

Si acuisce il dibattito su come ripartire i fondi sanitari

Costi standard per la sanità? "Un'idea concretamente non realizzabile". Ma non lo dicono solamente le Regioni, che in 11 pagine di documento respingono al Governo questo tentativo di misurare i loro costi sanitari a partire dalla presunta virtù di alcuni territori. Lo afferma l'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) che ne monitora contorni e sostenibilità. Anche perché, a guardarci dentro, nella spesa pubblica per la salute degli italiani il cosiddetto spostamento dall'ospedale al territorio dei fondi a disposizione è ancora tutto da provare e, quindi, la virtù che si va cercando assume tali e tante declinazioni territoriali da risultare, almeno al momento, poco standardizzabile.

Monica Di Sisto

Se il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, ha definito i rilievi dell'Agenas sui costi standard per la sanità "carta straccia", i Governatori sembrano aver preso il documento molto sul serio e, anzi, di averne assunto le tesi fino alle estreme conseguenze. Il documento foriero di controversie si intitola "Riflessione sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario", ed è il risultato di un incarico che Agenas ha ricevuto dalla Conferenza delle Regioni: approfondire la tematica del finanziamento del sistema sanitario e del riparto delle risorse tra le Regioni italiane. Le risorse che devono essere messe a disposizione sono quelle necessarie per erogare i servizi che sono riconosciuti essenziali dalla normativa e dalla programmazione sanitaria. "Servono risorse per governare politicamente e per gestire amministrativamente ed organizzativamente il sistema - illustra Agenas - servono risorse per attivare i servizi di prevenzione di cui la popolazione e l'ambiente sociale hanno bisogno; servono risorse per poter attivare gli strumenti diagnostici con cui riconoscere gli stati patologici nella popolazione; servono risorse per dare una risposta in cura, assistenza e riabilitazione dei processi morbosi". Se si conoscessero, almeno grossolanamente, le quantità dei bisogni che è giusto cercare di risolvere, delle prestazioni che è appropriato erogare e dei costi che in un quadro di efficienza è giusto sostenere, sarebbe

facile, dice Agenas, determinare il fabbisogno di risorse sanitarie. Purtroppo la complessità di tutto il Ssn è tale che forse mai, ammette l'agenzia pubblica, si potrà analiticamente determinare il fabbisogno sommando analiticamente tutte le variabili in gioco. Oltretutto in tutto il mondo, sviluppato e no, alla sanità non viene riservata la stessa quota di risorse, e non solo in senso assoluto, ma neanche come percentuale del PIL. Di qui l'impraticabilità della proposta dei costi standard.

"Il fabbisogno - sottolineano da Agenas - è determinabile solo in funzione del PIL e della quota di risorse destinate alla spesa pubblica con criteri macro economici da parte del governo. L'assegnazione delle risorse ai diversi settori della spesa pubblica, invece, può essere deciso cercando di rendere omogenee le quantità di ciascun settore". Insomma: bisogna scegliere in sede politica su che cosa investire, e adattare i trasferimenti di conseguenza. Ma qual è, allo stato attuale, la fotografia degli impegni assunti e da assumere?

■ Che cosa è davvero un bisogno in sanità

Il criterio della spesa storica, cioè quanto la Regione ha speso nel precedente esercizio, è una delle principali fonti di inefficienza della spesa: l'Agenas non se lo nasconde. Ma l'alternativa c'è già: tutti i Paesi con un sistema pubblico regionalizzato

applicano il criterio della stima dei bisogni di ciascuna Regione, in cui il riparto delle risorse segue la stessa proporzionalità. Agenas contesta, però, che se la promozione dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità sono obiettivi irrinunciabili, "non è agendo sul finanziamento che si possono ottenere i risultati sperati". Il federalismo, "alla Tremonti", che taglia centralmente per recuperare le inefficienze locali, non agisce in modo coerente alla Costituzione, secondo l'Agenas: un sistema federalista che riconosce la soggettività politica delle Regioni "non può che riconoscere alle stesse una somma di risorse pari ai diritti della popolazione e quindi ai loro bisogni". La soluzione migliore per l'individuazione dei bisogni sarebbe quella di rilevare nelle singole Regioni l'intensità dei fattori di rischio e la prevalenza delle patologie, dei malesseri e delle sintomatologie. Questo non è possibile, ammette Agenas, perché non esiste un sistema informativo capace di fornire questo quadro epidemiologico. La quota, quindi, che deve essere ripartita da Roma con criteri tecnici sulla base della stima reale dei bisogni sanitari, secondo questa interpretazione, è quella che deve garantire l'erogazione dei Livelli essenziali d'assistenza (Lea). "Purtroppo il politico di una Regione - ammoniscono i tecnici di Agenas - valuta un modello di riparto solo in quanto positivo per la sua Regione. Questo atteggiamento porta inevitabilmente

te a sacrificare la giustizia dei criteri e ad intensificare il ruolo del peso politico di chi alla fine ha il maggior peso per decidere". Che resta allora da fare? "Resta da avviare un confronto serio e approfondito tra i politici e i tecnici regionali sui criteri "giusti" da adottare per formulare una ipotesi di riparto".

Il riparto come misura di giustizia

Innanzitutto sfatiamo un mito: non c'è infatti alcuna evidenza che la riduzione di assegnazione stimoli la maggior efficienza ed anzi è logico aspettarsi il contrario. La prospettiva di attuazione del federalismo fiscale ha riproposto l'argomento in quanto, giustamente, le Regioni "virtuose" non intendono finanziare i disavanzi di altre Regioni, prodotti spesso da "colpevoli inefficienze". Nella formula di riparto del 2010 sono stati considerati, seppur in vario modo, la prevenzione, l'ospedalizzazione, la specialistica la medicina generale e la farmaceutica non ospedalizzazione. Agenas si chiede se non sia il caso di individuare altri sotto livelli che non sembrano avere gli stessi rischi dei livelli in cui sono attualmente compresi. Riguardo alla MG, Agenas si chiede se forse non sia opportuno scorporare dalla medicina generale la pediatria di libera scelta da associare al numero di bambini di età 0-6 (età in cui è obbligatoria la scelta) o dei ragazzi in età 7-16 (età in cui la scelta è opzionale). Il costo dei Mmg è oggi di circa 4,7 mld e quello dei Pls di 1 mld; il rapporto tra le due spese è di 4.38 a 1 mentre il rapporto tra la popolazione con più di 14 anni rispetto a quella di 0-14 anni è di 6.12 a 1; e siccome la percentuale di bambini è molto diversa tra le Regioni, forse è opportuno tenerne conto. Infine dall'Assistenza Territoriale appare corretto enucleare l'assistenza agli anziani che è pari circa a 3 mld l'anno. L'attività di ricovero rimane la superstar del portafoglio locale: arriviamo al 45.02% del totale, con buona pace dello spostamento dichiarato delle prestazioni-chiave dai nosocomi agli ambulatori diffusi.

La parola alle Regioni

Sentire un ministro della Salute "declassare" il lavoro di un'Agenzia pubblica sui costi così ben argomentato, a "carta straccia" fa senz'altro impressione. Ma ancor di più ne fa, a nostro avviso, scorrere le 11 cartelle ben argomentate con le quali i Governatori chiedono di emendare lo schema di decreto legislativo sul federalismo fiscale rispetto al tema dei fabbisogni standard in sanità. Soprattutto se lo fanno riprendendo un "cavallo di battaglia" di Agenas, e cioè la garanzia della rappresentatività geografica e di composizione della popolazione. La prima questione è di metodo" ha dichiarato il presidente della Conferenza delle Regioni, **Vasco Errani**, criticando il Governo rispetto al metodo sbagliato di unificazione dei due decreti sul federalismo fiscale. Errani spiega: "Non condividiamo ciò che è stato fatto dal Governo. Non lo condividiamo anche perché con i ministri competenti avevamo definito insieme un metodo di lavoro che non prevedeva la riunificazione dei 2 decreti. Il decreto sui costi standard non l'avevamo ancora discusso in Conferenza delle Regioni, e lo avevamo chiarito bene al Governo. Pertanto non abbiamo ancora espresso una posizione. È una critica motivata istituzionale rispetto al metodo".

Errani aggiunge: "poniamo due questioni che non sono risolte e che per noi sono decisive in relazione nel percorso del federalismo fiscale. Primo la definizione dei Livelli essenziali di assistenza della sanità e dei Lep (livelli essenziali prestazioni) dell'assistenza sociale, che sono la seconda gamba fondamentale: la prima gamba sono i costi standard. Queste due gambe - ha sancito Errani - devono andare a determinare il fabbisogno, cioè la parte di risorse che vengono fiscalizzate alle Regioni per garantire i servizi ai cittadini su tutto il territorio nazionale.

Per i Governatori, innanzitutto, il *benchmark* dei costi standard va fissato su tutte le Regioni che hanno garantito l'erogazione dei Lea in

condizioni di equilibrio economico. Deve, dunque, essere accantonato il tentativo di limitare a cinque/tre Regioni *benchmark* l'individuazione delle "Regioni modello" come punto di riferimento della definizione della "spesa giusta" per la sanità. Le Regioni ritengono, infatti, che, dovrà comunque essere garantita la presenza di almeno una Regione per ogni area geografica del Paese (Nord, Centro, Sud), e il fatto che il complesso delle Regioni selezionate rappresenti almeno un terzo della popolazione italiana, perché sia davvero rappresentativo della risposta a problemi generali di salute del nostro Paese.

Al centro delle critiche delle Regioni rimane il fatto che il Fondo sanitario nazionale resti materia di intesa tra Stato e Regioni, e che l'ammontare delle risorse sia comunque coerente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei Lea. Per le Regioni, infatti, la determinazione delle risposte a disposizione non potrà essere conseguenza di una scelta "esogena", così la chiamano, esclusivamente dipendente dal quadro più generale di disponibilità di risorse da parte del sistema pubblico, ma essa deve restare materia di intesa tra loro e lo Stato, come oggi succede, ad esempio, con il Patto per la Salute. Nel documento le Regioni lamentano, inoltre, una serie di inadempienze del decreto rispetto agli impegni presi dal Governo, a partire dalla mancata quantificazione degli effetti del decreto, al rinvio ad altro provvedimento della definizione di Lea e Lep e della complessità nei procedimenti di costruzione del fondo perequativo, cioè dello strumento-salvagente delle disparità tra territori. La stabilità del Governo non è tale, al momento, da ammettere previsioni, ma questo nuovo ostacolo tra Roma e Governatori non sembra far prevedere una risoluzione semplice del contenzioso in atto.

In www.mdwebtv.it è disponibile una videointervista di approfondimento sui costi standard per la sanità a Federico Spandonaro Prof. di Economia Sanitaria - Università di Roma Tor Vergata.