

Il costo standard in sanità. E le donne?

Agnese Sacchi

La novità più interessante e al contempo più “ambiziosa” introdotta dalla L. 42/2009 è il passaggio dal criterio della “spesa storica” a quello dei “costi standard” che determina la fine del sistema di “finanza derivata” per quanto riguarda il finanziamento della sanità in Italia (cfr. Sacchi 2009)¹. In generale, il finanziamento delle cosiddette “spese LEP” - quelle per cui sono necessari i “livelli essenziali delle prestazioni” (art. 117 della Costituzione, lettera *m*) e tendenzialmente identificabili con assistenza, sanità e istruzione - avverrà, diversamente dal passato, non più in relazione alla spesa storica - che può comprendere anche sprechi o inefficienze - ma verrà calibrato sulla base dei costi standard che dovrebbero rappresentare una sorta di “giusto prezzo” delle diverse funzioni svolte a livello territoriale e che dovrebbero essere calcolati con riferimento ai costi sostenibili da un’amministrazione che eroga servizi rispettando parametri di media efficienza.

Più in dettaglio, la definizione di *costo standard* in sanità è strettamente legata al concetto dei *livelli essenziali di assistenza (LEA)* nello stesso settore² poiché il primo rappresenta il *quantum* ideale di risorse necessario a garantire i secondi (in vigore dal 2013) “in condizioni di efficienza ed appropriatezza”, “compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria” (cfr. D.Lgs. 68/2011, Capo IV “COSTI E FABBISOGNI STANDARD NEL SETTORE SANITARIO”, in attuazione della delega contenuta nella L. 42/2009). In tal senso, per finanziare i LEA si è pensato di calcolare, centralmente, i costi di tutte le prestazioni di cui si vuole garantire l'erogazione e di trasferire ai governi sub-centrali (le Regioni nel caso della sanità) una somma corrispondente per le prestazioni così erogate. Al di là del livello essenziale, le Regioni potranno - come hanno fatto fino ad ora - utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

Di qui, un notevole punto di svolta dovuto al fatto che le Regioni riceveranno il finanziamento *solo* per i LEA non superiori allo standard scelto come *benchmark*. E', dunque, attraverso l'individuazione dei costi standard che il legislatore si pone l'ambizioso obiettivo di diminuire l'ammontare di spesa del SSN (112,9 miliardi di euro nel 2011 da 107,1 nel 2008, +5,4%, *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2011*). In questa prospettiva, eventuali sprechi e inefficienze delle Regioni nell'erogare servizi pubblici troppo “cari”, rispetto agli standard nazionali, saranno finanziati esclusivamente dai residenti tramite il prelievo tributario (Muraro 2010).³

La diversità delle posizioni nella dottrina circa la determinazione qualitativa (individuazione delle prestazioni essenziali) e quantitativa (*costi standard*) dei LEA indicano la complessità del lavoro da svolgere (Salerno 2008).⁴ Questo è anche testimoniato dal recente dibattito sullo schema di decreto legislativo in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario (Mapelli 2008;⁵ Arachi *et al.* 2009;⁶ Bordignon e Dirinind 2010;⁷ Piasuro 2010⁸; Abbafati e Spandonaro 2011;⁹ Salerno 2011¹⁰) divenuto testo definitivo il 6 maggio 2011 (D.Lgs. 68/2011). In sintesi, le tecniche per calcolare i costi

¹ “Il finanziamento della sanità in Italia: finanza autonoma o derivata?”, *Economia Pubblica*, n. 1-2, 149-182.

² Ossia le prestazioni e i servizi che il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (in vigore dal 2002, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 Novembre 2001).

³ “Il federalismo fiscale tra speranze e timori”, *Working Paper*, Università di Padova.

⁴ “La sanità e la barriera della produttività”, *Working Paper* CERM.

⁵ “Equivoci da costi standard”, Editoriale di economia pubblica su *La Voce*, www.lavoce.info.

⁶ “Prime simulazioni del sistema di finanziamento e di perequazione di regioni e comuni previsto dalla legge delega sul federalismo”, *Short note n. 4*, Econpubblica, Università Commerciale Luigi Bocconi.

⁷ “Costi standard: nome nuovo per vecchi metodi”. Editoriale di economia pubblica su *La Voce*, www.lavoce.info.

⁸ “Retorica e realtà nella determinazione dei fabbisogni standard nella sanità”, Editoriale di economia pubblica su *Nel Merito*, www.nelmerito.com.

⁹ “Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale”. *Politiche Sanitarie*, 12(2).

¹⁰ “Standard e governance per il SSN”. Presentazione a Siena, 19 Giugno 2011, *noiseFromAmerika* (nFA).

standard riferiti ai *LEA* possono variare, ma sostanzialmente l'idea è di individuare una qualche forma di produzione efficiente della prestazione e definire il *costo standard* come il costo minimo a cui produrre la prestazione (Brusco 2010).¹¹ Detta così sembrerebbe semplice. In realtà, le difficoltà appaiono molteplici: a partire da quelle di natura tecnica che implicano la necessità di una stima econometrica delle funzioni di produzione per il sistema sanitario (es. funzioni multiple di produzione come evidenziato da Pammolli *et al.* 2005)¹² oppure delle funzioni di costo (e in caso, di breve o lungo periodo?) a quelle legate alla dimensione politica del meccanismo che potrebbero spingere verso la metodologia che fornisce i maggiori vantaggi per il *policy-maker* locale nell'immediato.

Di certo, l'importante sarebbe convincersi che il *costo standard* - comunque calcolato - si va a configurare come "il costo necessario a soddisfare i bisogni di salute di un abitante medio" (Mapelli 2008), da cui sarebbe forse più opportuno parlare di *fabbisogno standard*, benché esso venga determinato secondo un approccio *top-down* e sempre nel rispetto di un vincolo di bilancio ("*compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria*"). Anche detta così, la questione potrebbe risultare più complessa del previsto in sanità, dove la produzione di semplici prestazioni, servizi, attività (*output*) è distinta dal - e non sempre legata al - raggiungimento dei risultati clinici (prevenzione, cura, riabilitazione) e dal soddisfacimento del bisogno di salute (*outcome*).¹³

E nel tenere conto dei "bisogni di salute di un abitante medio" si dovrebbe anche tenere conto dei fattori per così dire "soggettivi" legati a tale abitante, a partire dalle caratteristiche geografiche, economiche e sociali della regione in cui vive a quelle proprie della sua persona (età, genere, morbidità, condizione socio-economica) oppure no?

La risposta alla prima parte della domanda sembra essere "*no*" perché, nella determinazione del *fabbisogno sanitario standard*, non si tiene conto di criteri quali, ad esempio, l'indice di deprivazione¹⁴ che in un primo momento era stato invece chiamato in causa (ex art. 22, lettera *e* dello schema di decreto) e che una buona parte della letteratura ha dimostrato essere in grado di contribuire a spiegare la variabilità del fabbisogno sanitario regionale (cfr. Bordignon e Dirindin 2010; Abbafati e Spandonaro 2011),¹⁵ ma che un'altra parte ritiene possa "nascondere, dietro il riferimento a un criterio generale, spazi per rinegoziazioni dei vincoli di bilancio" e per questo ci si augura(va) che "il suo inserimento non modifichi l'approccio *top-down* né faccia passare in secondo piano il riferimento alle spese pro-capite per fascia di età delle Regioni *benchmark*" (Pammolli e Salerno 2010).¹⁶

Infatti, poiché parliamo di *costi standard*, è necessario procedere, appunto, a un processo di "standardizzazione" dei costi delle prestazioni (quelle che rientrano nei tre macrolivelli di assistenza: collettiva, distrettuale, ospedaliera, e che rappresentano le prestazioni da includere nei *LEA*) che va applicato su scala nazionale e che si può ottenere dall'osservazione dei conti sanitari delle Regioni cosiddette *Regioni benchmark* o "di riferimento" (art. 27, D.Lgs. 68/2011). Queste saranno tre e verranno scelte (dalla Conferenza Stato-Regioni) in una rosa di cinque (individuate dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze), con la caratteristica di avere i conti in ordine o più precisamente di aver garantito i *LEA* in condizione di equilibrio economico e di efficienza e appropriatezza (quindi, garantendo anche la qualità delle prestazioni). A questo si aggiunge che nell'individuazione delle "Regioni di

¹¹ "Il federalismo preso sul serio". Relazione preparata per il Convegno FOLDER "Tornare a crescere. Idee per una nuova politica economica". Roma, 27 maggio 2010.

¹² Pammolli F., M. Riccaboni, C. Ogliadoro, L. Magazzini, G. Baio, N. C. Salerno (2005), "Medical devices: competitiveness and impact on public health expenditure", *Rapporto CERM per la DG Enterprise della Commissione Europea*, Luglio 2005.

¹³ Per ulteriori dettagli su questi aspetti si veda: Cislighi, C. (2010). "Costi standard. Un po' di chiarezza forse è utile...", Parole chiave, *Care* 6, 23-30.

¹⁴ Indica la mancanza di un insieme di risorse culturali, sociali, economiche necessarie per potersi mantenere in buona salute (cfr. Cislighi, *Riflessioni sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario*, Roma, 30 Aprile 2010).

¹⁵ Gli indicatori socio-economici e ambientali potranno essere invece presi in considerazione per quegli interventi (di cui al comma 5 dell'art. 119 della Costituzione) intesi a ridurre le carenze strutturali atte a incidere sui costi delle prestazioni di talune aree territoriali (art. 28, D.Lgs. 68/2011).

¹⁶ "Il decreto sugli *standard* in sanità", Short note n. 10, Competitività, Regole e Mercati (CERM).

riferimento” si deve assicurare una rappresentanza delle tre aree del Paese (Nord, Centro, Sud) e della dimensione territoriale minore (art. 27).

Ma allora contano le questioni geografiche, territoriali e sociali... E in questo modo i dubbi sul fatto di poter perseguire l'efficienza pur allentando gli stimoli propri del *benchmarking* cominciano ad affiorare. Probabilmente, l'intento del legislatore è quello di mantenere una qualche forma di equità sul territorio nazionale, anche quando si parla di un costo “di riferimento” che rimane comunque ancorato a una funzione che, per definizione, è “essenziale” e che deve essere assicurata a ogni cittadino. Il tutto risuona familiare e in linea con il secolare e pacifico *trade-off* tra efficienza ed equità, che non poteva non riguardare anche la definizione dei *costi standard* in sanità.

Arrivati a questo punto, il valore di costo (come detto aggregato per i tre macrolivelli di assistenza: collettiva, distrettuale, ospedaliera) rilevato nelle tre Regioni più “virtuose” verrà applicato a tutte le altre regioni e costituirà il criterio (a partire dal 2013) per stabilire l'ammontare di finanziamento nazionale che la singola regione deve ricevere in relazione al suo fabbisogno sanitario standard. In realtà, la spesa (o costo) rilevata nelle tre Regioni “migliori” - poi estesa a tutte le altre - non viene presa in valore assoluto ma come media *pro-capite pesata*, dove i pesi si riferiscono alla composizione per età della popolazione.

Di qui, la risposta alla seconda parte della domanda che ci siamo posti in precedenza (*si dovrebbe anche tenere conto dei fattori per così dire “soggettivi” legati a tale abitante, ... (età, genere, morbidità, condizione economica) oppure no?*). E la risposta sembra essere “sì”, visto che tecnicamente si parla di spesa *pro-capite ponderata per fasce di età* (omogenee sul territorio nazionale), e che quindi si tiene conto delle diverse fasi della vita dell'individuo (bambino, giovane, adulto, anziano), pesando diversamente i relativi fabbisogni di salute che caratterizzano appunto le diverse età di una persona.

Il fatto che il finanziamento *pro-capite pesato* sia uniforme sul territorio permette di mantenere il carattere nazionale del sistema; tuttavia, le conseguenze distributive possono essere anche rilevanti e l'uniformità potrebbe non implicare necessariamente l'eguaglianza. E', ad esempio, noto che la domanda/bisogno di prestazioni sanitarie cresce in misura molto significativa con l'aumentare dell'età, da cui nelle classi oltre i 65 anni tali consumi possono diventare 8-9 volte maggiori di quelli registrati nelle classi di età 5-14 anni, dove si registra il minor ricorso ai servizi sanitari (cfr. Scheggi 2009).¹⁷ Diventa allora difficile ipotizzare l'applicazione dello stesso fabbisogno standard di assistenza sanitaria a regioni come la Liguria, dove gli ultrasessantacinquenni rappresentano quasi il 27% del totale (valore più alto), e la Campania, nella quale la popolazione oltre 65 anni di età incide per il 16% circa sul totale (valore più basso).¹⁸

Certamente il criterio della quota capitaria pesata (con le fasce di età come pesi), invece della quota capitaria “secca” (ossia il finanziamento in proporzione dei cittadini residenti, che si è protratto sino al 1996),¹⁹ permette di meglio cogliere la portata del bisogno di salute della popolazione secondo le caratteristiche demografiche (invecchiamento *in primis*) che esprimono una differenziazione nei bisogni stessi. Bene allora per avere introdotto l'età. Può bastare così? In realtà, l'età - assunta come indicatore di bisogno - porta certamente a discriminare *tra* le classi di età, ma è dubbio che *nella* medesima classe di età la probabilità di ammalarsi e usare i servizi sanitari siano le stesse in tutto il paese (cfr. Mapelli 2007). Oltre a ciò, sarebbe da chiedersi se lo stato di salute delle donne - a parità di classi di età - possa presentare caratteristiche/bisogni diversi da quello degli uomini, tanto da essere considerato in modo esplicito nella formula del *costo standard* al fine di garantire l'eguaglianza di trattamento sul piano sostanziale.

¹⁷ “Costi standard e livelli essenziali di assistenza. Problemi applicativi del federalismo nel settore sanitario”, Firenze, Agosto 2009.

¹⁸ I dati si riferiscono all'anno 2008 e la fonte è Istat (DEMO).

¹⁹ I criteri di ripartizione tra le regioni sono cambiati nella loro impostazione almeno 5 volte dal 1980 ad oggi. In sintesi, i principali criteri impiegati in ogni periodo sono stati i seguenti:

- 1980-1981: 70-85% secondo indicatori di rischio sanitario;
- 1982-1984: 68-78% secondo la spesa storica;
- 1985-1991: 85-97% secondo i consumi sanitari per classi di età;
- 1992-1996: 96-98% secondo la popolazione residente;
- 1997-2004: 64-70% secondo i consumi sanitari per classi di età; 28-33% popolazione residente.

Per approfondimenti si veda Mapelli (2007). “Ripartizione del fondo sanitario tra regioni”. *Politiche Sanitarie* 8(1).

A questo proposito, il primo spunto di carattere generale ci viene fornito dalla letteratura internazionale (van Vliet e van de Ven 1992)²⁰ e dall'approccio del *risk adjustment* secondo cui la quota capitaria corretta solo per l'età non discrimina a sufficienza tra i bisogni sanitari delle persone (in cui troviamo maschi e femmine). Il secondo spunto, più concreto, ci viene dai dati (Istat e Ministero della Salute²¹) secondo cui le donne - complessivamente pari a 31,2 milioni con riferimento al 31/12/2010 - costituiscono il 51,8% della popolazione italiana; questa percentuale è piuttosto stabile in tutte le Regioni, mentre è più variabile all'interno delle classi di età: a meno di 20 anni di età ci sono 94 donne per 100 uomini, mentre tra i 65 e gli 80 anni di età ci sono ben 121 donne per 100 uomini, e si arriva a 197 donne per 100 uomini oltre gli 80 anni di età. Inoltre, la quota di donne aumenta all'aumentare dell'età, in quanto in Italia esse vivono mediamente quasi 6 anni in più rispetto agli uomini e sebbene vivano più a lungo degli uomini, le donne hanno l'onere di un maggior numero di anni di vita in cattiva salute. Va anche detto che talune malattie hanno un'incidenza e una prevalenza più elevate tra le donne; altre non colpiscono le donne e gli uomini nello stesso modo; altre ancora colpiscono esclusivamente le donne. In questo scenario, le donne soffrono di maggiori disabilità legate a malattie croniche e continuano a tributare un grande numero di vite ai cosiddetti "*big killer*" (infarto, ictus, tumori alla mammella e polmone).

Dall'ultimo rapporto (2008) sullo stato di salute delle donne a cura del Ministero della Salute emergono alcuni fatti:

- l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini.
- Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono: le allergie (+8%), il diabete (+9%), la cataratta (+80%), l'ipertensione arteriosa (+30%), alcune malattie cardiache (+5%9), tiroide (+500%), artrosi e artrite (+49%), osteoporosi (+736%), calcolosi (+31%), cefalea ed emicrania (+123%), depressione e ansietà (+138%), Alzheimer (+100%).
- Cresce tra le ragazze, di più che per i ragazzi, il consumo di alcool e la diffusione del fumo per le donne, a differenza degli uomini, aumenta con il livello di istruzione e con l'età.
- Sale la quota delle donne sottopeso, più degli uomini; l'attività sportiva e fisica viene meno praticata dalle donne rispetto agli uomini.
- La disabilità è più diffusa tra le donne (6,1% contro 3,3% degli uomini).
- Il ricorso al medico di medicina generale evidenzia, nel periodo 1996-2002, una leggera prevalenza del genere femminile (58% di accessi).
- Il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento e si è passati dall'11,2% del 1980, al 29,8% del 1996 e al 38,2% del 2005 con notevoli variazioni per area geografica (23,2% nella P.A. di Bolzano e 60,0% in Campania) e la presenza di valori più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nell'Italia meridionale e insulare.²²

Oltre a ciò, dalle Nazioni Unite fino alla Banca Mondiale si afferma l'idea che investire sulla salute delle donne offre ritorni più elevati sotto forma di sviluppo più rapido, efficienza elevata, maggior risparmio e riduzione della povertà. Attraverso i miglioramenti nella salute delle donne, infatti, i governi possono dare un significativo impulso allo sviluppo economico e sociale.

In tale prospettiva, si potrebbe forse ripensare al metodo di ponderazione utilizzato per definire i *costi standard* e per ripartire, dunque, le risorse per la spesa sanitaria tra le Regioni, considerando la popolazione da assistere "in modo più diseguale" - uomini e donne oltre che giovani e anziani - per arrivare a essere sostanzialmente più equi.

E se fino a qui può sembrare complicato, chissà come sarebbe se gli anziani e le donne risiedessero nelle Regioni a Statuto Speciale...

²⁰ "Towards a capitation formula for competing health insurers: an empirical analysis", *Social Science & Medicine* 34(9), 1035-1048.

²¹ *Lo stato di salute delle donne in Italia*, Primo Rapporto sui lavori della Commissione "Salute delle Donne", Roma, Marzo 2008.

²² Inoltre, nel periodo che va da gennaio 2009 ad agosto 2010, quasi un parto su due è avvenuto con taglio cesareo (cfr. Sampietro (2012), "Parto cesareo, il dramma italiano", pubblicato su *inGenere* <http://www.ingenere.it>).