

In gioco minori uscite per 10 miliardi

# Per la sanità costi standard in due puntate

**Roberto Turno**  
ROMA

Costi standard delle prestazioni "nudi e crudi" per la sanità? Meglio andarci con i piedi di piombo. Perché il rischio potrebbe essere di arrivare a un razionamento delle cure per gli italiani, non solo nel sud sprecone, ma anche nel nord efficiente. Col risultato di approfondire il divario che già spacca in due l'Italia della salute. Ecco allora che tra gli economisti sanitari, gli addetti ai lavori e le stesse regioni più o meno indistintamente, comincia a farsi largo una proposta alternativa. Una cosa sono gli sprechi e il cattivo uso delle risorse, che vanno azzerati gradualmente (ma non troppo, anzi) con una paziente opera di benchmark tra e all'interno delle singole regioni su voci di spesa equiparabili. Altro passo è però costruire già per il 2011-2012 un nuovo metodo di riparto del Fondo nazionale per arrivare a un fabbisogno standard sanitario più equilibrato.

La diatriba nient'affatto accademica sull'applicazione del federalismo alla sanità non arriverà di sicuro in tempi rapidi a una soluzione definitiva.

Anche perché a monte va definita la quantità di somme da "focalizzare". Ma parecchi segnali tra le forze politiche e dentro le commissioni deputate a elaborare le proposte, depongono per un'istruttoria in corso molto cauta, quasi un ripensamento dopo i furori iniziali da "costi-standard assoluti" applicabili *tout court* e su tutte le singole prestazioni.

I fautori massimi dei costi standard partono da una considerazione: costruire il Fondo sanitario a partire dai costi di produzione di ogni prestazione. Ipotesi che però in tanti respingono: la variabilità dei bisogni sanitari come delle prestazioni (per dimensioni, quantità e qualità) rendono quell'operazione concretamente irrealizzabile. Chi ha tanti abitanti, a esempio, ha anche un alto volume di prestazioni e perciò costi di produzione più bassi; può allora essere un buon esempio di costo standard? Il rischio di un razionamento delle cure sarebbe un azzardo troppo grosso.

Da qui parte la contro-operazione per una possibile nuova costruzione del fabbisogno del Fondo sanitario per i prossimi anni costruendo una quo-

ta capitaria standardizzata con nuovi «moltiplicatori». Oggi il Fondo è ripartito per il 50% con una quota "secca" (tot per ciascun abitante) e per circa il 45% considerando l'età della popolazione. I nuovi moltiplicatori del fabbisogno standard seguirebbero invece anzitutto l'età della popolazione, poi il livello di istruzione, il livello di reddito e dei consumi (sta meglio che ha più disponibilità economiche), l'ambiente e la distribuzione territoriale della popolazione nella considerazione che più c'è densità abitativa (grandi città) meno salgono i costi di produzione.

Si tratterebbe in sostanza di affinare gli attuali criteri di riparto delle risorse sanitarie, che in qualche modo già riflettono un costo standard per abitante. Dopo di che si interverrà "dentro" le regioni - via via nell'arco di cinque anni - con operazioni di benchmark tra prestazioni davvero misurabili per rendere efficiente l'erogazione dei servizi. Quando sono realmente comparabili e i costi siano chiaramente individuabili: gran parte delle spese "territoriali", infatti, non sono misurabili, come l'assistenza

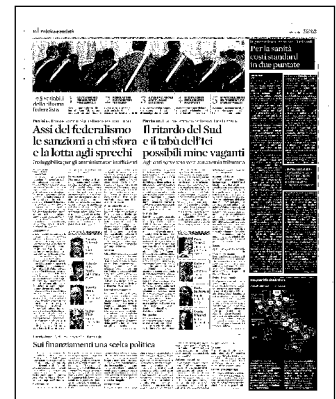
domiciliare.

Non è un caso che nella comunicazione sul prossimo Piano sanitario fatta giovedì dal ministro Fazio alle regioni, a proposito di costi standard si sottolineano «alcune criticità»: l'assenza in diverse regioni di sistemi di contabilità analitica, la carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali, si afferma, «rendono critica la determinazione e l'applicazione del costo standard, per cui può verificarsi che i costi non siano specificamente attribuiti allo specifico prodotto che hanno generato ovvero non agevolmente stimabili». Col risultato che «in ogni caso il costo medio non consente di risalire alle singole funzioni cui si riferisce, ma alla prestazione sommariamente intesa». Cautela, insomma. La strada sarà così quella del confronto tra le performance regionali per gruppi di indicatori. Come il ministero ha appena fatto con lo studio del S. Anna di Pisa. Che in ogni caso porterà a una corsa all'efficienza nell'erogazione delle prestazioni e nei costi di produzione. Fazio l'ha già detto: si possono risparmiare almeno 10 miliardi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

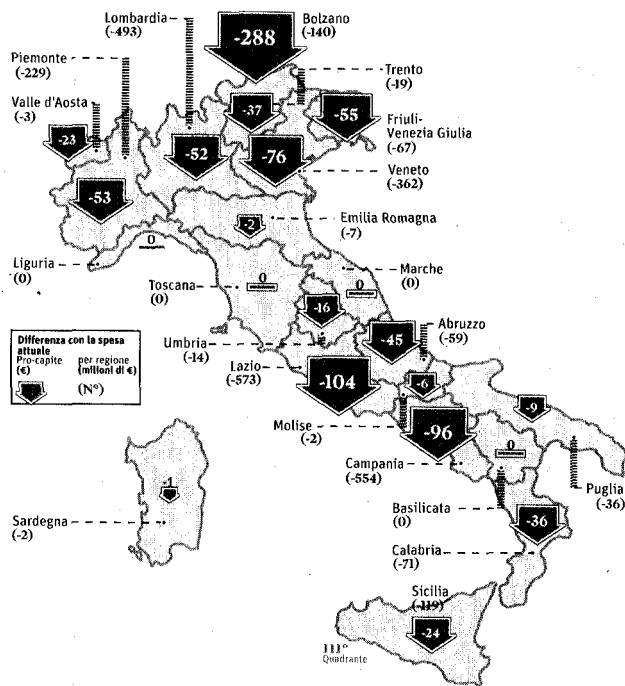
## L'IPOTESI ALLO STUDIO

Dal 2011-2012 revisione dei criteri per il riparto del fondo nazionale, solo dopo benchmark all'interno di ogni regione



## Una possibile simulazione

L'impatto dei costi standard sanitari



Di simulazioni sui costi standard ne sono circolate a decine negli ultimi mesi. In quella realizzata da Giampaolo Arachi, Vittorio Mapelli e Alberto Zanardi su input del Pd (e anticipata sul Sole 24 Ore del 19 luglio scorso), i costi standard vengono definiti come la media dei costi per ricovero registrati nelle regioni italiane da cui deriverebbe una

riduzione della spesa sanitaria. Nella cartina pubblicata qui in alto è riportato l'effetto che si produrrebbe in ogni regione nel complesso (tra parentesi in milione di euro) e in termini pro capite (nella freccia rossa, in euro). Dai dati emerge che i risparmi riguarderebbero l'intero territorio nazionale, fatta eccezione per Liguria, Toscana, Marche e Basilicata