

La Puglia

di Nicola C. Salerno

Metodo

Il profilo nazionale di spesa sanitaria pro-capite per fasce di età è desunto da “*Le Tendenze di medio-lungo periodo del Sistema Pensionistico e Socio-Sanitario*” (Ragioneria Generale dello Stato). La spesa è quella di parte corrente.

Il profilo di spesa è trasformato da valori assoluti (Euro) in valori relativi, con fascia di età 65-69 = 1, e trasportato indietro nel tempo sino al 1990, applicando (in maniera simmetrica e opposta) la stessa metodologia cui Ocse ed Ecofin ricorrono per le proiezioni a medio-lungo termine. In altri termini, per proiettare nel medio-lungo periodo passato si utilizza la stessa tecnica che Ocse ed Ecofin utilizzano per proiettare nel medio-lungo periodo futuro. Si arriva così a disporre, per ogni anno dal 1990 al 2013, del profilo di spesa pro-capite per fasce di età espresso in valori relativi, posto pari all'unità il valore della fascia di età 65-69.

L'ipotesi di base è che i rapporti tra le spese pro-capite delle varie fasce di età a livello nazionale colgano i rapporti tra i fabbisogni sanitari pro-capite delle stesse fasce, sia a livello nazionale che in tutte le Regioni. Ovviamente, i valori assoluti delle spese pro-capite per fasce di età possono cambiare da Regione a Regione, ma i rapporti inter-fascia sono, per costruzione, comuni a tutte le Regioni.

I profili annuali di spesa pro-capite per fasce di età sono ri-convertiti da valori relativi a valori assoluti (Euro di ogni anno) impostando la condizione che, in ogni anno tra il 1990 e il 2013, la somma dei prodotti tra il valore di ogni fascia di età e la popolazione nella stessa fascia eguagli esattamente la spesa sanitaria Ssn/Ssr dell'anno.

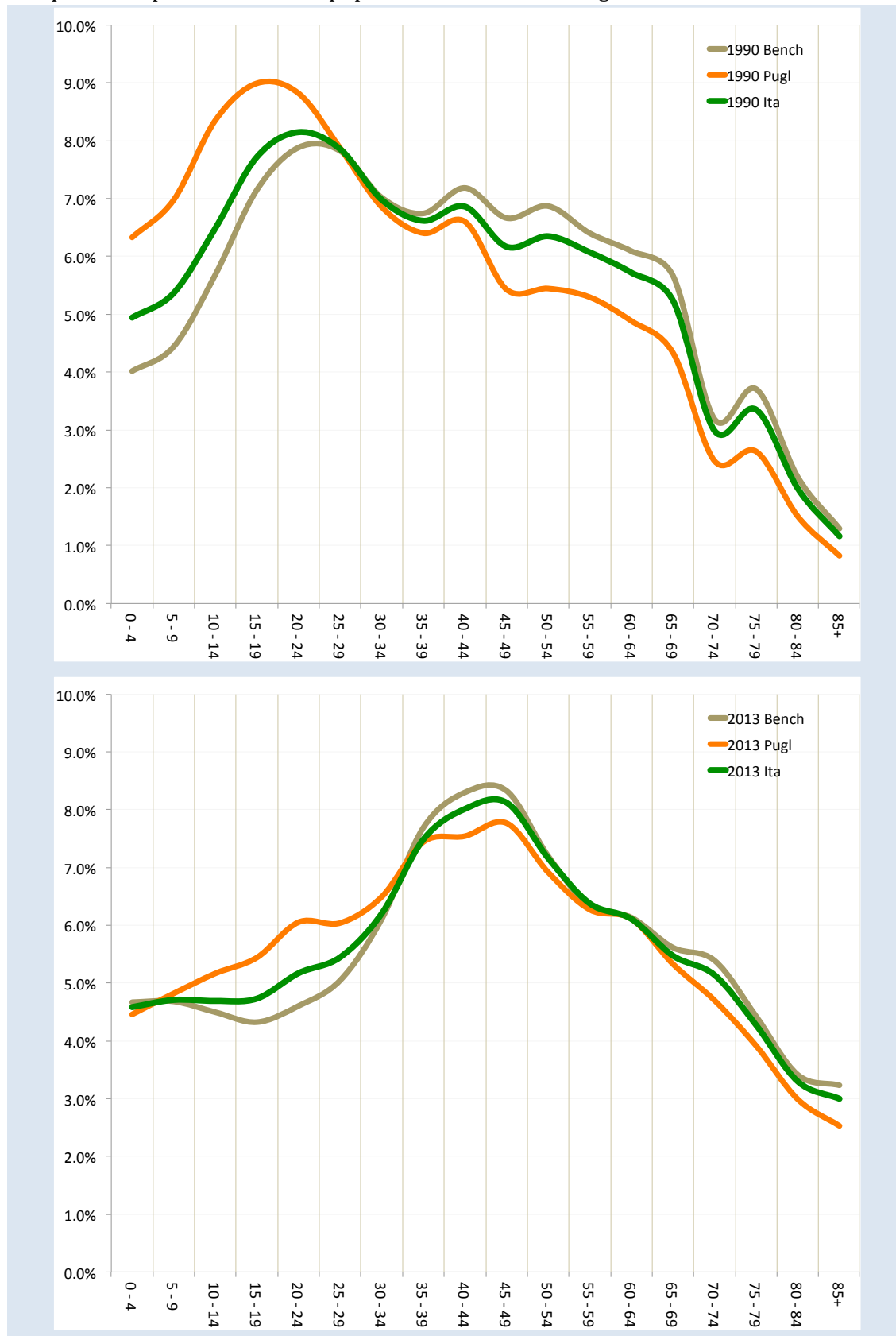
Seguendo questo algoritmo, in ogni anno dal 1990 al 2013 si possono calcolare i profili di spesa pro-capite per età (Euro dell'anno) dell'aggregato nazionale e di tutte le Regioni. Utilizzando questi profili si può:

- confrontare la spesa pro-capite ponderata delle Regioni,
- verificare che cosa succederebbe se una Regione avesse la spesa pro-capite per età della media nazionale, o di un'altra Regione, o di un aggregato di Regioni *benchmark*.

In questo caso si utilizza un *benchmark* regionale composito in cui rientrano Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto.

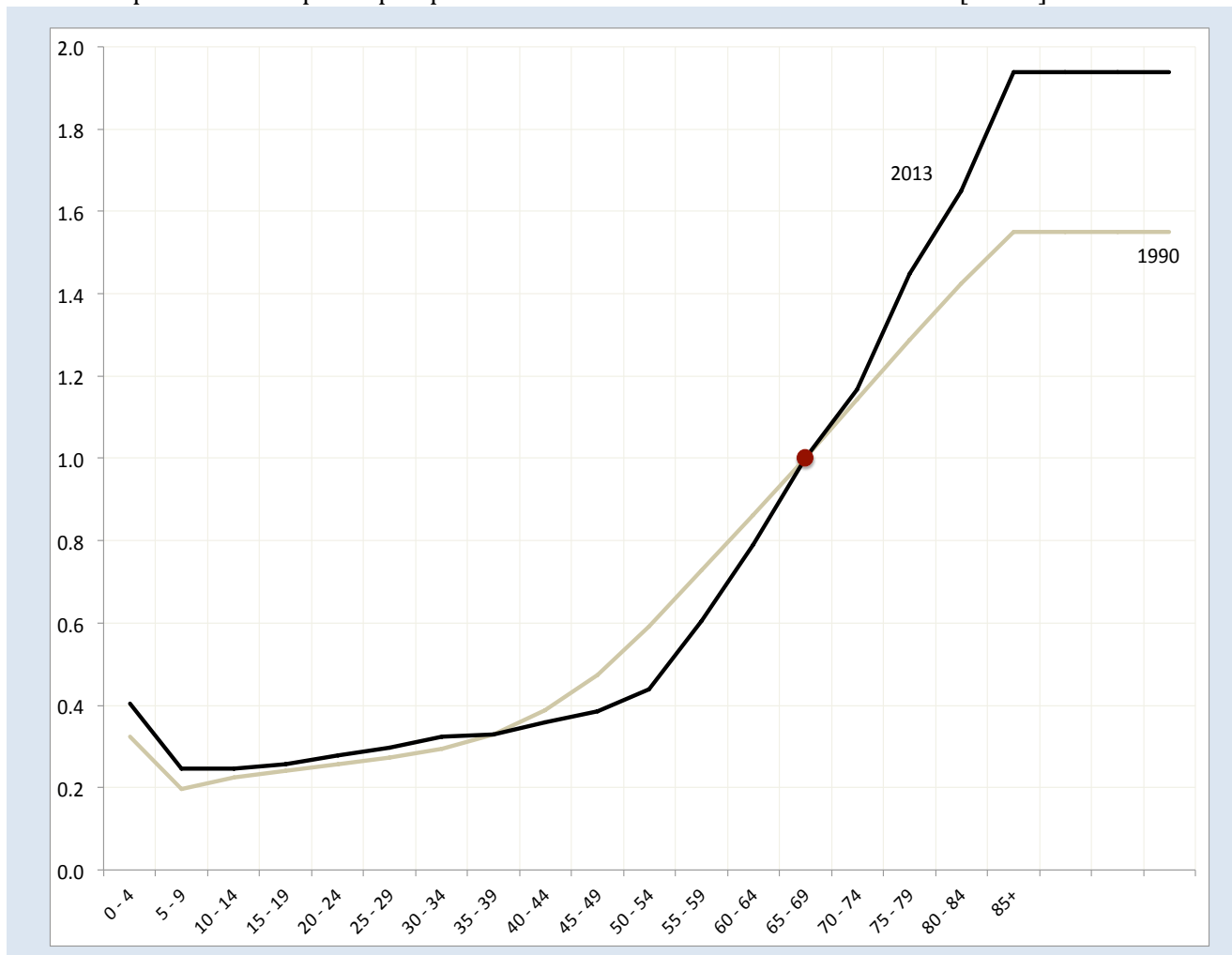
Come allegato a questa scheda, si rende disponibile il pacchetto dei fogli di calcolo con i dettagli del *benchmarking*.

Composizione percentuale della popolazione residente – Puglia vs. Italia vs. Benchmark



[elab. su database Istat]

Profilo di spesa sanitaria pro-capite per fascia di età nel 1990 e nel 2013 – valore [65-69]=1



[elab. su database Istat e su Rgs]

Applicando a ritroso la metodologia che Ocse ed Ecofin utilizzano per proiettare in avanti il profilo di spesa pro-capite per fasce di età, si ottengono gli andamenti descritti nel grafico qui sopra, dove sono selezionati il profilo relativo al 1990 e quello relativo al 2013.

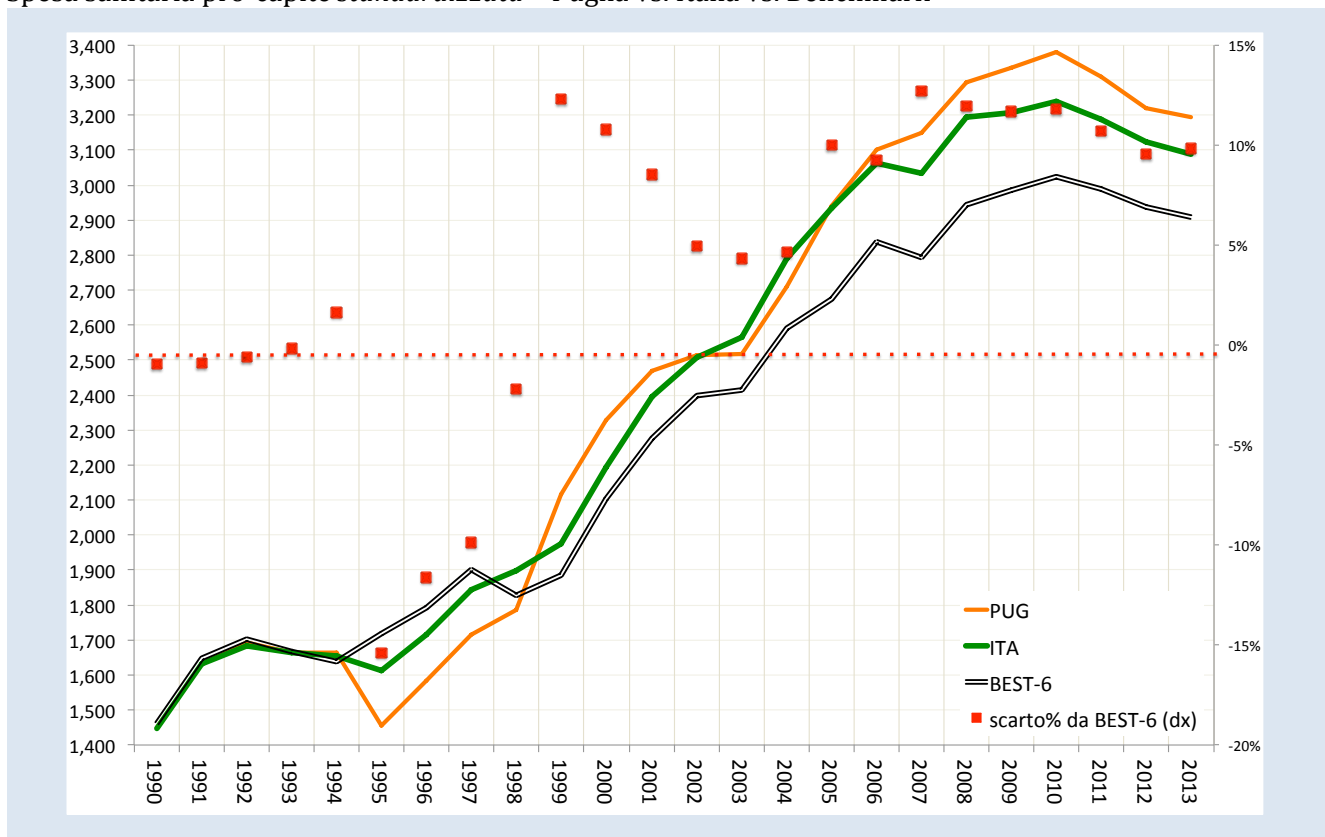
Entrambi i profili sono espressi in termini relativi (il valore della fascia di età 65-69 è posto pari all'unità). Nel passaggio dal 1990 al 2013 si nota l'effetto di scivolamento in avanti del profilo, corrispondente all'ipotesi di *healthy ageing* applicata sia da Ocse che da Ecofin. L'altro effetto che detta la dinamica del profilo è l'aggancio alla crescita del Pil pro-capite.

La spesa pro-capite standardizzata, 1990-2013

Il confronto basato su grandezze pro-capite grezze (spesa aggregata su popolazione) non è adatto, poiché non considera che la spesa sanitaria è condizionata dall'età, e che le popolazioni regionali differiscono nella composizione per fasce di età (il primo grafico a pagina 2 ne offre un esempio).

Per ovviare a questo problema, la popolazione è ponderata utilizzando i rapporti tra le spese sanitarie pro-capite delle varie fasce di età in ogni anno tra il 1990 e il 2013

Spesa sanitaria pro-capite *standardizzata* – Puglia vs. Italia vs. Benchmark



[elab. su database Istat e su Rgs]

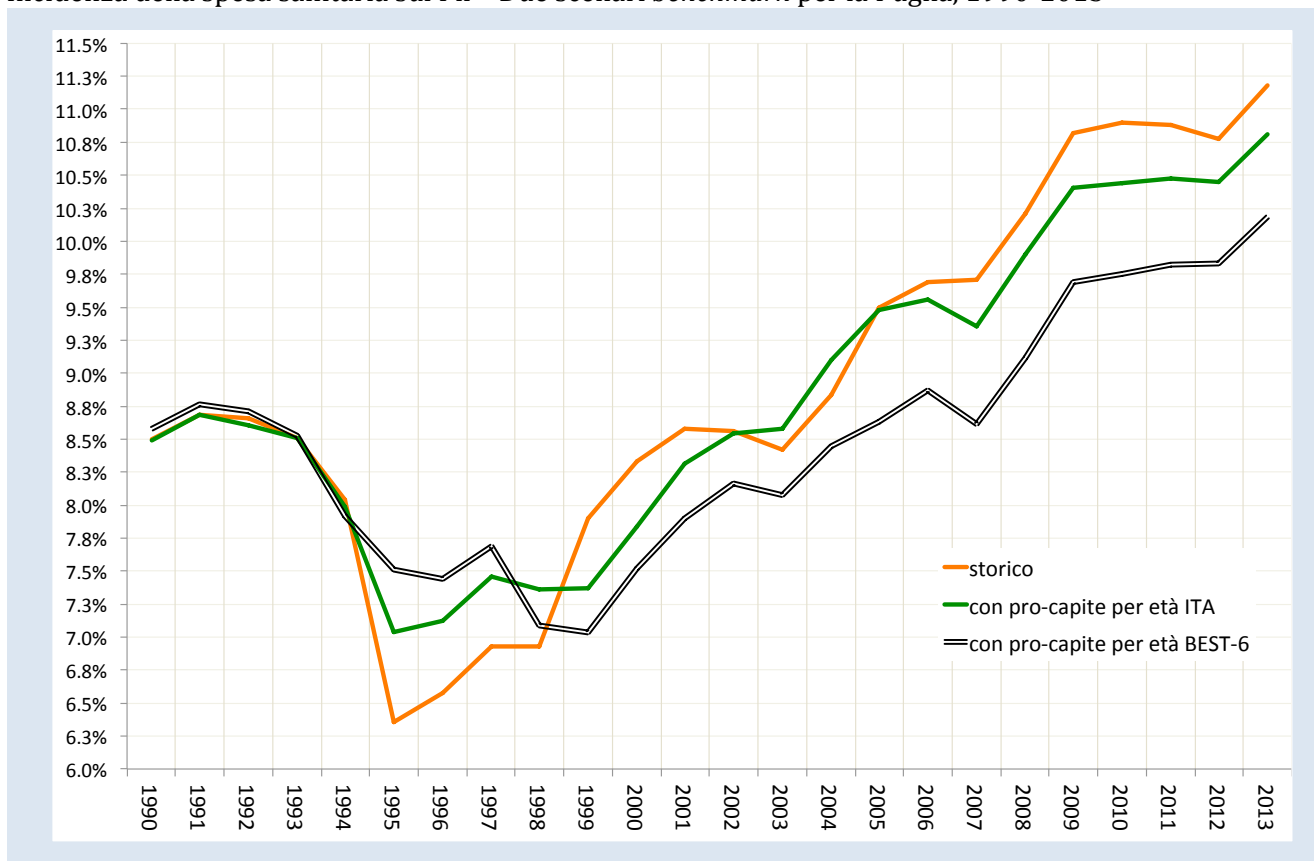
Tra il 1990 e il 1994, la spesa pro-capite della Puglia è allineata a quella Italia e al *benchmark* delle sei Regioni prescelte per il confronto. Tra il 1995 e la fine degli anni Novanta, la Puglia si stacca verso il basso, mostrando i segni di una correzione di spesa che non trova riscontro né nel dato nazionale né nel *benchmark*.

Dal 2000 in poi, il dato Puglia si muove quasi sempre al di sopra di quello nazionale e soprattutto sempre al di sopra del *benchmark*. Lo stacco dal *benchmark* è crescente nel tempo sino a raggiungere valori attorno al +10% negli ultimi anni.

L'incidenza sul Pil, 1990-2013

I profili di spesa pro-capite possono essere utilizzati, oltre che per calcolare la spesa pro-capite *standardizzata*, anche per fare statica comparata tra Regioni. Il grafico successivo mostra il dato storico dell'incidenza della spesa sanitaria Ssr sul Pil della Puglia più due scenari *benchmark*.

Incidenza della spesa sanitaria sul Pil – Due scenari *benchmark* per la Puglia, 1990-2013



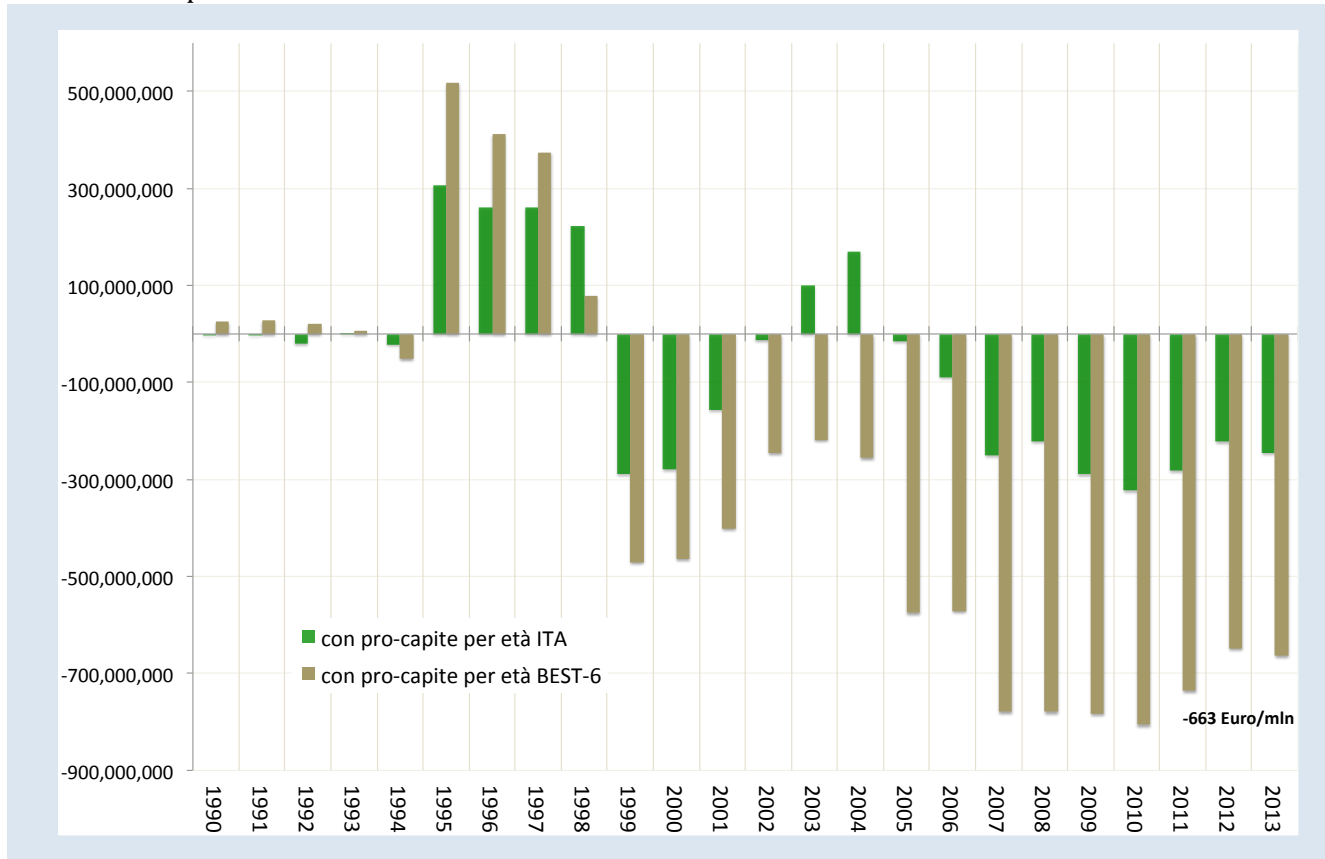
[elab. su database Istat e su Rgs]

La **linea arancione** rappresenta l'incidenza storica (il dato reale di contabilità). La **linea verde** rappresenta l'incidenza che sarebbe emersa se la Puglia avesse condiviso, in ogni anno, lo stesso profilo di spesa pro-capite per fasce di età dell'aggregato Italia. La **linea nera**, da ultimo, rappresenta l'incidenza che sarebbe emersa se la Puglia avesse condiviso, in ogni anno, lo stesso profilo di spesa pro-capite per fasce di età del *benchmark* composto da Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto.

La lettura del grafico è speculare a quella già fornita per la spesa pro-capite *standardizzata*. Sino al 1994 i tre scenari (lo storico e i due *benchmark*) sono sostanzialmente allineati, poi il dato Puglia scende al di sotto sia del *benchmark* Italia che del *benchmark* delle sei Regioni di riferimento, e rimane al di sotto sino alla fine degli anni '90. Da questo momento in poi, la Puglia comincia a usare più risorse, in termini di Pil, sia rispetto alla media Italia sia, soprattutto, rispetto alle sei Regioni di riferimento. Tra il 2000 e il 2013, la maggior spesa rispetto alle

Regioni *benchmark* appare crescente, attestandosi attorno al valore di circa 1 p.p. di Pil negli ultimi anni.

Differenze di spesa vs. Benchmark – Euro correnti



[elab. su database Istat e su Rgs]

Il confronto in termini di Pil può esser replicato in valori assoluti (Euro di ogni anno). I risultati sono mostrati nel grafico qui sopra.

Sino al 1994, gli scarti di spesa sono contenuti. Tra il 1995 e il 1998, la Puglia ha speso meno di quello che avrebbe potuto/dovuto se fosse stata aderente al *benchmark*. Nel 1995 la minor spesa è stata di oltre 550 milioni di Euro rispetto al *benchmark* delle sei Regioni, e di oltre 300 rispetto al *benchmark* Italia. Negli anni successivi, 1996-1998, la minor spesa va riavvicinandosi al *benchmark*, ma gli scarti restano comunque significativi. Nel 1998 la minor spesa è di circa 80 milioni di Euro rispetto al *benchmark* delle sei Regioni, e di poco più di 220 rispetto al *benchmark* Italia.

Dal 1999 in poi il quadro si capovolge. La Puglia comincia a mostrare sovraspesa rispetto al *benchmark*. Rispetto al *benchmark* delle sei Regioni, il *gap* si presenta continuamente dal 1998 al 2013. Dal 2005 in poi, la Puglia fa registrare una sovraspesa media di oltre 650 milioni di Euro/anno rispetto al *benchmark* delle sei Regioni; scarto che diviene di poco più di 200 milioni di Euro/anno rispetto al *benchmark* Italia.

Conclusioni

Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto sono esempi di Ssr che storicamente hanno dato prova di una buona gestione economico-finanziaria (in senso relativo, rispetto alle altre Regioni e rispetto alla media Italia) e, nel contempo, della capacità di offrire prestazioni di qualità alta (sempre in senso relativo). Queste caratteristiche sono testimoniate anche dalle schede del Progetto “Bersagli” della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, dai documenti della Corte dei Conti, dal recente lavoro dell’Ocse “*Reviews of Health Care Quality: Italy 2014*” (di Gennaio 2015).

Anche tenuto conto delle loro differenze in termini di grandezza, popolosità, collocazione geografica, vocazione economica, etc., prese assieme queste Regioni possono costituire un punto di riferimento valido, il *benchmark*, rispetto al quale valutare le *performance* delle altre.

L’esercizio qui proposto ha calcolato il *benchmark* di spesa negli anni dal 1990 al 2013 e lo ha confrontato con i dati di spesa della Puglia. Dal 2005 al 2013 il Ssr pugliese assorbe più risorse correnti di quanto dovrebbe se fosse allineato al *benchmark*. In media, la sovraspesa è di circa 650 milioni di Euro/anno.

Ovviamente, come tutti i risultati di esercizi che affrontano sistemi complessi in maniera schematica e muovendosi a un livello di massima aggregazione dei conti, questo numero (i 650 milioni) va interpretato *cum granu salis*. Da un lato il suo ordine di grandezza testimonia l’esistenza di importanti spazi di efficientamento della spesa corrente. Dall’altro lato, bisogna aver chiari tre fatti:

- L’Italia e le sue Regioni dedicano al Ssn meno risorse, in termini di Pil, rispetto alle realtà internazionali direttamente comparabili. Efficientamenti di spesa corrente non dovrebbero esser finalizzati a tagli, ma a liberare risorse da riutilizzare e reinvestire nella sanità;
- In particolare, il riassorbimento del *gap* interregionale di qualità delle prestazioni, di dotazione infrastrutturale/strumentale e di copertura dei nuovi fabbisogni socio-sanitari richiede che i risultati dell’efficientamento della gestione corrente si riversino costantemente a rinforzare i punti deboli oggi esistenti (una *guideline* che non riguarda solo la Puglia evidentemente);
- La complessità dei Ssr e il rilievo sociale delle loro funzioni obbligano a fare dell’efficientamento un percorso serio e certo, ma graduale, di modo da non compromettere l’erogazione delle prestazioni.

Sarà interessante ripetere l’esercizio annualmente, per verificare i cambiamenti in corso. Lo stesso metodo di confronto può essere applicato anche a sottovoci importanti della spesa sanitaria, come la spesa farmaceutica territoriale (i Rapporti Osmed ne riportano il profilo di spesa pro-capite per fasce di età che può esser utilizzato per inizializzare l’algoritmo).