

Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale

Cristiana Abbafati*, Federico Spandonaro**

*Dipartimento di Analisi Economiche e Sociali, 'Sapienza' Università di Roma;

**Dipartimento di Studi Economico-Finanziari e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di 'Tor Vergata', Roma

Riassunto. Il lavoro si propone di esaminare gli effetti sui criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale alle Regioni di una recente proposta di decreto (approvato per ora dal Consiglio dei Ministri). Questa proposta, emanando ai sensi della delega ex l. 42/2009, ordina la materia definendo il criterio di finanziamento della sanità in base a costi standard. Si tratta di una vera e propria novità che, ribadendo il principio di responsabilità e costituendo una misura di efficacia ed efficienza dell'azione pubblica, ancorché regionale, pone numerosi problemi di natura equitativa. Pare profilarsi, quindi, una questione doppiamente complessa: da un lato un'esigenza equitativa, dall'altro un'esigenza di efficienza, la cui coniugazione costituirebbe un risultato di ottimalità. Ne discende l'interesse per un'analisi tesa a sistematizzarne logica ed effetti. Da una breve trattazione delle caratteristiche del sistema di finanziamento del servizio sanitario pubblico, si è passati ad un esercizio di simulazione capace di rendere conto della complessità implicita dell'azione delle variabili in gioco e dei conseguenti effetti di equità ed efficienza e in grado di mostrare la differenza (inesistente) del riparto a criteri vigenti con quello a costi standard. Le considerazioni conclusive chiudono il lavoro.

Parole chiave. Costi standard, criteri di riparto, federalismo, finanziamento, servizi sanitari pubblici.
Classificazione JEL. I180, H510, H590, H600, H750, C890.

Abstract. The paper aims to examine, with the criteria of regional allocations of the National Health Fund (FSN), the effects of a recent draft legislation (approved for the moment by the Council of Ministers) issued pursuant to enabling act No. 42/2009 and on the order and defining criteria for health service funding based on standard costs. This is a real novelty which reaffirms the principle of responsibility and, as a measure of effectiveness and efficiency of public action, though regional, raises many questions about fairness. A doubly complex issue, therefore, seems to emerge: on the one hand a requirement for fairness, and on the other the need for efficiency, the conjugation of which would be an optimal result. From this derives the interest in a systematic analysis aiming to systemise its logic and effects. From a brief discussion of the characteristics of the system of public health service financing, we move to a simulation which can give an account of the inherent complexity of the variables involved and the consequent effects of equity and efficiency, and which shows the (nonexistent) difference of the allocations with the existing criteria from those with standard costs. The paper ends with concluding remarks.

Key words. Devolution, funding, public health services, standard costs, weighting criteria.
JEL classification. I180, H510, H590, H600, H750, C890.

Introduzione

La rilevanza del nuovo orientamento federalista, definito dalla riforma del 2001 del titolo V della Costituzione, si è manifestata in particolare nel nuovo testo dell'articolo 117. Esso ha posto implicitamente come più rilevante la competenza regionale rispetto a quella statale su alcune materie, per cui una materia deve ritenersi oggetto di potestà legislativa da parte delle Regioni laddove non sia indicato esplicitamente il contrario. Tra le materie di competenza concorrente dello Stato e delle Regioni, il comparto sanitario riveste un ruolo preminente e delicato, sia

per il peso che ricopre nell'ambito dei bilanci regionali (oltre l'80%)¹, sia per la natura del settore di servizio sociale con aspetti di bene pubblico, sia per l'eredità difficile di anni e anni di instabilità finanziaria. Il modello del passato, basato sull'accentramento nel reperimento delle risorse e sul decentramento della spesa, ha dato luogo a rilevanti problemi di uniformità territoriale e di controllo delle erogazioni, generando nel contempo una notevole conflittua-

¹Più precisamente 82,5% per il biennio 2007-2009 (Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni. Esercizi 2008-2009, Corte dei Conti, Sezione delle Autonomie, Deliberazione n. 17, 2010).

lità tra Stato e Regioni. La formazione di disavanzi, spesso solo parzialmente contabilizzati negli esercizi di competenza, il ritardo nel pagamento dei fornitori e il ripiano a *più di lista* dei deficit regionali da parte del governo centrale hanno, infatti, contraddistinto gli ultimi anni di storia dei bilanci sanitari. L'inizio del processo di trasformazione in senso federalista ha segnato un radicale processo di costruzione di un'autonomia regionale fondata sul principio di responsabilità (amministrativa, finanziaria, contabile). La legge 42/09 ha di fatto dato attuazione all'art. 119 della Costituzione nella necessità, ribadita, di garanzia di coesione sociale e solidarietà. Più recentemente, l'approvazione dello schema di d.lgs. recante disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario da parte della Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo, segna un nuovo, importante passo nella direzione della realizzazione del federalismo fiscale.

Ad ogni passaggio (dall'approvazione del d.lgs. dell'ottobre 2010 ai sensi della delega ex l. 42/2009, ad oggi) il testo si arricchisce di nuove indicazioni, a dimostrazione della complessità della materia, e della costante ricerca di un equilibrio fra istanze di efficienza e di equità, ma anche della necessità di una mediazione politica fra principi di responsabilizzazione delle Regioni e garanzie di finanziamento. La questione è rappresentativa di un'assoluta novità che, ribadendo il principio di responsabilità e introducendo una misura di efficacia ed efficienza dell'azione pubblica, ancorché regionale, pone numerosi problemi. Ne discende l'interesse per un'analisi tesa a sistematizzarne logica ed effetti. Diversi sono stati gli interventi sulla materia che hanno messo in evidenza i punti deboli del dispositivo regolante la determinazione dei costi e fabbisogni standard sanitari: qui si procede valutando l'effetto redistributivo dei sistemi di ponderazione sinora utilizzati e integrando tali osservazioni alla luce delle ultime modifiche intervenute. Da una breve trattazione delle caratteristiche del sistema di finanziamento del servizio sanitario pubblico si è passati a un esercizio di simulazione in grado di mostrare la differenza (sostanzialmente inesistente) del riparto a criteri vigenti con quello a costi standard. Le considerazioni conclusive chiudono il lavoro.

1. Il finanziamento locale nel Servizio sanitario nazionale: breve sintesi dei criteri di allocazione delle risorse

Il tema del finanziamento a livello locale, relativamente al riparto diretto alle Regioni e da queste verso le Aziende sanitarie locali, si è posto sin dall'i-

stituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn)². Inizialmente l'attribuzione delle risorse è avvenuta (sino al 1984) in base a criteri di spesa storica³, ritenuti però distorsivi dalle Regioni meridionali: in effetti, l'opinione che voleva tale criterio favorevole alle Regioni dotate di maggiore offerta, storicamente individuabili con quelle settentrionali, appariva largamente condivisibile e, in tal caso, confliggente con lo spirito della l. 833/1978 istitutiva del Ssn che, tra i suoi principi fondanti, aveva proprio quello di colmare le disparità territoriali esistenti⁴. Successivamente, la necessità di meglio cogliere la portata del bisogno sanitario ha determinato il tentativo di ribaltare l'ottica del criterio di finanziamento: da un orientamento verso l'offerta a quello verso la domanda per via del criterio della quota capitaria pesata (o ponderata). Ad ogni Regione è stato assegnato un ammontare di risorse finanziarie correnti proporzionali alla numerosità della propria popolazione, dopo averla corretta in base ai bisogni espressi: in pratica, si optò per dare maggiore peso ai cittadini più anziani. La mancanza di un accordo sui pesi adottati ha fatto successivamente abbandonare tale criterio per passare alla quota capitaria secca (ovvero il finanziamento in proporzione dei cittadini residenti), che si è protratta sino al 1996, quando la legge finanziaria 1997 (l. 662/1996) ha definitivamente sancito il ritorno alla quota capitaria pesata. Da ultimo, l'approccio federalista ha introdotto l'ulteriore principio che la solidarietà fra Regioni, evidentemente dotate di capacità fiscali diverse, deve limitarsi ai cosiddetti Livelli essenziali delle prestazioni (Lep): in altri termini le Regioni dovranno essere dotate delle risorse necessarie per erogare i Lep in condizioni di efficienza e a tal fine (e in questo limite) agirà la perequazione solidaristica delle capacità fiscali.

La descrizione, seppur breve, dei cambiamenti dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale (Fsn) offre uno spunto di riflessione necessario a comprendere la genesi del percorso che ha portato ai cosiddetti costi standard. La questione attiene, in particolare, alla specificità della costruzione di un impianto istituzionale di tipo federalista nella realtà italiana⁵. Se, in pratica, il processo federalista si è

²Per un esame più approfondito dell'evoluzione del Ssn si veda Bordignon et al, 2002.

³Si vedano Mapelli, 1999; Pellegrini e Toniolo, 2003.

⁴Per esempio: art. 51, l. 833/78, il Fondo sanitario nazionale deve essere ripartito tra le Regioni "tenuto conto delle indicazioni contenute nei Piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di indici e di standard distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale. Tali indici e standard devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3 in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni".

sviluppato per lo più mediante centralizzazione delle funzioni ritenute più efficientemente (ai sensi del principio di sussidiarietà) attribuibili agli organismi centrali sovraordinati (è il caso, ad esempio, della Comunità europea e anche degli Usa), in Italia il processo è stato di tipo devolutivo, guidato per lo più da esigenze di maggiore responsabilizzazione degli enti locali a fronte della ripetuta creazione di disavanzi di gestione locali (problema noto nella letteratura economica come problema dei *soft constraint*⁶). Ne è derivata una necessità, divenuta urgente stanti i vincoli di finanza pubblica posti dal Patto di stabilità, di maggiore responsabilizzazione nella gestione della cosa pubblica, caratterizzata allo stesso tempo da un vero e proprio processo di maggiore autonomia sia a livello di federalismo istituzionale sia fiscale. Sul primo punto la riforma del titolo V della Costituzione, di cui alla l.cost. 3/2001, ha dato alle Regioni potestà legislativa concorrente in campo sanitario. Sul secondo punto sin dal 2000 (d.lgs. 56/2000) si è progressivamente provveduto a sostituire i trasferimenti centrali con tributi propri regionali e compartecipazioni alle imposte. Sul tema della responsabilità, invece, si è operato (in estrema sintesi) ancora con l'abolizione dei trasferimenti statali, ma anche con l'introduzione di forme di sanzione in caso di formazione di deficit: ricordiamo i commissariamenti e l'obbligo di adozione dei cosiddetti piani di rientro⁷.

2. Responsabilizzazione ed equità: il principio del costo standard

Il tema della responsabilizzazione⁸ è prevalente nella l. 42/2009, delega al governo per il federalismo, che prevede la definizione di fabbisogni e costi

⁵Molta letteratura sul federalismo fiscale evidenzia che la decentralizzazione delle funzioni fiscali pubbliche può migliorare l'efficienza nell'allocazione delle risorse e la rappresentatività delle preferenze locali. Inoltre, una chiara assegnazione delle responsabilità di spesa e di tassazione tra i vari livelli di governo accrescerebbe la trasparenza di bilancio e la responsabilità fiscale del pubblico amministratore, con potenziali effetti positivi su una condotta rigorosa delle finanze pubbliche.

⁶Per un esame più approfondito vedi Bordignon, 2004.

⁷In generale si può osservare che i provvedimenti adottati per il ripiano dei disavanzi sanitari compongono un quadro caratterizzato da comportamenti regionali molto differenziati: infatti, mentre le Regioni del Sud hanno attivato in prevalenza interventi di razionalizzazione della spesa, in particolare di quella ospedaliera, contestualmente all'introduzione di ticket sanitari, quelle del Centro-Nord hanno fatto ricorso soprattutto agli strumenti di inasprimento fiscale (oltre che alle misure di compartecipazione) (Isae, 2004).

⁸Principi e criteri generali su cui si fonda la l. 42/09 sono: all'art. 2, comma 2, lettera a) "...autonomia di entrata e di spesa e maggiore responsabilizzazione amministrativa, finanziaria e contabile di tutti i livelli di governo".

standard⁹, come criteri tesi al superamento della spesa storica. Quest'ultima, pur tuttavia, come sopra sinteticamente argomentato, è stata abbandonata in sanità da quasi 25 anni, per cui il principio di responsabilità diventa un vero e proprio strumento 'educativo' per gli amministratori locali: un innalzamento dell'efficienza dell'amministrazione nell'invarianza del carico fiscale complessivo. Ne segue che la previsione della l. 42/2009 vada correttamente letta come superamento della pratica del ripiano a *piè di lista* che ha, negli anni, incentivato il perpetuarsi di sprechi. Il nuovo orientamento legislativo sembra profilare un cambiamento generale di tendenza: dalle istanze equitative¹⁰, rappresentate dal criterio di riparto fondato sulla quota capitaria pesata¹¹, alle istanze di efficienza riassunte nel principio di responsabilità e nell'autonomia regionale in materia sanitaria. La questione attiene a quella che potremmo definire una 'rappresentazione bifacciale' dello stesso fenomeno: non si nega il ruolo assunto dal bisogno quale criterio fondante del riparto, posto che la natura meritoria del bene giustifica ampiamente l'intervento pubblico, ma si riconosce, nello stesso momento, la possibilità che il riparto debba mediare tale criterio anche con altre dimensioni quale appunto quella dell'efficienza¹². L'elemento controverso, fino ad ora, non è tanto l'evidente correttezza dell'istanza sull'efficienza, quanto la valutazione dell'importanza di utilizzare il riparto per promuoverla. Lo spirito del d.lgs. sui costi standard recentemente approvato dal Consiglio dei Ministri¹³, costituendo nella sua essenza uno strumento di riparto, sembra tentare, in via teorica, una coniugazione, seppur impropria, tra i principi di efficienza e quelli di equità¹⁴, legando il finanziamento alla performance (anche se, in larga misura, di bilancio). La definizione di un costo (standard) dei servizi (essenziali) ambisce, allora, a diventare l'incentivo all'elimina-

⁹L. 42/09 all'art. 2, c. 2, l. f) determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica; definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni o alle funzioni fondamentali di cui all'art. 117, c. 2, l. m) e p), della Costituzione.

¹⁰Il problema della difficile coniugazione tra equità ed efficienza insita nella 'capitation' è stato trattato in Hauck et al, 2002.

¹¹L'introduzione dei 'pesi' ad opera della l. 662/96 ha, in pratica, tentato di misurare il bisogno di salute della popolazione secondo le caratteristiche demografiche (invecchiamento) che esprimono una differenziazione nei bisogni stessi (Spandonaro et al, 2005).

¹²Per approfondimenti vedi Spandonaro, 2010.

¹³Consiglio dei ministri n. 109 del 7 ottobre 2010.

¹⁴Per una trattazione dei criteri di equità si veda Cicchetti et al, 2008.

zione di ‘rendite da inefficienza’¹⁵. Ne discende, come si argomenterà in seguito, un problema di appropriatezza della coniugazione, stante la natura della performance come funzione del criterio di riparto: si profila un vizio logico che mina la pretesa oggettività del metodo.

3. Fabbisogno e costo standard: una prima simulazione

In estrema sintesi, sulla base del decreto citato e delle successive modifiche introdotte a seguito del parere favorevole della Commissione Parlamentare per l’attuazione del federalismo fiscale¹⁶, che hanno condotto alla definitiva stesura approvata dal Consiglio dei ministri il 31 marzo 2011, si definisce costo standard la spesa pro capite pesata di un *pool* di tre Regioni¹⁷, ritenute migliori in base a condizioni finanziarie (equilibrio di bilancio)¹⁸, sociali (rispetto dell’erogazione dei Livelli essenziale di assistenza, Lea), di qualità (dei servizi erogati)¹⁹.

¹⁵Il problema potrebbe essere letto da un punto di vista ribaltato e che ha a che fare con le ‘quantità standard’. Ciò significa che l’adeguamento delle strutture sanitarie (soprattutto ospedaliere) verso criteri di efficienza dell’organizzazione ed erogazione delle prestazioni potrebbe al meglio sintetizzare i bisogni di salute attraverso la quantificazione, e non semplicemente la loro individuazione, delle prestazioni Lea, data la natura del bene trattato, le esigenze di coesione sociale e quelle di solidarietà tra Regioni, coerentemente al già dettato della l. 42 del 2009. Vedi Arachi et al, 2009.

¹⁶Parere favorevole del 24 marzo 2011.

¹⁷“...le tre Regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia, sentito il Ministero per i rapporti con le Regioni, in quanto migliori cinque Regioni...”; “nell’individuazione delle Regioni si dovrà tenere conto dell’esigenza di garantire rappresentatività in termini di appartenenza geografica al Nord, al Centro e al Sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica...”. Art. 22, cap. 5, del decreto riformulato secondo l’articolato derivante dal parere della Commissione per il federalismo fiscale citato in nota n. 16.

¹⁸“...di individuare le Regioni in equilibrio economico sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento” art. 3, c. Decreto..... È bene sottolineare che, ai fini interpretativi, resta aperta tutta una questione definitoria che attiene al significato di equilibrio economico e alla determinazione dello stesso come risultato della situazione economica del solo settore sanitario (come logica farebbe intendere) o anche dell’intera situazione economica regionale.

¹⁹“Il valore di costo standard è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza, dalla media pro capite pesata del costo registrato dalle Regioni *benchmark*”. Decreto legislativo in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard, capo IV, art. 22 (ottobre 2010). È bene evidenziare che il decreto sui costi standard nulla esplicita a proposito dei criteri di definizione e valutazione della qualità dei servizi erogati.

Ottenuto il costo standard, esso si applica poi alla popolazione pesata regionale, generando una distribuzione percentuale di risorse, definite fabbisogni standard regionali; infine, questi ultimi si moltiplicano per il fabbisogno nazionale, determinato in base alle compatibilità macroeconomiche, generando le risorse da assegnare ad ogni Regione come finanziamento indistinto dei Lea.

Definendo $Sp^{(P)}$ la spesa pro capite pesata, Pop la popolazione nazionale, $Pop^{(P)}$ la popolazione nazionale pesata e con F il fabbisogno nazionale, il costo standard (CS) e il fabbisogno standard (FS) risultano come di seguito determinati (il suffisso i si riferisce alle Regioni):

$$\text{Costo standard } CS = \frac{\sum_{i=1}^3 Sp_i^{(P)} Pop_i}{\sum_{i=1}^3 Pop_i} \quad [1]$$

$$\text{Fabbisogno standard } FS_j = \frac{CS \times Pop_j^{(P)}}{\sum_{i=1}^3 CS \times Pop_i^{(P)}} = \frac{Pop_j^{(P)}}{Pop} \quad [2]$$

Ove (FS_i) è la quota di finanziamento regionale che, a ben vedere, risulta, data la definizione di costo standard, uguale alla quota di finanziamento regionale basata sulla popolazione pesata ($Pop_i^{(P)}$)²⁰.

Ne deriva che il

$$\text{Finanziamento regionale } F_j = FS_j F = \frac{Pop_i^{(P)}}{Pop} \times F \quad [3]$$

La conclusione è che il finanziamento regionale determinato sulla base dei costi standard è esattamente uguale a quello determinato con il criterio di riparto a popolazione pesata²¹ per cui, dato l’approccio definito, il risultato allocativo rimane legato unicamente alla determinazione dei pesi utilizzati per la stima della popolazione pesata.

Si consideri, inoltre, che la scelta delle Regioni *benchmark* a sua volta è basata sulla spesa pesata, e quindi dipende anch’essa dai pesi adottati.

I pesi, quindi, finiscono per determinare tanto l’aspetto equitativo (il riparto percentuale) quanto quello di ‘efficientamento’ (la scelta delle Regioni *benchmark*).

²⁰Si assume, per comodità, che la popolazione pesata sia standardizzata per riprodurre la numerosità della popolazione effettiva, sebbene tale operazione non sia strettamente necessaria in quanto i rapporti fra popolazioni regionali (che sono quelli che interessano il processo di riparto) sono invarianti rispetto alla numerosità della popolazione.

²¹La conclusione è stata condivisa in numerosi contributi da Dirindin, 2010; Mapelli, 2010; Pisauro, 2010; Spandonaro, 2010b. Sullo stesso argomento si sono espressi Pammolli e Salerno, 2010 e Petretto, 2011.

Aggiungiamo che, se è vero che è prevista l'applicazione dei fabbisogni standard percentuali (FS_j) al fabbisogno nazionale standard (F), quest'ultimo definito *ex ante* in base a criteri di compatibilità macroeconomica, è anche vero che l'algoritmo adottato per la scelta del costo standard (CS) pone come livello di spesa efficiente quello del finanziamento *ex ante* (F). Il criterio del costo standard diventa uno strumento in grado di sancire che la maggiore spesa rispetto al fabbisogno nazionale è il prodotto dell'inefficienza, chiudendo logicamente l'annosa questione del possibile sottofinanziamento pubblico della sanità.

L'approccio sembra giustificarsi logicamente con l'osservazione, apparentemente banale, che se le Regioni *benchmark* sono in pareggio con le risorse attuali, allora devono poterlo essere anche le altre. La questione è però più complessa, in quanto è facile dimostrare (e, come si vedrà, quanto segue si è già sperimentato nella recente storia del Ssn) che, cambiando i pesi, cambiano le Regioni *benchmark*, con il tutt'altro che banale risultato che potrebbero divenire *benchmark* Regioni ad oggi considerate sostanzialmente inefficienti.

La correttezza dei pesi è, quindi, sempre più l'elemento chiave del processo e una loro validazione scientifica è condizione tanto per l'equità sostanziale del processo quanto per una corretta incentivazione dell'efficienza.

La questione è resa poi maggiormente complessa da una serie di altre *technicalities* (non trattate in questo contributo), che ci limitiamo a enumerare senza pretesa di esaustività. Ricordiamo il problema:

- della non banale definizione e certificazione del concetto di spesa sanitaria;
- del corretto riparto delle entrate proprie (convenzionali), il cui gettito dipende dalle caratteristiche socioeconomiche della popolazione, più che dal loro bisogno;
- della popolazione utilizzata nell'algoritmo, che è contabilizzata mediamente con un ritardo di 18 mesi rispetto ai tempi del riparto, oltre che soggetta ad importanti revisioni censuarie.

3.1. L'allocazione del finanziamento: simulazioni

Per comprendere, quindi, l'effettivo impatto dell'applicazione dei costi standard, si è fatto un lavoro di ricostruzione e ridefinizione degli strumenti e degli algoritmi di riparto. Si è proceduto dapprima, per ciascuna Regione, alla ricostruzione della banca dati demografica (fonte Istat). Si è poi ricostruita la serie storica (Atti Conferenza Stato Regioni e Rapporti Ministero della salute) dei cosiddetti pesi (si veda l'Appendice), oltre alla serie storica dei differenti vincoli sui Lea. La ricomposizione delle suddette se-

rie storiche ha comportato una complessa ricerca di ricostruzione di un flusso di documenti frammentato e di duplice provenienza.

Quindi si è proceduto, per ciascuna Regione e per il periodo 1997-2010, al calcolo delle quote capitarie pure e pesate. Infine, si è proceduto alla modellizzazione del meccanismo di calcolo del riparto del Fsn alle Regioni.

La costruzione dello strumentario analitico è stata indispensabile ai fini del calcolo delle simulazioni e queste ultime ci sono sembrate il solo strumento capace di rendere conto della complessità implicita dell'azione delle variabili in gioco e dei conseguenti effetti di equità ed efficienza.

Le nostre valutazioni vengono dapprima effettuate sui criteri di riparto utilizzati dal 1997 (quindi dopo l'introduzione del criterio della quota capitaria pesata, ex l. 662/96), evidenziando come l'introduzione del criterio del bisogno proporzionale all'età, cioè la specificazione dei cosiddetti pesi (con modesti correttivi), abbia di fatto rappresentato una soluzione di continuità rispetto all'approccio della quota capitaria secca (o pura) in uso precedentemente.

Appare evidente (tabella 1) come l'applicazione delle due distinte quote capitarie (secca e pesata, colonne A e B della tabella 1) abbia prodotto risultati consistenti, spostando circa il 4,3% (colonna B/A) del finanziamento dalle Regioni del Sud a quelle del Centro-Nord (in particolare +2,4% verso il Nord, +2,7% verso il Centro): in termini monetari l'impatto, ai livelli attuali di finanziamento, raggiunge gli 1,8 miliardi di euro.

In questo senso, un'anticipazione diviene necessaria. È bene sottolineare, infatti, che nessuna delle modifiche successive apportate al criterio di riparto ha più cambiato i volumi di finanziamento per dimensioni confrontabili. In un certo qual modo, l'abbandono del criterio della proporzionalità alla popolazione sembra ribadire un punto di non ritorno, rappresentando effettivamente una volontà di cambiamento sostanziale del sistema.

Come argomentato in precedenza, l'algoritmo dei costi standard congela l'allocazione del finanziamento all'analogia condizione del riparto a quota capitaria pesata (senza correzioni negoziate *ex post* dalle Regioni) in essere. Facendo riferimento al finanziamento del 2010 (il 2011 è in corso di negoziazione) al netto del cosiddetto 'lapis' e confrontandolo con le situazioni storicamente sperimentate (cioè con quelle precedenti) possiamo rilevare i diversi cambiamenti che l'ammontare di finanziamento ha subito, in particolare dal passaggio alla quota capitaria ponderata.

Iniziamo con una conferma: i costi standard giungono alla medesima allocazione dei criteri di riparto 2010, legittimando così la conclusione precedente-

Tabella 1 - Simulazioni quote di finanziamento, valori percentuali

Regione	Quota capitaria secca 1997 (A)	Riparto 1997 a popolazione 1997 (B)	Riparto 1997 a popolazione 2009 (C)	Riparto 2010 a popolazione 2009 (D)	Riparto 2010 a popolazione 2009 con quote Lea 1997 (E)	(B)/(A)	(C)/(B)	(D)/(B)	(D)/(C)	(D)/(E)
Nord	44,49	45,56	46,61	46,09	46,09	2,39	2,32	1,16	-1,13	-0,01
Centro	19,16	19,66	20,17	19,87	19,88	2,65	2,57	1,07	-1,46	-0,02
Sud	36,35	34,78	33,22	34,04	34,03	-4,33	-4,50	-2,13	2,48	0,03
Piemonte	7,46	7,76	7,75	7,54	7,55	3,92	-0,02	-2,73	-2,70	-0,03
Valle d'Aosta	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21	1,57	2,21	1,55	-0,64	-0,01
Lombardia	15,65	15,58	16,16	16,23	16,23	-0,46	3,72	4,15	0,42	0,00
Bolzano	0,79	0,76	0,79	0,81	0,81	-3,88	3,14	6,41	3,17	0,03
Trento	0,81	0,81	0,85	0,86	0,86	0,55	4,51	5,52	0,97	0,01
Veneto	7,78	7,78	8,07	8,12	8,12	-0,01	3,71	4,36	0,63	0,01
Friuli	2,07	2,19	2,17	2,10	2,11	5,68	-0,72	-3,85	-3,15	-0,03
Liguria	2,85	3,14	3,04	2,83	2,84	10,18	-3,13	-9,66	-6,74	-0,07
Emilia-Romagna	6,87	7,33	7,57	7,37	7,38	6,70	3,30	0,62	-2,59	-0,03
Toscana	6,14	6,54	6,57	6,34	6,34	6,51	0,32	-3,11	-3,42	-0,04
Umbria	1,43	1,53	1,58	1,53	1,53	6,32	3,53	0,01	-3,40	-0,04
Marche	2,54	2,66	2,73	2,66	2,66	4,91	2,77	0,04	-2,66	-0,03
Lazio	9,04	8,93	9,29	9,35	9,35	-1,18	3,98	4,61	0,60	0,01
Abruzzo	2,21	2,26	2,27	2,24	2,24	2,12	0,76	-0,66	-1,41	-0,02
Molise	0,57	0,59	0,55	0,54	0,54	2,77	-6,35	-8,38	-2,17	-0,02
Campania	10,05	9,34	8,86	9,31	9,31	-7,08	-5,15	-0,26	5,15	0,05
Puglia	7,13	6,79	6,50	6,66	6,66	-4,80	-4,13	-1,79	2,44	0,03
Basilicata	1,07	1,04	0,98	0,98	0,98	-2,12	-5,89	-6,06	-0,18	0,00
Calabria	3,62	3,48	3,25	3,30	3,30	-3,79	-6,62	-5,21	1,51	0,02
Sicilia	8,81	8,52	8,08	8,24	8,24	-3,27	-5,15	-3,31	1,94	0,02
Sardegna	2,90	2,77	2,72	2,76	2,76	-4,59	-1,85	-0,09	1,79	0,02

mente evidenziata per via analitica: ovvero che l'applicazione dei costi standard non genera alcuna modifica rispetto al criterio del riparto a quota capitaria pesata, nella fattispecie all'intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

Rispetto all'allocatione del 1997, nel 2010 si è distribuito al Sud il 2,1% (colonna D/B) in meno (corrispondentemente il Nord aumenta la sua quota dell'1,2% e il Centro dell'1,1%). Complessivamente, quindi, il Meridione, rispetto ai criteri di allocatione ante l. 662/96, rinuncia al 6,7%²².

D'altra parte, è interessante far notare che l'applicazione dei costi standard, se basata sui pesi 2010, agirebbe da strumento di 'riequilibrio', posto che mantenendo i pesi originari, fra il 1997 e il 2010 il Sud avrebbe progressivamente perso notevolmente di più per una serie di fattori (trascuriamo volutamente le *technicalities*) principalmente demografici: infatti sebbene l'invecchiamento della popolazione sia stato più rapido nel Sud che nel resto d'Italia, le popolazioni meridionali sono rimaste sostanzial-

mente stabili, mentre quelle Centro-settentrionali sono aumentate notevolmente. Specificatamente, l'applicazione integrale del processo di ponderazione avrebbe provocato un riparto significativamente diverso da quello attuale a causa di una progressiva modificazione dei pesi (presumibilmente per ragioni di sostenibilità finanziaria), che hanno agito nel senso di attenuare l'effetto della ponderazione per età.

Per analizzare il risultato sopra esposto, usando la tecnica del *ceteris paribus*, abbiamo provveduto a simulare quanta parte della modifica allocativa fra il 1997 e il 2010 evidenziata sia attribuibile ai singoli fattori. Come ho detto, i pesi giocano un ruolo fondamentale nel meccanismo di riparto. Infatti, adottando la stessa popolazione (quella residente all'1.1.2009), possiamo osservare che la modifica dei pesi intervenuta fra il 2010 e il 1997 (in particolare da ultimo la pesatura per età dell'ospedaliere solo al 50%) ha, in realtà, favorito significativamente il Meridione 'riportando indietro' il 2,5% del finanziamento (l'1,1% dal Nord e l'1,5% dal Centro, colonna D/C)²³. Infatti, i criteri del 1997, applicati alla popolazione del 2009, avrebbero invece raddoppiato il

²²Per ragioni di sintesi non si commentano i risultati a livello di singola Regione, per i quali si rimanda all'analisi della tabella 1. Si nota solo come l'aggregazione per ripartizione nasconde trend differenziati per alcune delle Regioni che ne fanno parte.

²³La sola componente demografica avrebbe allargato ancora di più la forchetta del finanziamento.

‘salto’ derivante dall’applicazione della l. 662/96, riducendo il finanziamento del Sud (rispetto ai criteri preesistenti) di oltre 3,5 miliardi di euro.

Il cambiamento dei pesi può quindi essere interpretato in modo duplice.

Esso può apparire come un progressivo aggiustamento alla necessità di rendere gli stessi pesi più correttamente rappresentativi dei reali fabbisogni espressi dalle varie fasce di età, ma, allo stesso tempo, è lecito pensarlo come strumento rappresentativo di una logica finanziaria tesa a garantire il prevalere della spesa storica. Purtroppo le ragioni che hanno portato alle modifiche dei pesi rimangono implicite nei documenti e intese fra Regioni, rendendo impossibile trarre conclusioni definitive.

Certamente ciò che stupisce il ricercatore è sia la velocità dell’impatto demografico (che potrebbe dipendere da un criterio iniziale di stima dei pesi statico, non in grado di cogliere la dinamica dei fenomeni e delle possibili economie di scala), quanto la variabilità dei pesi adottati, la cui giustificazione teorica è certamente difficile.

Mentre, quindi, l’impatto dell’evoluzione demografica e della variazione nel tempo dei pesi risultano sostanzialmente equivalenti (forse volutamente) ai fini del riparto, le modifiche nel frattempo intervenute nelle quote Lea sembrano giocare un ruolo marginale: simulando l’allocazione a costi standard con le quote Lea vigenti e con quelle del 1997, si desume che per il Centro la modifica è approssimativamente neutrale; è marginalmente penalizzante per il Nord e, di contro, lievemente favorevole per il Sud.

Questo risultato, unito all’evidente non cogenza dei vincoli Lea (sono poche le Regioni che rispettano davvero le quote), porta a riconsiderare l’esigenza di introdurre tale elemento negli algoritmi di allocazione, almeno fermi restando i criteri di ponderazione attuali.

3.2. Le recenti modifiche

Il presente lavoro offre lo spunto, altresì, per effettuare un tentativo di valutazione delle modifiche apportate allo schema di decreto a seguito delle indicazioni della Commissione bicamerale per il federalismo. In quest’ottica, proprio perché il principio di fondo è in qualche modo rivoluzionario, se non altro rispetto agli usi e costumi ‘assistenzialisti’ che per lo più hanno storicamente prevalso nel nostro paese, dispiace osservare che le modifiche apportate paiono susseguirsi senza un presupposto teorico, rispondendo per lo più ad istanze di mediazioni poco coerenti con l’applicazione del criterio scientifico a cui il decreto stesso si ispira e di conseguenza privandolo di un portato ‘rivoluzionario’.

Un esempio è l’art. 7: nella precedente formulazione peccava di efficacia, rimandando ad accordi

pressoché impossibili fra Regioni; nell’attuale prevede l’applicazione di una formulazione centralista che, imponendo la pesatura per le sole età, contraddice ogni evidenza scientifica, posto che la stessa età non costituisce l’unica determinante dei bisogni sanitari e tanto meno dei costi di gestione di un sistema sanitario. Apparentemente il ‘blitz’ pare rappresentare una modalità di individuazione aprioristica delle Regioni ‘favorite’, ma concretamente, rimandando alla verifica di alcune caratteristiche socioeconomiche (art. 22 bis ‘rimozione delle carenze strutturali’), riproduce un’evidente contraddizione: non si capisce perché le caratteristiche socioeconomiche debbano influire sulle carenze strutturali e non sulla gestione (e sui bisogni) correnti.

Analogamente, sembra rispondere ad una logica di (ingiustificata) mediazione politica la presunta esigenza di garantire nel *benchmark* una rappresentatività geografica (Nord, Centro, Sud), di cui all’art. 22, c. 5: le differenze fra Regioni della stessa ripartizione geografica, infatti, sono spesso maggiori di quelle fra ripartizioni differenti. Di contro, la doverosa considerazione delle economie di scala viene insufficientemente liquidata con l’obbligo di inserire nel *benchmark* almeno una Regione di piccole dimensioni, stante che la ponderazione per popolazione è, alla fine, in grado di annullare l’intero processo.

Della stessa misura è il nuovo c. 9 bis dell’art. 7, che garantisce alla Regione più virtuosa la stabilità del finanziamento. La contraddizione evidente è connaturata alla stessa natura di strumento perfetto dell’algoritmo: un algoritmo capace di misurare l’efficienza esclude, di per sé, la clausola di salvaguardia (finanziaria!), rendendola inutile, se non addirittura dannosa.

Ne consegue che tutti i problemi sostanziali paiono immutati. Resta fra tutti la l’apparente mancanza di impegno serio nella determinazione scientifica dei criteri di riparto (i pesi, come dimostrato nel presente lavoro), dai quali dipendono l’esito e la correttezza di tutto il meccanismo. Secondariamente, la constatata inutilità di un algoritmo che, di fatto, annulla il principio stesso di costo standard e riduce il riparto alla suddivisione delle risorse per età, richiamando al criterio della spesa storica che invece si voleva abolire; quindi il principio del riparto per Lea, che nella formulazione attuale è del tutto ininfluenza²⁴ e le molte incertezze sulla reale confrontabilità dei costi sui cui si sceglie il *benchmark*. Allo stesso modo non sembrano efficaci le variazioni intervenute sul c. 6, art. 5, dove la spesa media pro capite pesata si è sottilmente trasformata nella “media pro capite pesata del costo”. La perplessità nasce dall’analisi della natura di costo/spesa di riferimento: si tratta, in sostanza, sempre

²⁴Diverso sarebbe se i *benchmark* fossero differenti per ogni Lea.

di spesa pubblica, per di più riferita alla sola sanità e determinata sulla base di bilanci in cui sono stati, invece, aboliti i vincoli di destinazione.

Ne consegue che i possibili rischi di incoerenza logica dell'impianto, peraltro rafforzati dalle evidenti incertezze nelle regole e nelle pratiche contabili, e quelli di opportunismo, dovrebbero far propendere per un approfondimento della materia.

Considerazioni conclusive

Prescindendo dalla questione della non facile traduzione operativa dei criteri relativi alla determinazione dei costi standard, ciò che maggiormente appare rilevante è, come già detto nell'introduzione, un'evidente 'problematica di efficienza' (cioè quanto l'adozione di costi standard la incentivi) insieme a un'evidente 'problematica di equità' (ovvero quanto l'applicazione del costo standard può garantire un finanziamento proporzionale ai veri bisogni delle popolazioni servite).

In questo senso, la letteratura economica è concorde nel rilevare la frequente esistenza di un *trade-off* fra efficienza ed equità, rischio da cui la partita dei costi standard non appare sicuramente esente.

Si osservi, in primo luogo, che il decreto è giunto alla conclusione ovvia, ma non scontata, che la spesa sanitaria regionale non può essere direttamente confrontata né a livello di enti con funzione di terzo pagante né a livello di erogatori. I differenziali di qualità e la complessità delle prestazioni erogate, funzionale quest'ultima (tra l'altro) ai diversi bisogni della popolazione servita, rendono impossibili confronti immediati dei dati finanziari; la questione è ben nota in letteratura, minando alla base gran parte degli studi econometrici tesi a misurare l'efficienza nei sistemi sanitari. Da qui l'esigenza di scegliere Regioni che garantiscano livelli di qualità elevata delle prestazioni ma, allo stesso tempo, anche l'esigenza di standardizzare la spesa per i bisogni. Sul primo punto il decreto è reticente sui criteri da adottare; sul secondo, invece, accetta esplicitamente il criterio dei pesi sinora adottato nel cosiddetto riparto del Fsn. Questa scelta, seppure inevitabile, risulta densa di implicazioni: fra i molti profili possibili, notiamo che i pesi, per come sono stati definiti i costi standard, accanto al ruolo tradizionale di fattori di riparto (equitativo) delle risorse, assumono così un ruolo centrale anche nella determinazione della spesa ritenuta ottimale (e quindi efficiente); a cascata, potendosi considerare il costo standard come l'ammontare di risorse che si possono ritenere sufficienti per erogare i Lea in condizioni di efficienza, determinano poi i livelli di perequazione e quindi solidarietà fra le Regioni.

Le simulazioni quantitative elaborate nel presente contributo permettono di uscire dalle questioni normative, offrendo un contenuto positivo al dibattito.

In particolare, è stato possibile valutare l'effetto redistributivo dei sistemi di ponderazione sinora utilizzati e verificare come la variazione dell'allocazione delle risorse, anche con i costi standard, rimane fortemente legata alla determinazione dei pesi e quindi alla stima del bisogno sanitario delle popolazioni.

Allo stesso tempo il fatto che il criterio di rappresentazione del fabbisogno sia legato quasi esclusivamente all'età, insieme al rapido, ma difforme invecchiamento delle popolazioni regionali, come anche alle diverse dinamiche di crescita delle stesse, comporta una forte sensibilità dell'allocazione alla componente demografica.

Non a caso si è potuto evidenziare, quantificandolo, l'impatto del passaggio dalla quota capitaria pura a quella pesata, che rimane il vero spartiacque nei criteri di finanziamento dei Servizi sanitari regionali. Tra l'altro i criteri adottati con la l. 662/96, uniti all'evoluzione demografica, avrebbero portato a ridurre il finanziamento delle Regioni meridionali di una quota compresa fra l'8% e il 9%.

Di fatto, i pesi si sono modificati nel tempo con l'esito di dimezzare gli effetti sopra descritti.

Di contro il progressivo spostamento delle quote Lea verso l'assistenza territoriale gioca un ruolo marginale (con i criteri di ponderazione attuali), rendendo pressoché inutile il vincolo (o meglio, nella pratica, l'indicazione).

Le simulazioni effettuate rendono quindi drammaticamente evidente la stretta relazione fra pesi e risultato allocativo, anche con il meccanismo dei costi standard.

Si conferma, quindi, come sia fondamentale addivenire a una stima ineccepibile dei differenziali di bisogno delle popolazioni regionali: ma sull'ineccepibilità dei pesi attuali è lecito dubitare, se non altro osservando come siano state ondovaghe le intese fra le Regioni, lasciando intendere che i pesi siano stati piegati a logiche di supporto finanziario, più che a una rigorosa applicazione di un criterio di efficienza della spesa rispetto ai bisogni della popolazione; peraltro, su questo tema il decreto non aggiunge nulla e rimanda nuovamente all'intesa fra le Regioni.

Si noti che, per quanto sopra, l'idea contenuta nel decreto di lasciare la materia della determinazione dei pesi alla negoziazione regionale appare improvvida anche alla luce dell'esperienza storica (quantitativamente dimostrata dalle nostre simulazioni), la quale dimostra che sinora tale negoziazione o mette in discussione l'attendibilità dei pesi (data la forte e ravvicinata variazione degli stessi) o dimostra una tendenza della negoziazione ad allinearsi al criterio

della spesa storica, che la l. 42/09 intendeva invece bandire.

In ogni caso, così come è lecito dubitare della correttezza scientifica dei ‘pesi’ sin qui adottati, tanto che lo stesso decreto prevede la possibilità di una loro integrazione con nuovi (ma non ben specificati) indicatori territoriali²⁵, altrettanto è lecito dubitare che si possa giungere ad una intesa fra le Regioni, sia perché esse hanno interessi chiaramente confliggenti, sia perché in Conferenza Stato/Regioni è necessaria l’unanimità.

Una scientifica e inoppugnabile determinazione dei pesi rappresenta quindi una condizione necessaria per la correttezza equitativa dell’approccio ai costi standard; **dato che determina anche la spesa pro capite sulla base della quale si scelgono le Regioni benchmark, rileva fortemente anche in termini di valutazione dell’efficienza.**

Entrando nel merito, possono intravedere numerose questioni critiche nell’attuale determinazione dei suddetti pesi; limitandoci alle principali:

- nel sistema italiano la determinazione dei pesi è sempre avvenuta in base a considerazioni legate alla disponibilità di dati e alle vicissitudini congiunturali dei Sistemi sanitari regionali; di contro, l’esperienza del sistema sanitario nazionale inglese evidenzia l’importanza di definire prioritariamente gli obiettivi della *capitation*²⁶, che in quel contesto sono stati identificati nella garanzia dell’equità di accesso;
- la stima operata in Italia dei pesi è quanto meno discutibile, e non tiene conto di fattori ben noti in letteratura, quali i costi indotti dall’eccesso di offerta (*supply induced demand*) e gli effetti della privazione socioeconomica;
- malgrado i ripetuti richiami all’appropriatezza, i pesi rappresentano spesso gli utilizzi grezzi dei servizi, senza alcuna correzione;
- nell’algoritmo di applicazione dei pesi non si tiene conto dell’interazione reciproca delle variabili, con il rischio di duplicarne gli effetti.

Ancorché le osservazioni precedenti, che riguardano principalmente le *technicalities* statistiche, siano fondamentali in termini di allocazione regionale

²⁵Art. 22, c. 6 “...A tal fine il livello della spesa delle tre macroaree delle Regioni *benchmark* è applicato, per ciascuna Regione, alla relativa popolazione pesata regionale, secondo criteri fissati mediante intesa in Conferenza Stato-Regioni, che tengano conto anche di indicatori relativi a particolari situazioni territoriali, ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari”.

²⁶Per *capitation* si intende la definizione delle risorse finanziarie da garantire a un’agenzia sanitaria (per esempio, una Asl) per far fronte ai bisogni medi della popolazione assistita: può essere proporzionale alla popolazione servita (quota capitaria pura o secca) ovvero ad una popolazione corretta in funzione dei bisogni che esprime (quota capitaria pesata).

delle risorse, la vera novità dei costi standard è quella dell’‘esondazione’ verso la sfera della determinazione della quota di risorse pubbliche ritenute essenziali per la sanità.

Il livello di bisogno, e a maggior ragione quello del bisogno essenziale, non è di fatto osservabile; si può ritenere che sia dinamicamente legato all’evoluzione sociale, ai livelli di solidarietà che si vogliono perseguire, come anche all’evoluzione tecnologica e demografica.

Di conseguenza, appare quanto meno discutibile sostituire una decisione eminentemente politica (in quanto coinvolge giudizi di valore sui livelli di solidarietà desiderati), con un algoritmo derivante da poste finanziarie.

L’economia sanitaria ha sviluppato da tempo approcci atti a garantire (o almeno a perseguire, l’efficienza allocativa), quali i ben noti criteri di valutazione economica (costi-efficacia o meglio costi-utilità), tesi a prioritarizzare gli interventi: sostituirli con ragionamenti sostanzialmente finanziari, rischia di incentivare l’efficienza tecnica a scapito di quella allocativa, con esiti incerti da un punto di vista del benessere sociale.

La responsabilizzazione finanziaria degli enti locali (e quindi in qualche modo il federalismo) è certamente un obiettivo prioritario e imprescindibile, in particolare nel caso italiano; affinché però non produca effetti distorti, è indispensabile non prescindere dall’adottare a monte un approccio economico teso, per ragioni equitative, a determinare in modo scientifico le quote relative di bisogno nella società e, per ragioni di efficienza, alla razionale prioritarizzazione degli interventi.

Un altro aspetto riguarda la rigidità dei criteri adottati: l’economia sanitaria, e in particolare la branca della valutazione economica, ben sanno che la loro funzione è quella di fornire supporto alle decisioni, e non quello di sostituirsi alle scelte politiche imponendo algoritmi rigidi e, solo apparentemente, oggettivi: nel caso specifico, la rigidità dell’algoritmo finalizzata a responsabilizzare finanziariamente i livelli di governo decentrati, finisce per deresponsabilizzare il livello centrale rispetto ad una funzione primaria quale quella della definizione dei livelli di solidarietà che si vogliono perseguire.

Da ultimo, vale la pena di premettere un’osservazione di principio. Si è pensato al federalismo (istituzionale e fiscale) come a un obiettivo valido e necessario, tanto per ragioni di efficienza che di equità; di conseguenza, la determinazione di un criterio condiviso di riparto delle risorse disponibili per i Lea (a parte il nome scelto, ‘costi standard’, che pare essere del tutto infelice) diventa anch’essa una priorità da perseguire in difesa dell’esistenza di un servizio sanitario pubblico universalistico. Non pare invece

convincente la pratica di decidere *bottom-up* quale sia il costo (efficiente) per il finanziamento dei Lea, e tanto meno illudersi che l'essenzialità sia cosa diversa da un criterio predefinito, legato anche a considerazioni economiche. Tutto sommato, questo obiettivo appare una complicazione sostanzialmente inutile: come è ben chiarito nel decreto (art. 21, c. 1), le risorse disponibili sono quelle considerate macroeconomicamente coerenti, quindi evidentemente

legate a una scelta politica, alla quale si può però solo far seguire un equo riparto: da questo punto di vista il nuovo c. 1bis dell'art. 20, che "tira fuori" il fabbisogno sanitario standard da considerazioni di sostenibilità, appare pleonastico e sostanzialmente contraddetto.

Autore per la corrispondenza

Cristiana Abbafati, cristiana.abbafati@uniroma1.it

Appendice - Serie storica dei cosiddetti 'pesi'

Ospedaliera

Età	1997	2003	2007	2010	M	F	M	F
	M	F	M	F				
ToT								
0-1	3,250	3,250	2,677	2,677	2,539	2,539	3,028	3,028
1-4	0,570	0,570	0,380	0,380	0,376	0,376	0,375	0,375
5-14	0,370	0,370	0,267	0,267	0,254	0,254	0,229	0,229
15-24	0,520	0,620	0,339	0,339	0,392	0,392	0,370	0,370
25-44	0,520	0,620	0,577	0,577	0,567	0,567	0,530	0,530
45-64	1,050	2,030	1,003	1,003	0,945	0,945	0,966	0,966
65-75	2,030	2,030	1,700	1,700	2,105	2,105	2,095	2,095
75 e oltre	2,940	2,940	2,400	2,400	3,025	3,025	2,941	2,941

Fonte: Atti Conferenza Stato-Regioni.

Specialistica

Età	1997	2003	2007	2010	M	F	M	F
	M	F	M	F				
TOT								
0-1	1,200	1,200	0,210	0,210	0,242	0,242	0,530	0,530
1-4	1,100	1,100	0,210	0,210	0,204	0,204	0,263	0,263
5-14	1,000	1,000	0,210	0,210	0,165	0,165	0,318	0,318
15-24	1,000	1,000	0,300	0,300	0,228	0,228	0,438	0,438
25-44	1,000	1,000	0,300	0,300	0,363	0,363	0,702	0,702
45-64	1,300	1,300	0,550	0,550	0,573	0,573	1,169	1,169
65-75	1,600	1,600	1,000	1,000	1,000	1,000	2,061	2,061
75 e oltre	2,000	2,000	0,800	0,800	0,897	0,897	1,846	1,846

Fonte: Atti Conferenza Stato-Regioni.

Farmaceutica

Età	1997	2003	2004		M	F
	M	F	M	F		
Tot						
0-1	1,000	1,000	0,730	0,730	1,000	1,000
1-4	1,000	1,000	0,730	0,730	0,964	0,964
5-14	1,000	1,000	0,380	0,380	0,695	0,695
15-24	1,000	1,100	0,470	0,710	0,693	0,771
25-44	1,000	1,100	0,470	0,710	0,693	0,771
45-64	1,700	1,700	1,200	1,200	2,104	2,104
65-75	2,200	2,200	1,960	1,960	4,176	4,176
75 e oltre	3,500	3,500	2,330	2,330	4,290	4,290

Fonte: Minsan.

Bibliografia

- Agenas (2010), Criteri per il riparto del fabbisogno sanitario, Relazione commissionata dalla Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome.
- Arachi G, Zanardi A (2000), Il federalismo fiscale regionale: opportunità e limiti, in
- Bernardi L (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000*, Bologna, Il Mulino.
- Arachi G, Mapelli V, Zanardi A (2009), *Prime simulazioni del sistema di finanziamento e perequazione di Regioni e Comuni previsto dalla legge delega sul federalismo fiscale*, Short note n. 4, Milano, Università Bocconi, Econpublica Centre for Research on the Public Sector.
- Atella V, Pollastri C, Spandonaro F (2002), *Health federalism, equalization criteria and growth fostering mechanisms*, comunicazione presentata al Convegno AIES 2002, Bologna.
- Bordignon M (2004), *Fiscal decentralization: how to harden the budget constraint*, presentato al workshop 'Fiscal surveillance in EMU: new issues and challenges' (Commissione Europea), Bruxelles, November 2004.
- Bordignon M (2005), *Criteri di riparto finanziario delle risorse per il settore sanitario: analisi e proposte di riforma*, CEIS Sanità, Facoltà di Economia-Università degli Studi di Roma 'Tor Vergata'.
- Mapelli V, Turati G (2002), Fiscal federalism and National health service in the Italian system of governments, in *Annual report on monitoring Italy*, Roma, Isae.
- Cicchetti A, Ricciardi G, Damiani G (2007), Allocazione delle risorse e modelli di solidarietà sociale in un'epoca di devolution: l'effetto delle formule allocative per la pesatura della quota capitaria delle Regioni, Convegno AIES, Firenze, 18-19 ottobre 2007.
- CIPE (vari anni), delibere per la ripartizione alle Regioni delle somme destinate a finanziare il Servizio Sanitario Nazionale.
- Conferenza Stato Regioni (vari anni), Intese sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale.
- Corte dei Conti (2008), *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni*, Roma.
- Dirindin N (2001), Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle Regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?, in Dirindin N, Pagano E (a cura di), *Governare il federalismo*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Dirindin N (2010), Fabbisogni e costi standard in sanità: limiti e meriti di una proposta conservativa, *Politiche sanitarie*, 11: 202-208.
- France G (2003), I livelli essenziali di assistenza: un caso di policy innovation, in Fiorentini G (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino, pp inserire
- Hauck K, Shaw R, Smith PC (2002), Red avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitation payments, *Health Econ*, 11: 667-677.
- Hausman J, Hall B, Griliches Z (1984), Econometric models for count data with an application to the patents-R&D relationship, *Econometrica*, 52: 909-938.
- Isae (2003), La riforma del Titolo V della Costituzione: la ripartizione delle competenze, in *Rapporto annuale 2003 sull'attuazione del federalismo*, Roma.
- Isae (2004), Il federalismo in sanità: alla ricerca della stabilità finanziaria, in *Rapporto annuale sull'attuazione del federalismo*, Roma.
- Jorio E (2010), I nuovi governatori regionali di fronte al debito della sanità ereditata (31-3-2010), *Federalismi Rivista di diritto pubblico italiano e comparato*. Disponibile online al seguente indirizzo: www.federalismi.it.
- Mapelli V (1999), *L'allocazione delle risorse nel Servizio sanitario nazionale*, Ministero del Tesoro, Commissione tecnica per la spesa pubblica, Roma.
- Mapelli V (2003), Ambizioni e realtà del SSN, in Guerra MC e Zanardi A (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2003*, Bologna, Il Mulino, pp da inserire
- Mapelli V (2010), *Se il costo standard diventa* (8 ottobre 2010). Disponibile online al seguente indirizzo: <http://www.lavoce.info/articoli/pagina1001941>. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Ministero della Salute (vari anni), *Banca dati SDO*, Roma.
- Muraro G (2002), *Federalismo fiscale e sanità*, XIV Conferenza degli Economisti Pubblici, Università di Pavia, 4-5 ottobre.
- Pammolli F, Salerno NC (2004), *La definizione operativa dei Lea 'chiave di volta' del federalismo*, Quaderno CERM 10/04, Roma.
- Pammolli F, Salerno N (2003), *I numeri del federalismo in sanità. Benchmarking e standard sui profili di spesa in sanità*, Working Paper CERM n. 3, Roma.
- Pellegrini L, Toniolo F (2003), Le differenze fra le Regioni hanno radici antiche, *Monitor*, 5.
- Petretto A (2011), *La finanza delle regioni a statuto ordinario a seguito del D.Lgs. recante Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*, Firenze, Irpet.
- Pisauo G (2010), *Retorica e realtà nella determinazione dei fabbisogni standard in sanità* (22 ottobre). Disponibile online al seguente indirizzo: www.nelmerito.com. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Rice N, Smith P (1999), *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*, Working Papers n. 83, University of York, Centre for Health Economics.
- Smith P (2008), *Formula funding of health services: learning from experience in some developed countries*, Discussion paper n. 1, Geneva, Who.
- Spandonaro F, Atella V, Mennini FS (2005), Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano, *Politiche sanitarie*, 5: 27-32.
- Spandonaro F (2010), Quali aspetti rimangono ancora aperti alla discussione, in Agenas, Criteri per il riparto del fabbisogno sanitario, Relazione commissionata dalla Conferenza delle regioni e delle Provincie autonome. Agenas, Criteri per il riparto del fabbisogno sanitario, Relazione commissionata dalla Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome.
- Spandonaro F, Costi standard: un decreto che non convince, *Quotidiano Sanità* 21.9.2010.
- Sutton M, Gravelle H, Morris S et al (2002), Allocation of resources to English Areas; individual and small area determinants of morbidity and use of healthcare resources, Report to the Department of Health, Edinburgh, Information and Statistics Division.
- van de Ven WPMM et al (2007), Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later, *Health Policy*, n. 83.
- Yingyi Q, Roland G (1998), Federalism and the soft budget constraint, *Am Econ Review*, vol. 88, n. 5, December.