

# ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E MODELLI DI SOLIDARIETÀ SOCIALE IN UN'EPOCA DI DEVOLUTION

L'effetto delle formule allocative  
per la ponderazione della quota  
capitaria nelle regioni

A. CICCHETTI, F. E. LEONE, A. CECCARELLI

Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma



Firenze, 18/19 ottobre 2007

1

# Agenda

- Obiettivi del lavoro
- Il concetto di equità in sanità
- I criteri di allocazione delle risorse in sanità
- Il meccanismo della quota capitaria
- Metodologia di analisi dei criteri di riparto dei Fondi Sanitari Regionali
- Risultati dell'analisi
- Discussione dei risultati
- Conclusioni



# Obiettivi

Analisi dei meccanismi di ripartizione delle risorse finanziarie dedicate all'assistenza sanitaria tra le ASL, tramite studio delle delibere adottate dalle Regioni e Province Autonome



- mappatura e comparazione delle diverse modalità di pesatura della quota capitaria adottate dalle Regioni e P.A.
- valutazione delle implicazioni che le diverse formule allocative possono avere sui principi di equità che si vengono effettivamente a realizzare nelle singole Regioni e PP.AA.

# Definizione del concetto di equità

“Assenza di disparità sistematiche nella salute (o nei relativi fattori sociali determinanti) fra gruppi sociali più o meno svantaggiati.”

Organizzazione Mondiale della Sanità (2000)

# Un primo approccio

## ■ Equità orizzontale:

- “parità di trattamento per individui con bisogni uguali.”
- “parità di trattamento per bisogni di salute uguali, tenendo presente, però, l’esistenza di necessità diverse in base al sesso, all’età o alle condizioni sociali.”

## ■ Equità verticale:

- “trattamento diverso per individui con bisogni diversi.”
- “trattamento *appropriatamente disuguale* di bisogni di salute diversi, con riferimento al tema della priorità.”



# Equità come uguaglianza

Le Grand (1982)	Artells e Mboney (1983)	Turner (1986)
Uguaglianza di spesa per capita	Uguaglianza di spesa per capita Uguaglianza di risorse per capita Uguaglianza di soddisfazione delle necessità marginali	Uguaglianza di opportunità
Uguaglianza di rendimento Uguaglianza di utilizzo	Uguaglianza di risorse per necessità uguali Uguaglianza di accesso Uguaglianza di utilizzo	Uguaglianza di condizioni
Uguaglianza nei livelli di salute	Uguaglianza di condizioni di salute	Uguaglianza di risultati

**OMS definisce l'equità come accessibilità, qualità e accettabilità delle cure sull'intera popolazione**

Uguaglianza di soddisfazione delle necessità marginali = Concetto di equità verticale



# Equità come giustizia

	Utilitarismo	Egualitarismo	Max-Min (Rawls)	Liberalismo Individualistico
<b>Obiettivo</b>	ottenimento miglior saldo benefici/costi in chiave aggregata	livellamento dello stato di salute degli individui attraverso compensazioni	promozione delle situazioni di diversità	promozione dell'economia di mercato
<b>Valore Fondamentale</b>	uguale considerazione degli interessi di molti	uguaglianza di risorse disponibili per gli individui	vantaggio maggiore al meno benestante	diritti individuali di libertà; realizzazione delle aspettative individuali
<b>Intervento Stato</b>	perseguimento dell'efficienza del sistema	razionamento delle prestazioni e/o accesso uniforme	intervento a favore degli individui che mostrano le situazioni più critiche	spettatore discreto della scena sociale

# Allocazione delle risorse in sanità: le alternative possibili

- Budget globale: budget annuale prefissato che serve loro per coprire i costi dei servizi erogati
  - Spesa storica
  - Quota capitaria
- Rimborso per caso trattato: le risorse finanziarie “seguono” i pazienti
  - Retrospektivo (fee-for-service; per-diem)
  - Prospettico (DRG)
  - Sulla base dei risultati raggiunti (modello dell’Oregon)
- Schemi di finanziamento ibridi



# Fattori di ponderazione della quota capitaria

7 elementi capaci di spiegare la variabilità nell'assorbimento delle risorse per i diversi livelli di assistenza (Rice e Smith, 2001):

1. demografico;
2. etnico;
3. stato lavorativo/disabilità;
4. geografico;
5. mortalità;
6. morbosità;
7. altri fattori sociali.

# Analisi internazionale dei fattori di ponderazione della quota capitaria

- quasi tutti i meccanismi di aggiustamento del rischio si fondano su dati empirici;
- quasi tutti gli schemi fanno aggiustamenti per tenere conto delle variazioni dei costi unitari fra diverse aree geografiche;
- si cerca di legare i bisogni di spesa ad un'ampia gamma di variabili sociali e demografiche;
- la scelta delle variabili sembra essere influenzata dalla disponibilità di dati piuttosto che da una relazione evidente con i bisogni di spesa per i servizi sanitari.

# Criteri di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale tra le Regioni

Periodi	Modalità di riparto del FSN tra le Regioni
1980-1981	70-85% secondo indicatori di rischio sanitario per tre principali gruppi di età (mortalità infantile, incidenti sul lavoro, indice di invecchiamento)
1982-1984	68-78% secondo la spesa storica
1985-1991	85-97% secondo i consumi sanitari per classi di età
1992-1996	96-98% secondo la popolazione residente
1997	50% secondo i consumi sanitari per classi di età e indicatori di bisogno 48% secondo la popolazione residente
1998-2004	64-70% secondo i consumi sanitari per classi di età 28-33% secondo la popolazione residente

# Riparto del fondo nazionale per i servizi sanitari regionali (2006)

Livello di assistenza	Quota obiettivo del fondo		Modalità di ripartizione
<i>Prevenzione</i>	5%		Quota capitaria semplice
<i>Distrettuale</i>	51%	<i>Medicina di base e PLS</i> 6.9% *	Quota capitaria semplice
		<i>Farmaceutica</i> 13%	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo
		<i>Specialistica</i> 13%	Quota capitaria ponderata in base ai consumi di prestazioni specialistiche per classi di età
		<i>Altra territoriale</i> 18.1%	Quota capitaria semplice
<i>Ospedaliera</i>	44%	22%	Quota capitaria ponderata in base ai consumi di ricoveri per classi di età (dati SDO)
		22%	Popolazione assoluta

\* Quote indicate nell'Accordo Stato-Regioni; da rivedersi in seguito al popolamento della banca dati NSIS



# Interpretazione del Legislatore

Uguaglianza: *uniformità* di trattamento nell'assunto che tutti i cittadini sono eguali e a tutti spettano le stesse risorse - a parità di età - senza considerazione alcuna della varietà e diversità dei bisogni di salute, che caratterizzano invece le popolazioni delle regioni nelle *stesse* classi di età. In pratica, la formula allocativa si basa sul concetto di equità orizzontale e non su quello più corretto (in sanità) di equità verticale (diseguale trattamento dei diseguali).

# Metodologia di lavoro

3 dimensioni rilevanti dei modelli di allocazione delle risorse adottati dalle Regioni e PP.AA.:

- adozione della quota capitaria pesata;
- adesione ai criteri di ponderazione della quota capitaria concordati nella Conferenza Stato-Regioni per il riparto del fondo nazionale per i servizi sanitari regionali 2006 (ex FSN);
- utilizzo di specifici criteri di ponderazione della quota capitaria



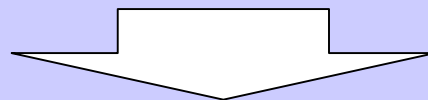
# Criteri di ponderazione della quota capitaria nelle Regioni e P.A.

Criterio di ponderazione	Operazionalizzazione del criterio (indicatori - esempi)
Nessuno	- N. A.
Demografico	- Densità della popolazione residente - Struttura per età della popolazione
Geografico	- % kmq di colline (litoranee o interne), pianura, montagna, isole, laguna, etc. - % su quote altimetriche
Condizione socio-economica	- Reddito pro-capite - Tasso di disoccupazione - Indice di affollamento degli alloggi
Caratteristiche dell'offerta	- Posti letto disponibili - Presenza di università/Irccs - "Efficienza" delle strutture
Stato di salute	- SMR per fasce di età - Mortalità infantile e perinatale

# Risultati - Livello nazionale

## Formula di riparto del fondo per i servizi sanitari regionali – Fino al 2004

- Il macro-livello *Prevenzione* prevede un riparto delle risorse basato sui tassi di mortalità infantile e perinatale.
- Il macro-livello *Assistenza distrettuale* prevede un riparto delle risorse basato sui consumi per classi di età (<14 anni; >14 anni; > 65 anni)



## Formula di riparto del fondo per i servizi sanitari regionali – Dal 2006

- Criteri basati sui dati sanitari presenti ad oggi nella banca dati del NSIS riferibili ad ogni Regione dell'intero sistema sanitario nazionale;
- Tutto ciò che non è ad oggi misurabile con dati NSIS è attribuito sulla base della quota capitaria secca.



## Risultati - Regioni e PP.AA.

- Tutte le Regioni (eccetto la Valle d'Aosta, la P.A. di Trento, il Friuli V.G. e il Molise) adottano il principio della quota capitaria ponderata
  - la ponderazione è articolata per funzioni di spesa in tutte le Regioni, eccetto in Abruzzo dove è globale;
  - i pesi sono generalmente costituiti dalla spesa per i consumi sanitari per classi di età.
- Il criterio demografico è l'unico utilizzato in tutte le Regioni
  - l'assegnazione dei pesi dipende dalla disponibilità dei dati a livello regionale;
  - le classi di età considerate sono 7-8 (con eventuale distinzione tra maschi e femmine nella classe 15-44 anni).

## Risultati - Regioni e P. A.

- **Criteri aggiuntivi**
  - caratteristiche geomorfologiche del territorio: la Regione Campania, ad esempio, alloca l'1,4% del suo FSR in ragione della distribuzione della popolazione tra pianura (peso 1,0), collina litoranea (1,2), collina interna (2,0), montagna (3,0), isole (6,0).
  - caratteristiche socio-economiche della popolazione residente: l'Emilia Romagna utilizza l'incidenza delle tossicodipendenze per allocare le risorse tra le ASL nell'ambito del Livello Assistenza distrettuale, sub-livello dipendenze patologiche.
  
- **In nessuna Regione si ravvisa l'utilizzo dei tipici indicatori di deprivazione sociale (es. tasso di disoccupazione)**



## Distribuzione in gruppi delle regioni in relazione ai criteri di pesatura della quota capitaria adottati per la ripartizione del FSR\*

Regioni che adottano i criteri nazionali	Regioni che hanno rielaborato i criteri nazionali	Regioni che hanno elaborato modalità alternative
P.A. Bolzano Liguria Umbria Lazio Puglia Calabria Sardegna	Molise Sicilia	Piemonte Veneto Lombardia Emilia-Romagna Toscana Abruzzo Campania Basilicata

\* Le Regioni Marche, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Trento non sono valutabili in quanto non adottano il meccanismo della quota capitaria quale criterio di ripartizione del FSR (FSP per Trento).

# Conclusioni

- Ogni Regione tende a definire criteri di allocazione delle risorse che realizzano diversi modelli di redistribuzione e, di conseguenza, ciascuna regione costruisce un proprio modello di solidarietà interna.
- Necessità di monitorare non solo l'andamento dei flussi finanziari, non solo i livelli di salute ma anche questi sottili, quasi impercettibili movimenti che tendono a differenziare gli stessi principi di solidarietà sociale nelle diverse Regioni di una stessa realtà nazionale.

# Informazioni

Americo Cicchetti  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
Facoltà di Economia  
Tel . 06 - 30156097  
Email: [acicchetti@rm.unicatt.it](mailto:acicchetti@rm.unicatt.it)

Filippo E. Leone  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
Unità Operativa di Ateneo (U.O.A.)  
Direzione Amministrativa  
Tel . 06 - 30156099  
Email: [feleone@rm.unicatt.it](mailto:feleone@rm.unicatt.it)

Anna Ceccarelli  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
Facoltà di Economia  
Tel . 06 - 30156137  
Email: [anna.ceccarelli@rm.unicatt.it](mailto:anna.ceccarelli@rm.unicatt.it)

