

Il Rapporto Ceis - Sanità 2009

# Sanità, si spende poco Ma i disavanzi restano

**L**a spesa sanitaria italiana può considerarsi sotto controllo. Forse anche troppo, considerando congiuntamente che, per effetto degli interventi di contenimento attuati negli ultimi anni, la nostra spesa pro-capite è oggi del 17,6% inferiore a quella dell'Europa a 15 e addirittura di quasi il doppio più bassa se nel confronto ponessimo anche paesi extraeuropei come il Canada, il Giappone e gli Usa, ma anche che persiste la carenza di tutela per la non autosufficienza.

È forse questo il dato più significativo del Rapporto Ceis - Sanità 2009, presentato a Roma lo scorso 15 giugno. Giunto alla sua settima edizione, il lavoro del Centro studi economici ed internazionale afferente alla facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma, fotografa anche le ripercussioni di questo evidente gap di finanziamento del sistema sanitario, ancor più evidente in considerazione della crisi economica esplosa nel 2008, sul budget familiare destinato alla salute.

Tre dati su tutti: 338.000 nuclei familiari (pari a oltre 1 milione di persone) sono stati soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali (soprattutto per problemi di non autosufficienza); altre 992.000 famiglie (per un totale di circa 3 milioni di persone) sono state costrette a sostenere spese per la sanità molto elevate rispetto ai propri redditi; in oltre 2.600.000 famiglie almeno un componente ha dovuto rinunciare a sostenere spese sanitarie per il peso economico che avrebbero comportato. In tutto, quindi, si può presumere che oltre 5.000.000 di italiani abbiano avuto problemi di diversa entità nell'accesso alle cure nel corso del 2009. Da sottolineare che la capacità delle Regioni di evitare tali fenomeni di impoverimento appaiono molto diverse (vedi grafico a pagina 9), tant'è che l'analisi sull'equità - in termini di impatto della spesa sanitaria sui bilanci familiari (*out of pocket*) - indica una significativa differenza regionale con picchi di maggiore impoverimento relativo e quindi di minore equità nella soddisfa-

zione della domanda di cure e assistenza, in Piemonte, Molise e Liguria e una minore incidenza di impoverimento e quindi di maggiore equità nella soddisfazione della domanda in Campania, Marche e Puglia. Dal punto di vista economico finanziario si delinea uno scenario preoccupante, ovvero la necessità di un significativo intervento regionale a copertura della spesa. E ciò anche dopo l'ultima manovra economica attualmente all'esame del Parlamento, che appare sostanzialmente



neutrale rispetto al finanziamento regionale per il 2010 e moderatamente incisiva per il 2011 (-418 milioni per blocco contratto del personale). Pertanto, secondo le previsioni del Ceis, le Regioni potrebbero trovarsi a dover reperire risorse (con nuove tasse o nuovi ticket o tagli alle prestazioni) intorno ai 6 miliardi di euro per il 2010 e 7 miliardi nel 2011. La spesa sanitaria del Ssn per il 2010, sempre secondo le previsioni del Ceis aggiornate con i saldi della nuova manovra economica, dovrebbe infatti as-

sestarsi sui 116,5 miliardi nel 2010 e sui 121 miliardi nel 2011. Va rilevato che se tali previsioni dovessero essere confermate, gli oneri del disavanzo e le relative coperture rischiano di pesare in modo disomogeneo tra le 21 Regioni e Province Autonome, con maggior incidenza in quelle che già oggi devono fronteggiare un dissesto finanziario e sono oggetto di Piani di rientro. Il quadro è caratterizzato anche da una forte disomogeneità nella distribuzione delle risorse, dovuta essenzialmente al criterio del riparto procapite in base all'età della popolazione: ne deriva una forbice significativa tra il picco di 2119 euro procapite del Trentino Alto Adige e il minimo di 1636 euro pro capite della Calabria. Un gap giustificato dal presupposto che una popolazione anziana "consumi" più sanità ma che lascia certamente più di un dubbio sulla entità e sull'effettiva correttezza della redistribuzione: è dimostrato che l'età è la principale ma non l'unica determinante dei bisogni sanitari, come anche l'evidenza che sia necessario garantire le dotazioni essenziali di personale e strutturali, indipendentemente dalla quantità delle prestazioni erogate. Ma vediamo ora in sintesi i vari capitoli della ricerca.

**Spesa sanitaria, finanziamento e "valore aggiunto" del sistema salute**

La spesa sanitaria totale in Italia nel 2008 (ultimo dato consuntivo disponibile) è stata pari all'8,7% del Pil (e certamente il dato del 2009 risulterà cresciuto ulteriormente, anche per effetto della recessione economica) ma, con l'indotto che crea, si stima che l'economia legata alla Sa-

nità in termini di valore aggiunto superi il 12%, rappresentando la terza industria italiana dopo alimentari ed edilizia. Malgrado l'importanza strategica del settore, rafforzata dall'elevato contenuto di ricerca e innovazione - quindi di potenziale capacità competitiva sui mercati - assistiamo a una netta prevalenza delle politiche sanitarie sul lato assistenziale rispetto a quelle sul lato industriale: è un dato di fatto che gli indici di specializzazione economica dell'Italia nel settore farmaceutico e dei dispositivi medici siano nel primo caso appena sufficienti e nel secondo del tutto insoddisfacenti, a dimostrare un'insufficiente attenzione del Paese per il settore; ne segue che la bilancia commerciale farmaceutica è positiva con un saldo di appena +0,6 miliardi di euro se si considera il solo commercio di medicinali, ma è negativa di 2,4 miliardi allargando le analisi anche alle materie prime; quella dei dispositivi medici è invece ampiamente negativa: 3,6 miliardi di euro. La prevalenza delle politiche in campo assistenziale si spiega facilmente, essendo dettata dalle preoccupazioni sul lato dell'impatto sulla spesa pubblica, che indubbiamente è rilevante e pari al 6,7% del Pil. A ben vedere tali preoccupazioni sembrano scarsamente fondate: l'incidenza della spesa sanitaria totale in Italia è pari all'8,7% del Pil rispetto all'8,9% media dei Paesi Ocse; lo scarto è poi decisamente inferiore alla media dei Paesi dell'Europa a 15 (9,2%); ma, ciò che più conta, le politiche di contenimento sembrano essere state vincenti: dal 1990 a oggi, la crescita di tale incidenza in Italia è stata inferiore agli altri Paesi, fermandosi a un solo punto di Pil. Solo Finlandia e Nuova Zelanda hanno fatto meglio, peraltro avendo registrato una crescita del Pil decisamente superiore. Si noti che, nel tempo, il differenziale si è invertito e poi notevolmente allargato: infatti nel 1990 la spesa sanitaria italiana era dell'8,2% superiore rispetto all'Eu 15. In questo dato si riassume certamente una componente importante delle difficoltà registrate nel settore.

L'intervento pubblico, in termini quantitativi, si attesta al 76,5% della spesa totale: una percentuale sostanzialmente in linea con i livelli medi europei (77,4%). In termini di percentuale sul Pil, l'incidenza della spesa pubblica è cresciuta nel tempo, raggiungendo il 6,6% nel 2004, per poi rimanere sostanzialmente stabile intorno al 6,7%, anche se tale valore si prevede in crescita (7,0% del Pil) nel 2009 per effetto della scarsa crescita del Pil e secondo le previsioni contenute nel Rapporto potrebbe arrivare al 7,5% nel 2010 e al 7,7% nel 2011.

Mentre il finanziamento della Sanità in senso stretto (con i timori sopra espressi) risulta in linea con i dati europei, quello per la non autosufficienza e la tutela sociale appare largamente carente (appena 123 euro per anziano over 65) e frammentato (Fondo nazionale per le politiche sociali, Fondo per le Politiche sulla famiglia, il Fondo per le Politiche relative ai diritti e alle pari opportunità, il Fondo per le non autosufficienze, il Fondo per l'inclusione sociale degli immigrati) per quanto concerne la non autosufficienza e, in generale, il sociale. L'intervento pubblico esercita una importante funzione di redistribuzione: il riparto delle risorse porta a garantire una quota capitaria pari in media a 1745 euro, con un massimo di 2119 euro in Trentino Alto Adige e un minimo di 1638 in Campania, con un differenziale quindi del 23%. Tali differenze si spiegano con la pesatura delle quote capitarie in base ai bisogni: si stima che circa l'1% in più di over 65 porti un finanziamento maggiore del 2,2%. La redistribuzione operata dal finanziamento pubblico è apprezzabile nel fatto che il finanziamento garantito in media alle Regioni, in rapporto al proprio Pil, si attesta al 5,7% nel Nord, al 6,0% nel Centro, sino al 9,3% nel Sud. Malgrado la redistribuzione, i disavanzi si concentrano nel Centro Sud: di fatto Lazio, Sicilia e

Campania, in base ai risultati di esercizio, da sole rappresentano quasi il 77% del disavanzo complessivo del sistema nell'anno 2008.

La maggiore peculiarità riferibile alla composizione della spesa nel sistema sanitario italiano rimane quella relativa alla componente di spesa sanitaria privata. Quella pro capite passa dai 292 euro in Basilicata, ai 649 euro in Friuli Venezia Giulia, senza una evidente relazione con il reddito medio delle famiglie. Di questa spesa quasi l'86% (dati fermi al 2007) risulta spesa out of pocket, mentre in Europa molti Paesi sono sotto il 50% (32,5% in Francia).

La mancanza di un secondo pilastro di copertura sanitaria comporta effetti equitativi non desiderabili, che si riassumono negli oltre 338.000 nuclei familiari annualmente soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali (non autosufficienza), mentre quasi 992.000 nuclei familiari sono costretti, almeno in un mese nell'anno, a sostenere spese per la sanità molto elevate rispetto alle proprie possibilità (spese cd. catastrofiche). Si stima inoltre che in oltre 2.600.000 nuclei familiari, almeno un componente abbia addirittura rinunciato a so-

### La mancanza di un secondo pilastro di copertura sanitaria comporta effetti equitativi non desiderabili, che si riassumono negli oltre 338.000 nuclei familiari annualmente soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali

stenere spese sanitarie, per il peso economico che queste avrebbero implicato.

**L'architettura del sistema**  
Da un punto di vista organizzati-

vo il sistema sanitario da una parte vede alcune tendenze comuni (ad es. accorpamento delle Asl e riduzione dei posti letto per acuti), ma con velocità diverse e altrettante forze centrifughe a livello regionale, da ultimo accelerate per effetto del federalismo.

La dimensione media delle Asl sfiora oggi i 350.000 abitanti, ma con una variazione regionale molto accentuata: considerando i casi estremi, si passa da 1,5 milioni di abitanti della unica Asl della Regione Marche, ai 118.200 della Regione Basilicata, con un rapporto di 1 a 12; analogamente la dimensione media dei distretti passa

dai 154.000 abitanti in media della Regione Lazio (superando di fatto la soglia dei 60.000 abitanti indicata dalle norme) a meno di 25.000 del Molise (con un rapporto di circa 1 a 6). Le differenze sono ancora più marcate per altre forme di presidio che caratterizzano la *primary care*: i punti di guardia medica vanno dai 61.700 abitanti in media per punto di guardia medica della P.A. di Bolzano ai 4.200 della Regione Basilicata; i consultori dai 57.000 abitanti in media della P.A. di Trento ai 5.700 della Regione Valle D'Aosta; i Centri di salute mentale dai 118.200 abitanti in media nella Regione Basilicata ai 15.700 della Regione Valle D'Aosta. Secondo i dati più recenti disponibili (2007) il personale dipendente delle Asl, al netto di quello impegnato nei presidi ospedalieri a gestione diretta, varia da 6,5 dipendenti per 1000 abitanti della Valle d'Aosta, all'1,4 della Lombardia, con una

media nazionale di 3,0; va sottolineata si noti la forte disparità di personale con cui si gestiscono le attività extra ospedaliere, e anche come nell'ultimo quinquennio per quanto la numerosità del personale (il dato potrebbe essere inficiato ad esempio dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di *outsourcing*) sia in media leggermente diminuita (3,6% nel quinquennio), le Regioni approssimativamente si equiripartiscono: poco più di metà hanno aumentato il personale, in particolare la P.A. di Bolzano, la P.A. di Trento e Basilicata (rispettivamente con +94,1%, +41,3% e +29,8%), mentre le altre lo hanno diminuito (in particolare in Lombardia 36,3%, e la Liguria 26,2%).

Passando ai presidi ospedalieri, la tendenza è a una riduzione degli stessi e anche dei posti letto, ma con velocità, modalità e livelli difforni fra le Regioni. Circa

## Le performance regionali in termini di equità



Valori vicini al centro del grafico indicano una maggiore equità e viceversa valori verso l'esterno

### Spesa Sanitaria pubblica su PIL Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	6,14	6,74	6,72	6,78
Nord	5,20	5,66	5,68	5,80
Centro	5,83	6,56	6,47	6,46
Sud	8,56	9,36	9,38	9,37
Piemonte	5,76	6,31	6,30	6,48
Valle d'Aosta	5,39	6,11	5,96	6,18
Lombardia	4,67	5,04	5,10	5,17
P. A. Bolzano	5,88	6,46	6,39	6,50
P. A. Trento	5,65	6,14	6,15	6,23
Veneto	5,30	5,74	5,70	5,81
Friuli Venezia G.	5,53	5,81	6,15	6,53
Liguria	6,68	7,30	7,20	7,36
Emilia Romagna	5,11	5,71	5,70	5,80
Toscana	5,82	6,32	6,32	6,41
Umbria	6,40	7,15	7,05	7,18
Marche	6,07	6,31	6,26	6,42
Lazio	5,70	6,70	6,53	6,41
Abruzzo	7,21	8,25	8,22	8,00
Molise	8,55	9,71	9,77	9,92
Campania	9,14	9,68	9,71	9,81
Puglia	8,35	9,38	9,64	9,58
Basilicata	7,74	8,55	8,75	9,05
Calabria	9,07	9,27	9,48	9,65
Sicilia	8,85	9,96	9,69	9,51
Sardegna	7,56	8,08	8,07	8,23

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

### Risultati di esercizio regionali - Valori in € - Anni 2004-2008

Regione	2004		2005		2006		2007		2008	
	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite
Italia	-4.543,02	-78,48	-4.732,88	-80,96	-4.466,36	-76,02	-3.366,95	-56,94	-2.781,53	-46,66
Piemonte	-567,50	-132,90	10,24	2,36	-23,57	-5,43	11,26	2,59	-29,86	-6,78
Valle d'Aosta	-13,06	-107,04	-12,92	-105,12	-12,67	-102,17	-12,58	-100,77	-15,13	-120,10
Lombardia	229,08	24,77	206,99	22,04	93,84	9,90	75,25	7,88	60,78	6,30
Trentino A.A.	1,57	1,63	16,08	16,50	-10,02	-10,17	-4,12	-4,14	15,30	15,19
Veneto	46,00	9,91	8,53	1,81	64,33	13,58	21,77	4,56	-42,36	-8,77
Friuli Venezia G.	4,14	3,45	27,37	22,72	50,35	41,67	34,16	28,17	7,34	6,01
Liguria	-312,53	-198,12	-230,54	-144,79	-97,74	-60,70	-109,71	-68,23	-113,82	-70,70
Emilia Romagna	-351,67	-86,18	-8,07	-1,94	-48,16	-11,50	4,14	0,98	-11,14	-2,60
Toscana	-157,09	-44,05	-66,01	-18,35	-134,84	-37,25	1,83	0,50	10,75	2,92
Umbria	-33,66	-39,69	-10,74	-12,51	-43,68	-50,33	1,90	2,18	16,67	18,85
Marche	-150,74	-100,17	-28,84	-18,99	-35,09	-22,95	13,42	8,73	18,31	11,79
Lazio	-1.060,68	-203,78	-1.701,83	-322,93	-2.011,27	-379,14	-1.688,36	-307,35	-1.547,68	-278,31
Abruzzo	-107,20	-83,36	-181,98	-140,06	-171,22	-131,17	-149,89	-114,44	-69,81	-52,73
Molise	-38,48	-119,60	-71,00	-220,53	-59,10	-184,17	-65,40	-204,33	-65,23	-203,30
Campania	-1.007,34	-174,87	-1.482,72	-256,13	-687,09	-118,65	-616,36	-106,45	-392,32	-67,51
Puglia	3,34	0,83	-352,33	-86,61	-255,65	-62,79	-233,86	-57,46	-204,41	-50,14
Basilicata	-25,10	-42,05	-25,35	-42,49	-20,44	-34,40	-10,88	-18,40	-25,08	-42,44
Calabria	-122,43	-60,87	-83,03	-41,32	-104,84	-52,30	-75,83	-37,95	-88,45	-44,05
Sicilia	-670,51	-134,01	-542,52	-108,22	-842,05	-167,83	-552,90	-110,21	-295,94	-58,84
Sardegna	-209,15	-127,29	-204,20	-123,76	-117,47	-70,95	-10,78	-6,50	-9,46	-5,68

Fonte: elaborazione CEIS Sanità e su dati Ministero della Salute e ISTAT

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. ■