



Scorretto attendersi una indicazione oggettiva su fabbisogni e oneri appropriati dalle

# «La chimera dei costi standard

Perseguire la compatibilità economica con l'equilibrio generale allineando

DI CESARE CISLAGHI \*

Diversi analisti e ricercatori stanno pubblicando lavori in cui vengono rielaborati i dati dell'ospedalizzazione nelle Regioni italiane cercando di definire, con qualche approssimazione, degli standard, sia riferiti ai tassi che ai costi.

Tutto questo fiorire di analisi che trova eco anche in diversi documenti di ministeri, Regioni, coordinamenti ecc. nasce dal bisogno di riempire di contenuti la recente legge 42/2009 sul federalismo fiscale che parla appunto di fabbisogni e di costi standard.

La "pretesa" è di esser capaci di definire, non dico in modo preciso, ma almeno in misura accettabile, quanto sia "giusto" il costo di un ricovero e quanto sia "appropriata e corretta" la frequenza di ricoveri nella popolazione. Tutti vorremmo poter infatti arrivare a dire, a esempio, che la popolazione ha bisogno mediamente in un anno di 175 ricoveri ogni mille abitanti, e che il costo medio di un ricovero dovrebbe essere di 5mila euro. Se questo obiettivo fosse realizzabile l'applicazione del federalismo fiscale in Sanità sarebbe abbastanza semplice: l'ospedalizzazione standard costerebbe infatti 875mila euro ogni mille abitanti e quindi per 60 milioni di italiani costerebbe complessivamente 52 miliardi e mezzo. Se poi si definisse che la percentuale standard del costo dell'ospedalizzazione deve essere il 48% dell'intera spesa sanitaria, l'ammontare "giusto" di questa sarebbe di 109.375.000.000 euro che è all'incirca la cifra chiesta oggi al Governo dalle Regioni.

Ma i ragionamenti di questo tipo - anche arricchiti

di tutti gli aggiustamenti e le raffinatezze metodologiche più opportune - sono davvero "solidi"?

Non si intende sviluppare qui la riflessione sulla possibilità teorica di definire realmente degli standard sia nel settore epidemiologico sia in quello della produzione di una serie enormemente variegata di prodotti, cioè i ricoveri, differenti per tipologia, per complessità e per qualità: si vuole invece affrontare il tema del significato dei dati oggi disponibili e della loro utilizzazione in funzione della eventuale definizione di standard.

Le analisi qui esaminate, pur riguardando tutte le Regioni, si concentrano però sulle dieci realtà con minori problemi, lasciando in secondo piano quelle più piccole, con disavanzi troppo elevati nel 2006, con popolazione troppo anziana o a statuto speciale. Per la stima dell'attività ospedaliera, invece delle tradizionali frequenze di casi di ricovero, sono state utilizzate le "Unità di assistenza ospedaliera" (Uao) che sono una misura sintetica e standardizzata di tutta l'attività ospedaliera di ricovero, ordinaria e diurna, acuta e non acuta, pesata per la sua complessità e normalizzata utilizzando come unità di riferimento un ricovero acuto ordinario di complessità media. Le Uao corrispondono concettualmente a dei ricoveri ordinari acuti medi "equivalenti" e danno l'opportunità di misurare in modo omogeneo diverse tipologie di attività ospedaliera, diverse per casistica e per organizzazione.

Nelle dieci Regioni evidenziate nella figura 1 in rosso, la Regione con il tasso superiore (Emilia Romagna 176,1 Uao per 1.000 residenti) ha un valore maggiore di un quarto rispetto alla Regione con il tasso inferiore (Sardegna 141,8 Uao per

1.000 residenti). Nelle altre Regioni i tassi sono ancora più variabili e ciò è dovuto all'età anziana della Liguria e al sovra-consumo di Abruzzo, Molise e Lazio; in ogni caso il coefficiente di variazione è di 5,9% nelle Regioni evidenziate e di 8,7% in tutte e ventuno.

Analizzando invece i costi si registrano (figura 2) una variabilità ancora maggiore e una distribuzione simmetricamente inversa alla precedente: l'Emilia Romagna ha il costo minore per Uao pari a 3.691 euro; la Sardegna ha il costo maggiore (4.907 euro: un terzo in più). Il coefficiente di variazione dei costi è del 9% nelle Regioni evidenziate e del 12,3% in tutte quante.

Se si moltiplica poi il tasso di Uao per il costo delle Uao si ottiene la spesa regionale per Uao, che corrisponde alla spesa complessiva per ricoveri ospedalieri, che risulta molto meno variabile delle sue due componenti, tassi e costi unitari.

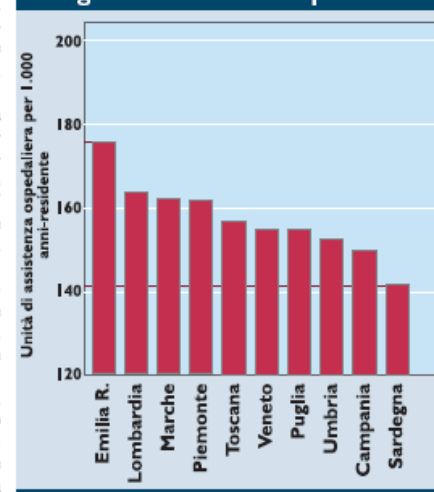
Dall'analisi dei dati emerge anche che le dieci Regioni considerate sono quelle con la spesa meno elevata: la spesa minore è quella registrata in Lombardia, pari a 620,6 euro a testa; quella maggiore riguarda l'Umbria (702,3 euro: il 13% in più della Lombardia); il coefficiente di variazione è solo del 4%, cioè molto inferiore ai coefficienti di variazione prima evidenziati.

Dalle elaborazioni risulta infine del tutto evidente l'esistenza di una forte correlazione inversa ( $r = -0,92$ ) tra tassi e costi di erogazione, dato che non può essere spiegato semplicemente con il fatto che chi eroga più Uao ha un costo unitario inferiore per effetto di una economia di scala.

La realtà è probabilmente un'altra: tasso e costo non sono variabili indipendenti, ma sono vincolate dal valore delle risorse disponibili, cioè dal finanziamento ricevuto dalle Regioni.

Infatti il vincolo più forte imposto alle Regioni è

Fig. 1 - Unità assist. ospedaliera



il rispetto dell'equilibrio di bilancio, che fa sì che esse possano scegliere se erogare più ricoveri a basso costo o meno ricoveri ad alto costo, ma non di spendere più risorse di quante ne abbiano a disposizione. Il vincolo di bilancio risulta essere molto rigido, più di qualsiasi indicazione sul volume di ricoveri da erogare o sul costo medio per ricovero.

Tolto il vincolo di bilancio si può invece discutere se sia più forte l'indicazione sul volume dei ricoveri - più volte definita dal Governo - o sul costo medio, per il quale invece non sono mai stati dati valori di riferimento. È parere di molti che il

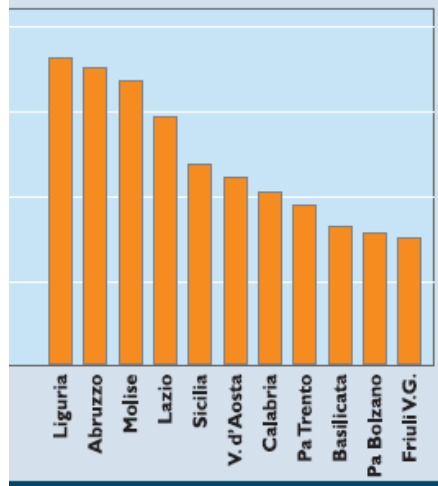
25 ago.-14 set. 2009

informazioni disponibili: si ritornerebbe alla spesa storica

# annega nei dati»

le utilità marginali delle assegnazioni di risorse

per 1.000 anni-residente (2006)



costo di produzione, almeno nel breve periodo, sia praticamente quasi immutabile e che quindi l'unica manovra possibile consista nel mettere dei "tetti" al numero di ricoveri erogabili. Ciò non significa che si deve lavorare molto intensamente se si vuole agire sull'efficienza tecnica nella produzione dell'attività ospedaliera, anche se si può ipotizzare che i risultati siano ottenibili solo a medio e non a breve termine.

Il solo "vero" standard risulta quindi quello relativo alla spesa pro capite, ma è uno standard di derivazione, determinato dal volume globale dello stanziamento della Sanità. Se si assumessero a

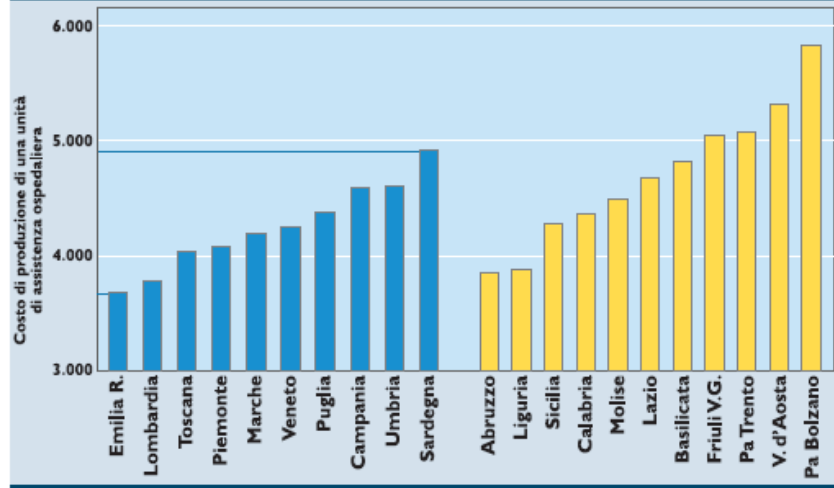
esempio come standard il tasso della Sardegna e il costo dell'Emilia Romagna si otterrebbe una spesa per abitante di 523,3 euro, mentre se si assumessero come standard il tasso dell'Emilia Romagna e il costo della Sardegna si otterrebbe la spesa per abitante pari a 864,1 euro, cioè ben un 65% in più!

Si potrebbe pensare, come alcuni analisti hanno proposto, di utilizzare come standard un valore "medio" delle Regioni più virtuose, dove però per più virtuose non è sempre chiaro cosa si intenda. Se si utilizzassero i costi medi e i tassi medi delle dieci Regioni qui considerate non si farebbe altro che definire come standard la loro spesa media (prodotto del costo medio per il tasso medio) che per l'appunto è determinata esclusivamente dall'assegnazione del finanziamento.

Ragionando poi sulle Regioni con valori di spesa ospedaliera maggiore ci si può chiedere se ciò derivi da un contenimento della spesa territoriale e quindi da un sostanziale equilibrio della spesa sanitaria globale, oppure da una inadeguatezza del finanziamento dovuta a distorsioni valutative operate a livello del riparto tra Regioni delle risorse finanziarie destinate alla Sanità, o dall'impossibilità di alcune Regioni a contenere il numero di ricoveri per mancanza di risposte alternative alla domanda di assistenza, o infine dall'impossibilità del contenimento dei costi di produzione, impossibilità dovuta a una difficoltà oggettiva di contenere la spesa a una diffusa inefficienza tecnica del sistema regionale. È quindi evidente che tutti questi dati, relativi ai costi e ai fabbisogni, sono influenzati in misura determinante dal vincolo del finanziamento dato alle Regioni ed è dunque del tutto scorretto poter pensare di ottenere da questi una indicazione "oggettiva" relativa a un "appropriato" fabbisogno o a un "giusto" costo.

Si permetta un esempio banale che però rende

Fig. 2 - Costo produzione medio di un'unità di assistenza ospedaliera (2006)



più facile la comprensione del problema: se si volesse determinare quanto è il fabbisogno "standard" di serate al ristorante per una famiglia e qual è il giusto prezzo "standard" che essa deve spendere, ci si accorgerebbe che le famiglie con una disponibilità "standard" di 300 euro probabilmente si dividono in alcune che vanno tre volte a spendere 100 euro e altre che vanno 10 volte a spendere 30 euro: seguendo questo esempio sarebbe impossibile determinare degli standard; l'unico riferimento certo sarebbe il tetto massimo dei 300 euro di spesa. Se poi invece aumentasse questa disponibilità di denaro, cambierebbero di sicuro anche i consumi, ma non è detto se si modificerebbe maggiormente prima la frequenza o prima il prezzo del singolo conto.

Tutto ciò per ribadire ancora una volta che la via della determinazione corretta e utile degli standard è operativamente non percorribile alla luce delle attuali informazioni disponibili: l'unica via possibile è quella della compatibilità economica rispetto all'equilibrio generale. La regola logica da rispettare nella ripartizione della spesa pubblica tra i diversi settori dell'amministrazione deve essere quella di rendere il più pari possibile le utilità marginali delle assegnazioni di risorse economiche. È ovvio che le utilità marginali sono difficili se non impossibili da

misurare, ma esse possono essere "giudicate" politicamente, e questo è il compito assegnato a un Governo capace di governare; sarà poi la società civile a criticare eventualmente un giudizio errato del governo lamentandosi se le scelte effettuate hanno creato invece delle disutilità.

Quanto si spende oggi per l'assistenza ospedaliera è un dato noto perché di fatto è stato definito assegnando alle Regioni determinate risorse finanziarie: allora ci si deve chiedere principalmente se ciò sia ancora compatibile con l'attuale disponibilità economica. Se lo è il problema diventa l'equa ripartizione delle risorse tra le Regioni e contestualmente l'attivazione di misure efficaci per ottenere il miglioramento dell'efficienza produttiva in modo che, riducendosi i costi, le Regioni possano soddisfare un livello maggiore di fabbisogno rispetto a quello oggi soddisfatto. In conclusione qualunque operazione di stima dei costi standard e dei fabbisogni standard fatta a partire dai dati attualmente disponibili risulterebbe oggi nient'altro che la riproduzione della situazione precedente, cioè la riproduzione surrettizia del criterio della spesa storica che è esattamente ciò che invece si intende superare.

\* Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali