

Politiche sanitarie

Economia, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

Anno 5, numero 1,
gennaio-marzo 2004

Direttore
Gilberto Muraro

Condirettori
Piervincenzo Bondonio
George France

Direttore esecutivo
Nerina Dirindin

1

- EDITORIALE
Immaginate di avere un problema di salute non banale...
Paolo Vineis, Nerina Dirindin

3

- SAGGI
Standard nazionali e devoluzione: una prima ricognizione
George France

16

- Liste di attesa: problemi aperti
Angela Testi, Elena Tanfani

27

- Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità:
riflessioni sul caso italiano
Federico Spandonaro, Francesco Saverio Mennini, Vincenzo Atella

33

- Salute.it: navigando tra i siti web delle aziende sanitarie della regione
Emilia Romagna
*Giovanna Campaniello, Raffaella Angelini, Cristina Incerti Medici,
Andrea Bolognesi, Andrea Donatini, Gino Targa*

43

- NOTE, ESPERIENZE, DOCUMENTI
Modelli di simulazione per le scelte di programmazione regionale:
l'esperienza della regione Marche nella valutazione di impatto sulla
spesa sanitaria dell'assistenza residenziale agli anziani non
autosufficienti
Claudio Politi, Francesco Di Stanislao

52

- La comunicazione fra medico e paziente: aspetti di costo-efficacia
Aldo Lamberto, Rosella Levaggi



Il Pensiero Scientifico Editore

Criteria per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano

Federico Spandonaro¹, Francesco Saverio Mennini², Vincenzo Atella¹

¹SEFEMeQ e CEIS Sanità-Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata";

²CEIS Sanità-Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata"

Riassunto. Obiettivo del lavoro è analizzare i criteri di riparto del Fsn e proporre eventuali modifiche. Tali criteri vengono confrontati con i criteri di allocazione delle risorse nel Nhs inglese. Differenze nell'approccio metodologico, ma anche nel contesto istituzionale, giustificano una revisione del sistema di riparto; in particolare sembra opportuno introdurre nel sistema incentivi al perseguimento di una maggiore efficienza/appropriatezza a livello regionale. Il lavoro evidenzia, infine, i principali ostacoli che dovranno essere rimossi per adeguare il processo di riparto alle indicazioni fornite.

Parole chiave. Appropriatezza, equità, finanziamento del servizio sanitario, quota capitaria.

Abstract. The aim of this paper is to analyse the Italian allocation formula with a view to making proposals on how to improve it. The Italian criteria are compared with the recent proposal for reform of how resources are allocated among English local health authorities. Differences in methodologies used and institutional frameworks suggest a need for some changes in the Italian criteria; special attention should be given to creating incentives for regional efficiency/appropriateness. The paper highlights the main obstacles to be removed if the changes proposed discussed in this paper are to be implemented.

Key words. Appropriateness, capitation, equity, health care finance.

Introduzione

Sin dall'istituzione del Ssn si è posto il problema del riparto fra le regioni ordinarie del Fsn iscritto in bilancio. L'art. 51 della l. n. 833 del 1978 indicava che esso doveva 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".

Possiamo cogliere in questa indicazione una forte istanza equitativa, rafforzata dalla preoccupazione di ridurre i gap esistenti fra le regioni.

Dall'analisi delle delibere Cipe, a cavallo degli anni '80, emerge come si pose immediatamente il problema della compatibilità degli obiettivi equitativi (che comportavano spostamenti di risorse verso il Meridione) con quelli di sostenibilità finanziaria, in quanto il riparto portava alle regioni del Nord e del Centro risorse inferiori a quelle pre-riforma, renden-

do loro di fatto impossibile la gestione delle strutture esistenti. In pratica si poneva il problema di garantire contemporaneamente la spesa storica e il riequilibrio territoriale, in condizioni di risorse limitate.

Per far fronte a questa situazione, mentre il Ministero della Sanità propose nel 1982 l'adozione di nuovi criteri di riparto, al fine di accelerare il processo di riequilibrio interregionale, venne individuato nel fattore "popolazione" uno dei parametri fondamentali del riparto, in quanto capace di "porre in essere una sostanziale perequazione tra regioni ad alta intensità di strutture sanitarie e regioni ad elevato potenziale di utenza... atteso che occorre contemperare le esigenze delle regioni superdotate di servizi sanitari con quelle delle regioni a crescente domanda sanitaria in rapporto alla popolazione residente¹".

Nel 1985 fanno la loro apparizione i primi "pesi", che vanno a correggere il criterio della quota capitaria per i differenti assorbimenti di risorse dipendenti dall'età², senza esplicitare formalmente i criteri di allocazione.

¹Cfr. del Cipe 29.7.1982.

²Cfr. delibera Cipe del 20.12.1984.

Per giungere ad un esplicito criterio per l'allocazione delle risorse si deve però aspettare la l. n. 662 del 1996, che all'art. 1, comma 34, prevede che i pesi siano determinati in base "ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari e indicatori epidemiologici territoriali. Il Cipe... può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale...".

Dopo tale data il riparto è sempre avvenuto in base ad una struttura di pesi per età, sesso e funzione assistenziale. Si sono, però, sovrapposte al "riparto principale" ulteriori allocazioni di fondi aggiuntivi, realizzate sulla base di contrattazioni fra le regioni, tendenti a far fronte alle principali emergenze finanziarie regionali.

L'approvazione del d.lgs. n. 56 del 2000 porta all'abolizione definitiva del Fsn e dei trasferimenti vincolati alle regioni, ma il problema dell'allocazione delle risorse sanitarie non viene meno: in un certo modo si trasforma nella determinazione del fabbisogno finanziario delle regioni per i livelli essenziali di assistenza. Tale fabbisogno sembra ragionevole che sia valutato in coerenza con i "pesi" utilizzati sinora per il riparto del Fsn, nella misura in cui essi effettivamente rappresentano i differenziali di bisogno sanitario regionale derivanti da età, sesso e quant'altro.

Dobbiamo osservare che negli ultimi anni l'attuale struttura del riparto sembra sempre meno unanimemente accettata dalle regioni³; gli accordi sul riparto finiscono per realizzarsi più sulla base della spesa storica e delle esigenze, ex post, di finanziamento, che non di una base scientifica adottata a priori.

Definire una base razionale ed esplicita di scelta sembra, quindi, alquanto opportuno, sia per evitare un contenzioso che già ha rischiato di paralizzare finanziariamente il sistema, sia per evitare derive verso forme inique di finanziamento che premiano sprechi o eccessi di consumo; consideriamo anche l'importanza quantitativa che la correzione per il bisogno sanitario assume nel nuovo assetto di federalismo fiscale che si sta inaugurando⁴.

³Vedi, ad esempio, di recente *Il Sole 24 Ore*. Indubbiamente la sensibilità regionale verso l'argomento si è acuita negli anni, con la progressiva responsabilizzazione regionale sul versante della copertura degli eventuali eccessi di spesa.

⁴Come è noto il meccanismo di finanziamento disegnato dal d.lgs. n. 56 del 2000 prevede un fondo di perequazione alimentato dalla compensazione al 100% dell'Iva e al 90% della restante capacità fiscale, al 70% dei differenziali derivanti dalla dimensione (economie di scala) e al 100% dei differenziali di fabbisogno sanitario. Alcune simulazioni che gli autori hanno effettuato sui dati riferiti al 2001 permettono di apprezzare l'en-

Per meglio comprendere la valenza del nostro attuale sistema di riparto, nel paragrafo 2 si è analizzato l'approccio utilizzato nel Nhs britannico, con particolare riferimento alle recenti modifiche proposte per la "formula" adottata in Inghilterra. In particolare si cercherà di mostrare come in quel contesto sia stato reso assolutamente esplicito l'obiettivo dell'algoritmo, giudizio che non può estendersi alla nostra realtà; inoltre si adottano alcune ipotesi rilevanti che non necessariamente risultano automaticamente estensibili (o quanto meno se ne può discutere l'opportunità) al caso italiano: la discussione è contenuta nel paragrafo 3.

Il paragrafo 4 propone alcune linee di sviluppo per la definizione di un modello di allocazione delle risorse destinate al Ssn.

Seguono le conclusioni.

La capitation nel National health service inglese

Il Ssn italiano ha caratteristiche simili al National health service (Nhs) britannico, e ad esso si è certamente ispirato. Per tale motivo l'analisi delle forme di *capitation* adottate in tale paese appare utile.

Nel seguito ci rifaremo essenzialmente alla formula utilizzata in Inghilterra (Scozia, Galles e Irlanda del Nord utilizzano criteri simili, ma con alcune modifiche), che ha il pregio di essere stata recentemente sottoposta ad accurata revisione⁵.

Una prima nota, che appare essenziale, è la chiara esplicitazione dei principi a cui la formula deve soddisfare: "The allocation of resources for health care across geographical areas in the Nhs is based on the principle that individuals in equal need should have equal access to care, irrespective of where they live"⁶.

Un secondo aspetto degno di nota è rappresentato dalle ipotesi, esplicitamente dichiarate, che sotto-

tità relativa delle attribuzioni al fondo derivanti dai vari fattori di perequazione: per il bisogno sanitario entrano nel fondo risorse pari al 20% di quelle relative alla perequazione della capacità fiscale, mentre l'effetto della perequazione della dimensione regionale risulta meno significativa. La perequazione delle capacità fiscali è dimensionalmente il fattore prevalente, ma è al contempo un fattore estremamente "rigido", nel senso che sembra difficile immaginare sia la riduzione del livello di solidarietà, per l'impatto devastante che avrebbe su alcune regioni meridionali, sia di aumentarlo oltre l'attuale 90%, considerando che la perequazione dell'Iva al 100% porta il livello effettivo di solidarietà ad oltre il 93%; di fatto, quindi, i criteri di determinazione del bisogno sanitario finiscono per essere l'unica voce, nell'algoritmo adottato, capace di modificare significativamente il livello di perequazione fra regioni.

⁵La revisione ha condotto ad un ponderoso documento pubblicato a metà dicembre 2002, *Allocation resources to English area*, stilato in collaborazione da un gruppo di esperti delle principali università britanniche (Sutton et al. 2002).

⁶Sutton et al. 2002.

stanno al modello econometrico utilizzato per la stima dei bisogni: "Basic assumption underlying the resource allocation procedure is that use of health care services is determined by patient needs and by supply"⁷. La questione è rilevante perché in pratica si afferma l'esclusione dalle elaborazioni di problematiche connesse all'efficienza degli erogatori, nonché all'appropriatezza delle prestazioni: temi che, pur presenti nel dibattito all'interno del Nhs, sono lasciati ad altri ambiti di governo del sistema⁸.

Il documento citato recita ancora: "The basic assumption underlying the Nhs process of allocating resources to areas is that the lower level decision makers and front line staff in Nhs have better information about the needs of individual patients and take, on average, appropriate decisions about their utilisation of services"⁹.

Altro aspetto degno di nota è quello rappresentato dalla volontà di mantenere una certa quota di discrezionalità nell'assegnazione dei budget, riservata al livello centrale; un'applicazione di tale principio è rappresentata dall'esistenza di correzioni basate sulla spesa storica: "The weighted capitation formula is used to set targets which then inform allocations. The formula does not determine allocations. Actual allocations reflect decisions on the speed at which health authorities are brought nearer to target through the distribution of extra funds"¹⁰.

Fra le principali ragioni che hanno recentemente portato alla necessità di una revisione del sistema, ricordiamo l'evidenza di dover correggere le formule precedentemente utilizzate per tenere conto dei diversi costi degli input a livello locale, dei bisogni non soddisfatti (*unmet needs*), in particolare per le quote di popolazione maggiormente deprivata, infine per la riallocazione dei budget dalle Health authorities ai Primary care groups.

Inoltre, con l'occasione è stato deciso di unificare la distribuzione delle risorse per coprire i tre principali flussi di fondi quali:

- Hospital and community health services (Hchs);
- Discretionary general medical services (Gmscl);
- Prescribing.

Un differente processo di allocazione è previsto, inoltre, per i finanziamenti riservati al contrasto all'HIV e alle forme di abuso di droghe e alcol.

Non potendo entrare nel dettaglio delle stime econometriche sottostanti al processo di determinazione dei bisogni, ci limitiamo a ricordare che il tutto è stato reso possibile da un imponente lavoro (iniziato nel 1999) di raccolta di dati, molti dei quali campionari, a livello di *Ward e Practice*¹¹.

Si noti che una particolare attenzione è dedicata alla ricostruzione della popolazione afferente alle singole *practice*, per effetto di varie forme di errore (ad esempio, mancate iscrizioni e ritardate cancellazioni)¹².

Il risultato del lavoro è una serie di raccomandazioni per l'attribuzione dei fondi che vede per ogni singola categoria di spesa entrare in gioco fondamentalmente l'età, anche se corretta da un numero di fattori variabile fra 3 ed 8. A titolo di esempio riportiamo le variabili considerate per l'assistenza alle acuzie:

- mortalità sotto i 75 anni;
- frequenza standardizzata di malattia sotto i 75 anni;
- proporzione di nascite premature (basso peso);
- over 75 che vivono da soli;
- numero di aventi diritto a indennità per disabilità;
- indicatore aggregato di povertà per i bambini;
- indicatore aggregato di deprivazione.

Il modello finale è peraltro il frutto di un lavoro minuzioso di standardizzazione, rispetto alle differenze di offerta, come anche di numerosi ulteriori fattori non trascurabili: si cita, a titolo di esempio, il costo per la traduzione dei materiali informativi nelle aree a maggiore presenza di gruppi etnici a madre lingua non inglese.

L'area che maggiormente necessita di ulteriori sviluppi è quella dei dati epidemiologici (problema critico anche per il nostro paese), da inglobarsi nel modello per tenere conto anche dei bisogni di salute insoddisfatti.

Capitation all'italiana

Il sistema di riparto italiano, a una prima sommaria analisi, sembra assolutamente sovrapponibile a quello inglese, e ciò non stupisce avendo i due servizi sanitari forti similitudini. Con un maggiore approfondimento emergono però notevoli differenze, che vale la pena ricordare per la loro importanza.

⁷Sutton et al, 2002.

⁸Dobbiamo peraltro ricordare che uno degli indirizzi forniti dagli organi competenti agli estensori dello studio citato nella nota precedente è stato quello di garantire un'incentivazione alla riduzione delle disuguaglianze di salute eliminabili, spostando così l'attenzione e le finalità della formula sul versante degli outcome del sistema.

⁹Sutton et al, 2002.

¹⁰Sutton et al, 2002.

¹¹Le stime non sono, quindi, state effettuate a livello individuale bensì per *small areas*, le circoscrizioni comunali, o per popolazione assegnata al singolo *primary health group*.

¹²Anche in Italia si pone il problema, come anche quello degli immigrati in via di regolarizzazione, ma non ancora residenti, per i quali è difficile l'attribuzione.

In primo luogo, la l. n. 662 del 1996 ha indicato con una certa precisione, sebbene aprioristicamente, le variabili da utilizzare per "pesare" i bisogni, senza esplicitare con altrettanta chiarezza le finalità del riparto.

Possiamo, in linea di massima, ricondurci implicitamente a una logica equitativa, in coerenza con le scelte del Nhs, seppure anche logiche di riequilibrio dei ritardi strutturali di alcune regioni non sono del tutto assenti nel nostro assetto istituzionale, come si è mostrato nell'introduzione.

Si noti, inoltre, la centralità dei consumi sanitari effettivi nelle formule di riparto: non è apportata una correzione per l'offerta, né vengono sterilizzate le cosiddette *non need variables*: in tal modo il sistema di riparto sanitario italiano è fortemente esposto al rischio di finanziare l'esistente, solo perché "esiste".

Meriterebbe, quindi, maggiore approfondimento il criterio di stima per "piccole aree" utilizzato nella formula inglese, che allo stato attuale risulta peraltro impossibile a livello italiano per mancanza di informazioni statistiche adeguate; di fatto i "pesi" italiani continuano ad essere stimati a livello nazionale o al più regionale con modelli univariati, e non sono depurati dagli effetti delle altre variabili che condizionano la domanda: come detto l'offerta, ma anche fattori che non necessariamente generano un consumo considerabile meritorio (ci si riferisce, ad esempio, a casi di *moral hazard* ove è maggiore la presenza di esenzioni).

Si pone, infine, un fondamentale problema di contestualizzazione istituzionale.

Il sistema inglese (britannico in generale) rimane, ad esempio, fortemente accentrato, e questo potrebbe spiegare il "disinteresse" in fase di riparto per le questioni di efficienza e appropriatezza, gestite "a monte" con controlli centrali.

Di contro, in un sistema federale, ci sembra che meriterebbe una maggiore attenzione il ruolo del controllo centrale dell'appropriatezza e dell'efficienza, sia a fini di monitoraggio dei livelli uniformi di assistenza, sia per evitare stime distorte dei bisogni a partire dall'effettivo utilizzo delle risorse assistenziali, che in ultima istanza finiscono per incentivare comportamenti non virtuosi da parte delle regioni.

Complessivamente il metodo di riparto italiano appare poco giustificabile, sia per aspetti di consistenza delle stime dei "pesi", sia perché sembra privilegiare più il mantenimento dello status quo che non i bisogni della popolazione; non sembra, inoltre, accettabile sul piano dell'equità orizzontale il riferimento alla frequenza dei consumi (quindi i consumi effettivi) piuttosto che ai bisogni; infine, dovrà essere risolto il problema dell'appropriatezza dei consumi, che attualmente non trova incentivo né nella formula di riparto, né nell'esistenza di fon-

di aggiuntivi¹³ utilizzabili discrezionalmente a livello centrale per tale scopo.

Proposte per la modifica dei meccanismi di riparto finanziario nel Ssn

Un recente articolo¹⁴ sottolinea come i criteri di *capitation* basati sul principio di equità orizzontale possano comunque creare incentivi a comportamenti inefficienti, oltre a essere potenzialmente in contraddizione con il principio di equità verticale.

Ci pare di poter affermare che le ragioni di ciò vadano ricercate nella scissione, esistente in quasi tutti i sistemi sanitari, fra responsabilità gestionale e responsabilità sui criteri che informano (a monte) il processo di riparto. In linea di principio è pensabile che il problema sia aggirabile, decentrando il controllo delle performance alle autorità locali o al limite direttamente ai cittadini (in una logica di mercato), scindendolo dal processo di riparto; ci pare che questo modello sia coerente, ad esempio, con le logiche del federalismo fiscale adottato in Italia. In altri termini l'incentivazione dei comportamenti virtuosi in termini di performance è lasciata alla creazione di competizione fra terzi paganti e/o alla responsabilizzazione politica dei gestori, mentre il riparto garantirebbe le sole "condizioni di partenza eque".

Sebbene la questione sia evidentemente complessa, ci pare che possa essere esemplificata come segue; in linea di principio il sistema di riparto ex ante delle risorse può essere finalizzato sia alla perequazione dei rischi, e quindi essere fondamentalmente basato su una stima del bisogno sanitario, sia all'incentivazione di comportamenti virtuosi, e quindi essere basato su indici di performance o collegato al finanziamento di progetti meritevoli.

Peraltro, nel panorama internazionale cogliamo una tendenza, senza un'assoluta dominanza teorica che la giustifichi pienamente, ad aderire alla logica del riparto delle risorse in conto corrente secondo il fabbisogno sanitario, mentre è appannaggio del finanziamento in conto capitale la responsabilità di "indirizzare" il sistema. Tale tendenza va interpretata considerando che, tanto più è possibile trasferire il rischio economico-finanziario dal terzo pagante agli erogatori, tanto meno problematica risulta la scissione fra perseguimento di logiche equitative a priori ed efficienza della spesa a posteriori.

In quest'ottica l'Italia sembra rappresentare un caso piuttosto peculiare: dobbiamo, infatti, in primo

¹³La questione è resa oltremodo significativa dal progressivo depauperamento dei fondi in conto capitale per la sanità, che pure potrebbero svolgere questo ruolo dando una leva importante di governo del sistema al livello centrale. Sul tema vedi oltre.

¹⁴Hauck et al, 2002.

luogo registrare il progressivo depauperamento della leva finanziaria in conto capitale, che di fatto riduce gli strumenti di governo al solo riparto del conto corrente; in secondo luogo, la realtà italiana è caratterizzata dalla nota contiguità fra terzo pagante (la regione) ed erogatori (aziende sanitarie), che lascia il rischio economico in capo alla regione e rende debole la sua capacità di promuovere comportamenti virtuosi fra gli erogatori.

Queste note giustificano l'eventuale adozione di misure "compensative", da realizzarsi in fase di riparto, finalizzate all'incentivazione di comportamenti efficienti ed efficaci.

Quanto sopra ci sembra che possa ulteriormente giustificare, in un caso specifico quale quello del servizio sanitario italiano, una forte attenzione verso i meccanismi di riparto misti, basati sull'integrazione delle logiche di perequazione del rapporto risorse/bisogni, con quelle incentivanti comportamenti virtuosi; queste ultime potrebbero anche tenere conto della necessità di ridurre gli squilibri territoriali esistenti (ad esempio, i termini di dotazioni strutturali), ma dovrebbero garantire un contemporaneo miglioramento dell'efficienza dei singoli sistemi sanitari regionali.

Se le considerazioni che precedono possono essere accettate, ne segue la necessità di riformare il sistema di riparto italiano secondo due linee fondamentali.

In primo luogo con l'adozione di modelli multivariati che possano depurare le differenze nei consumi derivanti da età, sesso e altri fattori che misurano bisogni, dall'influenza dei fattori di offerta e delle *non need variables*.

In secondo luogo tentando di depurare il dato di ricorso alle strutture sanitarie da fattori di inappropriatazza.

Un tentativo in questo senso è stato condotto da Atella, Pollastri e Spandonaro (2002) sui dati dell'indagine multiscope Istat 1999/2000 integrati, per quanto concerne il reddito, con le informazioni dell'indagine sui redditi delle famiglie della Banca d'Italia per il 1998. L'analisi empirica ha permesso di stimare delle funzioni di domanda di servizi sanitari (in termini di numero di accessi al servizio) per le seguenti categorie: visite ospedaliere, test di laboratorio, diagnostica, visite specialistiche pubbliche, visite domiciliari e visite presso il medico di famiglia. Il modello utilizzato è la binomiale negativa. Le stime sono state effettuate utilizzando un modello con e senza effetti fissi e variabili. Sebbene la natura stessa dei dati consigli l'utilizzo di un modello statistico con *fixed effects*¹⁵, nell'analisi empirica è stato sti-

mato anche un modello con *random effects* e successivamente condotto un test di misspecificazione (Hausmann test) per verificare quale dei due modelli fosse da scegliere. I risultati ottenuti hanno evidenziato la migliore bontà del modello ad effetti fissi.

La scelta del modello con effetti fissi permette di stimare le differenze negli utilizzi a livello regionale non dipendenti dalle variabili di bisogno o di offerta; la proposta è che le distanze stimate dalla regione più virtuosa siano assunte come indici di inefficienza/inappropriatezza e condizionino conseguentemente il riparto.

Per concludere la sperimentazione l'ostacolo più rilevante sembra essere quello dei dati: a titolo di esempio, si noti che l'indagine multiscope Istat riporta il numero di accessi e non il loro costo e l'integrazione non sembra banale.

Malgrado il lavoro di ricerca sia tuttora in corso e con l'avvertenza, quindi, che si tratta di stime soggette a revisione, si può comunque già rilevare come il ricorso all'ospedale sia positivamente influenzato dallo stato di salute¹⁶, dall'età, dal sesso, ma anche dalla condizione di pensionato, dal maggior livello di educazione¹⁷ e dalla disponibilità di posti letto. Per le visite, esse sono positivamente influenzate dallo stato di salute, dall'età, ma anche dalla condizione di esente, di pensionato e di appartenente a famiglia povera, dal maggior livello di educazione; il numero di visite specialistiche è, inoltre, positivamente correlato con la disponibilità di un'assicurazione. Quest'ultima condizione vale anche per il ricorso alla diagnostica. Quest'ultima, come anche la domanda di analisi cliniche, è poi inversamente legata al livello di educazione.

In tutti i casi si rilevano significativi effetti fissi regionali, che interpretiamo nel senso dell'esistenza di problemi di appropriatezza ed efficienza, molto diversi a livello di singola regione¹⁸.

Conclusioni

Nei paragrafi precedenti abbiamo cercato di ripercorrere sommariamente l'evoluzione del meccanismo di riparto del Fsn in Italia, al fine di comprenderne le ragioni storiche e le principali similitudini e difformità rispetto alla *allocation formula* sviluppata nel Nhs.

¹⁵Si tenga conto che nella variabile v333 (stato di salute percepito) il valore 1 corrisponde a "molto male" e 5 a "molto bene".

¹⁷Nella variabile educat (livello di educazione) assume il valore 1 il livello più alto e 5 il più basso.

¹⁸Per maggiori approfondimenti si rimanda ad Atella, Pollastri, Spandonaro, 2003; banca dati e stime sono disponibili presso gli autori.

¹⁵Questo perché abbiamo a nostra disposizione l'universo delle regioni e non un campione.

Le conclusioni principali sono le seguenti:

- manca una chiara esplicitazione degli obiettivi dell'allocazione, che implicitamente possono ricondursi a criteri equitativi e di riequilibrio strutturale;
- la procedura di stima per la determinazione delle quote di riparto è molto naïve e non depura le stime dall'influenza dei fattori di offerta e delle *non need variables*;
- il riferimento alle frequenze di consumo non sembra coerente con il criterio del "bisogno" e inoltre rischia di incentivare la conservazione dello status quo e di comportamenti inappropriati.

Un aspetto che ulteriormente condiziona le valutazioni sul sistema di riparto è la non considerazione dei fattori di efficienza.

Tali fattori sono scientemente trascurati nel Nhs; l'opzione appare giustificata dalla natura accentrata del sistema sanitario, dalla presenza di una quota significativa di discrezionalità nella effettiva allocazione delle risorse finanziarie e, infine, anche dalla coesistenza di importanti fondi in conto capitale, utilizzabili per riorientare l'offerta.

Nessuno dei tre fattori ricorre nell'attuale stadio di evoluzione del Ssn italiano: ne segue l'esigenza di valutare con attenzione l'opportunità di inserire meccanismi che incentivino l'efficienza/appropriatezza regionale. La proposta è quella di ripensare il meccanismo di stima delle quote di riparto mediante l'utilizzazione di funzioni di domanda multivariate, che includano fra i regressori sia fattori di bisogno (età, sesso, etc.), sia *non need variables*, sia i livelli

di offerta. L'utilizzo di modelli con effetti fissi dovrebbe permettere di stimare anche le eventuali quote di inefficienza/inappropriatezza regionale, convenzionalmente assunte come le distanze dai consumi rispetto alla regione più virtuosa.

Gli ostacoli principali che dovranno essere affrontati riguardano le informazioni statistiche, ancora insufficienti, e la capacità/volontà politica di prescegliere quali variabili rappresentino fonti di consumo meritorio e quali rappresentino forme di *moral hazard* e, in generale, ricorso inappropriato alle strutture sanitarie. Entrambi i problemi sono stati superati nel Nhs, per un verso con il ricorso a indagini campionarie, e per l'altro con un processo decisionale lungo, che è partito con quasi un decennio di anticipo sui tempi previsti per l'adozione delle modifiche proposte dagli studi svolti: l'augurio è che anche il metodo di lavoro britannico sia fonte di ispirazione per i nostri *policy maker*.

Bibliografia

- Atella V, Pollastri C, Spandonaro F (2002), *Health federalism, equalization criteria and growth fostering mechanisms*, comunicazione presentata al Convegno AIES 2002, Bologna.
- Hauck K, Shaw R, Smith PC (2002), Reducing avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitation payments, *Health Econ*, 11: 667-677.
- Sutton M, Gravelle H, Morris S, Leyland A, Windmeijer F, Dibben C, Muirhead M (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.