

CERM

competitività regole mercati

Fabio Pammolli
Nicola C. Salerno

I NUMERI DEL FEDERALISMO IN SANITÀ

-

Benchmarking e Standard su profili di spesa sanitaria per età



edizioni fondazione cerm

Published by **Fondazione Cerm**

www.cermlab.it

ISBN 978-88-3289-021-1

SOMMARIO

INTRODUZIONE E FINALITÀ

SCELTA DEL *BENCHMARK*

ALGORITMO DI *STANDARDIZZAZIONE*

RISULTATI

RIEPILOGO E CONCLUSIONI

Sommario

1. Questo *Working Paper* (Wp) porta un esempio di criterio di ripartizione del Fsn tra le Regioni. Il criterio rimane coerente, in termini generali, con le indicazioni contenute nel “Decreto legislativo in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”.
2. La scelta della regola di riparto operata dal Decreto appare conservativa rispetto agli equilibri raggiunti nel Patto per la Salute. Il Wp si propone di illustrare gli effetti di una modalità di fissazione del *benchmark* e di una regola di riparto in parte diverse rispetto a quelle richiamate dal Decreto, illustrando gli effetti distributivi che da tali ipotesi discenderebbero. Naturalmente, il Wp sviluppa una tra le ipotesi possibili, insistendo sulla definizione di *standard* di spesa basati su variabili demografiche (ripartizione della popolazione per fasce di età e livelli di spesa *pro-capite*). Indipendentemente dalla convergenza di opinioni sul criterio adottato, l’esercizio svolto consente di richiamare i requisiti di semplicità, di trasparenza e di stabilità nel tempo degli indicatori da adottare.
3. Per determinare gli *standard* di spesa sanitaria si selezionano le Regioni che, nel corso degli ultimi anni, hanno rispettato la programmazione realizzando condizioni di sostanziale equilibrio di bilancio e, inoltre, hanno erogato prestazioni di qualità, testimoniate da rilevazioni e riflesse da un saldo attivo dei flussi di mobilità. Queste Regioni sono assunte come *benchmark*: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto.
4. Per le Regioni *benchmark* è possibile calcolare i profili di spesa *pro-capite* per fascia di età e i rapporti tra fabbisogni di spesa *pro-capite* di persone appartenenti alle diverse fasce di età.
5. I rapporti tra fabbisogni consentono di costruire il sistema di ponderazione della popolazione residente necessario per la ripartizione del Fsn.
6. I profili assoluti di spesa *pro-capite* delle Regioni *benchmark* sono applicati alla struttura demografica di tutte le Regioni, per calcolare la spesa *standard* e confrontarla con la spesa contabile a consuntivo.

7. Per data programmazione di medio periodo delle risorse dedicate alla sanità, una regola chiara e stabile di ripartizione del Fsn tra le Regioni da un lato e, dall'altro, una cognizione dei *gap* di partenza, sono gli elementi necessari per fissare i termini di discussione sul periodo di transizione e sul funzionamento di un fondo *ad hoc* per la perequazione infrastrutturale, anch'esso parte integrante della transizione.

1. Introduzione e finalità

Il Consiglio dei Ministri ha licenziato il “Decreto legislativo in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario” (nel prosieguo, il “decreto”).

Nella *Short Note n. 9-2010* (“Sn”) si è proposta una lettura del primo schema di decreto nella parte riguardante la sanità, con in evidenza gli aspetti positivi e gli snodi che ancora richiederebbero uno sforzo di chiarificazione e sistemazione¹.

Questo *Working Paper* (“Wp”) porta un esempio di un criterio di ripartizione tra le Regioni delle risorse dedicate ai Lea sanitari a livello Paese. Il criterio che si illustra è coerente con le indicazioni generali contenute nel decreto. In alcuni passaggi il criterio proposto nel Wp si discosta dal testo del decreto, recependo alcuni dei contenuti della *Sn n. 9-2010*.

2. Scelta del benchmark

Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto si contraddistinguono per:

- aver mantenuto, nella media degli ultimi anni, un sostanziale equilibrio tra le risorse dedicate al Sistema Sanitario regionale (Ssr) sulla base del programma di finanziamento, di cui alla Tavola SA.5 di Rgsep², e la spesa registrata a consuntivo, di cui alla Tavola SA.4 di Rgsep;

¹ Cfr. <http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=60>.

² Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese.

- erogare prestazioni di qualità (relativa, rispetto alle altre Regioni) elevata, come testimoniato sia dall'indicatore sintetico costruito da CeRM³, sia dai flussi di mobilità sanitaria in entrata, sia dal sistema "dei bersagli" messo a punto dal Ministero della Salute in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa⁴.

In particolare, il verificarsi delle due condizioni permette di sostenere che, per queste Regioni, il finanziamento a programma è rimasto sostanzialmente allineato al fabbisogno registrato *ex-post*, in un equilibrio economico sostenibile, in cui sono state erogate prestazioni di qualità adeguata (rispetto agli *standard* nazionali).

La spesa a consuntivo riportata alla Tavola SA.4 ha, quasi integralmente, natura Lea. A oggi, il perimetro dei Lea è di fatto onnicomprensivo, almeno su di un piano formale e di principio (salvo poi scontrarsi con "colli di bottiglia" e razionamenti non dichiarati, sia sulla quantità che sulla qualità).

Ai fini della *standardizzazione* si ritiene corretto considerare la spesa per intero, senza distinguere tra quote coperte con entrate di natura diversa (riparto Fsn, risorse proprie "incardinate", risorse proprie ulteriori, compartecipazioni dei cittadini). È questo un punto di differenza rispetto al testo del decreto. Proprio perché la *standardizzazione* è effettuata a partire dalle Regioni "migliori", allora sembra preferibile inizializzare il processo di *standardizzazione* concentrandosi sul lato della spesa. Infatti, nella misura in cui la spesa è Lea ed è considerata efficiente⁵, essa esprime la presenza di un fabbisogno Lea che, per dettato costituzionale, deve trovare integrale finanziamento.

Rispetto alle ipotesi che circolano nel dibattito, di allargare il gruppo *benchmark* anche a qualche Regione in disavanzo (come la Basilicata o addirittura il Lazio), la soluzione di considerare *in toto* la spesa Lea delle Regioni "migliori" appare in grado di perseguire le stessa finalità, ovvero quella

³ Cfr. "[La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatola nera" delle differenze regionali](#)". In particolare dalla pag. 27 in poi.

⁴ Cfr. http://www.salute.gov.it/resources/usabile/documenti_nuovo_portale/primoPiano/ConferenzaStampa21aprile2010.pdf.

⁵ È effettuata da Regioni assunte come *benchmark*.

di non rischiare di trascurare porzioni di fabbisogno effettivo, nel contempo rimanendo metodologicamente più corretta e coerente.

3. Algoritmo di *standardizzazione*

Per le 5 Regioni *benchmark* si calcolano, utilizzando dati sanitari disaggregati a livello regionale, i profili di spesa *pro-capite* per fascia di età (21fasce di età di 5 anni ciascuna) e per tre capitoli distinti, la diagnostica-specialistica (circa 4,1 miliardi di Euro a livello Paese nel 2009), la farmaceutica territoriale (circa 11miliardi) e la assistenza ospedaliera (circa 25,1 miliardi senza considerare la mobilità verso Bambin Gesù e Smom⁶).

Ai fini del calcolo dei profili, i dati di spesa sono portati al netto della mobilità interregionale e della mobilità verso il Bambin Gesù e lo Smom.

È possibile calcolare la spesa *pro-capite* per fascia di età e per capitolo di spesa, facendo riferimento ai più recenti dati demografici Istat, quelli del 2009⁷. Nelle pagine successive si allegano alcuni esempi delle statistiche derivabili dalla base dati⁸:

- i profili del numero di prestazioni (i volumi) *pro-capite* per età;
- i profili della spesa *pro-capite* per età;
- le funzioni di ripartizione dei volumi e della spesa;
- le proporzioni tra volumi e spesa di una fascia di età di riferimento, 65-69, e quelli delle altre fasce;
- la pesatura della popolazione residente utilizzando come pesi di ponderazione le proporzioni *inter-fascia* della spesa *pro-capite*.

⁶A queste spese si aggiungono: circa 163 milioni di Euro di mobilità verso il Bambin Gesù, circa 33,4 di mobilità verso lo Smom, e circa 70,4 miliardi di Euro (la posta più consistente) della voce onnicomprensiva delle spese di amministrazione e gestione (accantonamenti tipici, personale, beni, servizi, interessi passivi, imposte, altro). La mobilità interregionale ha, ovviamente, saldo nullo nell'aggregato.

⁷ Ultimi dati di fonte Istat (<http://demo.istat.it/>).

⁸ In "Esempi di statistiche di base per Regione".

Poiché i dati di spesa regionalizzati si riferiscono ad anni precedenti il 2009 (in alcuni casi al 2007, in altri al 2008), la spesa *pro-capite* per fascia di età è ricalibrata sui dati di spesa aggregati del 2009 riportati nella Tavola SA.4 di Rgsep. La ricalibrazione avviene risolvendo, Regione per Regione, l'equazione che eguaglia al dato aggregato di spesa la sommatoria delle spese *pro-capite* per fascia di età moltiplicate per le teste presenti in ciascuna fascia. In questa equazione la spesa *pro-capite* di ogni fascia è espressa come spesa *pro-capite* della fascia di età 65-69 (l'incognita dell'equazione) moltiplicata per il rapporto *inter-fascia* della spesa *pro-capite*. I profili ricalibrati si discostano marginalmente da quelli calcolati direttamente sulla base dati⁹, e forniscono la garanzia assoluta della "quadratura" contabile (la ricostruzione della spesa a partire dai dati *pro-capite* rispecchia necessariamente l'aggregato macroeconomico).

La media, sulle 5 Regioni *benchmark*, dei valori di spesa *pro-capite* per fascia di età è assunta come valore *standardizzato* del fabbisogno sanitario *pro-capite* per quella stessa fascia di età. Il fabbisogno *standardizzato* è infine applicato alla struttura demografica delle altre Regioni al 2009, per ottenerne il fabbisogno *standardizzato* aggregato, prima per capitolo di spesa (diagnostica-specialistica, farmaceutica territoriale, assistenza ospedaliera) e poi complessivo (Ssr).

Ai fini della costruzione dei profili di spesa per età:

- la spesa considerata è comprensiva della voce relativa agli ammortamenti (gli ammortamenti non sono depurati)
- tutte le spese di amministrazione e gestione¹⁰ (accantonamenti tipici¹¹, personale, beni, servizi, interessi passivi, imposte, altro) sono ripartite per fasce di età secondo la stessa ponderazione desumibile dal profilo per età della spesa in assistenza ospedaliera;
- la stessa soluzione si adotta per attribuire i saldi di spesa connessi alla mobilità (interregionale e verso Bambin Gesù e Smom).

Emerge, qui, una differenza rispetto al decreto, nel quale gli ammortamenti vengono depurati. Vi sono forti dubbi sulla possibilità di dare separata evidenza degli ammortamenti (la contabilità del

⁹ La verifica della ricalibrazione risulterà non necessaria quando si disporrà di una base dati omogenea e aggiornata all'ultimo anno contabile chiuso.

¹⁰ Ovvero, diverse da quelle classificate nei tre macrocapitoli espressamente considerati (diagnostica-specialistica, farmaceutica territoriale, assistenza ospedaliera). La somma dei tre macrocapitoli e delle spese di amministrazione e gestione

¹¹ Categoria che dovrebbe ricomprendere gli ammortamenti.

Ssn e dei Ssr non è, oggi, pronta). In secondo luogo, gli ammortamenti sono parte delle spese di funzionamento, e risponde ad una logica corretta (una logica federalista e di sussidiarietà) responsabilizzare le Regioni anche sulle scelte riguardanti i nuovi investimenti, sulla programmazione delle risorse necessarie a rinnovare lo *stock* di capitale fisico installato, e sull'organizzazione della manutenzione.

Per quanto riguarda, invece, la scelta di attribuire le spese di amministrazione e gestione (ammortamenti inclusi) e le spese connesse alla mobilità secondo gli stessi pesi con cui la spesa ospedaliera si distribuisce per età¹², si possono individuare tre ragioni:

- quella per l'assistenza ospedaliera è la voce di spesa più consistente (fatta eccezione per la stessa amministrazione e gestione¹³) e per ciò meno alterabile nella profilo di spesa *pro-capite* per età dopo l'unione ad altre poste di spesa;
- il dimensionamento infrastrutturale, sia in capitale fisico che in capitale umano, dovrebbe¹⁴ essere scelto in considerazione della domanda potenziale, e quest'ultima dipende, a sua volta, dalla composizione per età della popolazione residente¹⁵;
- è plausibile che la domanda potenziale di infrastrutturazione si distribuisca per età secondo le stesse proporzioni con cui si distribuisce la spesa per assistenza ospedaliera, che contempla le prestazioni erogate direttamente (e, nella maggior parte dei casi, esclusivamente) nelle strutture ospedaliere, attraverso apparecchiature specialistiche.

¹² Di fatto, sul piano dello svolgimento del *benchmarking*, questa soluzione implica che le spese di amministrazione e gestione e la spesa per la mobilità vengano accorpate alla spesa per l'assistenza ospedaliera ai fini della stima del profilo di spesa *pro-capite* per età.

¹³ Nel 2009, il totale nazionale delle spese di amministrazione e gestione è ammontato a circa 70,4 miliardi di Euro.

¹⁴ *Ex-ante* e in una prospettiva di programmazione ottimale.

¹⁵ Si guardino, per esempio, i dati presentati alla fine del Wp sulla spesa per il personale dipendente dei Ssr e sul numero dei dipendenti delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. La variabilità interregionale è ampia, e probabilmente lo apparirebbe ancor di più se l'analisi fosse estesa ai dipendenti di laboratori di analisi e di prestazioni diagnostiche-specialistiche (diversi dalle strutture ospedaliere).

4. Risultati

L'analisi svolta offre due risultati: **(a)** un criterio di pesatura per suddividere tra le Regioni le risorse dedicate al finanziamento dei Lea sanitari (per applicare la quota capitaria ponderata secondo regole codificate e stabili); e **(b)** i profili di spesa *pro-capite* per fascia di età e in Euro assoluti, per confrontare la spesa contabile a consuntivo del 2009 con quello che avrebbe dovuto essere il suo livello efficiente.

(a) La pesatura per il riparto del Fsn

Il primo risultato dell'analisi è rappresentato dalle proporzioni tra valori di spesa *pro-capite* tra fasce di età (con fascia di riferimento quella 65-69). Questi rapporti, che possono essere calcolati sia a livello di macrocapitolo di spesa che a livello di spesa complessiva, sono quanto è necessario per suddividere tra Regioni il totale delle risorse che si sceglie di dedicare alla sanità Lea su scala Paese (il Fsn), applicando un criterio di quota capitaria ponderata. Il valore medio (sulle Regioni *benchmark*) di questi rapporti definisce un vettore di ponderazione da utilizzare:

- per calcolare le risorse dedicabili al singolo componente di ogni fascia di età (il fabbisogno *pro-capite* finanziabile);
- e per calcolare la parte del totale delle risorse che il Paese dedica alla sanità Lea (o al macrocapitolo di prestazioni Lea) spettante a ciascuna Regione, come sommatoria dei prodotti, per ogni fascia di età, tra il fabbisogno finanziabile *pro-capite* per fascia di età (valore uniforme su tutto il territorio nazionale) e la popolosità della stessa fascia di età all'interno della Regione (valore specifico della Regione).

Emergono altre due differenze rispetto al decreto. In primo luogo, come spesa *pro-capite standard* per fascia di età, questo Wp adotta la media non ponderata delle spese *pro-capite* delle Regioni *benchmark*. Il decreto, al comma 6 dell'articolo 22, recita: “[...]Il valore di costo *standard* è dato,

per ciascun [... macrolivello di assistenza erogato] in condizioni di efficienza e appropriatezza, dalla media *pro-capite* pesata del costo registrato dalle Regioni *benchmark* [...]"¹⁶.

Se ciascuna delle Regioni prese a riferimento ha una valenza *benchmark*, una ponderazione interna al *benchmark* non appare appropriata. Meglio sarebbe far divenire più stringenti *ex-ante* i criteri di individuazione del *benchmark*. Vi è il rischio che la scelta sulla ponderazione tra Regioni *benchmark* possa prestarsi a essere un ambito di contrattazione politica, sia all'inizio, in fase di avvio, che alle varie scadenze di revisione dei parametri del sistema di finanziamento federalista. L'algoritmo proposto in questo Wp risolve il problema, optando per una media aritmetica dei valori *pro-capite* di spesa per fascia di età.

La seconda differenza riguarda la pesatura della popolazione cui applicare gli *standard* di spesa, secondo la lettera e), comma 6, articolo 22. Il decreto rimanda ai pesi per fasce di età in vigore nei due anni precedenti l'esercizio di riferimento¹⁷. L'algoritmo descritto nel Wp definisce invece i parametri di ponderazione derivandoli dai rapporti di spesa *pro-capite* per fasce di età rilevabili nelle Regioni *benchmark*. Trattandosi di Regioni efficienti e adeguate nell'offerta, i rapporti di spesa possono esser assunti come rapporti di fabbisogno.

Si sottolinea, proprio a tale proposito, che adottare come *benchmark* i rapporti tra valori medi di spesa/fabbisogno per fascia di età emergenti nelle Regioni *benchmark* non implica, come potrebbe apparire a prima vista, forzare le altre Regioni uniformarsi a uno stesso modello/*mix* di prestazioni. I rapporti di fabbisogno per fasce di età esprimono la diversa esigenza di risorse finanziarie per coprire le prestazioni mediamente richieste dal componente la singola fascia di età. Queste risorse finanziarie possono, a seconda delle scelte compiute dalla Regione, sostenere modelli di offerta diversi (anche con riguardo all'integrazione di Lea e Lep), purché efficienti nei costi ed efficaci rispetto ai bisogni.

¹⁶ È questo un passaggio non univocamente comprensibile dell'articolato. Sul punto, per esempio, si legga il recente commento di G. Pisauro "Retorica e realtà nella determinazione dei fabbisogni standard" (disponibile su http://www.nelmerito.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1179&Itemid=1). Oppure il commento di V. Mapelli "Se il costo standard diventa inutile" (disponibile su <http://www.lavoce.info/articoli/sanita/pagina1001941.html>).

¹⁷ Con ciò viene, di fatto, elusa la definizione esplicita delle regole valide a regime.

Sempre a proposito della pesatura della popolazione, il decreto approvato in Consiglio dei Ministri prevede, diversamente da una formulazione precedente, che i criteri di pesatura “[siano] fissati mediante intesa in Conferenza Stato-Regioni, [e tengano] conto anche di indicatori relativi a particolari situazioni territoriali, ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari [...]”.

In questo Wp si propone, come si è detto, l’estensione, su tutto il territorio nazionale della spesa *pro-capite* per fascia di età rilevabile nella media delle Regioni *benchmark* e, di conseguenza, l’adozione della pesatura implicita nei rapporti di spesa/fabbisogno tra fasce di età. Non compaiono, nell’algoritmo proposto, altre variabili socio-economiche rispetto a cui pesare la popolazione.

Si ritiene che approcci alla pesatura che tentino maggiori microfondazioni, chiamando in causa altre variabili diverse dal fabbisogno soddisfatto nelle Regioni *benchmark*, finiscano con lo scontrarsi con problemi che li espongono a opinabilità: è così, per esempio, per le possibili endogenità delle variabili di riferimento; oppure per la scelta del numero delle stesse variabili, che può apparire a seconda dei casi troppo ampia o troppo stretta; o, ancora, per il fatto che l’impatto di variabili socio-economiche territoriali può arrivare a compensarsi nei confronti tra macroaree, o seguire, in luogo della “canonica” distinzione Nord-Centro-Sud, quella tra aree metropolitane e aree di provincia, oppure tra aree ad elevato e aree a basso costo della vita.

Si preferisce, per quest’ordine di considerazioni, l’applicazione di una regola la più semplice possibile, al riparo da fraintendimenti politici, aggiornabile nei valori dei parametri secondo procedure rapide coerenti con i tempi dei documenti di finanza pubblica, e che già ingloba, comunque, un meccanismo di redistribuzione di risorse che non va sottovalutato. Riconoscere una medesima disponibilità di risorse Lea per ciascun componente ogni fascia di età, dappertutto sul territorio nazionale, significa perseguire un chiaro obiettivo equitativo.

Piuttosto che tentare di rafforzare questa funzione equitativa complicando la regola di *standardizzazione* e di riparto, appare più corretto rendere efficaci altri canali di redistribuzione oggi trascurati: un percorso *ad hoc* di perequazione infrastrutturale che alla fine metta nella disponibilità delle Regioni strutture e strumenti omogenei per perseguire i livelli essenziali delle

prestazioni sul loro territorio¹⁸; e la valorizzazione delle Regioni come livello di governo che, più vicino ai cittadini, possa declinare le scelte di universalismo selettivo, con una capacità di *targeting* dei flussi redistributivi che è uno dei tasselli più importanti che manca alla sanità e al *welfare system* italiano¹⁹.

(b) I profili di spesa *pro-capite* per fasce di età

Il secondo risultato dell'analisi è rappresentato dai profili di spesa *pro-capite* per fascia di età (Euro assoluti), sia per le Regioni *benchmark* che per le altre. Diviene possibile rispondere alla domanda: che cosa sarebbe accaduto se, nel 2009, tutte le Regioni avessero avuto spese *pro-capite* per fasce di età allineate alle medie delle spese *pro-capite* per fasce di età delle Regioni *benchmark*?

Questo esercizio può essere svolto sia per singola macrovoce di spesa (diagnostica-specialistica, farmaceutica territoriale, assistenza ospedaliera comprensiva delle spese di amministrazione e gestione), sia per il complesso della spesa sanitaria (con la spesa *pro-capite* complessiva per fascia di età data dalla somma del *pro-capite* per età delle macrovoci). Si preferisce questa seconda strada, per le ragioni seguenti.

È utile, finché la base dati lo permette, costruire profili per età per i principali capitoli di spesa. Si ampliano le possibilità di confrontare le realtà regionali alla ricerca di virtuosità e malfunzionamenti, o di mettere a fuoco effetti di eventuali interventi di *policy*, o di rinvenire conferme sulle valutazioni complessive dei Ssr. Tuttavia, la graduatoria finale non può essere che aggregata, non può non svolgersi sul totale del fabbisogno regionale *standardizzato* a confronto con il totale della spesa regionale registrata a consuntivo. Le prestazioni sanitarie costituiscono, infatti, un sistema integrato in cui, a seconda delle caratteristiche espresse dal territorio e delle richieste dei cittadini, medesimi obiettivi possono essere perseguiti con *mix* diversi di offerta, oltretutto influenzabili anche dall'offerta che Regioni, Province e Comuni attivano nell'ambito delle prestazioni sociali e socio-sanitarie.

¹⁸ Un programma di investimenti su scala nazionale, e a regia centralizzata, che "cambi il volto" dei Ssr più arretrati.

¹⁹ Coerentemente con il principio di sussidiarietà.

Lo Scenario 1 (tavola e relativo grafico) riporta i risultati dell'applicazione alla demografia delle varie Regioni dei valori medi di spesa sanitaria *pro-capite* per fasce di età calcolati sulle Regioni *benchmark*. Anche per le Regioni *benchmark* si segnalano i valori teorici del confronto tra spesa contabile a consuntivo e fabbisogno *standardizzato*. Le Regioni che, dopo la *standardizzazione*, fanno registrare una spesa a consuntivo 2009 superiore al fabbisogno *standardizzato*, sono quelle che dovrebbero sostenere azioni correttive (di razionalizzazione, efficientamento, responsabilizzazione degli operatori di settore, etc.).

La Regione che fa registrare lo scostamento assoluto maggiore è il Lazio, oltre 1,5 miliardi di Euro, pari al 14% della spesa contabilizzata nel 2009. Segue la Campania, che dovrebbe operare una riduzione di quasi 1,5 miliardi di Euro, equivalenti a circa il 14% del consuntivo 2009. Quindi la Puglia, 653 milioni di sovrappeso, per l'8,9% del consuntivo; la Sicilia, circa 390 milioni di Euro, per il 4,5%; la Calabria, 354 milioni di Euro, per il 9,5%. Riduzioni percentuali significative dovrebbero operare anche il Molise, 9,3% e circa 60 milioni di Euro, la Sardegna, 8,5% e circa 264 milioni di Euro, e la Basilicata, circa 5,8% e 63 milioni di Euro. Il Piemonte dovrebbe correggere del 3,6% che, data l'ampiezza della Regione, equivale a più di 300 milioni di Euro. Scostamenti percentuali a doppia cifra per la Valle d'Aosta e le due Province Autonome di Bolzano e Trento: circa 21% e 59 milioni per la prima, oltre 27% e quasi 300 milioni per Bolzano, e oltre 16% e 176 milioni per Trento. A livello Paese, se tutte le Regioni avessero condiviso gli *standard* di efficienza, le risorse assorbite nel 2009 sarebbero state inferiori di circa il 5,3%, passando da poco più di 110,8 miliardi di Euro a poco meno di 105 (si sarebbero liberate risorse per circa 5,8 miliardi di Euro).

Per apprezzare appieno il significato delle correzioni di spesa, si sottolinea che, per costruzione, la spesa *standardizzata* è quella che ogni Regione dovrebbe sostenere per offrire in modalità efficiente prestazioni dello stesso livello qualitativo di quelle offerte dalle Regioni *benchmark*²⁰.

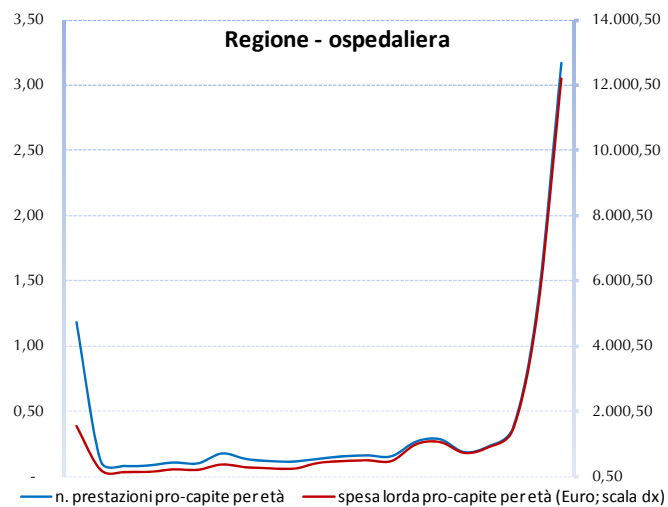
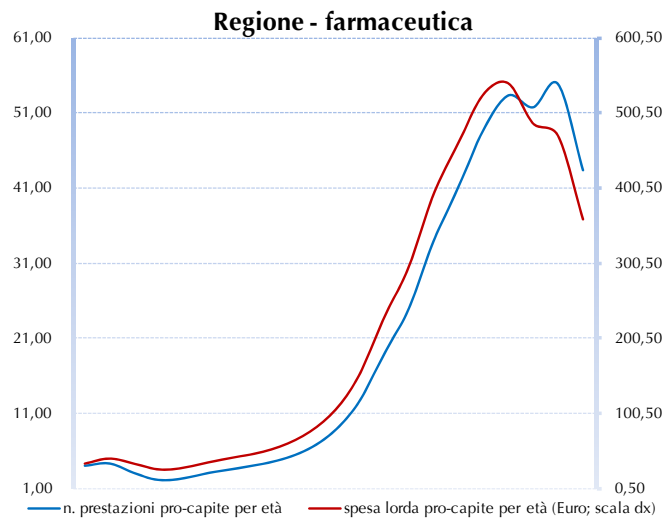
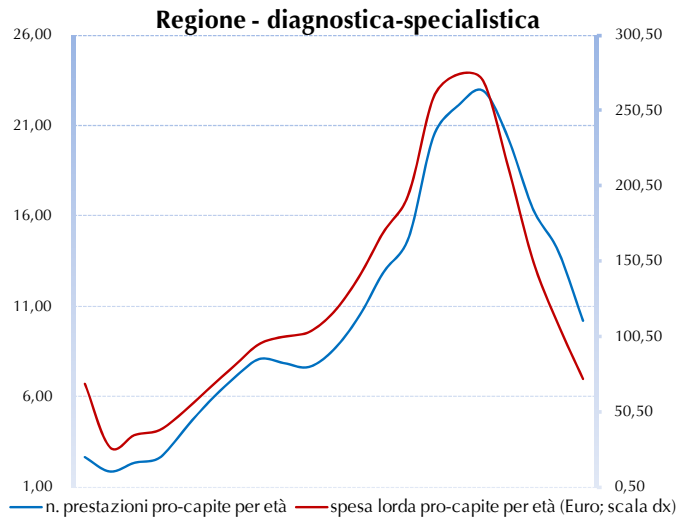
Lo Scenario 1/a (tavola e relativo grafico) replica lo Scenario 1 con un'unica variante: per le Regioni utilizzate come *benchmark* e per quelle che, dopo la *standardizzazione*, riceverebbero risorse superiori a quelle di consuntivo contabile, si adotta direttamente la spesa di consuntivo

²⁰ Con la spesa *pro-capite benchmark* per fascia di età si dovrebbero erogare prestazioni dello stesso livello qualitativo raggiunto dalle Regioni *benchmark*.

contabile come fabbisogno aggregato *standardizzato*. Queste Regioni sono: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana Veneto, Umbria, Marche. Sul piano metodologico, infatti, si può accettare la scelta che le Regioni adottate come *benchmark* o assimilabili al *benchmark*, che già realizzano le condizioni di efficienza e qualità, non debbano compiere azioni correttive. A livello Paese, il *gap* di efficienza rispetto alle Regioni *benchmark* corrisponde a un valore di poco più di 5 miliardi di Euro.

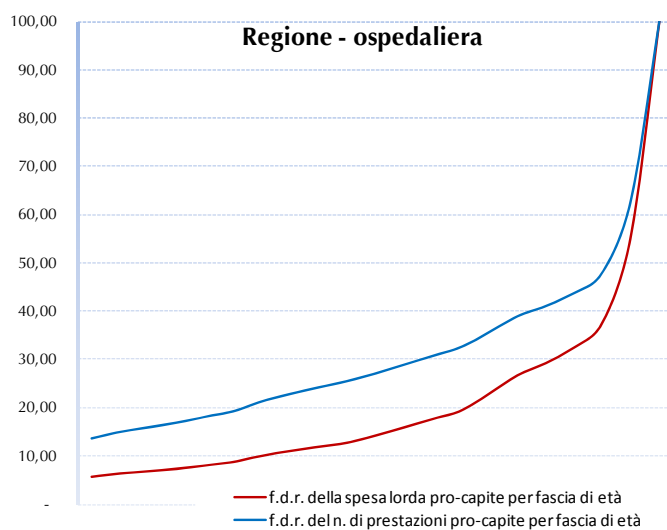
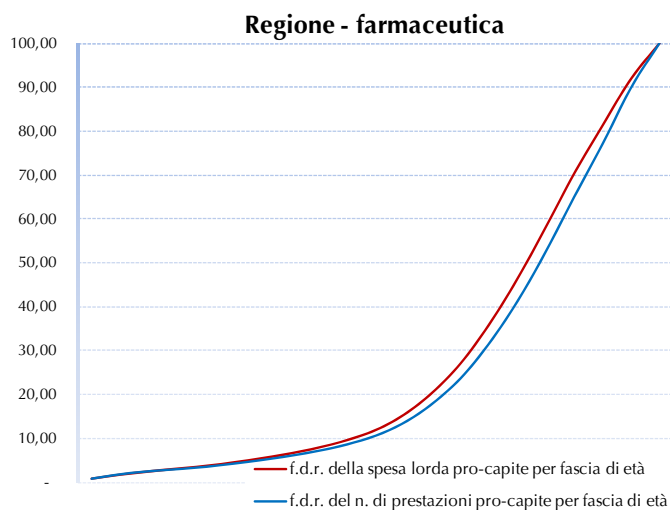
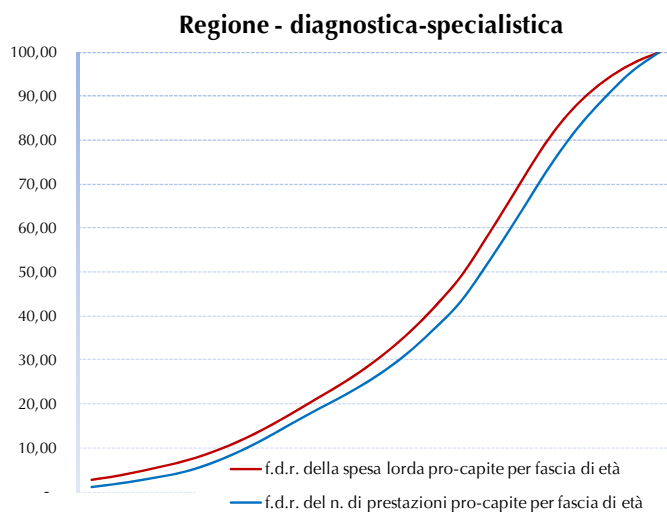
Lo Scenario 2 e lo Scenario 3, assieme alle loro varianti 2/a e 3/a, replicano le simulazioni adottando, come Regioni *benchmark*, non tutte le 5 già utilizzate ma, rispettivamente: Emilia Romagna e Umbria per lo Scenario 2, e Emilia Romagna, Umbria e Lombardia per lo Scenario 3. Restringendo il numero delle Regioni, il *benchmark* diviene più stringente e, corrispondentemente, maggiore la quantificazione dei *gap* di efficienza.

::: Esempi di statistiche di base per Regione :::



fonte: elaborazioni CeRM-2010

∴ Esempi di statistiche di base per Regione ∴



fonte: elaborazioni CeRM-2010

::: Esempi di statistiche di base per Regione :::
spesa ospedaliera *pro-capite* per fascia di età; fascia di età 65-69 = 1

	EMILIA ROMAGNA		LOMBARDIA		TOSCANA		VENETO		UMBRIA	
	65-69 = 100		65-69 = 100		65-69 = 100		65-69 = 100		65-69 = 100	
	<i>pro-capite</i> per fascia di età		<i>pro-capite</i> per fascia di età		<i>pro-capite</i> per fascia di età		<i>pro-capite</i> per fascia di età		<i>pro-capite</i> per fascia di età	
	prestazioni	spesa lorda	prestazioni	spesa lorda	prestazioni	spesa lorda	prestazioni	spesa lorda	prestazioni	spesa lorda
< 1	377,10%	126,80%	351,94%	144,57%	444,99%	157,37%	385,44%	137,82%	396,19%	146,29%
1 - 4	34,52%	15,41%	35,66%	15,45%	44,05%	19,54%	33,24%	16,69%	37,06%	13,44%
5 - 9	22,46%	10,36%	22,38%	9,80%	30,11%	12,88%	19,59%	10,29%	24,81%	9,02%
10 - 14	24,36%	11,24%	23,76%	10,41%	31,51%	13,48%	20,36%	10,69%	25,37%	9,22%
15 - 19	35,39%	20,68%	31,11%	17,96%	39,78%	21,11%	29,40%	18,55%	39,48%	22,95%
20 - 24	33,47%	19,56%	29,63%	17,10%	37,12%	19,70%	28,04%	17,69%	35,29%	20,52%
25 - 29	63,30%	37,99%	56,65%	34,46%	65,91%	36,64%	57,34%	35,60%	58,80%	34,65%
30 - 34	45,99%	27,60%	42,40%	25,79%	49,77%	27,67%	43,97%	27,29%	48,33%	28,48%
35 - 39	40,52%	24,32%	37,17%	22,61%	43,62%	24,25%	38,56%	23,93%	44,52%	26,24%
40 - 44	40,41%	24,25%	36,04%	21,92%	42,43%	23,59%	37,23%	23,11%	43,43%	25,59%
45 - 49	48,03%	41,74%	46,48%	39,56%	50,95%	41,84%	46,95%	40,45%	48,66%	39,87%
50 - 54	54,76%	47,58%	53,90%	45,88%	57,25%	47,02%	55,07%	47,45%	54,48%	44,65%
55 - 59	59,50%	51,71%	56,86%	48,40%	60,40%	49,60%	59,56%	51,31%	56,84%	46,58%
60 - 64	59,50%	51,71%	58,59%	49,87%	57,92%	47,56%	61,90%	53,33%	58,33%	47,80%
65 - 69	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
70 - 74	105,29%	105,29%	112,53%	112,53%	107,03%	107,03%	115,50%	115,50%	104,98%	104,98%
75 - 79	71,64%	70,92%	58,90%	62,61%	69,64%	72,89%	72,61%	74,83%	64,04%	66,30%
80 - 84	89,97%	89,06%	82,75%	87,98%	86,89%	90,93%	92,83%	95,67%	79,63%	82,44%
85 - 89	143,93%	142,48%	146,67%	155,93%	139,52%	146,02%	158,63%	163,48%	130,13%	134,72%
90 - 94	467,26%	462,56%	484,99%	515,59%	484,68%	507,24%	531,39%	547,64%	453,56%	469,55%
95 +	1143%	1131%	1205%	1281%	1194%	1250%	1275%	1314%	1261%	1305%

fonte: elaborazioni CeRM-2010

::: Esempi di statistiche di base per Regione :::
popolazione cruda e popolazione pesata con i pesi della spesa farmaceutica territoriale (extra Drg ospedalieri)

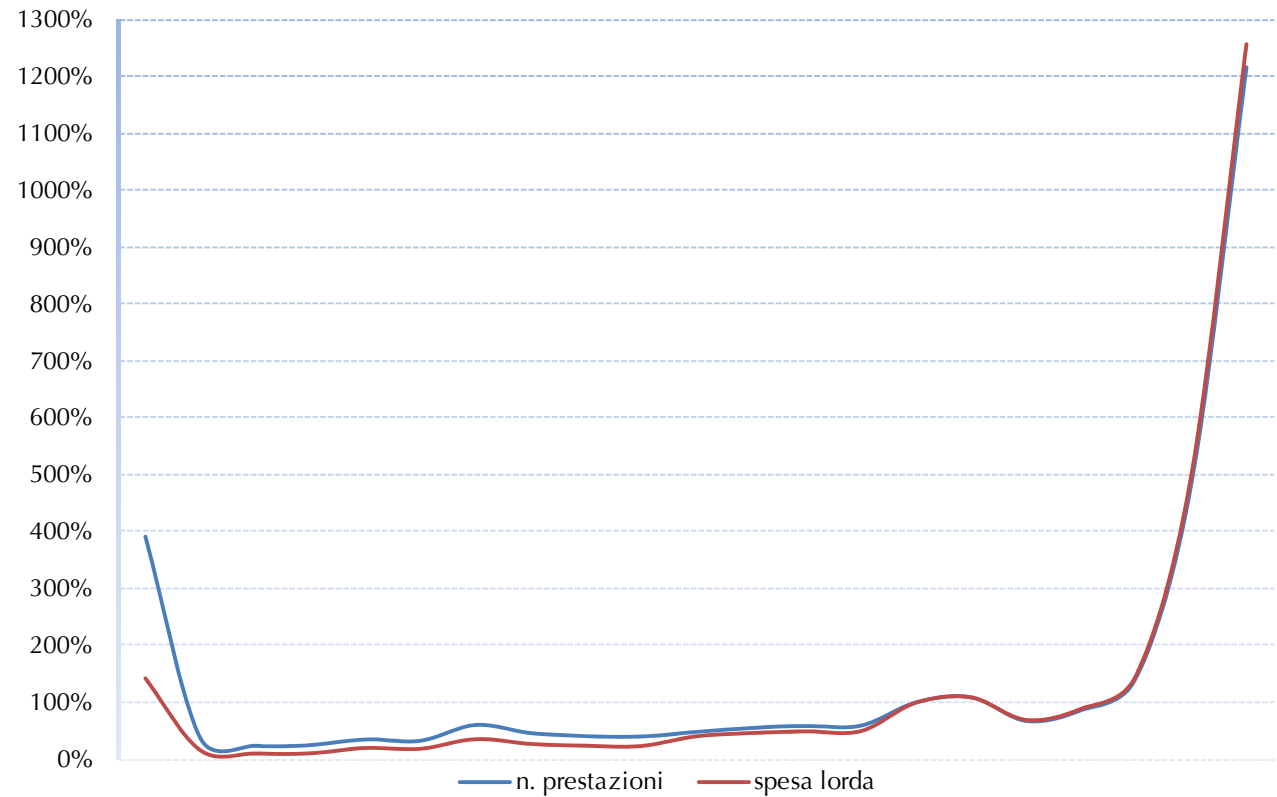
	EMILIA ROMAGNA	LOMBARDIA	VENETO	UMBRIA		EMILIA ROMAGNA	LOMBARDIA	VENETO	UMBRIA
	POP	POP	POP	POP		POP PESATA	POP PESATA	POP PESATA	POP PESATA
< 1	41.284	97.540	48.214	8.188	< 1	3.566	32.024	3.723	492
1 - 4	161.023	382.745	190.732	31.740	1 - 4	16.655	52.200	14.264	2.915
5 - 9	188.304	455.252	230.001	37.433	5 - 9	16.139	62.543	16.237	2.818
10 - 14	173.643	428.752	221.302	36.598	10 - 14	11.485	68.199	14.611	1.977
15 - 19	174.036	428.849	221.888	39.067	15 - 19	12.680	64.763	16.824	2.469
20 - 24	184.038	450.272	232.708	43.706	20 - 24	16.809	64.426	20.591	3.407
25 - 29	234.988	547.111	278.508	52.204	25 - 29	25.289	83.574	28.549	4.846
30 - 34	323.418	730.889	363.245	63.512	30 - 34	40.051	123.004	43.700	6.994
35 - 39	367.108	833.799	414.213	68.951	35 - 39	54.832	163.458	61.403	9.695
40 - 44	368.119	860.010	428.997	70.687	40 - 44	71.141	198.730	78.925	13.191
45 - 49	328.519	744.005	381.033	65.619	45 - 49	86.419	221.115	96.258	17.619
50 - 54	288.161	641.593	324.814	58.599	50 - 54	110.840	265.402	122.667	22.662
55 - 59	265.186	608.202	300.325	56.165	55 - 59	153.585	356.360	170.242	32.753
60 - 64	265.185	590.235	288.991	54.739	60 - 64	199.578	448.995	220.351	42.045
65 - 69	245.743	551.824	269.041	51.227	65 - 69	245.743	551.824	269.041	51.227
70 - 74	233.389	490.371	232.933	48.797	70 - 74	274.167	570.886	277.877	59.028
75 - 79	197.537	394.648	188.448	42.996	75 - 79	264.482	529.857	258.141	58.929
80 - 84	157.302	280.879	147.411	34.579	80 - 84	216.545	389.815	206.846	50.063
85 - 89	98.325	158.478	86.261	21.160	85 - 89	121.923	204.056	104.166	27.480
90 - 94	30.287	47.927	25.751	6.071	90 - 94	36.300	75.270	30.538	7.678
95 +	12.384	19.295	10.732	2.184	95 +	11.336	40.186	9.707	2.063
TOT (a)	4.337.979	9.742.676	4.885.548	894.222	TOT PESATO (b)	1.989.565	4.566.686	2.064.663	420.350
					RATIO (b)/(a)	45,86%	46,87%	42,26%	47,01%

fonte: elaborazioni CeRM-2010

*teste ponderate utili per le
proporzioni di riparto delle
risorse tra Regioni*

::: Esempi di statistiche di base per Regione :::
rapporti tra la spesa ospedaliera *pro-capite* delle varie fasce di età - media delle 5 Regioni *benchmark*

SPESA OSPEDALIERA	MEDIA 5 REGIONI BENCHMARK	
	65-69 = 1	
	rapporti tra valori <i>pro-capite</i> per età	
	n. prestazioni	spesa lorda
< 1	391,13%	142,57%
1 - 4	36,90%	16,11%
5 - 9	23,87%	10,47%
10 - 14	25,07%	11,01%
15 - 19	35,03%	20,25%
20 - 24	32,71%	18,91%
25 - 29	60,40%	35,87%
30 - 34	46,09%	27,37%
35 - 39	40,88%	24,27%
40 - 44	39,91%	23,69%
45 - 49	48,21%	40,69%
50 - 54	55,09%	46,51%
55 - 59	58,63%	49,52%
60 - 64	59,25%	50,05%
65 - 69	100,00%	100,00%
70 - 74	109,07%	109,07%
75 - 79	67,37%	69,51%
80 - 84	86,41%	89,21%
85 - 89	143,78%	148,53%
90 - 94	484,37%	500,52%
95 +	1215,51%	1256,23%



::: Scenario 1 :::

Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni
benchmark: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto
hp.: profiling di spesa su dati regionali per fascia di età e per macrocapitolo

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgsep)				
<i>benchmark = Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto</i>				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.218.150	-304.557	-3,57%
Valle d'Aosta	284.311	225.064	-59.247	-20,84%
Lombardia	16.960.356	16.945.464	-14.892	-0,09%
P. A. Bolzano	1.109.253	808.688	-300.565	-27,10%
P. A. Trento	1.079.192	902.673	-176.519	-16,36%
Veneto	8.817.601	8.518.764	-298.837	-3,39%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.356.571	-74.810	-3,08%
Liguria	3.329.996	3.291.155	-38.841	-1,17%
Emilia Romagna	8.101.115	8.129.969	28.854	0,36%
Toscana	6.938.500	7.024.515	86.015	1,24%
Umbria	1.610.768	1.674.834	64.066	3,98%
Marche	2.837.457	2.900.681	63.224	2,23%
Lazio	11.235.677	9.721.172	-1.514.505	-13,48%
Abruzzo	2.437.813	2.402.098	-35.715	-1,47%
Molise	647.486	587.505	-59.981	-9,26%
Campania	10.476.600	9.013.553	-1.463.047	-13,96%
Puglia	7.362.098	6.709.137	-652.961	-8,87%
Basilicata	1.078.244	1.015.597	-62.647	-5,81%
Calabria	3.728.862	3.374.685	-354.177	-9,50%
Sicilia	8.718.556	8.329.419	-389.137	-4,46%
Sardegna	3.112.487	2.848.337	-264.150	-8,49%
ITALIA	110.820.460	104.998.029	-5.822.431	-5,25%

Per le Regioni *benchmark* si segnalano i valori teorici del *benchmarking*, anche se la loro posizione non necessiterebbe, per definizione, di correzioni

I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. il Bambin Gesù e lo Smom

fonte: elaborazioni CeRM-2010

 = Regioni – benchmark

::: Scenario 1 :::

Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni
benchmark: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto
hp.: profiling di spesa su dati regionali per fascia di età e per macrocapitolo

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgsep)					
<i>benchmark = Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto</i>					
2009					
Regioni	Euro/mille	effettiva	standardizzata	effettiva in % VA	standardizzata in % VA
Piemonte		8.522.707	8.218.150	6,7%	6,5%
Valle d'Aosta		284.311	225.064	6,6%	5,3%
Lombardia		16.960.356	16.945.464	5,2%	5,2%
P. A. Bolzano		1.109.253	808.688	6,5%	4,7%
P. A. Trento		1.079.192	902.673	6,7%	5,6%
Veneto		8.817.601	8.518.764	6,0%	5,8%
Friuli Venezia Giulia		2.431.381	2.356.571	6,7%	6,5%
Liguria		3.329.996	3.291.155	7,6%	7,5%
Emilia Romagna		8.101.115	8.129.969	5,8%	5,8%
Toscana		6.938.500	7.024.515	6,5%	6,6%
Umbria		1.610.768	1.674.834	7,4%	7,7%
Marche		2.837.457	2.900.681	6,8%	7,0%
Lazio		11.235.677	9.721.172	6,6%	5,7%
Abruzzo		2.437.813	2.402.098	8,4%	8,2%
Molise		647.486	587.505	10,0%	9,0%
Campania		10.476.600	9.013.553	10,7%	9,2%
Puglia		7.362.098	6.709.137	10,3%	9,4%
Basilicata		1.078.244	1.015.597	9,6%	9,1%
Calabria		3.728.862	3.374.685	10,9%	9,9%
Sicilia		8.718.556	8.329.419	9,9%	9,5%
Sardegna		3.112.487	2.848.337	9,1%	8,4%
(somma/media) ITALIA		110.820.460	104.998.029	7,8%	7,3%

a) VA = valore aggiunto ai prezzi base (2008; fonte Rgsep)

b) L'incidenza sul VA a livello Paese è la media aritmetica delle incidenze regionali

redistribuzione
interregionale
supportata dalla
quota capitaria
uniforme

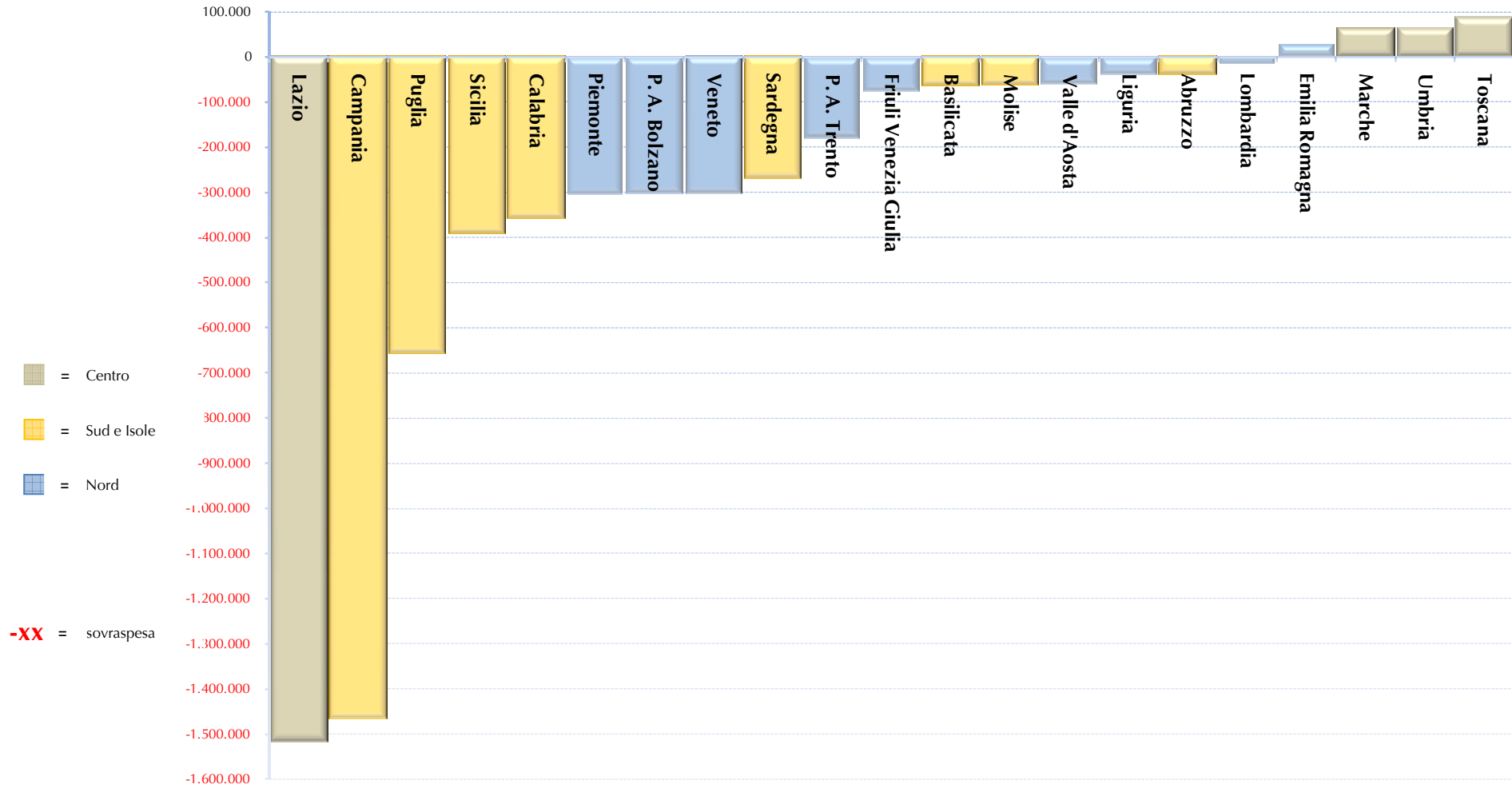
Per le Regioni *benchmark* si segnalano i valori teorici del *benchmarking*, anche se la loro posizione non necessita, per definizione, di correzioni

I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. il Bambin Gesù e lo Smom

fonte: elaborazioni CeRM-2010

 = Regioni - benchmark

::: Scenario 1 :::
 scarto della spesa contabile a consuntivo rispetto al valore *standardizzato* (Euro/migliaia; 2009)



fonte: elaborazioni CeRM-2010

::: Scenario 1/a :::

Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni
benchmark: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto
hp.: profiling di spesa su dati regionali per fascia di età e per macrocapitolo

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgsep)				
<i>benchmark = Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto</i>				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.218.150	-304.557	-3,57%
Valle d'Aosta	284.311	225.064	-59.247	-20,84%
Lombardia	16.960.356	16.960.356	0	0,00%
P. A. Bolzano	1.109.253	808.688	-300.565	-27,10%
P. A. Trento	1.079.192	902.673	-176.519	-16,36%
Veneto	8.817.601	8.817.601	0	0,00%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.356.571	-74.810	-3,08%
Liguria	3.329.996	3.291.155	-38.841	-1,17%
Emilia Romagna	8.101.115	8.101.115	0	0,00%
Toscana	6.938.500	6.938.500	0	0,00%
Umbria	1.610.768	1.610.768	0	0,00%
Marche	2.837.457	2.837.457	0	0,00%
Lazio	11.235.677	9.721.172	-1.514.505	-13,48%
Abruzzo	2.437.813	2.402.098	-35.715	-1,47%
Molise	647.486	587.505	-59.981	-9,26%
Campania	10.476.600	9.013.553	-1.463.047	-13,96%
Puglia	7.362.098	6.709.137	-652.961	-8,87%
Basilicata	1.078.244	1.015.597	-62.647	-5,81%
Calabria	3.728.862	3.374.685	-354.177	-9,50%
Sicilia	8.718.556	8.329.419	-389.137	-4,46%
Sardegna	3.112.487	2.848.337	-264.150	-8,49%
ITALIA	110.820.460	105.069.599	-5.750.861	-5,19%

Per le Regioni *benchmark* la spesa effettiva è assunta come fabbisogno *standard*

Per le Marche, il cui fabbisogno *standard* risulterebbe superiore alla spesa effettiva, quest'ultima è assunta come già *standard*

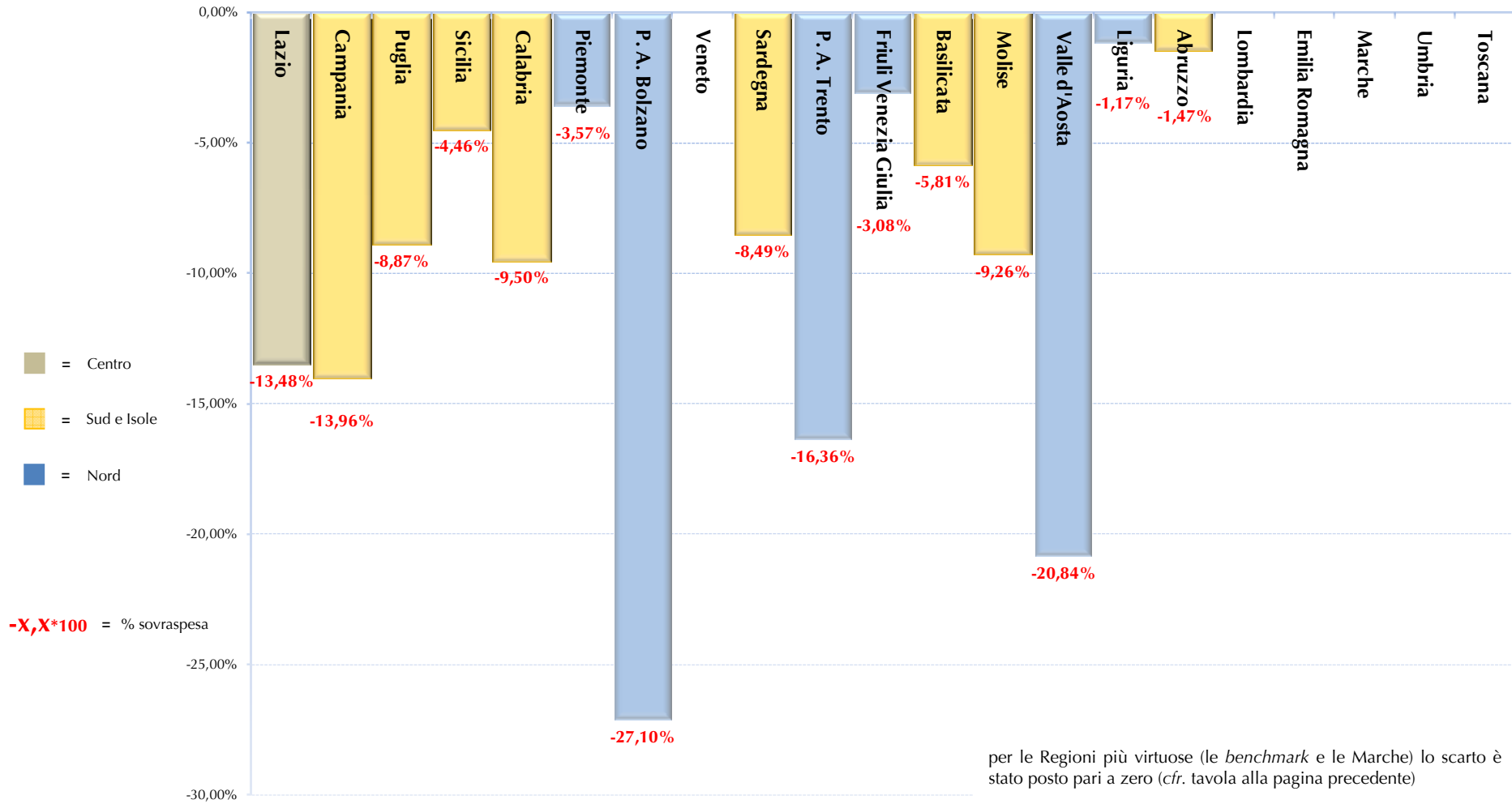
I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. il Bambin Gesù e lo Smom

fonte: elaborazioni CeRM-2010

 = Regioni - benchmark

 = Regione aggregabile al benchmark alla luce dei risultati

::: Scenario 1/a :::
scarto % della spesa contabile a consuntivo rispetto al valore *standardizzato* (2009)



fonte: elaborazioni CeRM-2010

::: Scenario 2 :::

Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni*benchmark: Emilia Romagna e Umbria**hp.: profiling di spesa su dati regionali per fascia di età e per macrocapitolo*

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgesp)				
<i>benchmark = Emilia Romagna, Umbria</i>				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.057.347	-465.360	-5,46%
Valle d'Aosta	284.311	220.894	-63.417	-22,31%
Lombardia	16.960.356	16.641.961	-318.395	-1,88%
P. A. Bolzano	1.109.253	795.519	-313.734	-28,28%
P. A. Trento	1.079.192	886.180	-193.012	-17,88%
Veneto	8.817.601	8.364.094	-453.507	-5,14%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.308.601	-122.780	-5,05%
Liguria	3.329.996	3.218.565	-111.431	-3,35%
Emilia Romagna	8.101.115	7.964.641	-136.474	-1,68%
Toscana	6.938.500	6.880.608	-57.892	-0,83%
Umbria	1.610.768	1.640.775	30.007	1,86%
Marche	2.837.457	2.842.371	4.914	0,17%
Lazio	11.235.677	9.549.322	-1.686.355	-15,01%
Abruzzo	2.437.813	2.356.047	-81.766	-3,35%
Molise	647.486	575.965	-71.521	-11,05%
Campania	10.476.600	8.877.584	-1.599.016	-15,26%
Puglia	7.362.098	6.597.565	-764.533	-10,38%
Basilicata	1.078.244	997.405	-80.839	-7,50%
Calabria	3.728.862	3.316.670	-412.192	-11,05%
Sicilia	8.718.556	8.188.320	-530.236	-6,08%
Sardegna	3.112.487	2.800.441	-312.046	-10,03%
ITALIA	110.820.460	103.080.877	-7.739.583	-6,98%

Per le Regioni *benchmark* si segnalano i valori teorici del *benchmarking*, anche se la loro posizione non necessiterebbe, per definizione, di correzioni

I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. il Bambin Gesù e lo Smom

fonte: elaborazioni CeRM-2010

 = Regioni - benchmark

::: Scenario 2/a :::

Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni*benchmark*: Emilia Romagna e Umbriahp.: *profiling di spesa su dati regionali per fascia di età e per macrocapitolo*

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgesp)				
<i>benchmark</i> = Emilia Romagna, Umbria				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.057.347	-465.360	-5,46%
Valle d'Aosta	284.311	220.894	-63.417	-22,31%
Lombardia	16.960.356	16.641.961	-318.395	-1,88%
P. A. Bolzano	1.109.253	795.519	-313.734	-28,28%
P. A. Trento	1.079.192	886.180	-193.012	-17,88%
Veneto	8.817.601	8.364.094	-453.507	-5,14%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.308.601	-122.780	-5,05%
Liguria	3.329.996	3.218.565	-111.431	-3,35%
Emilia Romagna	8.101.115	8.101.115	0	0,00%
Toscana	6.938.500	6.880.608	-57.892	-0,83%
Umbria	1.610.768	1.610.768	0	0,00%
Marche	2.837.457	2.837.457	0	0,00%
Lazio	11.235.677	9.549.322	-1.686.355	-15,01%
Abruzzo	2.437.813	2.356.047	-81.766	-3,35%
Molise	647.486	575.965	-71.521	-11,05%
Campania	10.476.600	8.877.584	-1.599.016	-15,26%
Puglia	7.362.098	6.597.565	-764.533	-10,38%
Basilicata	1.078.244	997.405	-80.839	-7,50%
Calabria	3.728.862	3.316.670	-412.192	-11,05%
Sicilia	8.718.556	8.188.320	-530.236	-6,08%
Sardegna	3.112.487	2.800.441	-312.046	-10,03%
ITALIA	110.820.460	103.182.429	-7.638.031	-6,89%


Per le Regioni *benchmark* la spesa effettiva è assunta come fabbisogno *standard*

Per le Marche, il cui fabbisogno *standard* risulterebbe superiore alla spesa effettiva, quest'ultima è assunta come già *standard*

I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. il Bambin Gesù e lo Smom

fonte: elaborazioni CeRM-2010

 = Regioni - *benchmark*

 = Regione aggregabile al *benchmark* alla luce dei risultati

::: Scenario 3 :::

**Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni
benchmark: Emilia Romagna, Lombardia e Umbria**

hp.: profiling di spesa su dati regionali per fascia di età e per macrocapitolo

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgesp)				
benchmark = Emilia Romagna, Lombardia, Umbria				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.115.035	-407.672	-4,78%
Valle d'Aosta	284.311	222.368	-61.943	-21,79%
Lombardia	16.960.356	16.748.093	-212.263	-1,25%
P. A. Bolzano	1.109.253	800.060	-309.193	-27,87%
P. A. Trento	1.079.192	892.180	-187.012	-17,33%
Veneto	8.817.601	8.419.152	-398.449	-4,52%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.326.641	-104.740	-4,31%
Liguria	3.329.996	3.245.912	-84.084	-2,53%
Emilia Romagna	8.101.115	8.026.057	-75.058	-0,93%
Toscana	6.938.500	6.933.756	-4.744	-0,07%
Umbria	1.610.768	1.653.222	42.454	2,64%
Marche	2.837.457	2.863.727	26.270	0,93%
Lazio	11.235.677	9.608.808	-1.626.869	-14,48%
Abruzzo	2.437.813	2.372.307	-65.506	-2,69%
Molise	647.486	580.047	-67.439	-10,42%
Campania	10.476.600	8.920.722	-1.555.878	-14,85%
Puglia	7.362.098	6.634.532	-727.566	-9,88%
Basilicata	1.078.244	1.003.493	-74.751	-6,93%
Calabria	3.728.862	3.336.035	-392.827	-10,53%
Sicilia	8.718.556	8.235.599	-482.957	-5,54%
Sardegna	3.112.487	2.816.166	-296.321	-9,52%
ITALIA	110.820.460	103.753.913	-7.066.547	-6,38%

Per le Regioni *benchmark* si segnalano i valori teorici del *benchmarking*, anche se la loro posizione non necessiterebbe, per definizione, di correzioni

I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. il Bambin Gesù e lo Smom

fonte: elaborazioni CeRM-2010

■ = Regioni – benchmark

::: Scenario 3/a :::

**Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni
benchmark: Emilia Romagna, Lombardia e Umbria**

hp.: profiling di spesa su dati regionali per fascia di età e per macrocapitolo

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgesp)				
benchmark = Emilia Romagna, Umbria				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.115.035	-407.672	-4,78%
Valle d'Aosta	284.311	222.368	-61.943	-21,79%
Lombardia	16.960.356	16.960.356	0	0,00%
P. A. Bolzano	1.109.253	800.060	-309.193	-27,87%
P. A. Trento	1.079.192	892.180	-187.012	-17,33%
Veneto	8.817.601	8.419.152	-398.449	-4,52%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.326.641	-104.740	-4,31%
Liguria	3.329.996	3.245.912	-84.084	-2,53%
Emilia Romagna	8.101.115	8.101.115	0	0,00%
Toscana	6.938.500	6.938.500	0	0,00%
Umbria	1.610.768	1.610.768	0	0,00%
Marche	2.837.457	2.837.457	0	0,00%
Lazio	11.235.677	9.608.808	-1.626.869	-14,48%
Abruzzo	2.437.813	2.372.307	-65.506	-2,69%
Molise	647.486	580.047	-67.439	-10,42%
Campania	10.476.600	8.920.722	-1.555.878	-14,85%
Puglia	7.362.098	6.634.532	-727.566	-9,88%
Basilicata	1.078.244	1.003.493	-74.751	-6,93%
Calabria	3.728.862	3.336.035	-392.827	-10,53%
Sicilia	8.718.556	8.235.599	-482.957	-5,54%
Sardegna	3.112.487	2.816.166	-296.321	-9,52%
ITALIA	110.820.460	103.977.254	-6.843.206	-6,18%


Per le Regioni *benchmark* la spesa effettiva è assunta come fabbisogno *standard*

Per le Marche, il cui fabbisogno *standard* risulterebbe superiore alla spesa effettiva, quest'ultima è assunta come già *standard*

I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. il Bambin Gesù e lo Smom

fonte: elaborazioni CeRM-2010

 = Regioni - benchmark

 = Regione aggregabile al benchmark alla luce dei risultati

**::: La spesa per il personale :::
rapportata alla popolazione cruda**

2009	PERSONALE SSN									
	spesa 2009 (Euro/000)	spesa per residente (Euro)	delta % vs. Lombardia	spesa in % spesa corrente	delta p.p. vs. Lombardia	n. addetti per residente	delta p.p. vs. Lombardia	spesa per addetto (Euro/000)	delta % vs. Lombardia	
Piemonte	2.921.551	659,11	28,4%	34,3%	4,78	1,26%	0,33	52,39	-5,4%	
Valle d'Aosta	111.906	880,70	71,5%	39,4%	9,87	1,57%	0,65	55,95	1,1%	
Lombardia	5.002.754	513,49	0,0%	29,5%	0,00	0,93%	0,00	55,36	0,0%	
P. A. Bolzano	543.379	1.089,25	112,1%	49,0%	19,49	1,66%	0,73	65,59	18,5%	
P. A. Trento	397.746	765,19	49,0%	36,9%	7,36	1,37%	0,44	55,83	0,9%	
Veneto	2.740.242	560,89	9,2%	31,1%	1,58	1,18%	0,25	47,52	-14,2%	
Friuli Venezia Giulia	946.959	769,30	49,8%	38,9%	9,45	1,40%	0,47	55,08	-0,5%	
Liguria	1.167.116	722,64	40,7%	35,0%	5,55	1,32%	0,40	54,56	-1,4%	
Emilia Romagna	2.923.822	674,01	31,3%	36,1%	6,60	1,28%	0,36	52,53	-5,1%	
Toscana	2.553.841	688,77	34,1%	36,8%	7,31	1,32%	0,40	52,07	-5,9%	
Umbria	599.982	670,95	30,7%	37,1%	7,63	1,19%	0,26	56,47	2,0%	
Marche	1.025.362	653,27	27,2%	36,1%	6,63	1,13%	0,20	57,72	4,3%	
Lazio	3.050.520	542,15	5,6%	26,8%	-2,68	0,87%	-0,06	62,53	12,9%	
Abruzzo	778.443	583,25	13,6%	31,9%	2,36	1,16%	0,23	50,35	-9,0%	
Molise	214.225	667,79	30,1%	33,0%	3,50	1,25%	0,32	53,60	-3,2%	
Campania	3.246.600	558,51	8,8%	30,9%	1,46	0,94%	0,01	59,35	7,2%	
Puglia	2.128.130	521,64	1,6%	28,9%	-0,61	0,87%	-0,06	59,93	8,3%	
Basilicata	393.526	666,31	29,8%	36,4%	6,95	1,15%	0,22	57,85	4,5%	
Calabria	1.282.548	638,49	24,3%	34,3%	4,82	1,13%	0,20	56,59	2,2%	
Sicilia	2.977.909	591,11	15,1%	34,1%	4,64	0,96%	0,03	61,82	11,7%	
Sardegna	1.125.110	673,31	31,1%	36,1%	6,63	1,21%	0,29	55,50	0,3%	
somma/media ITALIA	36.131.671	670,96	30,7%	34,9%	5,40	1,20%	0,27	56,12	1,4%	

fonte: elaborazioni CeRM-2010 su dati Rgsep e Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1243_allegato.pdf)

::: La spesa per il personale :::
rapportata alla popolazione pesata attraverso i profili di spesa ospedaliera *pro-capite* delle Regioni *benchmark*

2009	PERSONALE SSN				
	spesa 2009 (Euro/000)	spesa per residente pesato (Euro)	delta % vs. Lombardia	n. addetti per residente pesato	delta p.p. vs. Lombardia
Piemonte	2.921.551	1.257,27	20,6%	2,4%	0,52
Valle d'Aosta	111.906	1.757,38	68,5%	3,1%	1,26
Lombardia	5.002.754	1.042,90	0,0%	1,9%	0,00
P. A. Bolzano	543.379	2.366,88	127,0%	3,6%	1,72
P. A. Trento	397.746	1.551,52	48,8%	2,8%	0,89
Veneto	2.740.242	1.134,56	8,8%	2,4%	0,50
Friuli Venezia Giulia	946.959	1.417,79	35,9%	2,6%	0,69
Liguria	1.167.116	1.253,72	20,2%	2,3%	0,41
Emilia Romagna	2.923.822	1.268,09	21,6%	2,4%	0,53
Toscana	2.553.841	1.284,22	23,1%	2,5%	0,58
Umbria	599.982	1.265,51	21,3%	2,2%	0,36
Marche	1.025.362	1.247,57	19,6%	2,2%	0,28
Lazio	3.050.520	1.108,16	6,3%	1,8%	-0,11
Abruzzo	778.443	1.143,69	9,7%	2,3%	0,39
Molise	214.225	1.286,54	23,4%	2,4%	0,52
Campania	3.246.600	1.269,29	21,7%	2,1%	0,25
Puglia	2.128.130	1.119,88	7,4%	1,9%	-0,02
Basilicata	393.526	1.369,48	31,3%	2,4%	0,48
Calabria	1.282.548	1.340,04	28,5%	2,4%	0,48
Sicilia	2.977.909	1.261,32	20,9%	2,0%	0,16
Sardegna	1.125.110	1.395,43	33,8%	2,5%	0,63
somma/media ITALIA	36.131.671	1.340,06	28,5%	2,4%	0,50

fonte: elaborazioni CeRM-2010 su dati Rgsep e Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1243_allegato.pdf)

::: Il personale nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate :::

ultimi dati disponibili su HFA - ISTAT	PERSONALE IN STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE						
	n. addetti totali	n. addetti pubblici	n. addetti privati per residente	delta p.p. vs. Lombardia	n. addetti privati per residente pesato	delta p.p. vs. Lombardia	
Piemonte	50.507	44.503	0,14%	-0,06	0,26%	-0,14	
Valle d'Aosta	1.166	1.166	0,00%	-0,20	0,00%	-0,40	
Lombardia	120.398	101.077	0,20%	0,00	0,40%	0,00	
P. A. Bolzano	5.703	5.337	0,07%	-0,12	0,16%	-0,24	
P. A. Trento	5.901	5.359	0,10%	-0,09	0,21%	-0,19	
Veneto	43.236	41.133	0,04%	-0,16	0,09%	-0,32	
Friuli Venezia Giulia	15.925	14.952	0,08%	-0,12	0,15%	-0,26	
Liguria	20.023	19.746	0,02%	-0,18	0,03%	-0,37	
Emilia Romagna	46.152	39.538	0,15%	-0,05	0,29%	-0,12	
Toscana	36.264	33.525	0,07%	-0,12	0,14%	-0,27	
Umbria	8.411	7.962	0,05%	-0,15	0,09%	-0,31	
Marche	15.537	14.231	0,08%	-0,12	0,16%	-0,24	
Lazio	68.810	55.832	0,23%	0,03	0,47%	0,07	
Abruzzo	14.707	12.284	0,18%	-0,02	0,36%	-0,05	
Molise	3.545	3.347	0,06%	-0,14	0,12%	-0,28	
Campania	52.146	43.382	0,15%	-0,05	0,34%	-0,06	
Puglia	34.390	28.794	0,14%	-0,06	0,29%	-0,11	
Basilicata	5.040	4.968	0,01%	-0,19	0,03%	-0,38	
Calabria	19.219	15.841	0,17%	-0,03	0,35%	-0,05	
Sicilia	45.442	39.412	0,12%	-0,08	0,26%	-0,15	
Sardegna	15.964	14.115	0,11%	-0,09	0,23%	-0,17	
somma/media ITALIA	628.486	546.504	0,10%	-0,09	0,21%	-0,19	

fonte: elaborazioni CeRM-2010 su dati Rgsep e Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1243_allegato.pdf) e Istat (Health For All)

5. Riepilogo e Conclusioni

Per determinare gli *standard* di spesa sanitaria si selezionano le cinque Regioni che, nel corso degli ultimi anni, hanno dato esempio di capacità di rispetto della programmazione di spesa e di erogazione di prestazioni di qualità. Queste Regioni sono: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana Veneto e Umbria²¹.

Nel valutare il rispetto della programmazione, si fa riferimento al complesso delle risorse dedicate al Ssr, senza distinguere tra fonti che compongono il Fsn, fonti proprie “incardinate” nel Fsn, e fonti proprie ulteriori. Quel che rileva, infatti, è che queste Regioni abbiano raggiunto un sostanziale equilibrio tra risorse a finanziamento e spesa a consuntivo per prestazioni Lea di qualità, e che questo equilibrio, in cui spesa preventivata e fabbisogno di spesa sostanzialmente coincidono, possa diventare il punto di partenza per definire gli *standard* (le risorse necessarie e sufficienti a raggiungere il *target*). La spesa è tutta quella corrente senza scorporo degli ammortamenti. Lo scorporo, oltre che non praticabile per l’assenza di una contabilità adeguata, appare anche inopportuno, perché gli ammortamenti fanno parte della spesa corrente e devono anch’essi essere sottoposti a valutazione di efficienza e congruità (e, attraverso di loro, le politiche di investimento e le scelte sui *mix* di prestazioni sanitarie e sociali di cui sono espressione).

Per le Regioni *benchmark* è possibile, grazie a dati di spesa regionali, calcolare i profili di spesa *pro-capite* per fascia di età, e i rapporti tra fabbisogni di spesa *pro-capite* di persone appartenenti alle diverse fasce di età.

I rapporti tra fabbisogni possono diventare quel sistema di ponderazione della popolazione residente necessario per la ripartizione del Fsn (ovvero del complesso delle risorse, ivi incluso il flusso perequativo, organizzato per dare dappertutto copertura finanziaria ai Lea sanitari valutati al loro costo efficiente). La soluzione di adottare una pesatura espressa dalla media delle Regioni *benchmark* può aiutare a chiudere questo snodo operativo.

²¹ Alla luce dei risultati, anche le Marche sono aggregabili al gruppo *benchmark*.

Si ritiene che approcci alla pesatura che tentino maggiori microfondazioni, chiamando in causa altre variabili diverse dal fabbisogno soddisfatto nelle Regioni *benchmark*, finiscano con lo scontrarsi con problemi che li espongono a opinabilità: è così, per esempio, per le possibili endogenità delle variabili di riferimento; oppure per la scelta del numero delle stesse variabili, che può apparire a seconda dei casi troppo ampia o troppo stretta; o, ancora, per il fatto che l'impatto di variabili socio-economiche territoriali può arrivare a compensarsi nei confronti tra macroaree, o seguire, in luogo della "canonica" distinzione Nord-Centro-Sud, quella tra aree metropolitane e aree di provincia, oppure tra aree ad elevato e aree a basso costo della vita.

Si preferisce, per quest'ordine di considerazioni, l'applicazione di una regola la più semplice possibile, al riparo da rinegoziazioni, aggiornabile nei valori dei parametri secondo procedure rapide coerenti con i tempi dei documenti di finanza pubblica, e che già ricomprende, comunque, un meccanismo di redistribuzione di risorse che non va sottovalutato. Riconoscere una medesima disponibilità di risorse Lea per ciascun componente ogni fascia di età, in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, significa perseguire un chiaro obiettivo equitativo²².

Piuttosto che tentare di rafforzare questa funzione equitativa complicando la regola di *standardizzazione* e di riparto, appare utile rendere efficaci altri canali di redistribuzione oggi trascurati: un percorso *ad hoc* di perequazione infrastrutturale che alla fine metta nella disponibilità delle Regioni strutture e strumenti omogenei per perseguire i livelli essenziali delle prestazioni sul loro territorio; la valorizzazione delle Regioni come livello di governo che, più vicino ai cittadini, possa declinare le scelte di universalismo selettivo, raffinando la composizione e la destinazione dei flussi redistributivi.

Se dai rapporti tra fabbisogni *pro-capite* per fasce di età delle Regioni *benchmark* può derivare la pesatura da applicare al Fsn nei prossimi anni, i profili assoluti di spesa *pro-capite* delle Regioni *benchmark* possono essere utilizzati per un altro scopo. Applicando questi profili alla struttura demografica delle Regioni, è possibile calcolare la loro spesa *standard* e confrontarla con la spesa contabile a consuntivo. Si ottiene, in questo modo, una misura di quanto ogni Regione si discosti dall'efficienza produttiva. Per apprezzare il significato dei *gap* così calcolati, si deve tener presente che, per costruzione, la spesa *standardizzata* è quella che ogni Regione dovrebbe

²² Come si può constatare rapportando i fabbisogni *standardizzati* al valore aggiunto regionale.

sostenere per offrire in modalità efficiente prestazioni dello stesso livello qualitativo di quelle offerte dalle Regioni *benchmark*.

Per data programmazione di medio periodo delle risorse dedicate ai Lea sanitari, una regola chiara di ripartizione del Fsn tra le Regioni da un lato e, dall'altro, una cognizione dei *gap* di partenza, sono gli elementi necessari per fissare i termini di discussione sul periodo di transizione e sul funzionamento di un fondo *ad hoc* per la perequazione infrastrutturale, anch'esso parte integrante della transizione.

Due snodi, quello della transizione e quello delle infrastrutture, su cui pare necessario concretizzare in tempi stretti dibattito e scelte.

Roma, lì 2 Novembre 2010

©® CeRM 2010

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