



13 Gennaio 2014



LA SPESA SANITARIA SSN IN BASILICATA

Ricostruzione e benchmarking con la metodologia Ecofin-Ocse
1990 - oggi¹

di Nicola C. Salerno²

¹ File .xls con le computazioni disponibili scrivendo all'autore. A breve disponibili anche su sito web www.reforming.it in realizzazione da Reload Srl di Roma

²  nicola.salerno@tin.it,  [nicolacsalerno](https://twitter.com/nicolacsalerno),  +39 347.9023927,  find us on **Facebook** [Infografiche-nicolasalerno](https://www.facebook.com/Infografiche-nicolasalerno)

SINTESI

Dopo tanti anni in cui ha utilizzato risorse inferiori alla media nazionale, oggi la Basilicata vede la sua spesa sanitaria corrente pro-capite standardizzata allineata alla media. La standardizzazione serve per tener conto della diversa composizione per età dei cittadini residenti nelle varie Regioni.

Dimamica e tempi di convergenza fanno capire, tuttavia, che il gap, anche se in termini percentuali si è andato assottigliando rispetto al forte divario del 1990, alla fine non è stato chiuso grazie a scelte consapevoli e esplicite. L'allineamento alla media nazionale, arrivato dopo il 2006-2007, più che il frutto di un processo di convergenza coordinato e guidato, appare la conseguenza della crisi economico-finanziaria, che ha livellato le dotazioni di tutte le Regioni agendo maggiormente lì dove c'erano più risorse disponibili (in senso relativo) e più leggermente dove le risorse erano già al di sotto della media.

Dal punto di vista degli standard di spesa, la Basilicata può essere considerata tra le Regioni che già soddisfano i requisiti. Anzi, l'analisi dimostra che nell'ultimo ventennio la Regione ha fronteggiato la difficoltà di dotazioni finanziarie inferiori alla media Italia, con stacchi percentuali della spesa pro-capite standardizzata che nei primi anni Novanta erano addirittura a doppia cifra.

Il giudizio potrebbe apparire troppo positivo e va necessariamente temperato con due osservazioni molto importanti sul piano di policy.

In primo luogo, la dimensione finanziaria deve combinarsi con quella della qualità e dell'adequazione dell'offerta. Questo paper analizza solo l'equilibrio dei conti, ma altre analisi e statistiche disponibili (es. il Progetto "Bersagli" della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) sono concordi nell'individuare un significativo gap di qualità/adequazione rispetto alle realtà territoriali migliori. La Regione ha il dovere di eliminare questo gap.

In secondo luogo, deve esser chiaro che quando si afferma che la Basilicata ha avuto accesso a minori risorse rispetto alla media Italia, lo scenario di riferimento è quello in cui ogni cittadino ha ogni anno a disposizione le medesime risorse pro-capite per fasce di età, indipendentemente dalla Regione dove è nato o risiede. Il benchmark, in altri termini, è uno scenario di piena solidarietà e redistribuzione territoriale che è sì coerente con i principi alla base del nostro sistema sanitario e prima ancora della nostra Costituzione, ma che deve valere come impegno inderogabile, per le Regioni beneficiarie, a utilizzare al meglio i flussi redistributivi per raggiungere gli obiettivi dei Lea e promuovere sviluppo sociale ed economico. La Basilicata è tra le Regioni che beneficiano della redistribuzione; basti guardare a quanto peserebbe oggi il finanziamento della sanità sul Pil regionale se la spesa sanitaria corrente dovesse essere interamente coperta da risorse regionali (oltre il 10,5%).

C'è anche una terza osservazione da fare, che lega la prima e la seconda e che lascia comprendere tutte le difficoltà con cui si deve misurare qualunque riforma del Ssn che voglia perseguire assieme solidarietà e piena responsabilizzazione dei centri di spesa. Qualità e adeguatezza delle prestazioni dipendono, ovviamente, dalle risorse disponibili anno per anno e programmabili su orizzonti pluriennali.

Infrastrutture, tecnologie, medical devices, prevenzione permanente, interconnessione sistematica tra ospedale e territorio e tra prestazioni sanitarie e prestazioni sociali, capitale umano dei professionisti, etc.: sono tutti "tasselli" della qualità/adequazione del Ssr che hanno

bisogno di risorse per essere costruiti e assemblati nel tempo. Una spesa corrente pro-capite standardizzata per venti anni (dal 1990) al di sotto della media Italia di ammontari equivalenti allo 0,65% del Pil regionale ha, indubbiamente, favorito il controllo della spesa, ma non ha certo creato le condizioni finanziarie più adatte per progredire in qualità e adeguatezza delle prestazioni. Questa considerazione è tanto più vera se si riflette che storicamente in Italia il Fondo sanitario di parte corrente ha erogato risorse sia per funzioni di natura propriamente corrente sia per finalità di investimento.

Visto assieme agli altri due sinora sviluppati – il Lazio (paper 1 della collana) e l'Emilia Romagna (paper 2 della collana) – il case study della Basilicata mostra anche la profonda eterogenità interregionale. Non ci sono solo Regioni che governano bene la spesa e riescono ad erogare prestazioni di qualità e, all'opposto, Regioni che spendono troppo e neppure fanno bene in qualità. Ci sono anche realtà "intermedie" dove la spesa non costituisce di per sé un problema, addirittura inferiore alla media Italia se corretta per la composizione demografica; ma dove, anche per questa ragione, è difficile realizzare concreti innalzamenti della qualità delle prestazioni che necessiterebbero (avrebbero necessitato, se guardiamo al passato) di maggiori risorse programmabili.

Ne discende un altro richiamo a chiudere urgentemente le riforme del sistema sanitario, aperte ormai da quindici anni e più. Prima si fa chiarezza sulle regole di finanziamento, sul periodo di convergenza verso gli standard di spesa corrente, sulla fattibilità di una perequazione delle dotazioni infrastrutturali/strumentali, prima si scongiura il rischio che le realtà "intermedie" possano degenerare, aumentando i problemi e i costi di un loro pieno recupero.

Questo scritto è trasmesso alla Segreteria della Conferenza delle Regioni, alla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni, agli Uffici della Copaff, alla Presidenza della Basilicata, all'Agenzia Sanitaria dell'Emilia Romagna, agli Uffici dell'Agenas, ai Direttori Sanitari degli Ospedali di Matera e di Potenza.

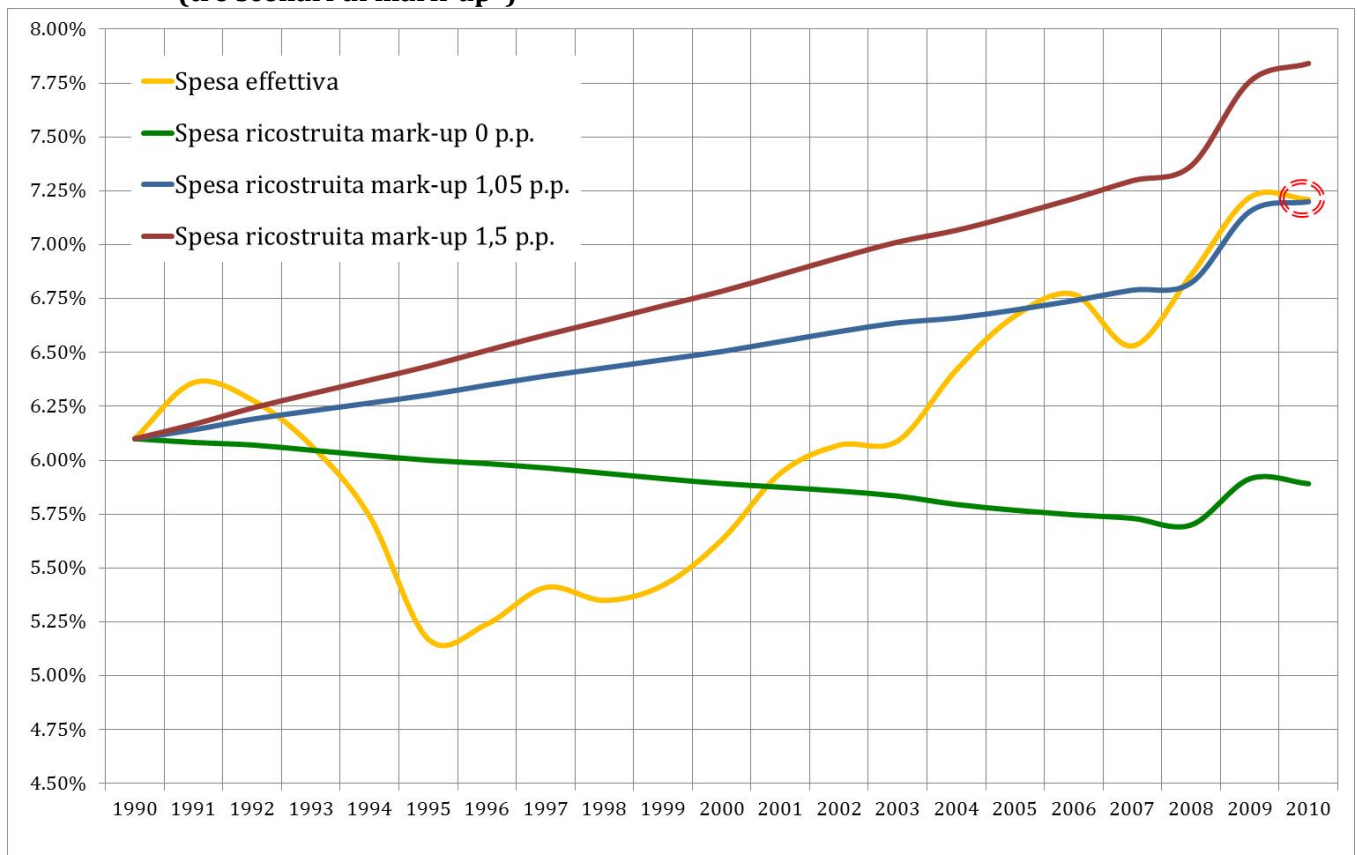
Ncs | Roma, 13 Gennaio 2014

Il terzo appuntamento della collana *Welfare Reforming Papers* è dedicato al sistema sanitario regionale della Basilicata

La metodologia di analisi è la stessa seguita nelle prime due edizioni della collana, nel paper “La spesa sanitaria Ssn in Italia e nel Lazio” e “La spesa sanitaria Ssn in Italia e in Emilia Romagna”, dove si può trovare una descrizione dettagliata dell’impianto. Qui non si ripercorrono i passaggi metodologici e si entra subito nel vivo dell’analisi.

Ci si limita a ricordare che, seguendo Ecofin e Ocse, sono ricostruiti i profili di spesa pro-capite per fasce di età (dell’Italia e delle Regioni) per il 1990, e che questi stessi profili sono fatti evolvere nel tempo sempre secondo l’impostazione dei lavori di Ecofin-Ocse, per poi essere applicati alla demografia (composizione per fasce di età e numerosità delle fasce). Si sceglie il 1990 come anno di inizio per una serie di ragioni: (1) primo anno disponibile nelle serie storiche di Health for All (Istat); (2) allora non era ancora iniziata la stagione della compressione di spesa per l’ingresso nell’Euro (i valori non sono così tanto “sporcati” dalla policy); (3) in termini di Pil, l’Italia dedicava alla sanità grossomodo quanto i Paesi europei più direttamente comparabili (il divario è andato allargandosi negli anni successivi).

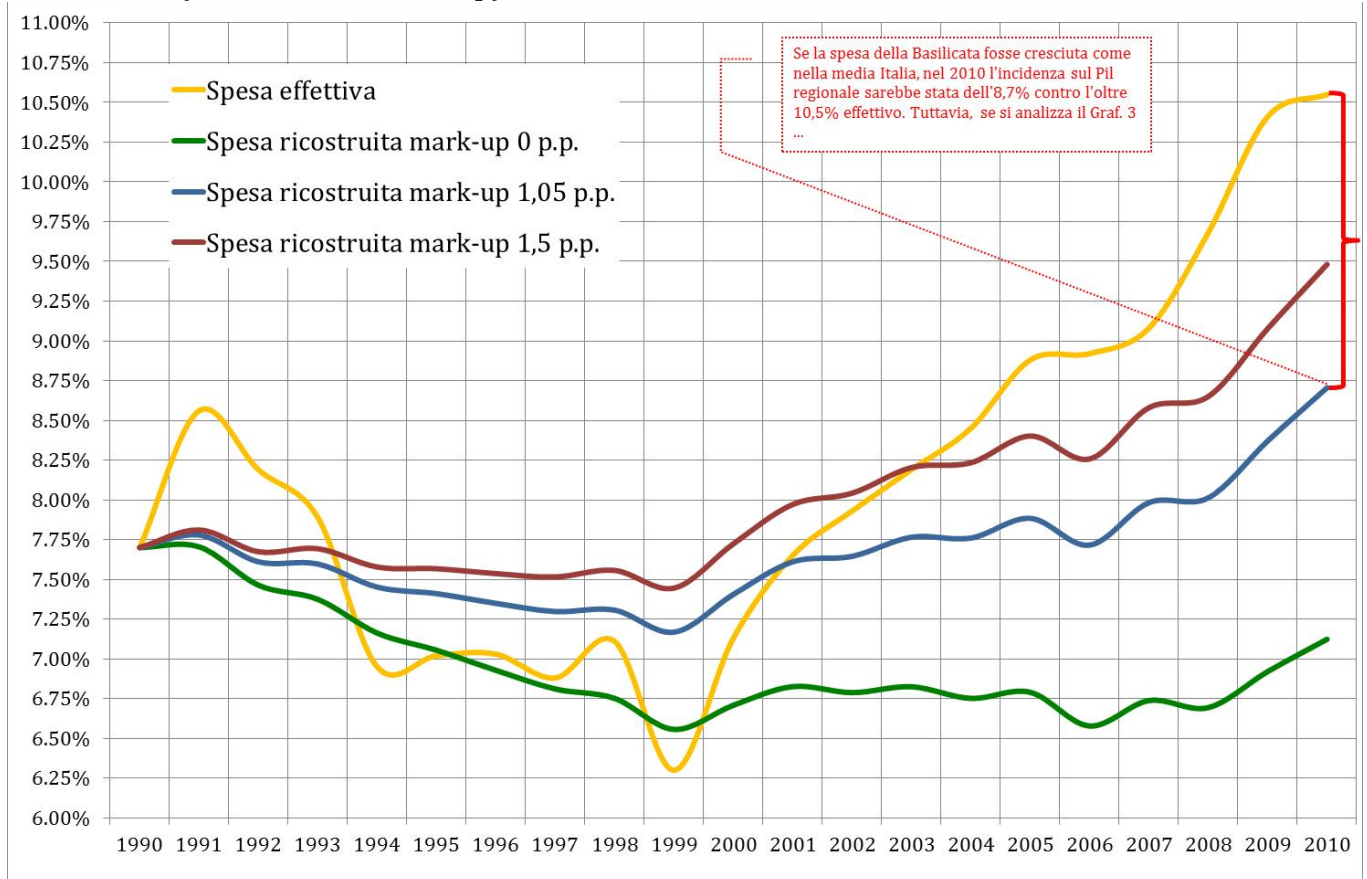
**Graf. 1 - Spesa corrente Ssn effettiva e ricostruita, Italia, % Pil Italia
(tre scenari di mark-up*)**



* Mark-up del tasso di crescita della spesa pro-capite sul tasso di crescita del Pil pro-capite
Fonte: elaborazione Ncs su HfA Italia, Rgs

Il **Graf. 1** (già nei precedenti paper) si riferisce all'Italia. Per ricostruire adeguatamente la crescita complessiva della spesa, tra il 1990 e il 2010, il tasso di crescita della spesa pro-capite deve esser pari a quello del Pil pro-capite maggiorato di poco più di 1 p.p. (1,05 p.p.).

Graf. 2 - Spesa corrente Ssn effettiva e ricostruita, Basilicata, % Pil Basilicata (tre scenari di mark-up)



Fonte: elaborazione Ncs su HfA Italia, Istat, Rgs

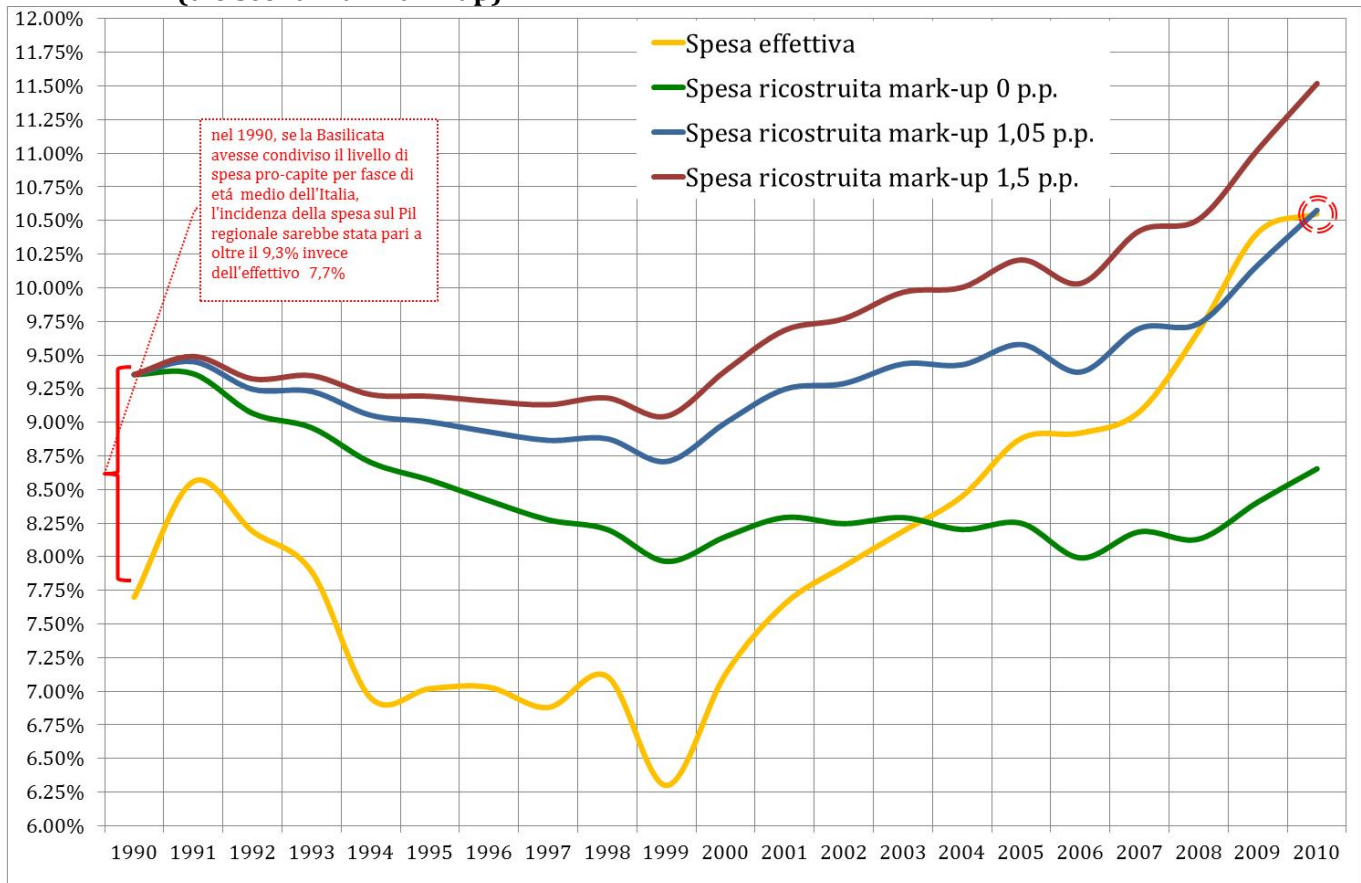
Il **Graf. 2** replica la stessa simulazione a livello Basilicata, ovviamente partendo dal profilo di spesa pro-capite 1990 specifico della Regione. Prima di descrivere le differenze tra Graf. 1 e Graf. 2, utile sottolineare le differenze tra i profili di spesa pro-capite Italia e Basilicata nel primo (1990) e nell'ultimo anno (2010) della simulazione.

Nel 1990 la spesa pro-capite della Basilicata era, in tutte le fasce di età) di circa il 17,5% inferiore al valore nazionale. Nel 2010 questo scarto si è quasi annullato (cfr. **Graf. 6/A** e **Graf. 7/A**, in Appendice), diventando pari a circa -0,45%. Nell'arco di un ventennio, la Basilicata ha visto gradualmente assottigliarsi lo scarto percentuale dalla media Italia, anche se lo scarto in Euro assoluti è rimasto pressoché invariato sino al 2006-2007, per poi chiudersi solo alla fine del periodo di osservazione.

Dal **Graf. 2** si evince un aspetto essenziale: se a partire dal 1990 la spesa pro-capite della Basilicata è fatta evolvere allo stesso tasso che ricostruisce bene l'adamento

1990-2010 a livello Italia, nel 2010 la spesa aggregata effettiva (linea gialla) è significativamente superiore a quella ricostruita (linea blu). Lo scarto è indicato dalla parentesi graffa in rosso ed è pari a circa 1,7-1,8 p.p. di Pil regionale, oltre 190 milioni di Euro, quasi il 17,5% della spesa sanitaria corrente regionale. Se ci limitasse a queste cifre, ne verrebbe fuori un quadro macrofinanziario non sufficientemente governato e controllato. Così non è se si guarda al Graf. 3.

Graf. 3 - Spesa corrente Ssn effettiva e ricostruita*, Basilicata, % Pil regionale (tre scenari di mark-up)



* Ricostruita assegnando, nel 1990, a ogni fascia di età la stessa spesa pro-capite media italiana. Questa è la differenza con il Graf. 2

Fonte: elaborazione Ncs su HfA Italia, Istat, Rgs

Il **Graf. 3** aggiunge un ulteriore elemento importante per le indicazioni di policy. Se nel 1990 la spesa pro-capite per fasce di età della Basilicata fosse stata allineata a quella media nazionale, allora la dinamica media nazionale (linea blu³) sarebbe esattamente quella in grado di ricostruire la spesa sanitaria corrente regionale nel 2010 (punto terminale della linea gialla), oltre che quella degli ultimi anni del periodo di osservazione.

³ La dinamica media nazionale consiste in un tasso di crescita della spesa pro-capite pari a quello del Pil nazionale pro-capite maggiorato di 1,05 p.p. (cfr. Graf. 1).

Nel 1990 l'incidenza della spesa regionale sul Pil regionale era pari al 7,7%, contro il 9,3% che avrebbe dovuto essere se la spesa pro-capite per fasce di età fosse stata allineata alla media nazionale. Uno scarto di circa 1,6 p.p. di Pil regionale, oltre 74 milioni di Euro (del 1990) per circa il 21% della spesa sanitaria corrente (del 1990). La Basilicata, nel 1990, aveva accesso a / utilizzava risorse significativamente inferiori alla media nazionale per erogare i livelli essenziali di assistenza sanitaria, tenuto conto della struttura per età della sua popolazione.

Che cosa significa questa evidenza? Significa che l'attuale spesa sanitaria corrente della Basilicata è oggi coerente con la regola delle *“uguali risorse pro-capite per fasce d'età su tutto il territorio nazionale”*. Se si adottassero come benchmark la spesa pro-capite media italiana e la dinamica media italiana della stessa spesa, si potrebbe dire che la Basilicata è, almeno sul fronte del governo della spesa, allineata o pronta. Oggi spende quando dovrebbe, dopo un lungo periodo di tempo in cui ha avuto a disposizione e utilizzato risorse sottodimensionate.

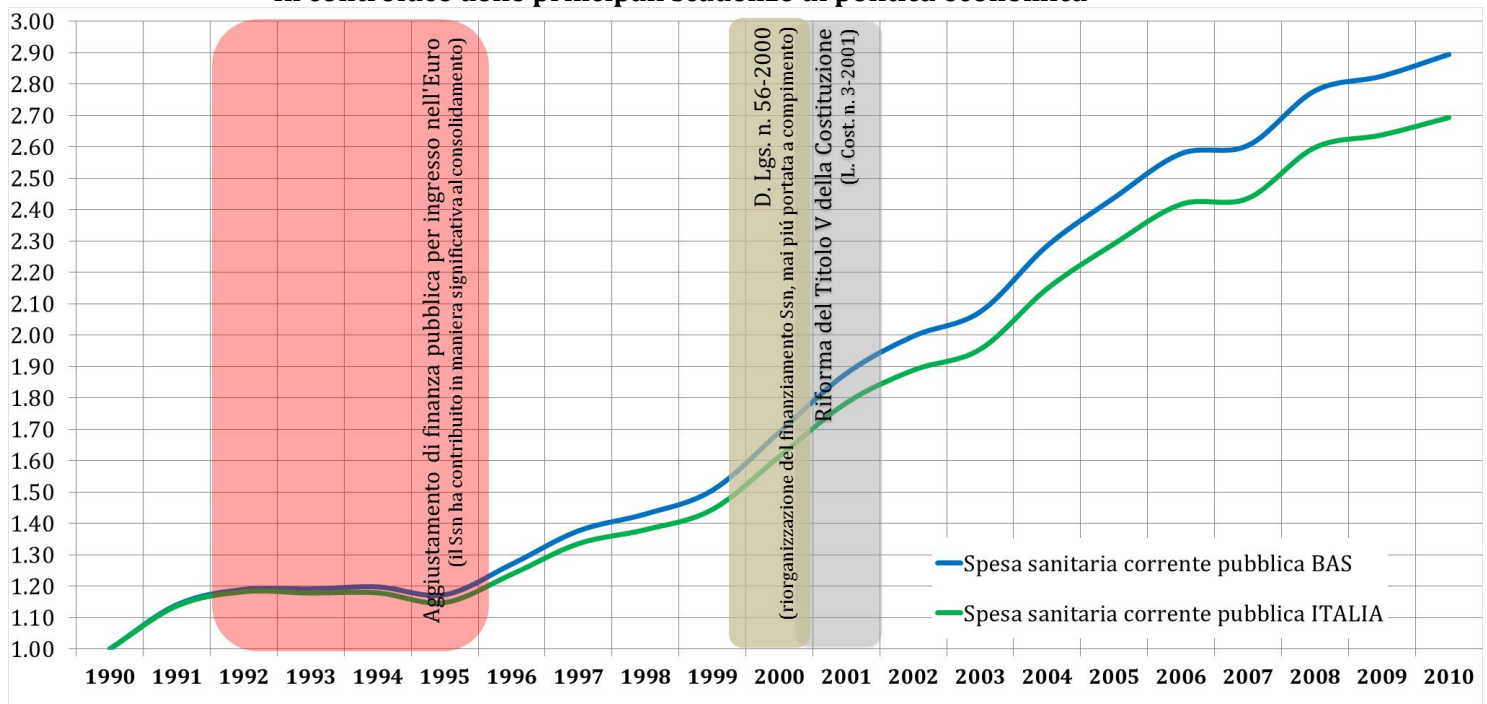
I **Graff. 4a/b** permettono considerazioni aggiuntive. Nel precedente caso del Lazio, le tre scadenze di politica economica riportate nei grafici (riaggiustamento di bilancio inizio anni '90, D. Lgs. 56-2000 e riforma del Titolo V della Costituzione) corrispondono a altrettante discontinuità nella dinamica della spesa, che in quei momenti ha subito prima una compressione e poi una accelerazione. Nel caso dell'Emilia Romagna è soprattutto la prima scadenza (la compressione di spesa) ad essere evidente, mentre le altre due, come si è già commentato nel precedente paper, sono state vissute con maggior responsabilità e capacità di governo rispetto al Lazio e sono, dunque, meno evidenti.

Per la Basilicata emerge un quadro diverso e a se stante. Il “tema principale” dal 1990 al 2010 è la convergenza ai livelli nazionali di spesa pro-capite per fasce di età, partendo nel 1990, come si è detto, da uno stacco acuto di oltre il 17%. Lungo questo “tema principale” le tre sopracitate scadenze di politica economica appaiono passare in secondo piano. Persino la fase di compressione di spesa di inizio anni '90, per l'ingresso nell'Euro, è molto meno evidente in Basilicata rispetto alla media Italia (cfr. **Graf. 4/b**), e la ragione risiede con ogni probabilità nel fatto che in quel periodo la spesa pro-capite per fasce di età della Basilicata era molto inferiore alla media Italia e lasciava meno spazio per aggiustamenti al ribasso.

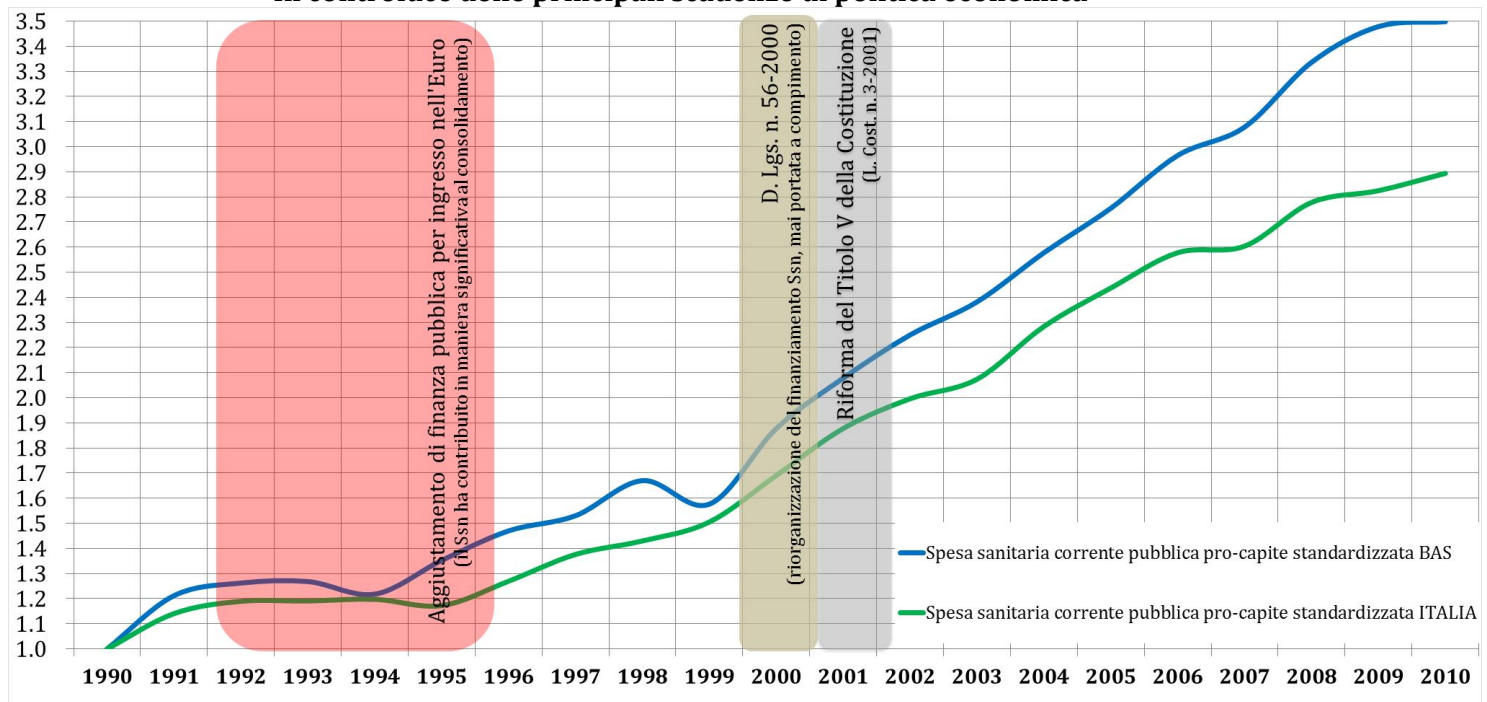
Su questo punto, che è il risultato principale dell'analisi sul Ssr della Basilicata, sono particolarmente illuminanti il Graf. 5, il Graf. 6 e il Graf. 7.

Se si confrontano, col **Graf. 5**, le incidenze sul Pil della spesa sanitaria corrente, il dato regionale è sempre significativamente superiore a quello medio nazionale, con lo stacco che appare anche in divaricazione dal 2000 ad oggi. La prospettiva cambia radicalmente se la comparazione avviene non tra incidenze della spesa aggregata sul Pil, ma tra spese pro-capite standardizzate, ossia corrette per tener conto della composizione per età della popolazione.

Graf. 4a – Spesa Ssn corrente aggregata
In controluce delle principali scadenze di politica economica

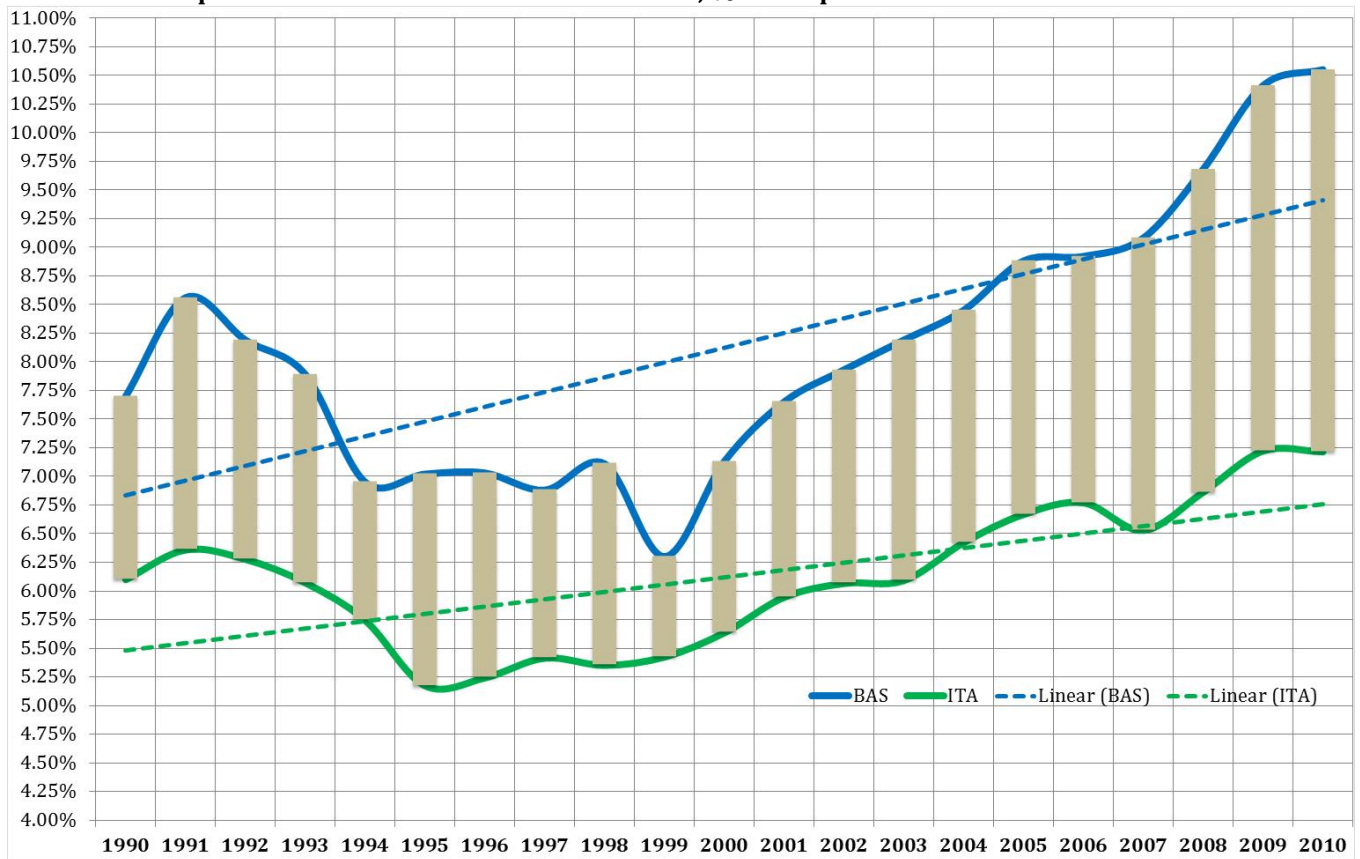


Graf. 4b – Spesa Ssn corrente pro-capite standardizzata*
In controluce delle principali scadenze di politica economica



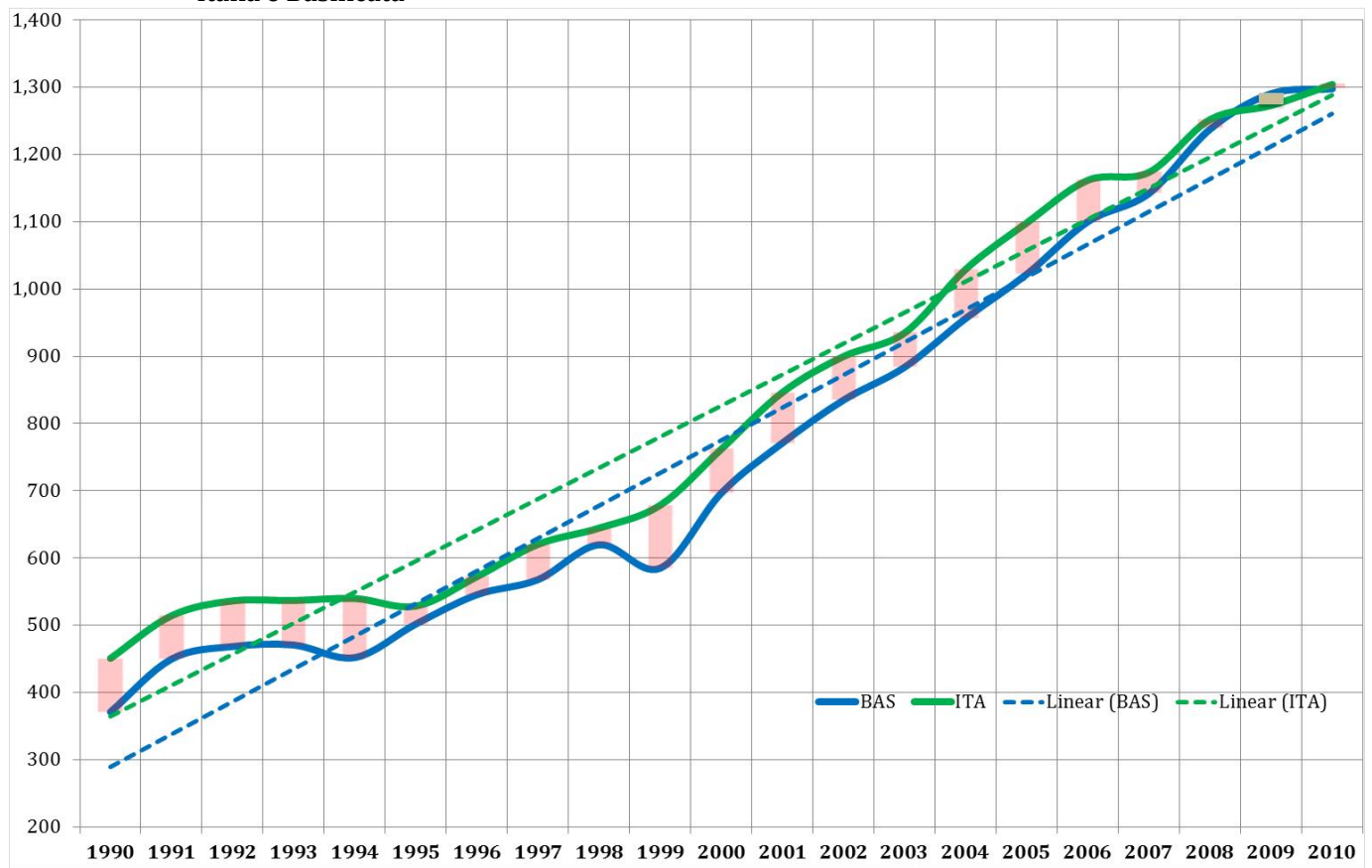
* La spesa pro-capite standardizzata tiene conto della composizione della popolazione per età.
 In questo caso la popolazione è espressa in cittadini residenti equivalenti di età [0 – 4] anni.
 L'equivalenza è impostata sui rapporti di spesa pro-capite per fasce di età (utilizzandoli come pesi)
 Fonte: elaborazione Ncs su HfA Italia, Istat, Rgs

Graf. 5 - Spesa sanitaria corrente Italia e Basilicata, % dei rispettivi Pil



Fonte: elaborazione Ncs su HfA Italia, Istat

**Graf. 6 - Spesa sanitaria corrente pro-capite standardizzata*, Euro correnti
Popolazioni espresse in cittadini equivalenti di [0 – 4] anni
Italia e Basilicata**

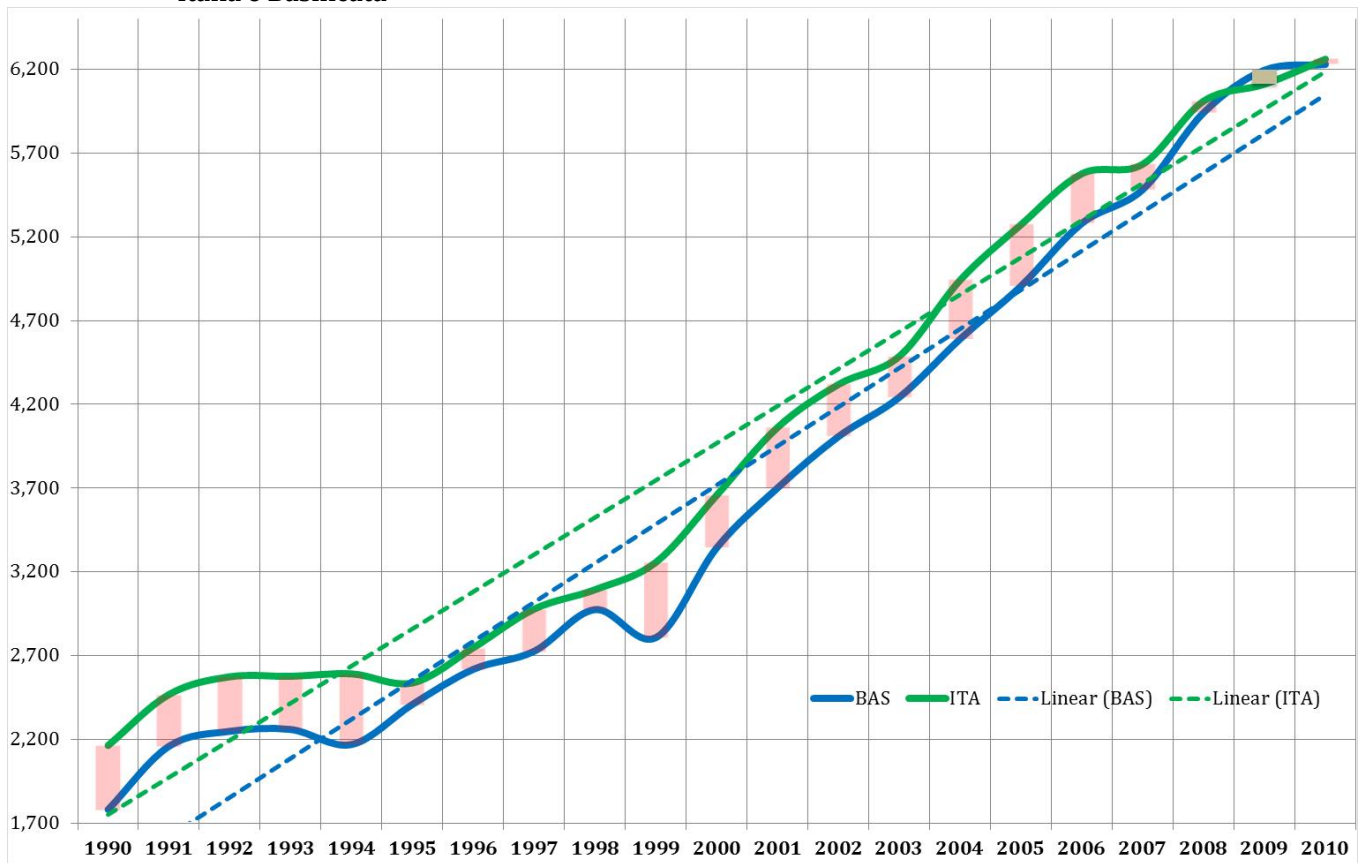


* La spesa pro-capite standardizzata tiene conto della composizione della popolazione per età.

In questo caso la popolazione è espressa in cittadini residenti equivalenti di età [0 – 4] anni

Fonte: elaborazione Ncs su HfA Italia, Istat

**Graf. 7 - Spesa sanitaria corrente pro-capite standardizzata*, Euro correnti
Popolazioni espresse in cittadini equivalenti di [85+] anni
Italia e Basilicata**



* La spesa pro-capite standardizzata tiene conto della composizione della popolazione per età.

In questo caso la popolazione è espressa in cittadini residenti equivalenti di età [85+] anni

Fonte: elaborazione Ncs su HfA Italia, Istat

Il **Graf. 6** riporta le spese pro-capite standardizzate, calcolate come rapporto tra la spesa aggregata e la popolazione residente, quest'ultima espressa in termini di cittadini equivalenti di fascia di età [0-4] anni. Il **Graf. 7** replica lo stesso confronto, ma esprimendo la popolazione residente in termini di cittadini equivalenti di fascia di età [85+] anni. Il passaggio dalle teste crude alle teste equivalenti, o standardizzate che dir si voglia, è effettuato utilizzando come pesi i rapporti tra le spese pro-capite per fascia di età, dopo aver posto pari all'unità la spesa pro-capite della fascia di età [0-4] nel Graf. 6 e della fascia di età [85+] nel Graf. 7⁴.

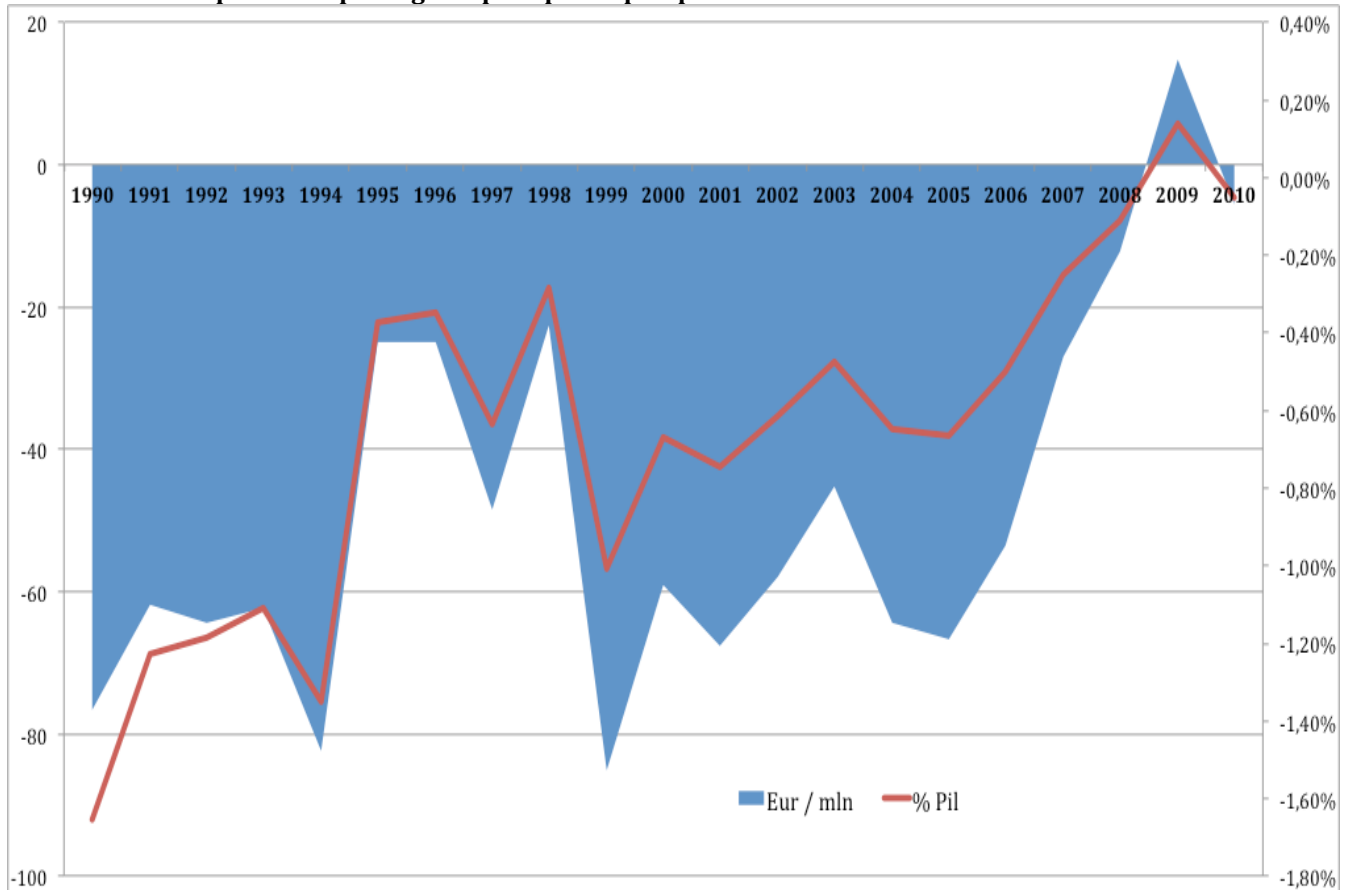
Corretta per tener conto della struttura per età della popolazione, la spesa pro-capite della Basilicata è sempre inferiore a quella media nazionale. Si è scelto di presentare gli esempi con fasce di età di riferimento [0-4] e [85+], ma il confronto fornisce il medesimo esito indipendentemente dall'età su cui è impostata l'equivalenza. Lo stacco dalla media nazionale, pur con fasi alterne, tende lentamente a diminuire nel tempo sino a chiudersi del tutto dopo il 2006. Il fatto che il divario scompaia proprio in coincidenza con l'inizio della crisi economico-finanziaria fa presumere che, più che scelte esplicite di riequilibrio, abbiano contato le scelte di contenimento della spesa che nella media nazionale hanno pesato più che nel caso specifico della Basilicata. La spesa pro-capite della Basilicata, già inferiore alla media, è rimasta relativamente più rigida.

Per ogni anno, è possibile calcolare la differenza tra la spesa pro-capite standardizzata nazionale e la spesa pro-capite standardizzata della Basilicata. Moltiplicando questa differenza per la popolazione equivalente della Basilicata, si ottiene una misura delle minori risorse che sono state destinate al Ssr della Basilicata rispetto ad uno scenario ideale con spesa pro-capite per fascia di età sempre omogenea su tutto il territorio nazionale (i.e. scenario con tutte le Regioni allineate sulla media nazionale). Per costruzione questa misura è indipendente dall'età di riferimento scelta per la standardizzazione.

Il **Graf. 8** fornisce una visualizzazione delle minori risorse dedicate al Ssr della Basilicata rispetto allo scenario di egual spesa pro-capite per fascia di età su tutto il territorio nazionale. L'area in blu raffigura le minori risorse in milioni di Euro/mln (scala di sinistra), mentre la linea rossa le minori risorse in percentuale del Pil regionale (scala di destra). In media, ogni anno al Ssr sono virtualmente mancate risorse per oltre lo 0,65% del Pil regionale. Se si capitalizzano le minori risorse tra il 1990 e il 2010, utilizzando un tasso di inflazione medio del 2% utile solo per aggiornare il valore corrente della moneta, al 2010 il montante supera il 12% del Pil regionale. Cifre significative, che di fatto ribaltano il giudizio che emerge se si guarda alla incidenza della spesa sul Pil e alla sua dinamica soprattutto dal 2000 ad oggi (cfr. Graf 2 e Graf. 3).

⁴ Dettagli di calcolo disponibili scrivendo all'autore.

**Graf. 8 - Minori risorse correnti utilizzate dal Ssr della Basilicata
Rispetto all'hp. di egual spesa pro-capite per fascia di età su tutto il territorio nazionale**



Se si capitalizzano le minori risorse sino al 2010, utilizzando un tasso di inflazione medio del 2%, al 2010 il montante supera il 12% del Pil regionale del 2010

Fonte: elaborazione Ncs su HfA Italia, Istat

In conclusione, dopo tanti anni in cui ha avuto accesso a / utilizzato risorse inferiori alla media nazionale, oggi la Basilicata vede la sua spesa sanitaria corrente pro-capite standardizzata allineata alla media.

Dinamica e tempi di convergenza fanno presumere, tuttavia, che il gap non è stato chiuso grazie a scelte consapevoli e esplicite. Il definitivo allineamento alla media nazionale, arrivato dopo il 2006-2007, più che il frutto di un processo di convergenza coordinato e guidato, appare la conseguenza della crisi economico-finanziaria, che ha livellato le dotazioni di tutte le Regioni agendo maggiormente lì dove c'erano più risorse disponibili (in senso relativo) e più lievemente dove le risorse erano già al di sotto della media. C'è anche da dire, però, che almeno in termini percentuali lo stacco dalla media Italia è andato lentamente assottigliandosi sin dal 1990.

Dal punto di vista degli standard di spesa, la Basilicata può essere considerata tra le Regioni che già soddisfano i requisiti. Anzi, l'analisi dimostra che nell'ultimo ventennio la Regione ha fronteggiato la difficoltà di dotazioni finanziarie inferiori alla media Italia, con stacchi percentuali della spesa pro-capite standardizzata che nei primi anni Novanta erano addirittura a doppia cifra.

Questo giudizio potrebbe apparire troppo positivo e non è questa l'intenzione. Esso va necessariamente temperato con due osservazioni molto importanti sul piano di policy.

In primo luogo, la dimensione finanziaria deve combinarsi con quella della qualità e dell'adequazione dell'offerta sanitaria. Questo paper analizza solo l'equilibrio dei conti, ma altre analisi e statistiche disponibili (es. il Progetto "Bersagli" della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) sono concordi nell'individuare un significativo gap di qualità/adequazione rispetto alle realtà territoriali migliori. La Regione ha il dovere di attivarsi per eliminare questo gap.

In secondo luogo, deve esser chiaro che quando si afferma che la Basilicata ha avuto accesso a / utilizzato minori risorse della media Italia, lo scenario di riferimento è quello in cui ogni cittadino ha ogni anno a disposizione le medesime risorse pro-capite per fasce di età, indipendentemente dalla Regione dove è nato o risiede. Uno scenario di solidarietà e redistribuzione territoriale che è coerente con i principi alla base del nostro sistema sanitario e prima ancora della nostra Costituzione, ma che deve valere come impegno inderogabile, per le Regioni beneficiarie, a utilizzare al meglio i flussi redistributivi per raggiungere gli obiettivi dei Lea e promuovere sviluppo sociale ed economico. La Basilicata è tra le Regioni che beneficiano della redistribuzione, come è chiaro guardando a quanto peserebbe oggi il finanziamento della sanità sul Pil regionale se la spesa sanitaria corrente dovesse essere interamente coperta da risorse regionali (oltre il 10,5%).

C'è anche una terza osservazione da fare, che lega la prima e la seconda e che lascia comprendere tutte le difficoltà con cui si deve misurare qualunque riforma del Ssn che voglia perseguire assieme solidarietà e piena responsabilizzazione dei centri di spesa. Che voglia, in altri termini, realizzare quanto è stato tentato almeno negli ultimi quindici anni (dal D. Lgs. n. 56-2000 in poi). Qualità e adeguatezza delle prestazioni dipendono,

ovviamente, dalle risorse disponibili anno per anno e programmabili su orizzonti pluriennali.

Infrastrutture, tecnologie, medical devices, prevenzione permanente, interconnessione sistematica tra ospedale e territorio e tra prestazioni sanitarie e prestazioni sociali, capitale umano dei professionisti, etc.: sono tutti “tasselli” della qualità/adequatezza del Ssr che hanno bisogno di risorse per essere costruiti e assemblati nel tempo. Una spesa corrente pro-capite standardizzata per venti anni (dal 1990) al di sotto della media Italia con scarti equivalenti allo 0,65% del Pil regionale ha, indubbiamente, favorito il controllo della spesa, ma non ha certo creato le condizioni finanziarie più adatte per progredire in qualità e adeguatezza delle prestazioni. Questa considerazione è tanto più vera se si riflette che storicamente in Italia il Fondo sanitario di parte corrente ha erogato risorse sia per funzioni di natura propriamente corrente sia per finalità di investimento.

Visto assieme agli altri due sinora sviluppati – il Lazio (paper 1 della collana) e l’Emilia Romagna (paper 2 della collana) – il case study della Basilicata mostra anche la profonda eterogenità interregionale. Non ci sono solo Regioni che governano bene la spesa e riescono ad erogare prestazioni di qualità e, all’opposto, Regioni che spendono troppo e neppure fanno bene in qualità. Ci sono anche realtà “intermedie” dove la spesa non costituisce di per sé un problema, addirittura inferiore alla media Italia se corretta per la composizione demografica; ma dove, anche per questa ragione, è difficile realizzare concreti innalzamenti della qualità delle prestazioni che necessiterebbero (avrebbero necessitato, se guardiamo al passato) di maggiori risorse programmabili.

Ne discende un altro richiamo a chiudere urgentemente le riforme del sistema sanitario, aperte ormai da quindici anni e più. Prima si fa chiarezza sulle regole di finanziamento, sul periodo di convergenza verso gli standard di spesa corrente, sulla fattibilità di una perequazione delle dotazioni infrastrutturali/strumentali, prima si scongiura il rischio che le realtà “intermedie” possano degenerare, aumentando i problemi e i costi di un loro successivo pieno recupero e sviluppo.

Riferimenti

La spesa sanitaria Ssn in Italia e nel Lazio. Ricostruzione e benchmarking con la metodologia Ecofin-Ocse, 1990-2010, Welfare Reforming Papers Series n. 1-2013

La spesa sanitaria Ssn in Italia e in Emilia Romagna. Ricostruzione e benchmarking con la metodologia Ecofin-Ocse, 1990-2010, Welfare Reforming Papers Series n. 2-2013

Health for All database, Istat

Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Ragioneria Generale dello Stato, 2013

The 2012 Ageing Report, European Commission (Ecofin-Awg),
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/ageing_report/index_en.htm

Public spending on health and long-term care: a new set of projections, Oecd
<http://www.oecd.org/economy/public-spending-on-health-and-long-term-care.htm>

Rapporto Annuale 2012 – La Situazione del Paese, Istat
<http://www.istat.it/it/files/2012/05/Rapporto-annuale-2012.pdf>

Il sistema di valutazione della performance dei Ssr – 2010,
MinSal e Scuola Superiore Sant'Anna - Pisa
http://www.salute.gov.it/resources/usabile/documenti_nuovo_portale/primoPiano/ConferenzaStampa21aprile2010.pdf

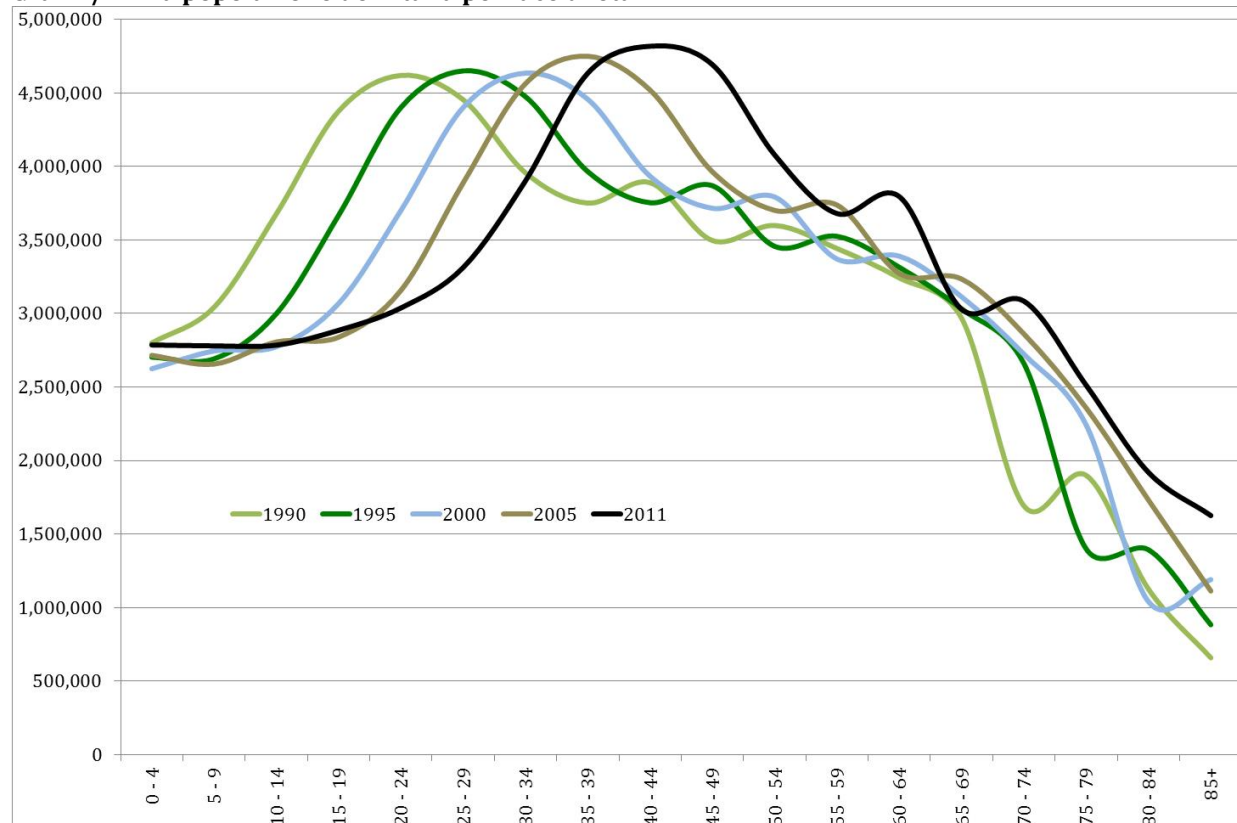
Il sistema di valutazione della performance dei Ssr:
Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto – 2012,
MinSal e Scuola Superiore Sant'Anna - Pisa
<http://www.meslab.sssup.it/it/index.php?page=report-network-2012>
<http://performance.sssup.it/network/lib/indicatori.php>

Una tecnica alternativa per la determinazione di una misura sintetica di infrastrutturazione,
Rivista di Statistica Ufficiale. Istat, n. 2/2006, di Brunini C. e Paradisi F.



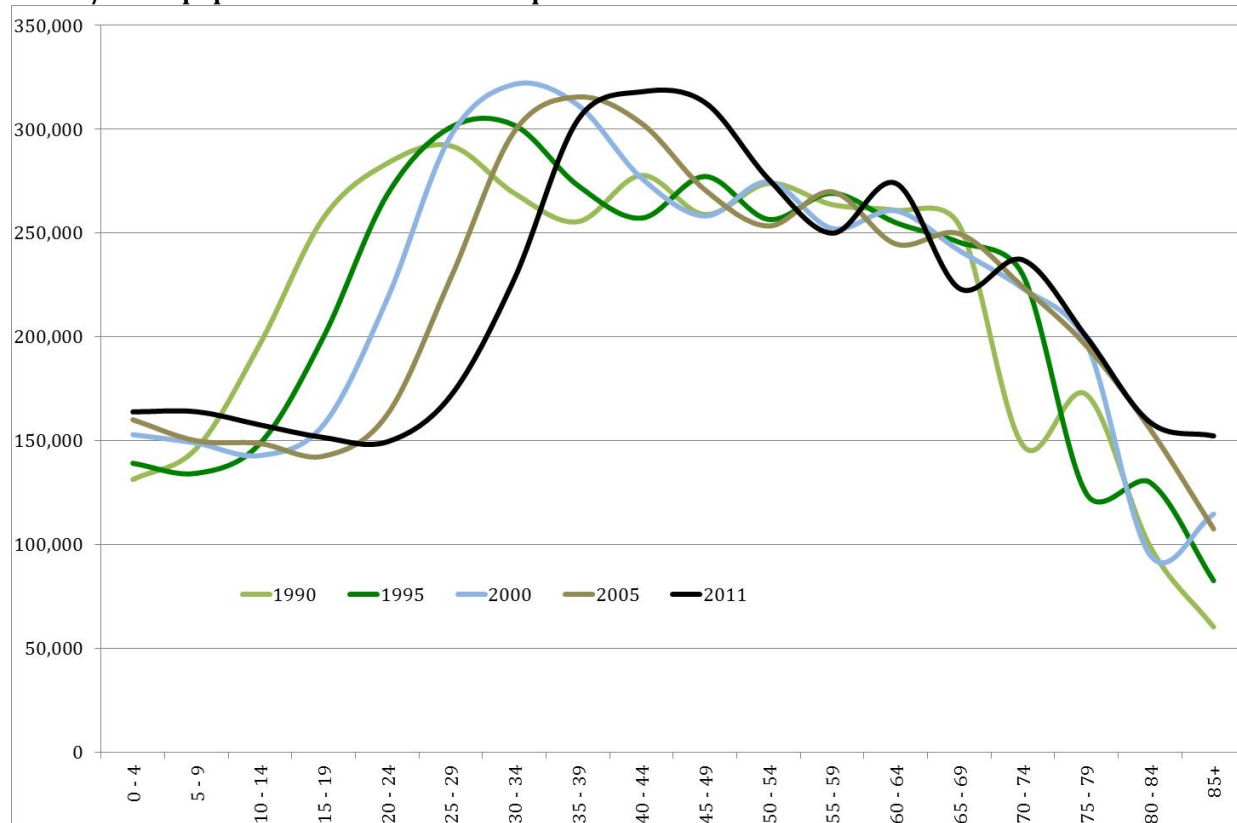
APPENDICE STATISTICA

Graf. 1/A - La popolazione dell'Italia per face di età



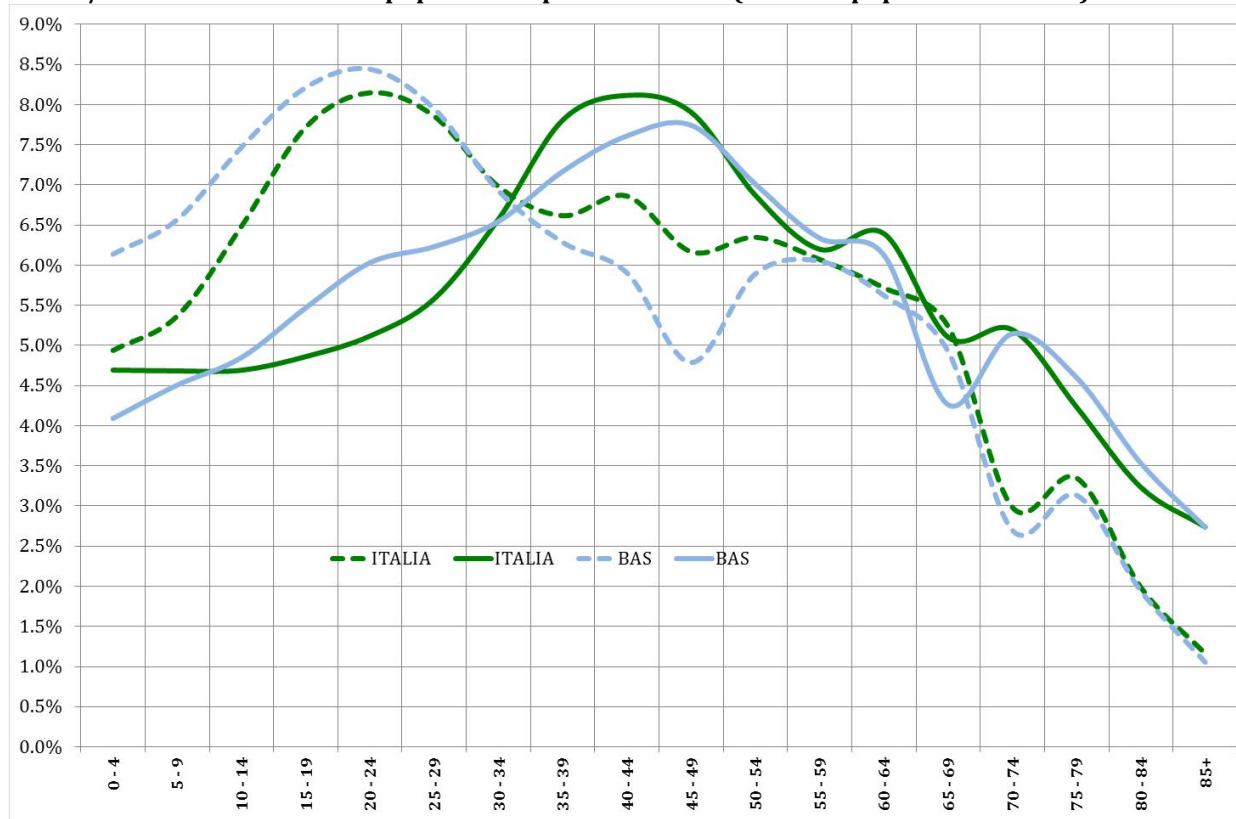
Fonte: elaborazione Ncs su Istat

Graf. 2/A - La popolazione della Basilicata per face di età



Fonte: elaborazione Ncs su Istat

Graf. 3/A - Distribuzione della popolazione per fasce di età (100% la popolazione totale)



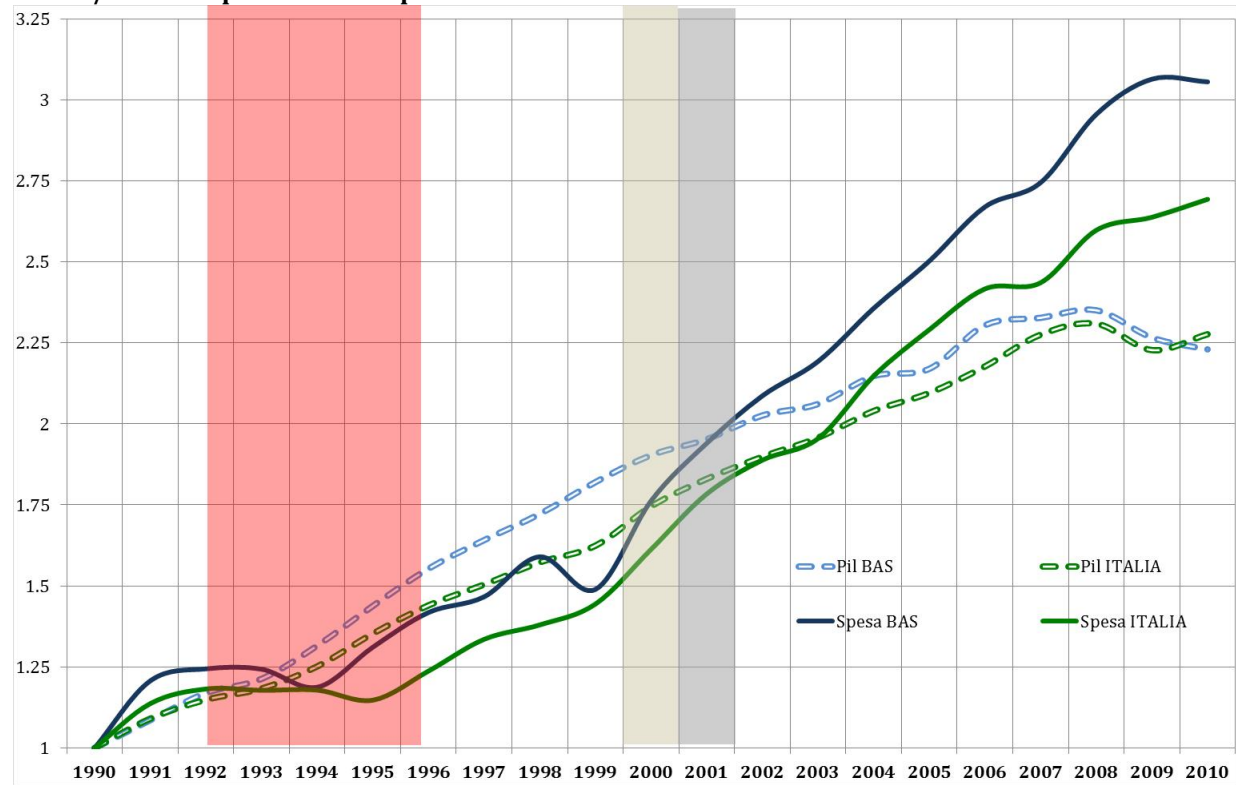
Fonte: elaborazione Ncs su Istat

Graf. 4/A - Distribuzione della popolazione per fasce di età (100% la popolazione totale)

	1990		1990	
	ITALIA	ITALIA	BAS	BAS
0 - 4	4.94%	4.69%	6.14%	4.09%
5 - 9	5.37%	4.68%	6.57%	4.51%
10 - 14	6.49%	4.69%	7.47%	4.85%
15 - 19	7.72%	4.86%	8.21%	5.47%
20 - 24	8.15%	5.12%	8.44%	6.03%
25 - 29	7.86%	5.58%	7.95%	6.23%
30 - 34	6.98%	6.58%	6.93%	6.55%
35 - 39	6.62%	7.81%	6.28%	7.17%
40 - 44	6.86%	8.12%	5.90%	7.61%
45 - 49	6.17%	7.91%	4.79%	7.74%
50 - 54	6.35%	6.87%	5.89%	7.01%
55 - 59	6.07%	6.20%	6.05%	6.34%
60 - 64	5.72%	6.39%	5.62%	6.13%
65 - 69	5.24%	5.10%	4.92%	4.26%
70 - 74	2.98%	5.20%	2.70%	5.15%
75 - 79	3.35%	4.23%	3.13%	4.60%
80 - 84	1.99%	3.23%	1.94%	3.53%
85+	1.16%	2.74%	1.06%	2.74%

Fonte: elaborazione Ncs su Istat

Graf. 5/A - Pil e Spesa sanitaria pubblica corrente: Italia vs. Basilicata



Fonte: elaborazione Ncs su Istat

aggiustamento conti per ingresso Euro D. Lgs. 56-2000 (tentativo di federalismo fiscale) L. Cost. n. 3-2001 (Riforma Titolo V)

Graf. 6/A - Profili di spesa corrente Ssn pro-capite, 1990 e 2010, Euro correnti

	ITA		BAS	
	1990	2010	1990	2010
0 - 4	450.70	1,303.39	370.98	1,297.72
5 - 9	274.33	793.35	225.81	789.89
10 - 14	317.84	793.35	261.62	789.89
15 - 19	339.93	827.35	279.80	823.75
20 - 24	363.60	895.36	299.28	891.46
25 - 29	390.57	963.36	321.49	959.17
30 - 34	428.01	1,048.37	352.30	1,043.80
35 - 39	487.48	1,062.51	401.26	1,057.89
40 - 44	580.64	1,161.66	477.94	1,156.60
45 - 49	713.80	1,246.67	587.54	1,241.24
50 - 54	880.78	1,416.69	724.98	1,410.51
55 - 59	1,063.95	1,955.01	875.76	1,946.50
60 - 64	1,250.77	2,549.91	1,029.53	2,538.80
65 - 69	1,442.08	3,229.65	1,187.00	3,215.59
70 - 74	1,643.77	3,767.98	1,353.01	3,751.57
75 - 79	1,847.38	4,673.84	1,520.61	4,653.48
80 - 84	2,023.57	5,324.52	1,665.63	5,301.33
85+	2,163.72	6,257.26	1,780.99	6,230.00

Fonte: elaborazione Ncs su HfA Italia, Istat, Rgs

Graf. 6/A - Profili di spesa corrente Ssn pro-capite, 1990 e 2010, statistiche descrittive

	incr. % 2010-1990		diff. % BAS vs. ITA	
	ITA	BAS	1990	2010
0 - 4	189.2%	249.8%	-17.69%	-0.44%
5 - 9	189.2%	249.8%	-17.69%	-0.44%
10 - 14	149.6%	201.9%	-17.69%	-0.44%
15 - 19	143.4%	194.4%	-17.69%	-0.44%
20 - 24	146.2%	197.9%	-17.69%	-0.44%
25 - 29	146.7%	198.4%	-17.69%	-0.44%
30 - 34	144.9%	196.3%	-17.69%	-0.44%
35 - 39	118.0%	163.6%	-17.69%	-0.44%
40 - 44	100.1%	142.0%	-17.69%	-0.44%
45 - 49	74.7%	111.3%	-17.69%	-0.44%
50 - 54	60.8%	94.6%	-17.69%	-0.44%
55 - 59	83.7%	122.3%	-17.69%	-0.44%
60 - 64	103.9%	146.6%	-17.69%	-0.44%
65 - 69	124.0%	170.9%	-17.69%	-0.44%
70 - 74	129.2%	177.3%	-17.69%	-0.44%
75 - 79	153.0%	206.0%	-17.69%	-0.44%
80 - 84	163.1%	218.3%	-17.69%	-0.44%
85+	189.2%	249.8%	-17.69%	-0.44%

Fonte: elaborazione Ncs su HfA Italia, Istat, Rgs

PROGETTO BENCHMARKING SSR
PAPER 3



LAZIO

EMILIA ROMAGNA

BASILICATA

Prossima edizione Febbraio 2014

A red handwritten signature, possibly reading 'Nicola', is located in the lower right area of the page.

File .xls con le computazioni disponibili scrivendo all'autore

nicola.salerno@tin.it, [nicolacsalerno](https://twitter.com/nicolacsalerno), +39 347.9023927, [find us on Facebook Infografiche-nicolasalerno](https://www.facebook.com/Infografiche-nicolasalerno)

Via San Remo n. 3, 00182 Roma, Italia

BurgStrasse n. 42, Frankfurt am Main, Germany