituata a considerare ed ad analizzare la variabilità dei

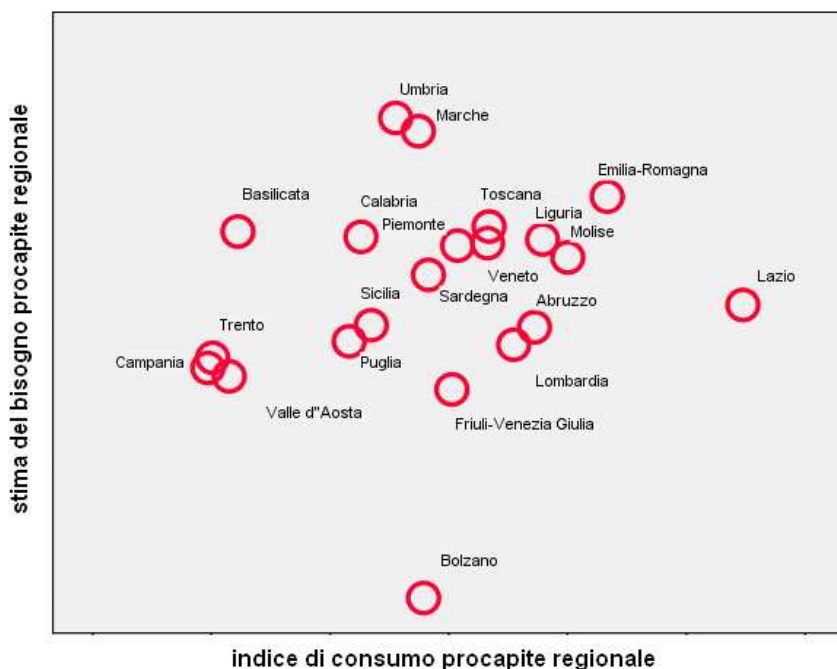


Figura 6 - Scatter plot dei valori regionali di bisogno e di consumo procapite standardizzati per età stimati attraverso l'indagine Multiscopo Istat 2005

Quando si parla di "costi" spesso si intendono implicitamente i costi di produzione (o di acquisto) e non invece i costi di erogazione delle prestazioni alla popolazione; i due costi invece sono distinti e devono soprattutto essere

analizzati distintamente.

Si parla appunto di governo della domanda e di governo dell'offerta: pensare di limitare l'attenzione e gli interventi ad uno solo dei due è una delle più diffuse criticità del governo di molte aziende sanitarie se non addirittura del governo della sanità di molte regioni.

Ci si deve allora occupare di analizzare se il consumo di prestazioni sia o meno congruo ed appropriato in relazione al bisogno della popolazione.

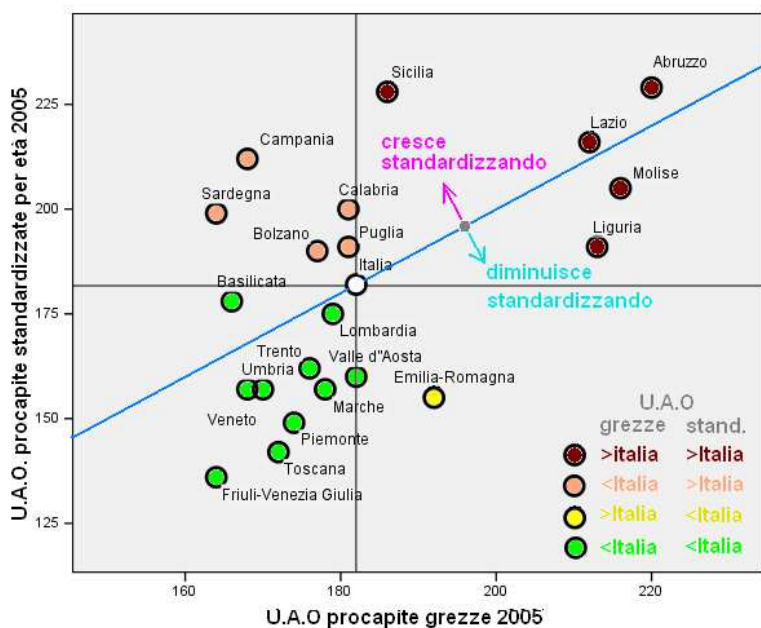


Figura 7 – Valori grezzi e standardizzati di UAO per mille abitanti delle regioni

Una prima analisi generale dei dati dell'Indagine Multiscopo 2005 già ci dice che il rapporto tra bisogni e consumi globali non è costante in tutte le regione ed anzi ve ne sono alcune in cui i consumi sembrano eccessivi, come si evidenzia in figura 6.

Anche l'analisi dei soli ricoveri ospedalieri evidenzia delle importanti diversità: per poter comparare l'attività ospedaliera delle regioni si sono innanzi tutto valorizzati tutti i ricoveri, sia acuti che di riabilitazione e di lungodegenza, sia ordinari che di day hospital, con unico sistema tariffario articolato per tipologia di ricovero. Si è poi calcolato il

valore medio dei soli ricoveri ordinari acuti e quindi si sono divisi tutti i valori per questo dato di riferimento, ottenendo una unità di misura che abbiamo chiamato convenzionalmente unità di attività ospedaliera (UAO).

Si è potuto quindi calcolare sia la distribuzione per età delle UAO sia il valore grezzo e standardizzato delle UAO per mille abitanti di ciascuna regione; i valori sono riportati in figura 7. Si conferma la variabilità dell'accesso ai servizi sanitari tra le diverse regioni italiane.

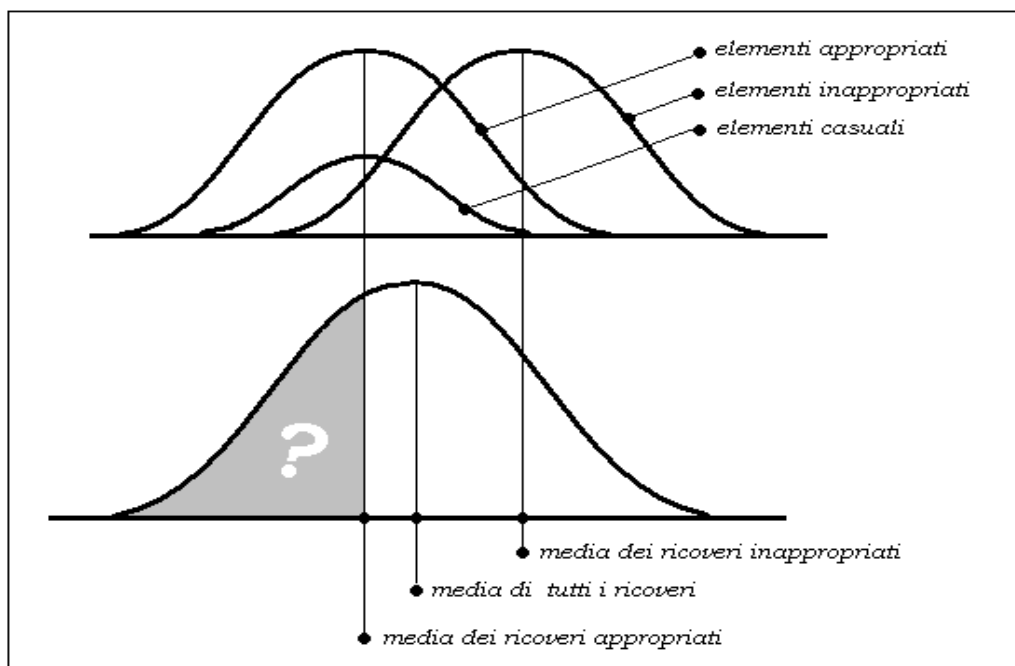


Figura 8- Valori grezzi e standardizzati di UAO per mille abitanti delle regioni

A cosa è dovuta questa variabilità? Si può ipotizzare che sia dovuta a tre fattori: il primo, la causalità, che però non dovrebbe giocare un ruolo molto importante data la numerosità dei soggetti considerati. Il secondo fattore è l'insieme degli elementi che potremmo definire compatibili con l'appropriatezza mentre il terzo è l'insieme delle ragioni delle inapproprietezze. In figura 8 viene schematizzato il ruolo congiunto dei tre fattori.

Se la media delle frequenze di tutti i ricoveri non viene modificata dai primi due fattori che dovrebbero rappresentare solo delle variazioni negative o positive, con media zero, dei valori, il terzo invece tenderà sicuramente a far modificare la media delle frequenze dei ricoveri; sarebbe corretto assumere come valore di riferimento "corretto" la frequenza dei ricoveri senza inapproprietezze e non la media delle frequenze di tutti i ricoveri. Ma come fare a individuare qual è la frequenza media dei ricoveri appropriati? come stimare l'impatto degli elementi che determinano l'inapproprietezza? È corretto ipotizzare che le regioni con i tassi di ospedalizzazione inferiori siano le regioni virtuose, cioè quelle in cui i fattori di appropriatezza sono meno presenti? e conseguentemente assumere un valore intermedio tra quelli delle regioni con maggior appropriatezza come "standard" di riferimento, come esemplificato in figura 8?

La prima osservazione riguarda la difficoltà operativa nell'individuare le regioni virtuose da quelle con elevata inapproprietezza; in realtà la distribuzione dei tassi di ospedalizzazione è un continuo senza evidenza di separazione tra le due situazioni.

La seconda osservazione è che per alcune regioni non è vero che la bassa ospedalizzazione sia dovuta sempre a scarsa inapproprietezza ma potrebbe esser dovuta alla carenza di una appropriata copertura dei bisogni, magari concomitante con maggiori consumi in altri settori specifici. Esaminando i tassi di ospedalizzazione per diagnosi di dimissione si può verificare ad esempio che in alcune regioni vi sono basse frequenze di ricoveri per situazioni cliniche complesse ed elevate frequenze per situazioni inappropriate quale ad esempio i ricoveri per "dolore addominale".

Un'altra ragione del contenimento delle prestazioni erogate dal SSN potrebbe dipendere da un ricorso importante alle prestazioni a pagamento: dove la qualità dei servizi è carente, infatti, crescono i consumi out of pocket e diminuiscono i ricorsi alle prestazioni del SSN e questo è documentato accadere in alcune regioni italiane. La terza osservazione è forse quella più rilevante e riguarda la non indipendenza delle frequenze di un settore assistenziale con quelle di un altro settore.

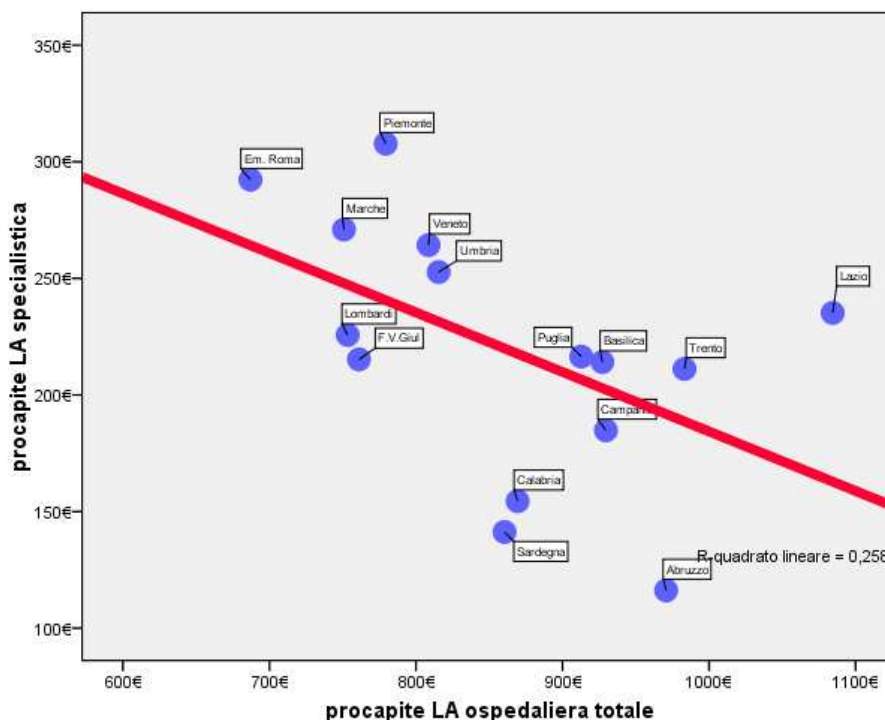


Figura 9– Scatter plot dei costi procapite regionali per LA relativi al settore ospedaliero ed a quello della specialistica (dati da modelli LA)

In figura 9 è presentata la relazione tra i costi procapite regionali, standardizzati per età, relativi a due grandi settori assistenziali: quello dell'assistenza specialistica e quello dell'assistenza ospedaliera. Risulta evidente come vi sia una relazione inversa: dove il primo è più elevato il secondo è meno elevato e viceversa.

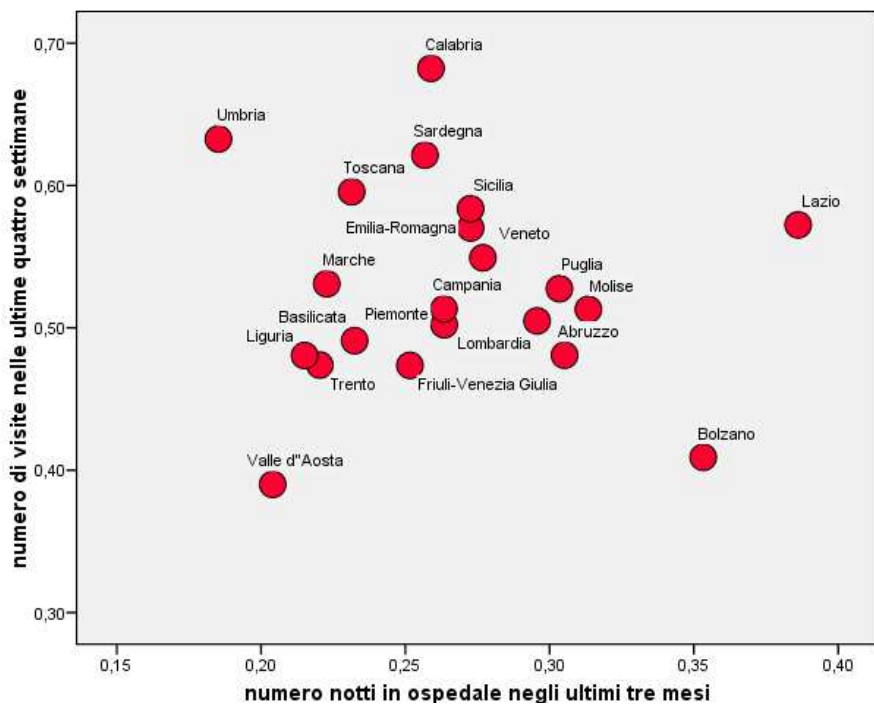


Figura 10– scatter plot delle frequenze regionali procapite corrette per età dei ricoveri e delle visite specialistiche (indagine multiscopo 2005)

Parte di questa situazione può essere dovuta al modo in cui sono rilevati i costi per Livelli di Assistenza (LA) ed in particolare all'operazione di scorporo dai costi ospedalieri dei costi dell'attività specialistica svolta in ospedale per gli esterni non ricoverati.

In figura 10 si può vedere la relazione tra le frequenze regionali standardizzate per età dei ricoveri e delle visite specialistiche; la relazione inversa è meno evidente, ma non è neppure evidente una

relazione diretta come dovrebbe essere se l'inappropriatezza dell'accesso alle prestazioni fosse una situazione diffusa in tutti i settori assistenziali di una stessa regione.

Ciò significa che i modelli organizzativi delle regioni sono tra di loro differenti e qualcuno dà un ruolo maggiore ad un settore e qualcun altro ad un settore differente.

Se la realtà fosse questa, l'assumere come valori "virtuosi" i tassi di accesso meno elevati sarebbe un grave equivoco e si avrebbe un quadro corrispondente ad un sistema con tutti i settori sottodimensionati rispetto ai bisogni. E' come se, dovendo definire la dieta virtuosa, si scegliesse la quantità di carne assunta dai vegetariani e la quantità di verdura assunta dai carnivori: la dieta virtuosa sarebbe quella di non mangiar quasi nulla!

Come definire i livelli appropriati di utilizzo delle prestazioni sanitarie non è quindi un problema facile cui sia possibile dare una semplice soluzione; si può tentare di definire con delle linee guida delle situazioni specifiche in quadri clinici ben circoscritti, ma stabilire qual è il "giusto tasso" di utilizzo delle prestazioni di un intero livello assistenziale è una operazione scientificamente quasi, se non del tutto, impossibile. Si può invece stabilire con procedura programmatoria quanto il Servizio Sanitario stabilisce sia il limite di consumo da garantire, limite individuato non attraverso l'analisi dei bisogni, bensì considerando la compatibilità economica.

Nulla vieta al programmatore di analizzare i consumi reali di situazioni regionali differenti, valutare con i propri clinici ed epidemiologi quali sia secondo loro il livello di consumo compatibile con l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), considerare la disponibilità di risorse economiche e quindi stabilire un limite entro il quale debba contenersi i consumi delle prestazioni del settore. La debolezza teorica di questa

definizione consiglia però di prevedere un margine di errore abbastanza largo in modo che non debbano soffrirne chi non potesse ricevere assistenza pur avendone bisogno. Dopo un congruo periodo di aggiustamento, e utilizzando incentivi e disincentivi, è pensabile che si possa arrivare alla definizione di livelli standard appropriati di utilizzo di prestazioni, modulati naturalmente sulle categorie di bisogno che considerino per lo meno l'età ed il genere. Naturalmente il rischio è che questa operazione si riduca ad essere un semplice taglio all'attività assistenziale e che invece di eliminare l'inappropriatezza riduca la risposta ai bisogni reali della popolazione.

I costi di acquisto

Se i tassi di accesso alle prestazioni hanno una elevata variabilità, anche i costi di acquisto ed i costi di produzione hanno una variabilità almeno altrettanto elevata se non maggiore. Alcune regioni avevano degli Osservatori dei Costi e dei Prezzi e forse non tutte li hanno conservati vuoi per la difficoltà ad ottenere dati di buona qualità, vuoi per altri motivi probabilmente meno dichiarabili. Da questi osservatori comunque emergeva la conferma di questa elevata variabilità anche dei prezzi, decisamente superiore a quanto ci si sarebbe aspettati di osservare.

I prezzi di acquisto, sia di beni che di servizi, sia intermedi che finali, dipendono naturalmente dal mercato ed in condizioni di reale concorrenza non dovrebbero tra di loro differenziarsi granché. E' pur vero che in molti casi se la funzione di acquisto è troppo parcellizzata il venditore ha buon gioco a segmentare il mercato ed a richiedere prezzi superiori a chi non è in grado di unificarsi con altri nelle operazioni di acquisto.

Ma probabilmente il problema maggiore è dato dal fatto che per lo più si tratta di un mercato non in regime concorrenziale, bensì in regime monopsonico quand'anche contemporaneamente non anche monopolistico.

In regime di monopsonio la funzione acquisti dovrebbe essere la più trasparente possibile per garantire che non intervengano modalità non corrette di determinazione dei prezzi. Se poi vi è anche monopolio allora il rischio è che il prezzo altro non sia che il risultato dell'accordo tra due soggetti senza possibilità di una valutazione oggettiva esterna. L'esempio più evidente è il mercato del farmaco nel quale l'acquisto delle principali molecole è operato dal solo SSN e le stesse sono vendute da un solo produttore. In questo caso la determinazione dei prezzi è una operazione molto delicata e che non può che essere fatta in modo unificato sotto il controllo politico centrale.

Un caso particolare, ma rilevante, è quello delle tariffe dell'attività ospedaliera e dell'attività specialistica; le tariffe regionali devono valere sia per la valorizzazione delle prestazioni prodotte all'interno del SSN sia per la transazione di quelle prodotte da soggetti esterni allo stesso.

Tariffe troppo elevate non comporterebbero seri problemi per i servizi prodotti internamente, se non una apparente falsa efficienza, dato che i costi di produzione sarebbero inferiori ai valori tariffari; ma in ogni caso la transazione economica non porterebbe risorse all'esterno del SSN. Non così per i servizi prodotti da soggetti esterni e quindi acquistati dal SSN: in questo caso le tariffe sono un vero prezzo e tariffe troppo elevate graverebbero eccessivamente sui bilanci del SSN. Per questa ragione appare opportuno che le tariffe siano controllate centralmente definendone i valori massimi e badando che in ogni caso esse non siano mai superiori ai costi sostenuti dai produttori interni.

Il rapporto tra costi per servizi prodotti internamente e costi per servizi acquistati esternamente è diverso da regione a regione a seconda delle scelte operate e delle

condizioni storiche ed economiche in cui si trovano; la figura 11 mostra i valori di questo rapporto come risulta dai modelli dei Conti Economici (CE) del 2007.

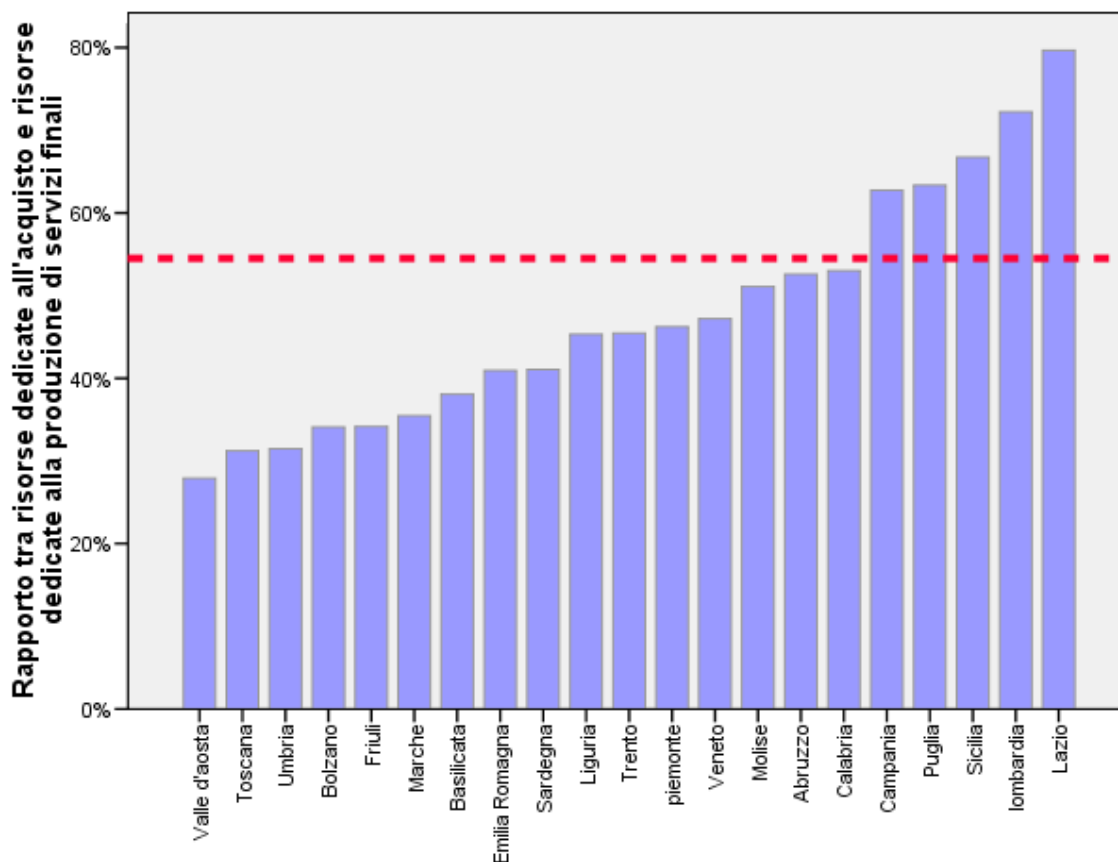


Figura 11- Valori regionali del rapporto tra costi dei servizi acquistati e costi dei servizi prodotti internamente

Si osservi come alcune regioni quali la Toscana e l'Umbria spendono in acquisto di servizi finali poco più del 30% di ciò che spendono per la produzione interna, mentre questa proporzione è più del 70% in Lombardia e addirittura dell'80% nel Lazio: ciò evidenzia la forte differenza di modalità organizzative tra i sistemi regionali. Una parte di questi acquisti è dovuta alla mobilità interregionale, ma la maggior parte è dovuta ad acquisto da privati.

I costi di produzione

Molto più complessi sono la valutazione ed il controllo dei costi di produzione, e non tanto a livello di micro analisi di prestazioni specifiche, quanto a livello di macro analisi per settori assistenziali.

Nelle singole aziende sanitarie, territoriali ed ospedaliere, vengono effettuate spesso delle analisi dei costi di produzione nell'ambito delle attività del controllo di gestione. In alcune aziende poi vi sono anche dei sistemi di contabilità analitica che permettono di analizzare i costi di produzione di svariati processi produttivi. Questo però manca del tutto, o quasi, a livello di unità locale e soprattutto a livello di regione.

E' da molti anni che è stata avviata la rilevazione dei costi dei Livelli Assistenziali (LA) ma la qualità dei dati di questa rilevazione è assai scarsa. In molti casi addirittura, prima di un loro aggiustamento statistico, la somma dei costi per LA risulta sensibilmente differente dai costi dei Conti Economici (CE) e questo ovviamente non può darsi se non a causa di grossolani errori.

Tra i tre settori principali, farmaceutica, specialistica ed ospedaliera che coprono circa i tre quarti della spesa totale, i problemi minori li presenta il settore farmaceutico. La somma dei costi dei rimborsi alle farmacie convenzionate e dei costi dei farmaci distribuiti direttamente dai presidi di ASL viene registrata in modo pressoché certo e le variazioni dai valori reali sono solitamente minime anche a ragione di una quota molto piccola di mobilità interregionale del settore.

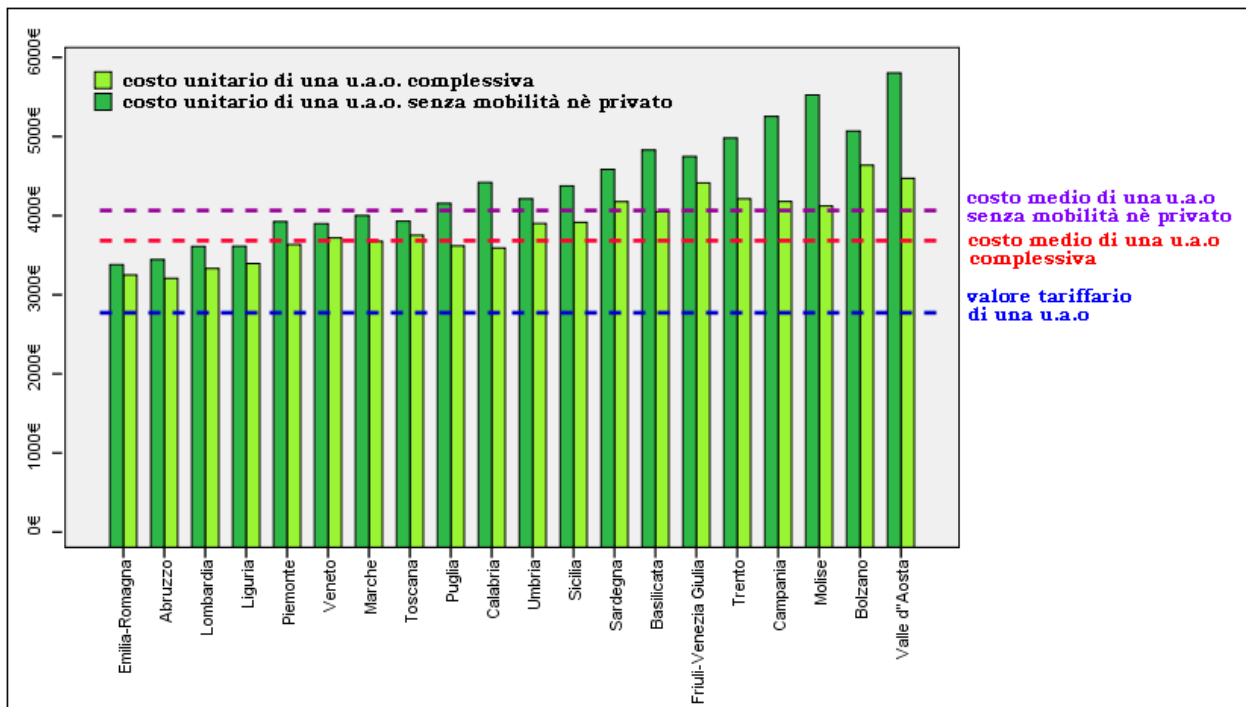


Figura 12 – Costi regionali di produzione di una UAO (Unità di assistenza ospedaliera)

Il problema è invece il rapporto tra costi ospedalieri e costi dell'assistenza specialistica in quanto in quasi tutti i presidi ospedalieri viene erogata una quota di assistenza specialistica a soggetti non ricoverati che deve essere contabilizzata assieme alla attività

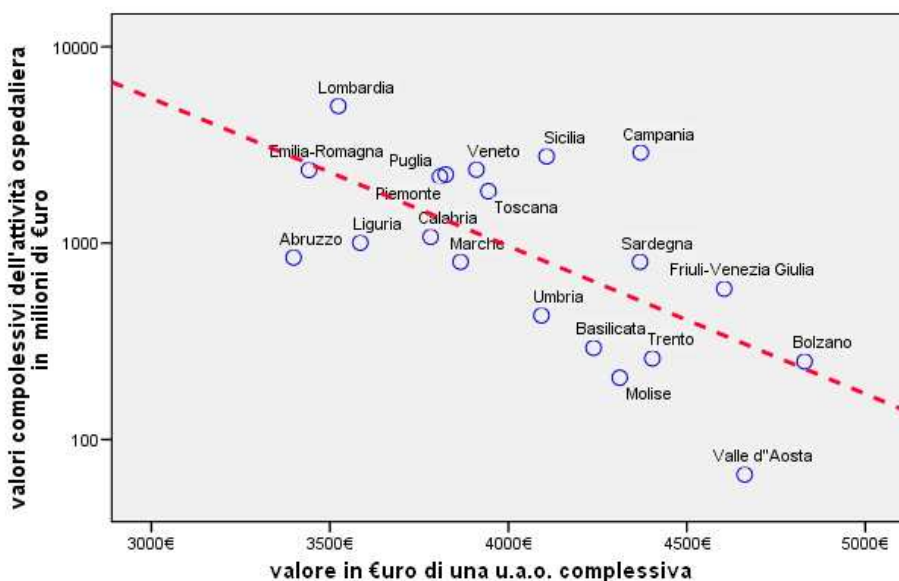


Figura 13 – Relazione tra costo unitario di una U.A.O. e valore complessivo dell'attività ospedaliera

specialistica dei presidi territoriali. Distinguere in ambito ospedaliero i costi dovuti all'attività di ricovero da quelli della specialistica per esterni è una operazione tutt'altro che semplice soprattutto se non si ha a disposizione una contabilità analitica. Si è già visto in figura 9 come probabilmente i metodi di stima adottati in ciascuna regione portano ad una complementarità dei

costi dei due settori, cioè dove si sono sovrastimati i costi della specialistica risultano bassi quelli dell'ospedaliera e viceversa.

Nell'ambito poi dell'attività ospedaliera si riscontra anche la difficoltà a distinguere in modo convincente i costi dell'attività di ricovero dagli altri costi (pronto soccorso ad esempio).

Per questi motivi il tentativo di misurare quanto costa produrre nelle varie regioni una UAO dà un esito che non può essere definito del tutto soddisfacente.

I costi medi regionali di produzione di una UOA non risultano infatti del tutto convincenti! E non tanto perché delle variazioni positive o negative dalla media nazionale che superano il 30% sembrano eccessive, ma perché in alcuni casi risultano presenti in regioni di cui l'immagine condivisa della loro efficienza produttiva non corrisponde ai valori qui calcolati. E' anche interessante valutare quanto emerge dalla figura 13, e cioè che il costo unitario di una UAO diminuisce linearmente al crescere del logaritmo del volume complessivo dell'attività ospedaliera: economie di scala, diversità di efficienza, tipologie differenti di sistema ?

Per l'assistenza specialistica poi e per gli altri settori economicamente rilevanti la situazione è ancora più compromessa: la possibilità di rapportare una stima del valore della produzione ad una stima dei costi di produzione risulta in questi settori del tutto impraticabile, vuoi per mancanza di dati completi ed affidabili, vuoi per la mancanza di un sistema soddisfacente di valorizzazione economica delle prestazioni.

Immaginando comunque che si arrivi prima poi ad adeguare i sistemi informativi e contabili in modo da poter arrivare a stimare i costi unitari di produzione, ci si deve chiedere cosa debba considerarsi "costo standard". Costo standard non è certo sinonimo di costo medio ma neppure di costo minimo; dovrebbe essere il costo mediano di una prestazione prodotta in ambiti sufficientemente efficienti. C'è però da osservare che i fattori che fanno aumentare i costi di produzione non sono tutti da ascrivere all'inefficienza produttiva; molti di questi fattori sono legati alle condizioni che creano difficoltà oggettive ai processi produttivi. Se ad esempio si fosse costretti a mantenere un presidio ospedaliero in ambiente montano nonostante la dimensione del presidio fosse molto al di sotto di quella ottimale, i costi di produzione sarebbero inevitabilmente molto più elevati ma ciò per una esigenza corretta di risposta sanitaria e non per una incapacità a produrre con efficienza un servizio.

I costi standard dovrebbero perciò esser affiancati a dei coefficienti correttivi da applicare alle situazioni che giustificano l'aumento dei costi di produzione. Tra questi si deve discutere se debbano essere compresi o no i maggiori costi di acquisto dei fattori produttivi (beni, personale, servizi intermedi, ecc.) in ragione dei prezzi dei differenti mercati.

Un altro problema ancora più rilevante è quello della qualità dei servizi: parlando ad esempio di UAO si è considerata la complessità definitoria del ricovero, ma non si è considerata la possibile diversità di qualità dei processi assistenziali contenuti in UAO di regioni differenti. Il costo standard dovrebbe esser riferito ad UAO di qualità standard, ma come è possibile valutare ad un livello regionale la qualità? E se fosse anche possibile in qualche modo stimarla, ad esempio misurando la presenza dei requisiti necessari nei processi produttivi, come si dovrebbe poi conseguentemente correggere il costo per UAO? La soluzione sarebbe quella di trasformare la qualità in un peso correttore delle UAO per cui, rispetto ad una UAO di qualità media, una di qualità inferiore vale meno dell'unità ed una di qualità superiore più dell'unità; a livello teorico questa operazione può sembrare semplice, ma a livello pratico risulta sicuramente oggi lontana dall'esser praticabile.

Tutte queste osservazioni rendono evidenti le difficoltà ad arrivare a stime, seppur grossolane, dei costi di produzione dei settori assistenziali.

Un algoritmo per calcolare il fabbisogno

Si sono evidenziati i problemi e le criticità per stimare le variabili necessarie per determinare il fabbisogno sanitario totale e delle singole regioni. Se arrivare a determinare correttamente la cifra congrua del fabbisogno partendo dai bisogni e calcolando le prestazioni appropriate ed i costi standard delle stesse è una operazione praticamente impossibile, usare un algoritmo per ripartire tra le regioni la somma del fabbisogno determinata per altra via, può essere un problema per cui vale la pena di cercare una soluzione.

Può essere utile cercare di formalizzare le variabili in gioco in modo poi da poter scrivere un algoritmo di riparto praticabile o da poterne evidenziare le criticità. Definiamo quindi:

d	determinante che definisce una classe iso-bisogno
P_d	classe di popolazione con lo stesso bisogno
$P = \sum^D P_d$	popolazione generale
B_i	bisogno individuale
id	soggetto della classe d
$B_D = \sum^{ID} B_{id}$	somma dei bisogni individuali della classe d
$B = \sum^D B_D$	somma dei bisogni individuali di tutta la popolazione
s	settore assistenziale
U_{id}^s	utilizzo appropriato di s per un soggetto di classe d
$U^s = \sum^D \sum^{ID} U_{id}^s$	utilizzo appropriato del settore assistenziale s
$U = \sum^s U^s$	utilizzo globale di tutti i settori assistenziali
C_{id}^s	costo congruo unitario di s per un soggetto di classe d
$(C^s \cdot U^s)_D = \sum^{ID} U_{id}^s \cdot C_{id}^s$	spesa congrua globale di s per i soggetti della classe d
$C^s \cdot U^s = \sum^D (C^s \cdot U^s)_D$	spesa congrua globale di s
$C \cdot U = \sum^s C^s \cdot U^s$	spesa congrua globale del sistema
$C_i \cdot U_i = C \cdot U / P$	spesa congrua globale per singolo individuo
$F = C \cdot U$	Fabbisogno globale della popolazione

Partendo dall'ultima definizione, si può ipotizzare che il fabbisogno sia pari alla copertura di tutti i costi congrui (cioè generati in situazioni di efficienza) dei servizi utilizzati appropriatamente per soddisfare i bisogni reali dei soggetti che compongono la popolazione:

$$F = \sum^s \sum^D \sum^{ID} U_{id}^s \cdot C_{id}^s$$

e che sia giusta la seguente ipotesi e cioè che il bisogno sia soddisfatto dall'utilizzo appropriato dei settori assistenziali:

$$U = f(B) \quad (1)$$

Se quindi si deve determinare il valore assoluto del fabbisogno è indispensabile definire i valori del bisogno, dell'utilizzo appropriato in funzione del bisogno e dei costi di produzione delle prestazioni che devono essere utilizzate.

Se invece l'ammontare del fabbisogno è determinato per altra via come oggi avviene

$$F = F^*$$

il problema allora si riduce alla ripartizione del fabbisogno tra le regioni, anche se ugualmente si può cercare di ottenere delle stime delle variabili in gioco per valutare la correttezza del fabbisogno determinato a monte.

Se non si riesce a determinare analiticamente il valore dell'utilizzo appropriato e del costo congruo di tutte le prestazioni necessarie per soddisfare i bisogni reali, è possibile trovare una via più semplice e che in realtà può risultare meno distorta di altre.

Si deve innanzi tutto ipotizzare che le inapproprietezze e le inefficienze siano distribuite in modo sostanzialmente omogeneo tra tutti i servizi e tra tutti i gruppi di utilizzatori regionali R :

$$(C^s \cdot U^s)_R = f(C \cdot U) \quad (2)$$

se l'ipotesi appunto (2), come è probabile, è corretta allora la spesa percentuale di un settore può essere definita così:

$$(C^s \cdot U^s)^* \% = (C^s \cdot U^s)_R / (C \cdot U)_R = C^s \cdot U^s / F$$

La spesa percentuale stimata per un settore, che è il rapporto tra il costo congruo per l'utilizzo appropriato di un settore diviso per il fabbisogno, allora non dovrebbe essere diversa dal rapporto tra la spesa reale per quel settore divisa per la spesa globale sanitaria, se l'ipotesi (2) precedentemente fatta è corretta.

Ed allora

$$(C^s \cdot U^s)^* = (C^s \cdot U^s)^* \% \cdot F^*$$

e conseguentemente per l'ipotesi (1):

$$(C^s \cdot U^s)_D^* / B_D \approx (C \cdot U) / B$$

da cui

$$(C^s \cdot U^s)_D^* \approx (C \cdot U) \cdot B_D / B$$

e quindi

$$F_{REGIONALE} \approx \sum^D (C^s \cdot U^s)_{D_{REGIONALE}}$$

che è l'algoritmo simile a quello ultimamente utilizzato per il riparto tra le regioni del fabbisogno sanitario di tutto il paese.

Conclusioni

In conclusione si deve innanzitutto dire che oggi non ci sono dati così analitici, completi ed attendibili per poter calcolare quali servizi siano appropriati alle diverse condizioni di bisogno, cioè quali sono i "costi nell'ottica della domanda", e quali sono i costi congrui per produrre quei servizi, cioè quali sono i "costi nell'ottica dell'offerta".

Se la mancanza di dati è la difficoltà maggiore a procedere con le stime dal basso verso l'alto, anche altri sono i problemi: innanzitutto quello di definire in modo convincente l'appropriatezza, cioè l'efficienza assistenziale, per tutte le prestazioni e la congruità, cioè l'efficienza tecnica, per tutti i costi.

Non ultimo è poi il rischio che procedendo dal basso, la stima del fabbisogno globale sia maggiore di quello compatibile con la disponibilità di risorse pubbliche per la sanità, e quindi si debba ugualmente partire dal fabbisogno compatibile per ripartirlo poi tra i diversi soggetti del SSN.

La determinazione del fabbisogno compatibile oggi non può che esser effettuato in sede politico-governativa cercando di rendere omogenea l'utilità marginale delle risorse assegnate ai diversi settori dell'amministrazione pubblica. Le eventuali stime dal basso devono servire a valutare la congruità della cifra stabilita per la sanità.

Un'altra operazione importante di rilevanza politica, pur preparata da approfondimenti tecnici, è la ripartizione proporzionale delle risorse tra i diversi settori del SSN. Dire che il settore ospedaliero deve esser contenuto, che il servizio farmaceutico deve crescere solo moderatamente, ecc. queste decisioni sono l'atto più importante di un illuminato programmatore sanitario.

Definiti questi valori il resto può esser compiuto con relativa facilità mediante principi prevalentemente tecnici, ed anzi in questa fase sarebbe opportuno che il politico facesse un passo indietro e non tendesse a favorire i soggetti della propria parte a scapito degli altri.

Un problema serio è infine quello della gestione dei disavanzi: il riparto delle risorse non può essere un modo per ripartire ex-ante i disavanzi prevedibili! Se il disavanzo risulta prodotto da una sotto stima dei bisogni allora il riparto deve essere riaggiustato, ma se il disavanzo è frutto dell'inefficienza dei sistemi, allora è necessario che chi lo ha prodotto se ne faccia carico drenando risorse dai propri cittadini e in tal modo rimettendosi al giudizio politico degli stessi.

A conclusione ed arricchimento di questa nota si allega il documento finale di un gruppo di lavoro nazionale in tema di riparto regionale delle risorse del sistema sanitario scritto nel 2006. Si ritiene interessante pubblicarlo perché, pur non avendo avuto l'attenzione che forse meritava e pur essendo datato al momento politico in cui è stato scritto, contiene però ancor oggi spunti e riflessioni interessanti, almeno come indicazione delle scelte operative che devono essere effettuate per procedere ad una soluzione metodologicamente corretta del problema del riparto del finanziamento del SSN.

Allegato

Nota relativa ai criteri da adottare per la determinazione del fabbisogno sanitario delle Regioni Italiane.

Sintesi del lavoro di un gruppo attivato nel 2006 dall'Osservatorio di Economia Sanitaria dell'ARS Toscana, su richiesta del responsabile del coordinamento inter regionale per la sanità, ed a cui hanno partecipato rappresentanti qualificati di molte regioni italiane e molti esperti, ricercatori e professori universitari (1).

¹ Hanno partecipato alle riunioni del gruppo di lavoro: Anessi Pessina Eugenio, UCSC; Benocci Sara, ARS Toscana; Biggeri Annibale, Università di Firenze; Bonelli Monica, Regione Liguria; Brancati Giacomino, Regione Calabria; Buratti Danilo, Min. Economia e fin. - RGS IGESPES; Campari Marco, KPMG Advisory; Centonze Sandro, Regione Friuli V.G.; Cobello Francesco, Regione Veneto; Costa Giuseppe, Università di Torino; Di Loreto Paolo, Regione Umbria; Di Pietro Gaetano Antonio, ARES Puglia; D'Ippoliti Maria, Provincia autonoma di Trento; Donati Carla, Regione Toscana; Filippi Barbara, Min Economia e fin. - RGS - IGESPES; Gallo Massimiliano, Regione Basilicata; Giordano Raffaele, Regione Basilicata; Grisotto Laura, Università di Firenze; Lorusso Stefano, Regione Basilicata; Macinati Manuela, UCSC; Mapelli Vittorio, Università di Milano; Marcobelli Alberico, ARS Marche; Martelli Paolo, Regione Toscana; Morandi Isabella, ASP Lazio; Morich Claudia, Regione Liguria; Palombi Massimo, Min Economia e fin. - Consip; Perucci Carlo, Regione Lazio; Petrelli Alessio, ASL 5 Liguria; Pizzuti Renato, Regione Campania; Riccardini Donatella, Regione Umbria; Rosso Marco, Regione Liguria; Serra Enrico, Regione Sardegna; Tommasini Milena, Regione Umbria; Zocchetti Carlo, Regione Lombardia. Ai lavori del gruppo sono state sempre invitate le Direzioni Generali della Sanità di tutte le Regioni Italiane, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Fin.

1 - Accordo politico o Criteri tecnici

Negli ultimi anni il riparto delle risorse sanitarie tra le Regioni ha suscitato molto dibattito, ed ha visto l'adozione contemporanea di criteri squisitamente tecnici (come la struttura della popolazione, la struttura dei consumi, ecc.), criteri che sono cambiati nel tempo ma che non hanno trovato consenso unanime tra le regioni, e di criteri non tecnici. Tra i criteri non tecnici vanno annoverati sia criteri più direttamente politici (nel senso di accordo politico tra regioni) sia criteri conseguenti a ragionamenti di tipo prevalentemente finanziario (aumenti minimi garantiti, tetti massimi di aumento, ecc.).

Le ripetute difficoltà a trovare forme di accordo condivise tra le regioni basate su criteri tecnici portano ovviamente alla accentuazione dell'utilizzo di criteri non tecnici nella formulazione del riparto. Questo percorso, pur riconoscendo che l'operazione di riparto è un atto eminentemente politico, si ritiene che porti a produrre due risultati considerati negativi: il primo è quello di definire il riparto sempre più sulla base della spesa storica corretta solo talvolta da un tentativo di "ripiano ex-ante" dei disavanzi attesi, ed il secondo è quello di trasformare il riparto in un esercizio di potere (nel senso deteriore del termine) che rischia di diventare il momento più disgregante per una politica unitaria delle Regioni così necessaria in questa fase di criticità economica.

Per queste considerazioni il gruppo di lavoro auspica che i Presidenti e gli Assessori delle Regioni Italiane si orientino ad ancorare il riparto a criteri espliciti che discendono dai principi costitutivi del SSN (equità rispetto al bisogno, ed anche efficienza) e che siano sostenuti da una adeguata documentazione empirica (bisogno misurato in modo valido ed accurato).

Questi criteri prevalentemente tecnici (quali quelli indicati esemplificativamente nel seguito del presente documento), concordati tra le regioni dovrebbero determinare l'assegnazione di gran parte delle risorse, lasciando una loro quota minoritaria (quantificabile in qualche punto percentuale: ad esempio, 2-4%) da suddividere sulla base di considerazioni politiche e/o finanziarie necessarie sia per garantire la compatibilità delle risorse assegnate alle diverse situazioni storiche di ciascuna Regione sia per ammorbidire gli eventuali effetti di transizione temporale conseguenti alla modifica dei criteri di riparto rispetto alla situazione attuale.

2 - Finanziamento in conto esercizio o in conto capitale

Quando si parla in questo contesto di risorse per la sanità si intendono i finanziamenti in conto esercizio destinati a coprire le spese gestionali di produzione e di acquisto di beni e servizi, risorse peraltro assegnate alle Regioni senza vincoli specifici di destinazione, e non i finanziamenti in conto capitale per investimenti.

E' opportuno solo segnalare che si è da più parti evidenziata la necessità di un finanziamento alle Regioni finalizzato esclusivamente agli investimenti necessari per un rimodernamento delle strutture indispensabile per ridurre i costi d'esercizio, ma come l'imprenditore privato considera sempre nei costi di produzione anche gli ammortamenti delle strutture produttive così dovrebbero fare le aziende pubbliche evitando il "trucco" finanziario della loro sterilizzazione che porta poi inevitabilmente a non avere più risorse da utilizzare per nuovi investimenti. E' vero che senza nuovi investimenti per riammodernare le strutture sanitarie i costi di esercizio rimangono più elevati di quanto dovrebbero; e quindi questa problematica deve trovare una risposta adeguata, magari prevedendo forme di finanziamenti specifici investimenti ad hoc, ma comunque l'argomento deborda lo specifico problema del riparto dei fondi necessari per finanziare l'"esercizio" dei sistemi sanitari regionali.

3 - L'individuazione delle risorse disponibili

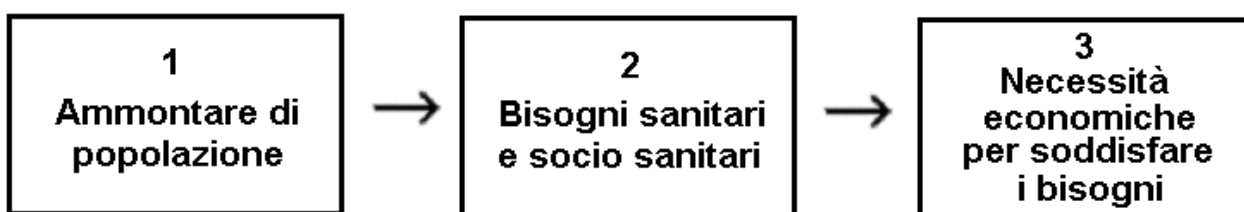
Si potrebbe ritenere che il calcolo del fabbisogno regionale debba procedere in senso assoluto, individuando le somme necessarie per ogni Regione e poi sommandole per determinare le risorse totali necessarie per l'intero paese. Ovviamente non è possibile procedere in questo modo in quanto le risorse destinabili alla sanità sono una quota parte di quelle disponibili per il funzionamento di tutti i settori della amministrazione pubblica.

I vincoli principali sono allora il valore del PIL e la sua quota messa a disposizione delle attività pubbliche tramite i diversi sistemi di prelievo fiscale. Definita questa somma la definizione della quota da assegnare ad ogni settore segue il criterio della eguaglianza dell'utilità marginale per ogni settore. Se il sistema è veramente in equilibrio ad un Euro in più o in meno ad ogni settore dovrebbe corrispondere una uguale utilità o disutilità. Spetta ovviamente al politico individuare e leggere queste utilità e definire quale somma spetta alla sanità perchè sia garantita una allocazione ottimale tra i settori. Il settore sanità potrà solo collaborare per evidenziare eventualmente situazioni di non eguaglianza dell'utilità marginale e chiedendo eventualmente maggiori finanziamenti. Ma il problema del riparto tra le Regioni si inizia a valle della definizione della somma totale disponibile e quindi si riduce a definire solo la quota proporzionale per ciascuna regione.

Si può discutere se il cosiddetto “indice di accesso” alle risorse di ciascuna Regione sia o meno indipendente dall’ammontare complessivo delle risorse nazionali per la sanità. La domanda è: le regioni avrebbero lo stesso indice d’accesso anche se il fondo globale fosse ridotto alla metà? La risposta teorica è no, ma probabilmente la proporzionalità cambierebbe veramente solo a fronte di variazioni importanti del finanziamento globale, perché cambierebbero anche le priorità e la tipologia dei servizi economicamente compatibili. Per piccole variazioni invece, come sono quelle che ci si potrebbe attendere nell’ordine di qualche millesimo di PIL, le priorità non possono cambiare più di tanto e quindi è corretto pensare che la definizione dei criteri di riparto debba tendere essenzialmente a definire l’indice di accesso proporzionale di ciascuna regione all’ammontare complessivo delle risorse indipendentemente dalla somma globale disponibile.

4 - I tre macro criteri ineluttabili.

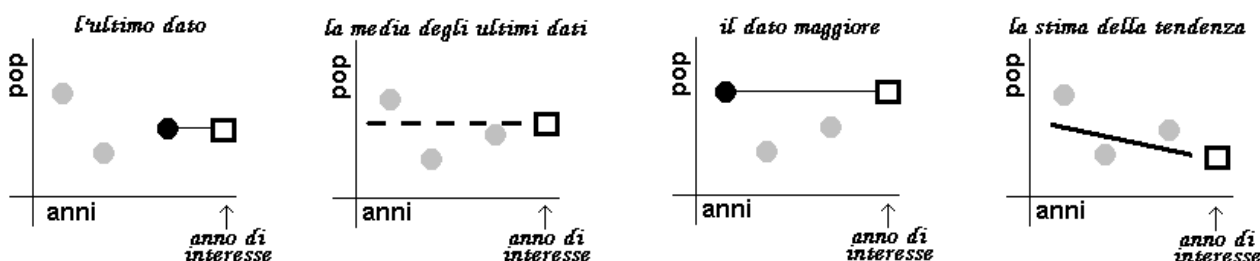
In sintonia con tutta la letteratura e con quasi tutti i sistemi di riparto delle risorse sanitarie, i tre macro criteri da cui non si può discostarsi sono 1 - l’ammontare della popolazione, 2 - il differenziale dei bisogni di natura sanitaria e socio sanitaria delle popolazioni stesse e 3 - la stima delle necessità economiche per soddisfare gli stessi.



Un sistema che pensasse di operare prescindendo da uno dei tre criteri sopra elencati comporterebbe sicuramente delle distorsioni estremamente gravi con conseguenze di diseguità e di inefficienze allocative. In particolare si è considerato completamente inadeguato un sistema che considerasse il punto 2 e 3 come equivalente per qualsiasi realtà locale e per qualsiasi fascia di popolazione e intendesse operare un ipotetico egualitarismo appiattente per cui ai cittadini deve essere riconosciuta la stessa somma di finanziamento sanitario indipendentemente dai loro reali bisogni e come se ovunque i costi di erogazione dovessero considerarsi equivalenti. Se vi è pressoché ovunque consenso sull’adottare congiuntamente i tre criteri indicati, invece sicuramente è ampio il dibattito sulle modalità per determinarne i valori e le reciproche funzioni.

5 - L’ammontare di popolazione

Sembrerebbe molto facile poter dire che i valori dell’ammontare della popolazione debbano essere quelli definiti dall’Istat più recentemente.



Ci sono però tre considerazioni: la prima è che nel recente passato è risultato molto chiaro che la stima dell’ammontare di popolazione delle Regioni ha risentito dei problemi della qualità e della completezza sia delle rilevazioni censuarie che delle risultanze anagrafiche. La seconda è che di fatto anche nelle situazioni più favorevoli si utilizzano dati di due o tre anni precedenti al periodo cui sono destinate le risorse, e questo, in presenza di dinamiche importanti, può creare distorsioni rilevanti. La terza è invece determinata dal problema della rigidità dell’offerta sanitaria per cui anche in presenza di diminuzioni di popolazione l’offerta di servizi, ed i relativi costi di produzione, non possono adeguarsi rapidamente.

Le soluzioni che si sono prospettate sono essenzialmente quattro: quella di adottare comunque l'ultimo dato disponibile, quella di calcolare la media degli ultimi tre anni (media semplice o ponderata con pesi maggiori per i dati recenti), quella di considerare il dato maggiore degli ultimi tre anni ed infine quella di stimare con un modello semplice di tipo regressivo il valore probabile della popolazione nell'anno per il quale si stanno ripartendo le risorse. Nell'esame delle quattro alternative si è data una leggera preferenza alla seconda ma tutte e quattro potrebbero essere ancora esaminate per una scelta definitiva.

La struttura per età sarà comunque quella dell'ultimo anno disponibile.

Infine sarebbe opportuno aggiungere ai dati dei residenti una stima degli extracomunitari presenti sul territorio e per i quali vi è un obbligo di assistenza; la quota di tali extracomunitari dovrà ovviamente essere individuata attraverso l'uso di qualche variabile proxy; ad esempio, per stimarne la frequenza, si potrebbe partire dalla frequenza dei ricoveri ospedalieri da essi effettuati e assegnando tanti individui quanto è l'inverso del tasso di ospedalizzazione della popolazione regolarmente residente con la stessa struttura per età; con questo metodo comunque le stime risulterebbero sottostimate.

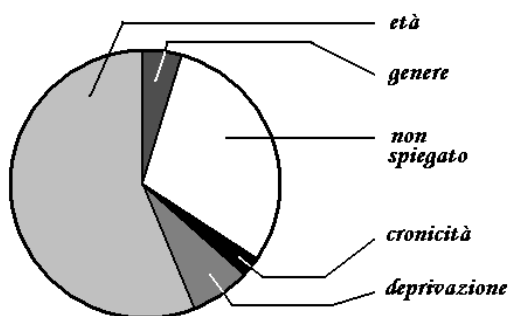
6 - I differenziali del bisogno

Per esemplificare in modo semplice il concetto, si ritiene che due popolazioni di un milione di abitanti, ma la prima con il 20% di malati e la seconda con solo il 10% abbiano un bisogno di risorse diverso e precisamente la prima un bisogno doppio della seconda. L'esempio è semplicistico ma serve per spiegare perché non si deve considerare solo l'ammontare di popolazione bensì questo valore corretto per il bisogno.

Ma come stimare il bisogno? In linea teorica si possono considerare due modalità: la prima con una stima diretta della prevalenza di malati e la seconda con una stima indiretta mediante delle proxy della prevalenza di patologie ed in genere degli stati di necessità.

Stima diretta delle prevalenze: Si è considerata la possibilità di rilevare la prevalenza delle patologie mediante un uso integrato delle informazioni di carattere amministrativo-gestionale disponibili (ricoveri, specialistica, farmaci, protesi, esenzioni dai tickets, ecc.) possibilità risultata reale in alcune zone in cui i dati sono disponibili e di qualità accettabile. Si è ritenuta però, almeno attualmente, impraticabile questa alternativa dato che sarebbero necessarie stime accettabili in tutte le regioni italiane cosa che sicuramente attualmente non è e probabilmente non lo sarà anche nei prossimi primi anni, seppur auspichiamo il contrario.

Sul piano teorico, poi, è opportuno



prevalenze fatta tramite i dati dei consumi reali locali, risulti distorta in quanto i consumi sono in buona misura correlati anche all'organizzazione della rete dell'offerta. Se si desse maggiormente a chi più consuma si potrebbe correre il rischio di dilatare ancor più l'offerta, con la conseguenza di aumentare ulteriormente le prevalenze (e così via sempre più!). La stima diretta della prevalenza dei bisogni sanitari (malati cronici, in

Regioni 2005	% di anziani 65+ sul totale degli abitanti regionali	% di abitanti sul totale degli italiani	% di anziani in più rispetto agli abitanti regional (col.3 / col.2) %	
PIEMONTE	22,2%	7,4%	8,4%	114,1%
VALLE D'AOSTA	19,9%	0,2%	0,2%	102,3%
LOMBARDIA	19,1%	16,1%	15,8%	98,2%
BOLZANO	16,3%	0,8%	0,7%	83,9%
TRENTO	18,5%	0,9%	0,8%	94,9%
VENETO	18,9%	8,0%	7,8%	97,2%
FRIULI	22,2%	2,1%	2,4%	114,0%
LIGURIA	26,5%	2,7%	3,7%	136,3%
EMILIA ROMAGNA	22,6%	7,1%	8,3%	116,3%
TOSCANA	23,0%	6,2%	7,3%	118,4%
UMBRIA	23,3%	1,5%	1,8%	119,5%
MARCHE	22,4%	2,6%	3,0%	115,0%
LAZIO	18,8%	9,0%	8,7%	96,4%
ABRUZZO	21,1%	2,2%	2,4%	108,3%
MOLISE	21,7%	0,6%	0,6%	111,7%
CAMPANIA	15,1%	9,9%	7,7%	77,3%
PUGLIA	16,9%	7,0%	6,1%	87,0%
BASILICATA	19,6%	1,0%	1,0%	100,8%
CALABRIA	18,0%	3,4%	3,2%	92,3%
SICILIA	17,7%	8,6%	7,8%	90,9%
SARDEGNA	17,1%	2,8%	2,5%	88,1%
Italia	19,5%	100,0%	100,0%	100,0%

approfondire alcune obiezioni che vengono sollevate a questo approccio. Si teme ad esempio che la stima delle

primis) rimane comunque un obiettivo da sperimentare nei prossimi anni, obiettivo che appare più realistico con l'adozione generalizzata della "carta sanitaria" in tutte le regioni e la registrazione in rete dei consumi farmaceutici e delle prestazioni sanitarie. Lo studio delle esperienze straniere risulterà molto utile per giudicare la praticabilità di adottare questa alternativa anche nel nostro sistema che, comunque come tutti, ha caratteristiche sue particolari.

Stima indiretta mediante proxy: Un secondo percorso prevede la possibilità di stimare il bisogno di una popolazione in maniera indiretta anziché diretta. In questo caso, più che il bisogno in quanto tale si tende a misurare delle variabili proxy del bisogno che definiscono la probabilità che un individuo manifesti un bisogno con una determinata intensità. La letteratura nel merito fornisce oggi indicazioni abbastanza e gli studi al proposito sono sempre più numerosi anche in Italia. Tra questi studi alcuni sono relativi a realtà locali come gli studi longitudinali di coorte di Torino e di Firenze/Livorno; altri riguardano invece l'intera popolazione italiana seppur mediante indagini campionarie come l'Indagine Istat sullo stato di salute e l'utilizzo dei servizi di cui a breve saranno disponibili i nuovi risultati riferiti al periodo 2004/2005 che potranno così essere utilizzati per meglio definire il modello di finanziamento delle Regioni.

Le variabili proxy: l'età. Gli studi ed i dati disponibili mostrano che la variabile che maggiormente spiega la variabilità del bisogno è l'età; assumono poi rilevanza sulla variabilità residua il genere, la deprivazione socio economica e la presenza di cronicità. Rimane naturalmente una quota di variabilità non spiegata che in parte è sicuramente dovuta a fattori casuali, ed in parte a fattori non correlati a variabili proxy del bisogno. Tra questi ultimi elementi rientra anche il fattore offerta, con le dinamiche che esso provoca sulla genesi della domanda sanitaria.

Il ruolo dell'offerta è un ruolo che deve essere ulteriormente indagato (in relazione al riparto del fondo sanitario), anche se il gruppo di lavoro non ritiene corretto che si debba finanziare maggiormente una Regione per la sua offerta più sviluppata che altrove, nella misura in cui tale maggiore offerta ha l'effetto di indurre una domanda più dilatata.

Le variabili esplicative del bisogno sanitario sono tanto più utili per la stima del fabbisogno quanto più il loro valore differisce tra le diverse regioni. Le differenze di genere, ad esempio sono quasi inesistenti in quanto il rapporto tre residenti uomini e residenti donne è ovunque pressoché uguale; in tal caso anche se gli uomini avessero il doppio del bisogno delle donne o viceversa questo non cambierebbe nulla nella stima del fabbisogno essendo praticamente omogenee le proporzioni tra i generi in tutte le regioni italiane.

Non è così per ciò che riguarda le altre variabili, ad esempio per l'età: all'inizio del 2005 la proporzione di residenti con più di 64 anni di età è del 19% in tutta la nazione, ma di solo il 15% in Campania e di ben il 27% in Liguria, cioè quasi il doppio!

Se dovessimo finanziare i servizi per i soli anziani dando 100 Euro a ciascun residente indipendentemente dall'età daremmo 159 milioni di euro alla Liguria (1.592.309 abitanti) e 579 alla Campania (5.788.986 abitanti), ma ai 422.458 anziani (>64 anni) liguri spetterebbero solo 377 euro a testa mentre agli 871.370 anziani campani spetterebbero ben 664 euro a testa, cioè ben il 76% in più e questo sicuramente non sarebbe equo.

Lo stesso ovviamente vale per i servizi dedicati in particolare ad altre fasce di età, come quelli pediatrici, ma anche per altri servizi dedicati all'intera popolazione ma necessari in misura differente a seconda dell'età.

Le variabili proxy: la deprivazione. La "deprivazione" è una variabile di stato socio economico che racchiude più elementi e che definisce le capacità di un soggetto ad avere ciò che gli serve nell'ambito del suo ambiente di vita e di lavoro. Sia il reddito, sia l'istruzione, sia le condizioni abitative e la situazione lavorativa ecc. tutto ciò si dimostra influire fortemente con la salute degli individui per cui più si soffre di deprivazione più si è bisognosi a causa di uno stato precario di salute.

Utilizzare la variabile deprivazione come proxy non ha il significato di voler "finanziare la povertà" che non è un obiettivo del sistema sanitario ma semmai del sistema di assistenza sociale; la deprivazione è utilizzabile solo per migliorare la stima del probabile bisogno delle popolazioni regionali, cioè della prevalenza di condizioni di non salute.

Se 100 giovani non deprivati hanno un bisogno complessivo 100 e 100 anziani non deprivati un bisogno complessivo 500, allora 100 giovani deprivati avranno un bisogno $100 \times W^d_{giovani}$ e 100 anziani deprivati $100 \times W^d_{anziani}$. Il fattore moltiplicativo non è lo stesso per tutte le età e deve essere studiato e definito attentamente. Si deve anche considerare la possibilità di utilizzare indici di deprivazione legati alle condizioni individuali ed indici di deprivazione invece funzione di caratteristiche areali; i due tipi di indice non hanno il medesimo significato.

Tutta questa materia necessita di approfondimenti, ma i dati già da ora a disposizione permettono di introdurre, almeno parzialmente, questa variabile nella formula allocativa utilizzando l'esistente o modificandolo in modo abbastanza semplice.

Le variabili proxy: la cronicità. Un ulteriore indice che può migliorare la stima del bisogno di una popolazione regionale è l'indice di cronicità. Non è semplice elaborare un indice di questo tipo facendo in modo che esso sia indipendente dai meccanismi di dilatazione della domanda da parte dell'offerta.

Utilizzando da una parte i dati di mortalità per causa, dall'altra dati SDO relativi a patologie meno sensibili all'offerta ed infine integrando le stime con i dati dell'Indagine Istat sullo stato di salute e l'utilizzazione dei servizi è possibile costruire un indice di cronicità/invalidità abbastanza solido.

Definite queste variabili bisogna definire anche la loro funzione di composizione che non può essere banalmente moltiplicativa senza interazioni. Di nuovo i dati dell'indagine Istat possono dare una grossa mano ad individuare il modello più adatto allo scopo. Si potrà anche utilizzare un modello regressivo multivariato per stimare la relazione tra le variabili ed il peso reciproco che esse hanno nella stima delle prevalenze di morbosità.

Ma come dare un valore numerico al Bisogno? Questo problema si fonda con il terzo criterio, quello dal fabbisogno economico per soddisfare i differenti bisogni. La misura del bisogno sarà perciò coincidente con quella del fabbisogno necessario per soddisfarlo e potrà essere valutata considerando i valori delle prestazioni utilizzate da coloro che si trovavano in determinate condizioni di bisogno. L'utilizzo dei consumi di prestazioni per dare un valore ai bisogni è sempre un approccio che può essere criticato (si veda quanto già argomentato in precedenza) ma al momento non sembrano esistere alternative praticabili.

7 - I valori economici del bisogno

Quali costi?: In teoria sarebbe necessario poter stimare i costi reali delle prestazioni e dei servizi che è necessario erogare per dare una risposta soddisfacente ai bisogni individuati. In pratica ciò non è possibile ed anche se lo fosse comporterebbe diversi problemi teorici. Quale costo assumere se ad esempio, come è nella realtà, per produrre la stessa prestazione i costi osservabili hanno un range talvolta larghissimo? Assumere un costo medio o mediano? Il costo inferiore? Il primo quartile dei costi? Una soluzione di compromesso potrebbe essere quella di fare riferimento, come stima dei costi, alle tariffe nazionali. Il problema non è poi così grave dato che nella formula allocativa non entra mai un valore economico assoluto, bensì solo un peso relativo. Non serve ad esempio sapere quanti euro pro capite costano gli ospedali bensì qual è il rapporto tra il costo pro capite del giovane rispetto all'anziano, o il costo del benestante rispetto al deprivato, ecc.

Il gruppo di lavoro ha poi esaminato a fondo il problema dei cosiddetti "costi fissi" che alcuni ritengono indipendenti dalle variabili di bisogno; pur convenendo che i costi fissi sono la principale causa della anelasticità della spesa, si è ritenuto però che a livello regionale il totale dei servizi è complessivamente associato al bisogno in quanto ad una riduzione o ad un aumento del bisogno regionale seguirà nei tempi allungati dalla anelasticità un riadeguamento dell'offerta. Peraltro se le prestazioni fossero tutte acquistate presso un soggetto esterno al sistema sanitario, certo questi non potrebbe far pesare i suoi costi fissi in misura diversa a seconda delle quantità prodotte bensì dovrebbe adeguarsi alle tariffe concordate, e sarebbe evidentemente assurdo finanziare in base ai costi fissi un servizio pagato a tariffa unitaria.

Si considera quindi inopportuno scorporare i costi fissi dalla logica dei costi complessivi dovendo finanziare non il singolo presidio bensì tutto un sistema sanitario regionale.

I sotto livelli assistenziali: I sotto livelli assistenziali che si pensa di enucleare sono i seguenti, eventualmente, se è il caso, ulteriormente disaggregati come indicato:

- Prevenzione collettiva
- Assistenza ospedaliera
 - degenze per acuti
 - day hospital
 - riabilitazione e lungodegenza
 - pronto soccorso
- Assistenza specialistica
 - visite specialistiche
 - esami diagnostici
- Assistenza di base
 - medicina generale
 - pediatria di libera scelta
- Assistenza farmaceutica

- Assistenza territoriale - salute mentale e dipendenze
 - consultori
 - cure palliative
 - assistenza domiciliare
- Assistenza socio sanitaria - residenze sanitarie per anziani
 - altro

L'eventuale ulteriore disaggregazione indicata può essere opportuna quando i costi all'interno dello stesso livello si comportano diversamente: ad esempio i costi per età dei ricoveri per acuti non hanno la stessa distribuzione di quelli per i day hospital e ancor più per i ricoveri di riabilitazione e lungodegenza, e poi per i costi del pronto soccorso probabilmente non è opportuna la ponderazione per età e così via.

I valori nell'ambito di un sotto livello assistenziale: Per la maggior parte dei sotto livelli indicati sono disponibili dati abbastanza analitici da fonti amministrative su base individuale. Per altri le distribuzioni devono essere stimate facendo ricorso ad altri strumenti (indagine Istat sull'uso dei servizi, indagine PASSI, altre indagini). Sarà più agevole individuare le distribuzioni per età e genere che quelle per deprivazione e per cronicità. In qualche situazione la deprivazione e la cronicità potranno intervenire come "moltiplicatori" dei costi relativi complessivi, ed in questa ipotesi non ci sarebbe interazione tra le variabili proxy del bisogno, oppure potrebbero essere definiti pesi differenti per ogni combinazione delle variabili, ad esempio stimando i valori di cella della seguente tabella:

$$W_{i,j,l} = W(\text{età, deprivazione, cronicità})$$

	Non deprivati		deprivati	
	Senza cronicità	Con cronicità	Senza cronicità	Con cronicità
Giovani	W_{111}	W_{112}	W_{121}	W_{122}
Adulti	W_{211}	W_{212}	W_{221}	W_{222}
Anziani	W_{311}	W_{312}	W_{321}	W_{322}

Nei livelli per i quali non sono disponibili i valori tariffari si potranno stimare i pesi relativi sulle frequenze dei consumi se disponibili nelle rilevazioni correnti, oppure nelle indagini sull'utilizzazione dei servizi, oppure in letteratura, oppure raccogliendo il parere di esperti.

Non sarà opportuno definire troppi livelli delle variabili di bisogno proprio per evitare di rendere più complessa la definizione dei pesi.

Le variabili strutturali che influiscono sui costi di produzione: I costi di produzione di un servizio differiscono da una zona all'altra per differenti motivi, alcuni dei quali non devono essere considerati in fase di finanziamento mentre altri possono o devono esserlo.

Non devono/possono essere considerati, ad esempio, quelli inerenti le inefficienze economiche che fanno sì che i costi in alcune regioni lievitino anche fortemente; accanto alle inefficienze, che riguardano per lo più la produzione, si possono annoverare come causa di variabilità dei costi anche le inapproprietezze dei consumi. La stima dei costi, quindi, dovrebbe poter contenere una correzione per questi fattori considerando quindi dei costi in presenza di efficienza ed appropriatezza adeguate.

Dovrebbero/potrebbero essere considerati invece, ad esempio, i costi generati dalle differenti condizioni di mercato, condizioni che fanno sì che in certe aree i prezzi di acquisto sono maggiori; tra i "prezzi" potremmo anche considerare quelli dei salari nella misura in cui questi non siano omogenei per disposizione legislativa. Questo problema si affianca a quello chiamato delle "gabbie salariali" e la cui soluzione deve essere eminentemente politica.

Ci sono poi altri fattori che probabilmente sarebbe opportuno considerare, fattori strutturali dell'ambiente di erogazione come la presenza di strutture metropolitane complesse o la presenza di insediamenti dispersi sul territorio: tali fattori strutturali comportano in genere un aggravio dei costi di erogazione di cui sarebbe opportuno tenere conto. Lo stesso dicasi per la presenza di aree montane e di aree insulari. Questi fattori potrebbero essere considerati prevedendo un peso moltiplicativo in relazione a qualcuno dei livelli di assistenze da loro maggiormente influenzati.

Un ulteriore aspetto di interesse può fare riferimento ai costi che potremmo definire "istituzionali", costi che potrebbero essere considerati non proporzionali all'ampiezza demografica: il costo dell'apparato regionale incide ovviamente di più sulla spesa complessiva di una regione piccola che non su quella di una regione grande.

Infine qualche ragionamento è stato dedicato al finanziamento della offerta. Il gruppo di lavoro non ritiene sia opportuno finanziare in funzione della quantità (maggiore) o qualità (migliore) dell'offerta: anche se ci potrebbero essere in proposito delle motivazioni ragionevoli per farlo, il gruppo di lavoro ritiene che finanziare maggiormente dove ci sono più servizi o questi sono migliori potrebbe portare ad una espansione non adeguata dell'offerta dove già c'è e simmetricamente ad una contrazione di risorse proprio là dove i cittadini hanno già meno servizi o servizi di qualità inferiore.

8 - Come procedere

(omissis)

Il lavoro tecnico da eseguire ed i tempi necessari: Il lavoro tecnico da fare per rendere eseguibile questo modello di riparto del finanziamento è molto oneroso; qui di seguito si elencano solo le operazioni più rilevanti:

- Individuazione della popolazione di riferimento sia come valori regionali che come struttura demografica
- Analisi dei dati di consumo per l'individuazione dei valori per età
- Messa a punto dell'indice di deprivazione sui dati del censimento 2001
- Messa a punto dell'indice di cronicità utilizzando più fonti disponibili
- Messa a punto degli indici di situazioni strutturali con costi di produzione maggiorati
- Definizione dell'algoritmo complessivo per la sintesi delle informazioni
- Applicazione del modello ed elaborazione della proposta definitiva.

Per l'esecuzione di tutte queste operazioni si deve prevedere un lavoro della durata di almeno quattro mesi se le risorse disponibili, soprattutto in termini di collaborazioni, saranno sufficienti.