



SHORT NOTE N. 8 | 2010

Fabio Pammolli, Nicola C. Salerno

***BENCHMARKING TRA
SISTEMI SANITARI REGIONALI:
EVIDENZE PER DECIDERE***

BENCHMARKING TRA SISTEMI SANITARI REGIONALI: EVIDENZE PER DECIDERE

Entra nel vivo il dibattito su come applicare alla sanità la Legge n. 42-2009, che richiede che il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza avvenga con riferimento a *benchmark* di costo e di fabbisogno. Sono emerse, ormai da tempo, due “scuole di pensiero”: quella che punta alla determinazione di *standard* il più possibile a livello di capitolo disaggregato di spesa o di singola prestazione; e quella che vede necessario distinguere gli *standard* da adottare nei rapporti Stato-Regione da quelli cui ogni Regione può affidarsi nei rapporti con le Asl e le Aziende Ospedaliere. Prima di proporre alcune considerazioni su questi due approcci, è utile tener presente l’entità dei valori in gioco, avvalendosi di due degli scenari sviluppati da CeRM.

Un confronto con le 5 Regioni più virtuose¹

Nel primo grafico allegato, l'area azzurra rappresenta la correzione di spesa aggregata corrente che la Regione dovrebbe compiere per uniformarsi alla spesa *pro-capite* per fascia di età rilevabile nella media delle cinque Regioni più virtuose sotto il profilo della programmazione finanziaria e della qualità dell’offerta : Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana, Umbria. I valori puntuali della correzione (milioni di Euro/anno) sono segnalati in nero e in grassetto. Essi sono interpretabili come risparmi potenziali da efficientamento. Con le risorse finanziarie *post* correzioni di spesa (risorse efficienti), ogni Regione dovrebbe essere in grado di emulare lo stesso livello di qualità delle Regioni *benchmark*. Per questo motivo, nel grafico si riportano anche gli scarti (le barre amaranto, con valori in punti per mille) dell'indicatore sintetico di qualità di ogni Regione, rispetto alla media degli indicatori delle cinque Regioni *benchmark*. Emerge un quadro chiaro. Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana, Umbria (le cinque Regioni *benchmark*) sono sostanzialmente allineate per quanto attiene la qualità (con Umbria e Toscana un po' meglio delle altre). Vi si possono accomunare anche le Marche che, a fronte di una qualità già elevata, potrebbero addirittura permettersi di ottenerla con una maggiore spesa (ca. 95 milioni di Euro/anno in più). Il Molise, anche se efficiente dal punto di vista di

¹ Cfr. “I numeri del Federalismo”, Working Paper CeRM n. 2-2010 (<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=56>).

spesa/costi², dovrebbe colmare un significativo *gap* di qualità (338 per mille), nel senso che dovrebbe, con le risorse che attualmente impiega, riuscire in livelli di qualità nettamente superiori. Un caso singolare è quello della Liguria, che deve migliorare la qualità delle prestazioni (il *gap* è del 168 per mille) ma che, nel contempo, avrebbe motivo di dedicare alla sua sanità risorse correnti superiori di oltre 303 milioni di Euro/anno. In questo caso, i maggiori finanziamenti annui dovrebbero andare, ovviamente, al sostegno della qualità. Trentino Alto Adige, Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta mostrano livelli qualitativi sufficientemente prossimi al *benchmark*, ma dovrebbero riuscire ad ottenerli con una spesa minore (con un delta di spesa da riassorbire che nel caso del Trentino Alto Adige supera i 570 milioni di Euro/anno). Infine, le Regioni del Sud e le Isole, dove sovrappeso e *deficit* di qualità appaiono andare di pari passo. Spiccano i casi di: Campania, con 1.594 milioni Euro di sovrappeso e 418 per mille di *gap* di qualità; Calabria, con 302 milioni di Euro e 518 per mille; Puglia, con 735 milioni di Euro e 438 per mille; Sicilia, con 535 milioni di Euro e 418 per mille; Sardegna, con 261 milioni di Euro e 378 per mille. Basilicata e Abruzzo, pur dovendo compiere aggiustamenti di spesa più contenuti (53,7 milioni di Euro la prima e 8,2 il secondo), mostrano significativi *gap* di qualità (378 per mille la prima e 328 il secondo).

Un confronto con tecnica econometrica³

L'importanza dell'ordine di grandezza di questi risultati trova una generale conferma in un esercizio di stima econometrica (con tecnica *panel*) che adotta una prospettiva diversa. Nel secondo grafico allegato, l'area azzurra rappresenta la correzione di spesa che la Regione dovrebbe compiere per offrire, in modo efficiente, prestazioni con il livello attuale di qualità. Ci si chiede: quali sarebbero le risorse necessarie e sufficienti che le Regioni dovrebbero impiegare per giustificare le prestazioni che erogano? La bassa qualità di alcune Regioni del Centro-Sud si traduce in un forte aumento della correzione di spesa rispetto al *benchmarking* precedente. In particolare, Campania, Sicilia, Lazio e Puglia dovrebbero compiere aggiustamenti per, rispettivamente, 3.091 milioni di Euro, 2.061, 1.897 e 1.615. La Calabria, che ha un livello di qualità più che dimezzato rispetto allo *standard*, dovrebbe compiere un aggiustamento di circa 369 milioni di Euro. Abruzzo, Sardegna, Basilicata e Molise, le altre

² La spesa è sufficientemente allineata al valore giustificato dalla struttura demografica, dopo l'applicazione dei profili pro-capite *benchmark*.

³ Cfr. "La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatola nera" delle differenze regionali", Quaderno CeRM n. 2-2009 (<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=40>).

Regioni con elevato *gap* di qualità, dovrebbero compiere aggiustamenti per, rispettivamente, 304, 17492 e 81 miliardi di Euro.

Quali *standard* adottare?

I numeri presentati testimoniano dell'urgenza di avviare una convergenza verso i modelli migliori. Esistono forti dubbi che tale convergenza possa essere guidata da *standard* microfondati sui costi di singole prestazioni o di raggruppamenti dettagliati di prestazioni o di capitoli di bilancio. Tra le principali criticità:

- La contabilità di Asl e Ao soffre di gravi lacune;
- Anche se la contabilità fosse pronta, per tradurre il costo *standard* in un fabbisogno *standard* è necessario fissare degli *standard* anche sui volumi (i consumi efficienti); questo passaggio implica l'adozione di un elevato numero di parametri con conseguente aumento dell'opinabilità dell'impianto;
- Al di là del loro grado di efficienza, le funzioni di produzione regionali possono essere diverse. Anzi, auspicabilmente dovrebbero sempre più differenziarsi e specializzarsi per tener conto della prevalenza dei bisogni espressi dalla comunità, e di vincoli/opportunità presenti sul territorio. Fissare degli *standard* come se la funzione di produzione fosse unica e condivisa (a meno di un solo fattore di scala), rischia di imporre paletti esogeni e inutili, in contrasto con i principi del federalismo e della sussidiarietà;
- La microfondazione incontra anche criticità per quanto riguarda la porzione del costo *standard* riconducibile agli ammortamenti. Non può essere la mera attribuzione *pro-quota* degli ammortamenti complessivi (impostazione strettamente contabile), perché nello *standard* è necessario dar conto delle scelte d'investimento ottimali (la spesa ammissibile). E gli investimenti ottimali dipendono anch'essi dalle caratteristiche regionali (economie di scala/scopo, popolosità, densità abitativa, fattispecie dei bisogni, espressione delle preferenze, coordinamento dei Lea sanitari con quelli sociali e socio sanitari⁴, etc.), oltre che dallo *status quo* della infrastrutturazione;
- Inoltre, la sperequazione infrastrutturale di partenza (sia tipologia di *asset* che loro qualità) incide sui rendimenti delle funzioni di produzione e sulla qualità degli *output*. Una endogenità che non va sottovalutata nella fissazione di *standard* di costo, soprattutto quando questi devono poi essere applicati in maniera omogenea su tutto il

⁴ Sul punto, cfr. la presentazione CeRM in Cnel nel Gennaio 2010 (http://www.cermlab.it/_documents/Cerm-CNEL-PDF.pdf).

territorio nazionale. Infrastrutture insufficienti e vetuste possono generare sovracosti. Se gli *standard* non ne tengono conto e non sono realistici, essi sono a rischio di credibilità e di *enforcement*.

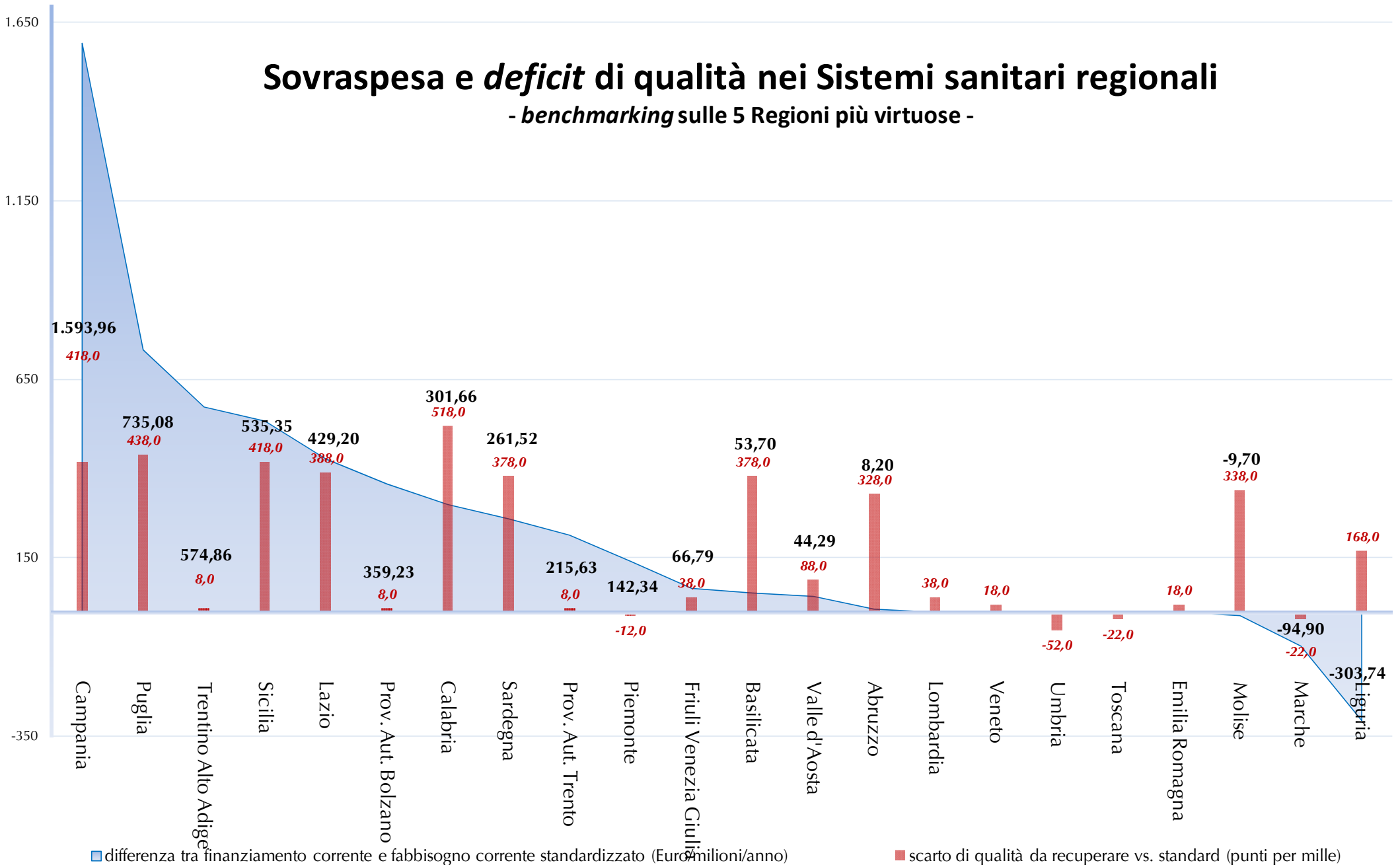
I Rapporti Stato-Regioni e il ruolo della Regione

Di fronte a queste criticità, ignorate o ampiamente sottovalutate nel dibattito, CeRM ha recentemente proposto di differenziare le regole che presiederanno ai rapporti finanziari tra Stato e Regioni, da quelle che poi ogni Regione seguirà nei rapporti con le sue Asl e con le sue Ao. Per le prime, il suggerimento è di un'applicazione integrale della quota capitaria ponderata (stanziamento per cittadino residente, tenuto conto della struttura demografica regionale), come criterio per ripartire tra le Regioni le risorse programmate per il Fondo sanitario nazionale sia di parte corrente sia di parte capitale (senza distinzione tra i due capitoli⁵). A valle, le Regioni potranno utilmente sviluppare sistemi di *benchmarking* da cui far scaturire anche *standard* puntuali anche con funzione di tariffa a livello di singola prestazione. Programmazione macro tra Stato e Regioni e microfondazione della *governance* all'interno della Regione e a cura della stessa Regione: appare, questo, un utile bilanciamento tra l'esigenza di condividere il rispetto del vincolo di bilancio ai diversi livelli di governo/amministrazione da un lato e, dall'altro, l'obiettivo di attribuire alle Regioni una sufficiente sfera di autonomia. Le Regioni, pur pienamente responsabilizzate sull'equilibrio di bilancio e sull'implementazione dei Lea, non potranno ovviamente rimanere insindacabili nel loro operato, ma dovranno darne conto presentando Piani Sanitari pluriennali da vagliare e approvare in Conferenza Unificata, e sulla cui base potranno anche rendersi necessarie *policy guideline* anche a carattere cogente. È la "prova generale" di quanto dovrebbe avvenire nel nascento Senato Federale, con l'approvazione di Programmi di Stabilità regionali (il nuovo ruolo dei Dpef regionali?), il vaglio anno per anno della loro implementazione, e la possibilità di decadenza dalle funzioni per i rappresentanti politici e gli amministratori delle Regioni inadempienti. Lungo questa strada il dibattito si deve concretizzare in tempi stretti.

⁵ Come più diffusamente argomentato in altri lavori CeRM, si ritiene che per le infrastrutturazioni sanitarie sia necessario un percorso transitorio di perequazione *ad hoc*, in aggiunta alla transizione verso l'applicazione delle nuove regole di ripartizione delle risorse correnti. Dopodiché le risorse anno per anno dedicate alla sanità su scala nazionale (il Fsn), e ripartite tra le Regioni, dovrebbero riguardare indistintamente la spesa corrente e quella in conto capitale.

Sovraspesa e *deficit* di qualità nei Sistemi sanitari regionali

- benchmarking sulle 5 Regioni più virtuose -



Sovraspesa dei Ssr rispetto alle risorse giustificate dalla qualità offerta

- benchmarking tramite modello econometrico panel-

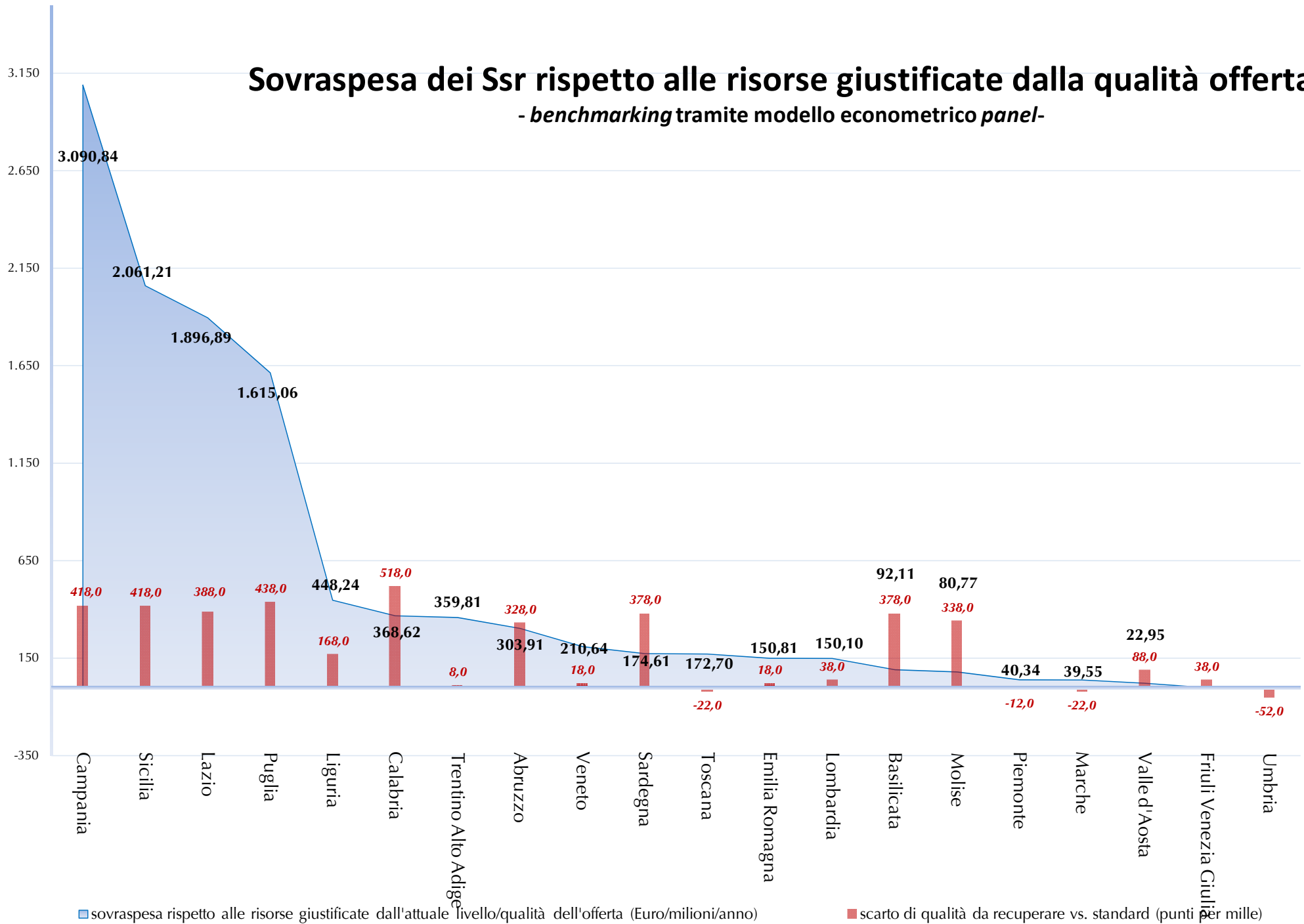


Tavola riassuntiva

Regioni / mln Euro / anno	correzione di spesa per adeguarsi, sia nei costi che nella qualità, al <i>benchmark</i> delle 5 Regioni più virtuose	correzione di spesa per offrire, in modalità efficiente, prestazioni con il livello di qualità che attualmente contraddistingue le singole Regioni	scarto di qualità da recuperare vs. <i>standard</i> (punti per mille) - lo <i>standard</i> è dato dalla media delle 5 Regioni più virtuose
Campania	1.593,96	3.090,84	418
Puglia	735,08	1.615,06	438
Trentino Alto Adige	574,86	359,81	8
Sicilia	535,35	2.061,21	418
Lazio	429,20	1.896,89	388
Prov. Aut. Bolzano	359,23		8
Calabria	301,66	368,62	518
Sardegna	261,52	174,61	378
Prov. Aut. Trento	215,63		8
Piemonte	142,34	40,34	-12
Friuli Venezia Giulia	66,79	0,00	38
Basilicata	53,70	92,11	378
Valle d'Aosta	44,29	22,95	88
Abruzzo	8,20	303,91	328
Lombardia	0,00	150,10	38
Veneto	0,00	210,64	18
Umbria	0,00	0,00	-52
Toscana	0,00	172,70	-22
Emilia Romagna	0,00	150,81	18
Molise	-9,70	80,77	338
Marche	-94,90	39,55	-22
Liguria	-303,74	448,24	168
ITALIA	4.338,61	11.279,16	176,64

©® CeRM 2010

E-mail: cermlab@cermlab.it
Web: www.cermlab.it