

Intervista al direttore dell'Agenas Fulvio Moirano

## Appropriatezza e costi standard: la doppia sfida

**Dottor Moirano, Agenas ha appena pubblicato un numero monografico della sua rivista dedicato interamente alla misurazione dell'attività ospedaliera. Perché questo grande impegno? Non bastava il rapporto annuale del ministero sulle Sdo?**

I dati sulle Sdo affluiscono dalle Regioni al ministero in maniera ufficiale, perché hanno anche un valore legale ed economico. Questo fa sì che i tempi siano piuttosto lunghi, tanto che oggi sono pubblici i dati relativi al 2007. Per avere uno strumento più agile l'Agenas ha avviato lo studio Remolet, condotto dalla struttura del professor Cislighi: attraverso un accordo con le Regioni e una griglia rivolta a specifiche problematiche otteniamo una valutazione più tempestiva che consente di intervenire in tempi rapidi.

**E perché avete deciso di realizzare questo studio proprio sull'ospedale, visto che si dice sempre che bisogna spostare risorse e attenzione verso il territorio?**

Il Nsis sta acquisendo molti elementi anche sul versante territoriale, dove però i dati sono me-

**La definizione dei costi standard di produzione non risolve tutti i problemi. Meglio puntare al riparto di quote capitarie standardizzate. Dietro tante inapproprietezze c'è la mancanza di alternative al ricovero**



no "forti" e meno storici. Probabilmente sul territorio bisognerà fare qualche rilevazione ad hoc, che è molto più costosa, perché in assenza di una possibilità di confronto il rischio di prendere per buoni dei dati che non lo sono è molto alto.

**Nella sua introduzione al volume lei parla della problematica dei costi standard. A che punto è questa valutazione?**

Sulla questione dei costi standard si è sviluppata una retorica piuttosto forte. Noi pensiamo che sia molto difficile definire il fabbisogno di risorse attraverso la somma dei costi standard di ogni singola prestazione: nell'ospedale forse ci si potrebbe andar vicini, ma sul territorio, come dicevo prima, è molto più complicato.

E poi la definizione dei costi standard di produzione non risolve tutti i problemi. Il costo standard di produzione, infatti, è quello che la realtà operativa dimostra essere necessario per la produzione di un bene o di un servizio. Questi costi standard però sono fortemente condizionati dai volumi e questo non sempre è un bene. Per fare un esempio: se una struttura produce molte risonanze ha un costo di produzione più basso per singola prestazione, ma questo non ci dice se si tratta di esami appropriati o meno.

E sui volumi incidono anche fattori "irriducibili", come ad esempio le dimensioni o la conformazione territoriale. Una Regione come la Lombardia, che ha 9 milioni di abitanti, ha in media costi di produzione più bassi del Molise, che ha 300mila abitanti. Ma questo è "fisiologico", almeno in parte.

Quello che invece si può fare, e su cui stiamo lavorando, è ripartire il Fondo che il Parlamento decide di assegnare al Ssn attraverso quote capitarie standardizzate.

**Quindi l'Agenas sta mettendo a punto nuovi criteri per il riparto del Fondo sanitario?**

Non è un nostro specifico compito, ma peraltro per il 2011-2012 la Conferenza dei presidenti regionali ci ha chiesto di individuare dei criteri per la determinazione del fabbisogno di finanziamento. In collaborazione con esperti del settore, stiamo facendo intanto uno studio su quello che viene fatto nei Paesi che hanno un sistema sanitario simile al nostro, per individuare le variabili da inserire nella "pesatura" della quota capitaria.

Attualmente la quota capitaria assegnata a ciascuna Regione per ogni singolo cittadino viene corretta, soltanto per metà della parte di spesa ospedaliera, con il criterio dell'età. È chiaro che, pesando solo per metà, non si tratta di un vero criterio, ma solo di un correttivo, di una revi-

sione "a matita". Oggi, ad esempio, la Campania, che ha circa 6 milioni di abitanti, prende fondi corrispondenti a poco più di 5 milioni di persone, perché i suoi abitanti sono in media più giovani di quelli di altre Regioni. E la stessa situazione vale per quasi tutte le Regioni del Sud, che infatti insistono da tempo perché vengano inseriti anche criteri legati al livello di reddito, al livello di istruzione e a tutti gli elementi che inducono un maggiore consumo sanitario. E che cercheremo di inserire in un sistema di criteri più preciso. **Tornando al volume che avete pubblicato. L'analisi dei dati è in questo caso quantitativa, anche se è chiaro ormai a tutti che sarebbe necessario avere analisi qualitative, per migliorare le prestazioni e intervenire sulle cosiddette inapproprietezze. Avete in cantiere qualcosa in questa direzione?**

Stiamo preparando, insieme a Carlo Perucci che è tra i maggiori esperti in materia, in cooperazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con alcune Regioni, uno studio sulla valutazione di esito, che in una prima fase riguarderà 8 Regioni.

Ma già in questo volume c'è qualcosa riguardo all'appropriatezza, in particolare riguardo ai 43 DRG indicati dai Lea attuali come "ad alto rischio di inapproprietezza in regime di ricovero ordinario", che nei nuovi Lea dovrebbero diventare 107.

Anche in questo caso però bisogna leggere bene i dati. Nelle Regioni del Sud, dove ci sono molti ricoveri inappropriati in area medica, ciò avviene spesso per mancanza di alternative. In mancanza di Adi, Rsa, strutture di lungodegenza o riabilitazione negare il ricovero "inappropriato" rischia di creare situazioni sociali esplosive. **Y**

### ► Segue da pagina 7

sti letto, parametro che i recenti accordi tra Stato e Regioni hanno a più riprese chiesto di ridurre per ottenere maggiore e efficienza minori sprechi. Mettendo a confronto i posti letto disponibili e quelli effettivamente utilizzati si mostra che effettivamente è possibile pensare ad una ulteriore riduzione, sia pure con notevoli differenze tra le diverse Regioni (v. figura 2).

Grande spazio viene assegnato alla necessità di migliorare l'accoglienza dei malati, intesa come capacità di reale presa in carico, all'interno della quale viene collocata anche la problematica delle liste d'attesa, "componente fisiologica dei sistemi di eccellenza", che risulta però inaccettabile quando si pensa che sia dovuta più ad un atteggiamento degli operatori che a limiti oggettivi.

e gruppi sociali, sebbene si enfatizzi più spesso la mancanza di equità orizzontale, ovvero tra diversi territori. Per superare questa mancanza di equità, che si realizza non tanto nell'accesso quanto nell'efficacia dei trattamenti, si suggerisce di valutare in ogni presidio la possibile presenza di processi di discriminazione in base all'età, al genere, all'istruzione, al reddito o all'area di nascita. Nel ridisegnare la rete ospedaliera l'invito è da una parte a valorizzare le eccellenze, "non è più il tempo in cui tutti possono fare bene tutto", dall'altra ad affrontare il nodo irrisolto dell'integrazione con il territorio. Infine, un richiamo a dare maggiore spazio alla valutazione, per poter misurare il grado di efficienza clinica, tecnica ed economica delle strutture. Con un suggerimento: "studiare un sistema di remunerazione che superi l'attuale pagamento della singola prestazione o del singolo ricovero e metta invece l'accento sull'intero percorso assistenziale". **Y**

**TABELLA 2** - Distribuzione per Regione costo medio UAO

Denominazione	costo medio UAO 2006	costo medio UAO 2005	Denominazione	costo medio UAO 2006	costo medio UAO 2005
Piemonte	4.357	4.428	Lazio	4.015	3.486
Lombardia	3.998	3.744	Campania	4.610	4.649
Veneto	4.166	3.776	Puglia	4.214	3.764
Liguria	3.035	3.068	Basilicata	4.216	4.065
Emilia	3.703	3.648	Calabria	5.275	4.931
Toscana	4.452	4.241	Sicilia	4.370	4.430
Umbria	4.509	4.147	Sardegna	3.113	3.134
Marche	3.826	3.749	Ita	4.130	3.963

**FIGURA 2** - Differenza in % tra il numero di posti letto effettivi e PLU in ostetricia e ginecologia, anno 2006

