

due terzi delle Regioni e Province Autonome hanno, nel periodo 2000-2007, ridotto contemporaneamente numero di strutture e di posti letto; di queste circa metà hanno ridotto i posti letto in una percentuale maggiore rispetto a quella delle strutture. A oggi la densità di posti letto per acuti ogni 1000 abitanti registra un valore medio nazionale pari a 3,8; le Regioni con minore dotazione di posti letto per acuti risultano la Campania e il Piemonte con, rispettivamente 3,3 e 3,4 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti. Per contro, la Regione che presenta la densità di posti letto per acuti più elevata è il Molise con 5,2 posti letto ogni 1.000 abitanti. La disomogeneità territoriale è significativa anche nel caso dei posti letto per riabilitazione e lungo degenza. A fronte di una media nazionale pari a 0,6 posti letto per non acuti ogni 1.000 abitanti, a livello locale si registrano dotazioni che variano da 1,3 posti letto nella P.A. di Trento sino alla completa assenza di tale tipologia nella Valle d'Aosta. Il personale dipendente dei presidi ospedalieri pubblici, ivi comprese le aziende ospedaliere e policlinici ecc, è pari a circa 2,6 unità per posto letto (media nazionale al netto degli universitari), passando da un minimo di 1,9 registrato in Molise, a un massimo di 3,1 del Friuli Venezia Giulia e della P.A. di Bolzano. Anche in questo caso gli organici medi risultano significativamente diversi: nel quinquennio 2002-2007 (ultimo dato disponibile) il personale assegnato alle strutture di ricovero e cura pubbliche (per quanto il dato potrebbe essere inficiato anche in questo caso dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di outsourcing) in metà delle Regioni sembra aumentare, in particolare in Molise e in Liguria (rispettivamente +14,9%, +13,3%), mentre diminuisce nel restante 50% delle Regioni, in particolare nella P.A. di Bolzano (6,6%), con una tendenza alla riduzione dell'1,2% annuo.

L'assistenza

Per quanto concerne l'assistenza, la variabilità regionale di quella ospedaliera è molto forte: i tassi di ricovero in regime ordinario passano da 109,5 per 1000 residenti del Piemonte a 183,3 dell'Abruzzo. A livello di ricoveri degli anziani over 75, le differenze crescono ancora passando da 254,3 del Piemonte a 470,5 della P.A. di Bolzano. Risultano ampiamente diffusi anche le degenze medie (da 5,5 giornate della Campania a 8,0 della Valle d'Aosta), la quota di ricoveri in regime diurno (dal 23,4% della Puglia al 42,6% della Sicilia), e

soprattutto la quota di Drg chirurgici (dal 31,2% della Calabria al 50,4% del Piemonte). Anche la complessità dei ricoveri appare regionalmente difforme: il "valore medio della produzione" per ricovero in Valle d'Aosta risulta del 34,7% superiore a quel-

lo dei ricoveri in Sardegna. Si stima che l'inappropriatezza dei ricoveri (utilizzando ad esempio la quota dei Drg a rischio di inappropriatezza definiti a livello ministeriale) passi dal 15,0% della Toscana al 25,4% della Sicilia. Le differenze regionali esplodo-

no negli altri regimi diversi dalle acuzie: basti dire che i tassi di ricovero in riabilitazione vanno dallo 0,8 per 1000 residenti della Sardegna, all'8,9 della Lombardia; la degenza media passa dalle 16,0 giornate dell'Abruzzo, alle 40 del Lazio. Analogamente per la lungodegenza abbiamo un tasso dello 0,02 per 1000 residenti in Valle d'Aosta e del 7,0 in Emilia Romagna, con una degenza media compresa tra le 15,6 giornate del Friuli Venezia Giulia e le 51,9 della Calabria. Passando alla residenzialità (Rsa, Hospice, etc) e all'assistenza do-

miciliare i sistemi informativi risultano del tutto carenti; possiamo, però, ugualmente apprezzare alcuni elementi assolutamente critici. Per quanto concerne la residenzialità emerge come essa sia di fatto in larga misura a carico dei cittadini: partecipano infatti di tasca propria alle spese della struttura il 94% degli assistiti in Residenze socio sanitarie per anziani non autosufficienti, e il 90% degli assistiti in Rsa: di fatto in oltre il 50% delle Residenze socio sanitarie per anziani non autosufficienti, e nel 28% delle Rsa, la quota di partecipazione rappresenta oltre il 50% delle entrate delle strutture. Per quanto concerne l'Adi (assistenza domiciliare integrata) si può apprezzare la grande differenza nell'offerta effettiva, osservando il numero di anziani presi in carico (che diminuiscono dall'84,1% del 2004 all'81,2% del 2007), ma ancor di più del fallimento dell'integrazione socio sanitaria che si ferma a quella tra figure professionali sanitarie: solo il 34,9% dei soggetti ultra sessantacinquenni presi in carico ha ricevuto anche una qualche forma di assistenza sociale. L'assistenza farmaceutica, sebbene la spesa pro capite per farmaci in Italia (518 dollari Us) rimanga all'ottavo posto all'interno dell'area Ocse, dopo i reiterati interventi degli ultimi anni, sembra avere un andamento sostanzialmente stabile, almeno dal punto di vista della componente territoriale: diverso è il caso della spesa farmaceutica ospedaliera, peraltro in larga misura determinata dai consumi di farmaci innovativi ad alto costo soggetti a regime di monitoraggio (cd. file F). Nuovamente, però, la stabilità a livello nazionale nasconde rilevanti differenze a livello regionale, con una spesa pro capite (territorio), che passa dai 360 euro del Lazio ai 240 della P.A. di Bolzano: in termini percentuali si va dal 15,7% della Regione Lazio al 10,3% della P.A. di Bolzano. Il tetto della territoriale è stato "sostanzialmente" rispettato (tranne per il Lazio, l'Abruzzo, la Campania, la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Sardegna), mentre il limite complessivo del 16,4% (14% di spesa convenzionata + 2,4% di spesa delle strutture sanitarie) è stato rispettato solo da poche Regioni: Valle d'Aosta (14,8%), Lombardia (15,4%), Veneto, Trento (14,0%) e Bolzano (13,5%). L'assistenza specialistica, infine, non si esime dalla caratteristica di una pronunciata variabilità regionale: si stima che l'onere pro capite complessivo (pubblico e privato) sia pari a 211 euro, passando però dai 417 della P.A. di Bolzano ai 136 dell'Abruzzo; i differenziali presentano un chiaro gradiente Nord Sud, inverso rispetto a quello della farmaceutica, confermando come le differenze socio economiche delle popolazioni incidano decisamente sulla composizione dei consumi sanitari e quindi sui modelli assistenziali da adottare. ■



Federalismo sanitario: la ricetta ripiana-deficit

E ora la parola magica è "costo standard"

Dalla manovra sui costi standard si attendono risparmi consistenti, che la Corte dei Conti ha stimato in almeno 2,3 miliardi di euro. Ma su come definire e mettere in pratica questi costi standard, gli esperti si dividono e le soluzioni sono tutt'altro che scontate

di Cesare Fassari

La sanità sarà il vero banco di prova del federalismo fiscale di cui si aspettano a breve i decreti attuativi. La parola magica è "costo standard". In teoria sembra facile. Si stabiliscono parametri standard per le prestazioni pubbliche uguali per tutti, in base a quanto spendono le regioni più virtuose. Poi si moltiplica questo parametro per gli abitanti e si ottiene il fabbisogno di ogni regione. Le Regioni che hanno risorse fiscali autonome sufficienti copriranno le spese per proprio conto. Quelle "meno ricche" potranno contare su un fondo di perequazione statale per coprire la differenza fino a quando non saranno anch'esse autonome. Risorse uguali per tutti e chi sfonda i bilanci ne pagherà il conto, in denaro e politicamente, con la messa in mora delle amministrazioni spendaccione.

In linea di principio, quindi, la scelta di finanziare Asl e ospedali sulla base delle migliori performance sanitarie esistenti non fa una piega. Tanto più che i dati dimostrano come, anche uniformando la popolazione italiana secondo gli stessi indici di età, la medesima prestazione può arrivare a costare fino al 40% in più da una regione all'altra. Ma su come definire e mettere in pratica questi costi standard, gli esperti si dividono e le soluzioni sono tutt'altro che scontate. La ricetta del governo, per ora, sembra quella di basarsi

sulla spesa di una o più regioni giudicate più virtuose e capaci di coniugare efficienza e qualità (si è sempre parlato in proposito di Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana), per creare dei parametri (costi) standard, ponderati per classi di età e sesso, con l'aggiunta dei "pesi" determinati dai consumi pro capite delle principali variabili della spesa sanitaria (farmaci, ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche ambulatori, ecc). Con questi parametri verrà individuata una "quota pro capite ponderata" che sarà la base per il riparto dei fondi alle regioni. Ma sono gli stessi esperti del ministero dell'Economia a rilevare (vedi nota tecnica allegata alla Relazione sul federalismo fiscale di Tremonti del 30 giugno scorso) che, al di là della bontà del metodo, l'operazione "è fortemente condizionata dalla qualità del dato disponibile, dall'affidabilità dei sistemi informativi" e soprattutto dal fatto che sino ad oggi si è riusciti a ponderare "solo un 50/60% delle variabili". Il che si traduce nel fatto che la metà o quasi della spesa sarà difficilmente standardizzabile con il rischio, avvertono i tecnici del ministero dell'Economia, "di inglobare nella spesa anche costi di sistemi erogativi meno efficienti", che manderebbero all'aria l'attendibilità del costo standard.

E dubbi vengono sollevati anche dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) che mette in discussione l'idea stessa

che sia possibile definire i costi standard e tanto meno che essi possano essere utilizzati per stabilire l'ammontare delle risorse necessarie per far funzionare la sanità. Al contrario, secondo gli esperti dell'Agenzia, prima va fissata la quota di Pil da dedicare alla salute (scelta politica) e poi si deve provvedere a dividerla nel modo più equo possibile tra le regioni. Per farlo occorre però rinnovare gli attuali criteri di riparto basati solo sul numero di abitanti "pesati" per età, introducendo anche una serie di determinanti socio-economiche (istruzione, condizioni di lavoro, abitazione, ecc.) e di stato di salute della popolazione (cronicità, disabilità, tumori, Aids, disagio mentale, ecc.), che consentirebbero di dividere le risorse disponibili in maniera più rispondente ai bisogni di assistenza. Altrimenti il rischio è quello di finire col ripartire i finanziamenti secondo la spesa sanitaria storica, seppur riferita a situazioni "virtuose", il cui superamento è tra gli obiettivi di punta della stessa legge sul federalismo fiscale.

Una cosa comunque appare certa fin d'ora. Dalla manovra sui costi standard si attendono risparmi consistenti, che la Corte dei Conti ha stimato in almeno 2,3 miliardi di euro. Ma c'è anche chi, come il Cerm, ha fatto rilevare che, se tutte le Regioni spendessero allo stesso modo a parità di prestazioni offerte, il risparmio per il Ssn potrebbe arrivare a 11 miliardi l'anno. ■