

# La Calabria

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:

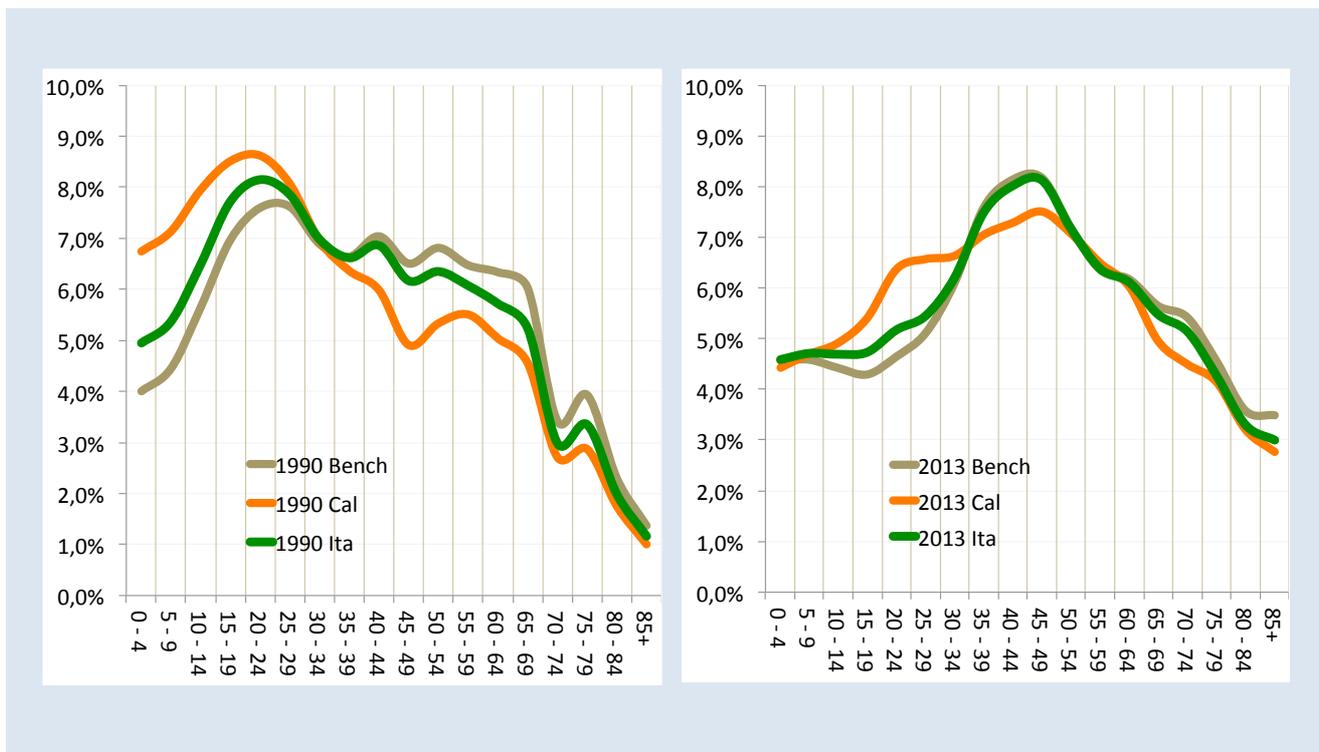
- confrontare la spesa pro-capite ponderata delle Regioni,
- verificare che cosa succederebbe se una Regione avesse la spesa pro-capite per età della media nazionale, o di un'altra Regione, o di un aggregato di Regioni *benchmark*.

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

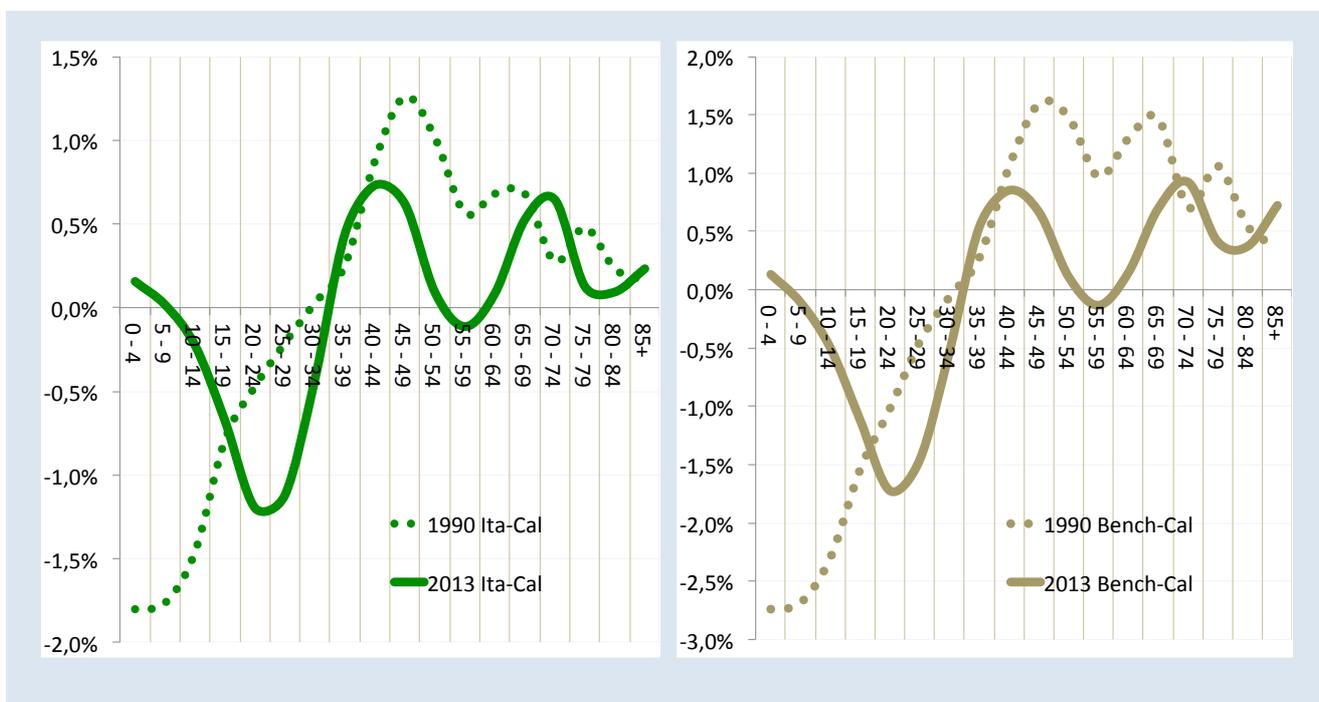
---

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

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

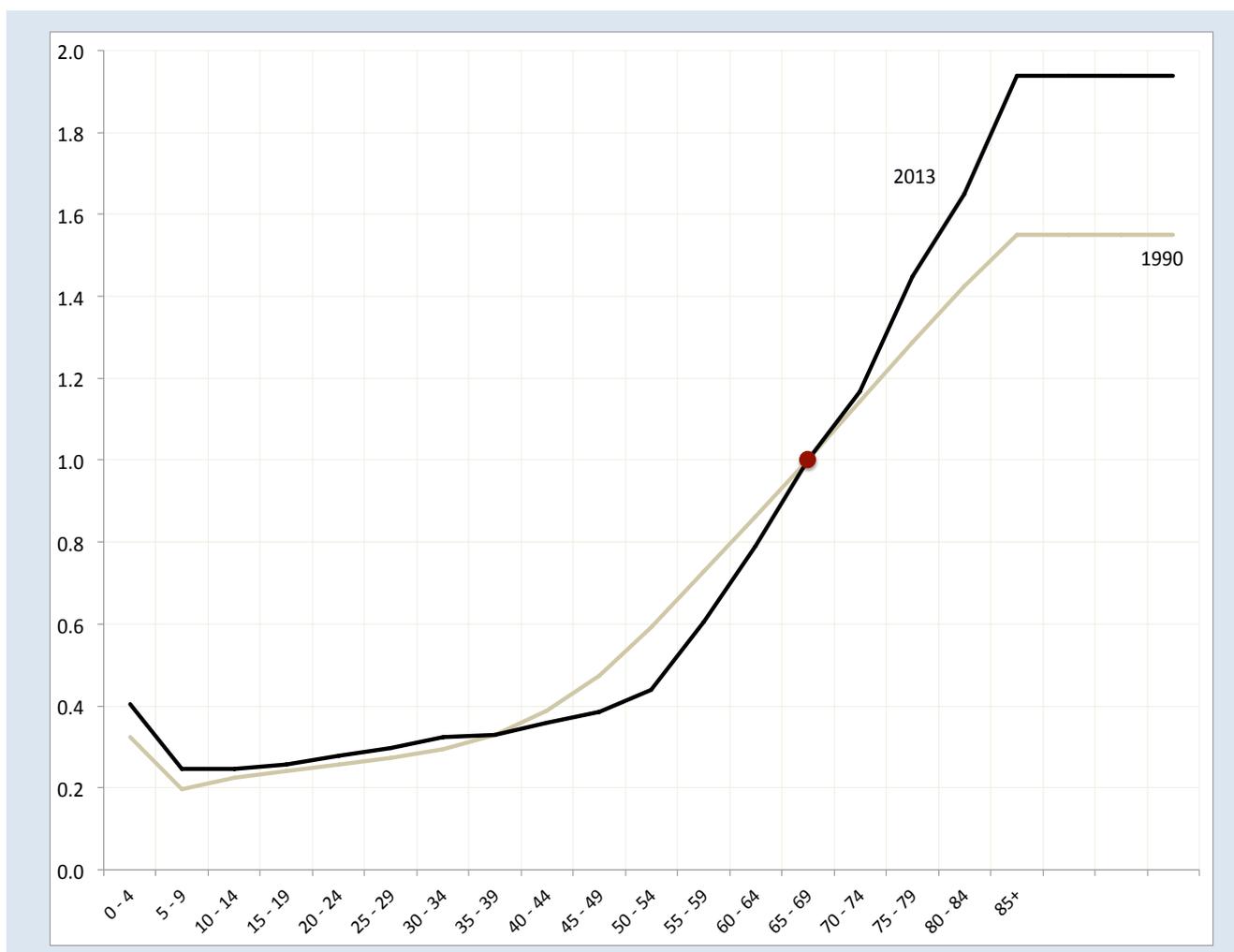


Differenze di composizione percentuale della popolazione residente – Calabria vs. Italia vs. Benchmark



[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.

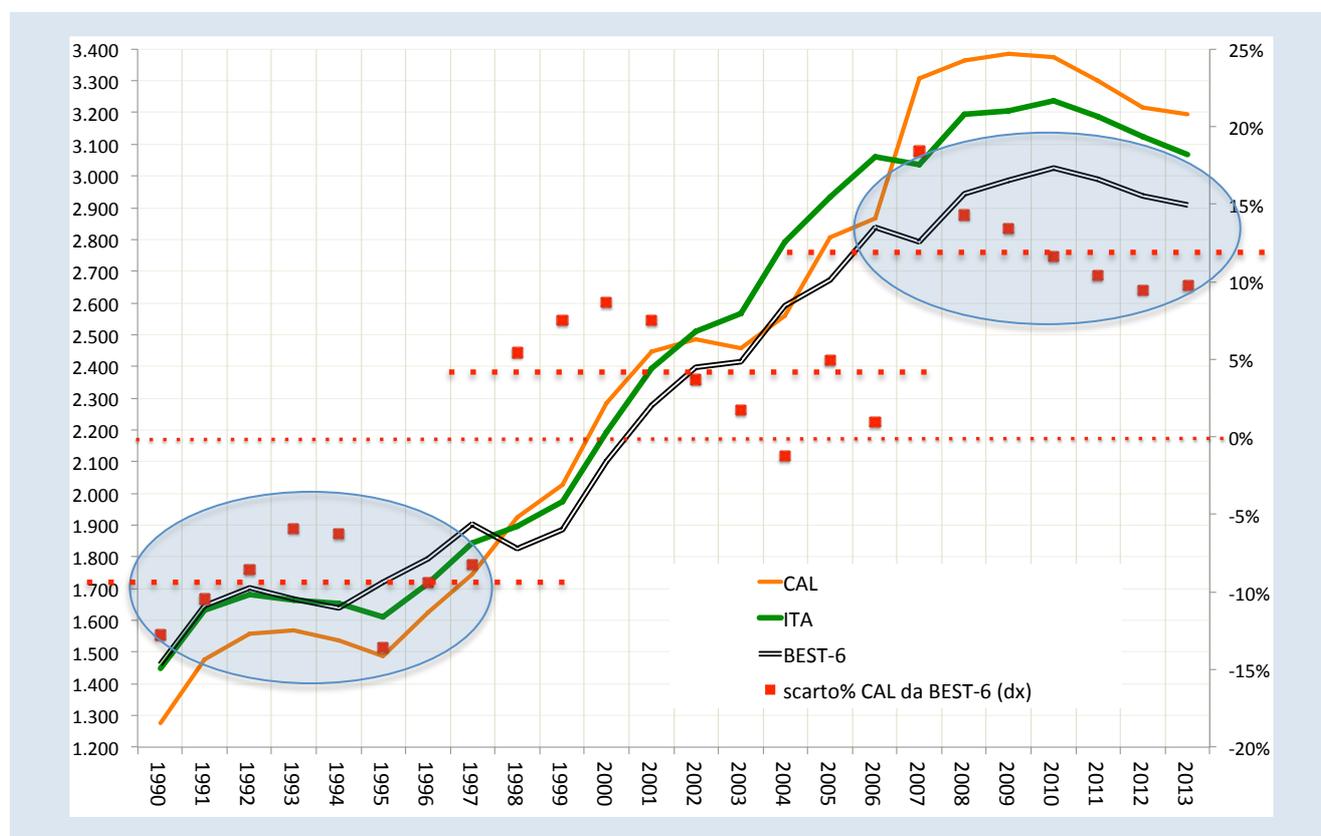
Entrambi i profili sono espressi in termini relativi (il valore della fascia di età 65-69 è posto pari all'unità). Nel passaggio dal 1990 al 2013 si nota l'effetto di scivolamento in avanti del profilo, corrispondente all'ipotesi di *healthy ageing* applicata sia da Ocse che da Ecofin. L'altro effetto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

## 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

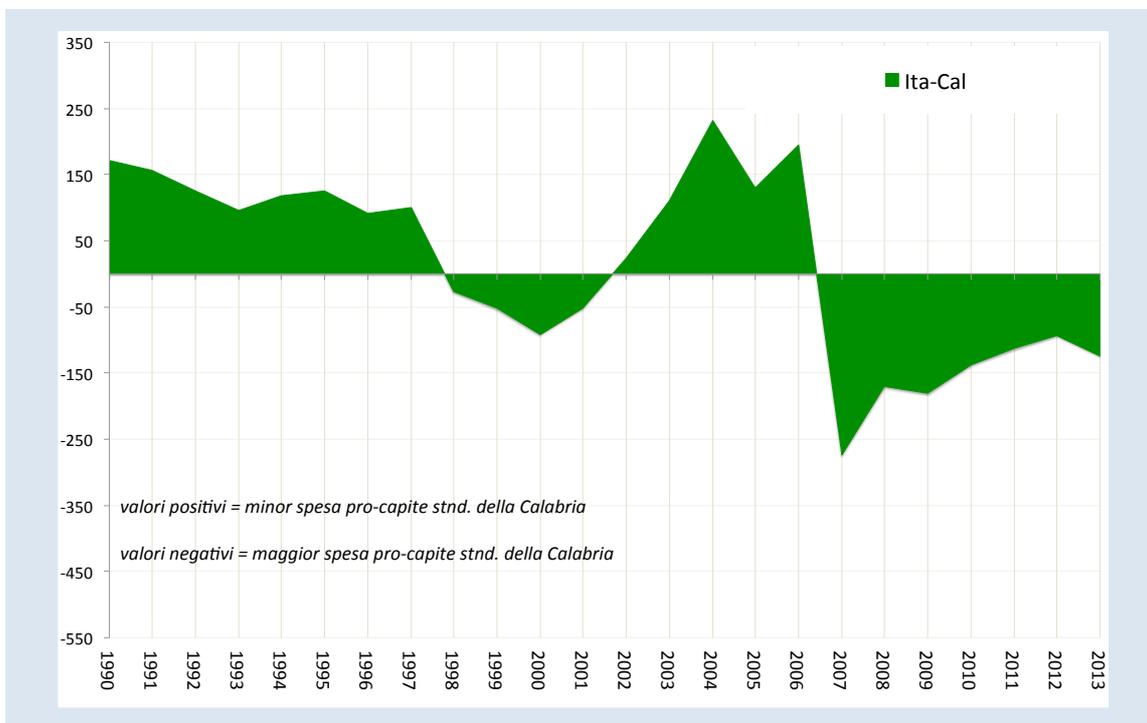
Spesa sanitaria pro-capite *standardizzata*, Euro correnti - Calabria vs. Italia vs. Benchmark



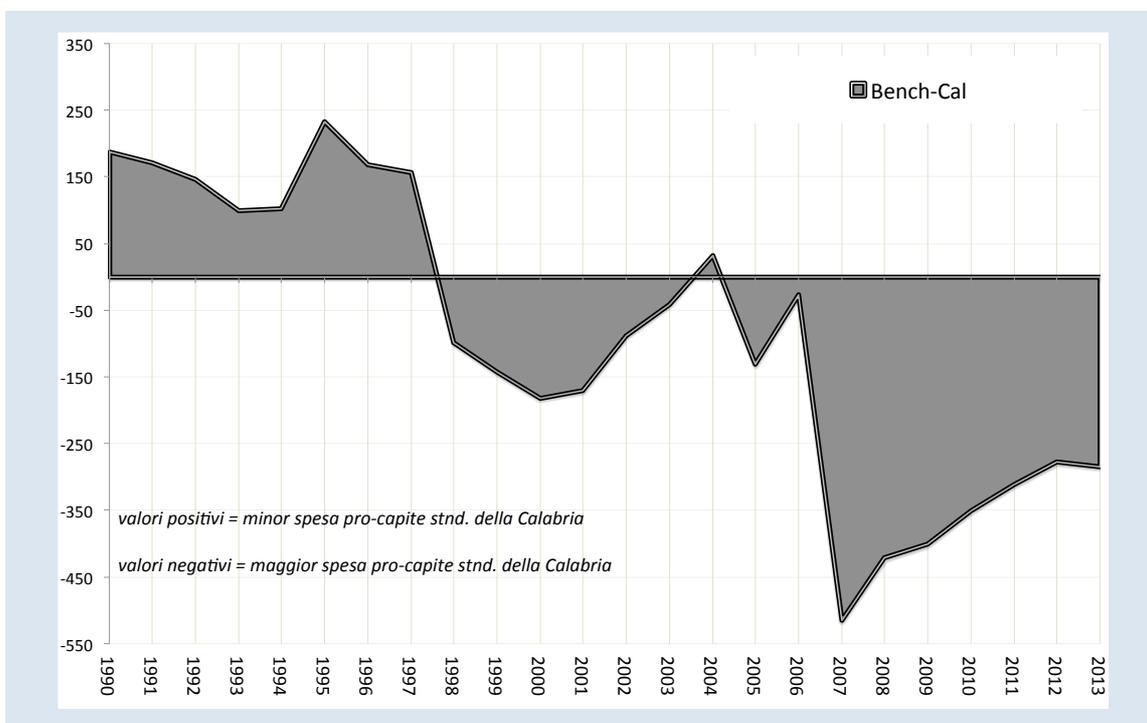
[elab. su database Istat e su Rgs]

Tra il 1990 e il 1998, la spesa pro-capite della Calabria è inferiore a quella dell'Italia e a quella delle sei Regioni prescelte per il confronto. Tra il 1999 e il 2002, mentre il dato Calabria si muove sostanzialmente allineato al dato Italia, emerge uno stacco dal *benchmark* delle sei Regioni. La maggior spesa rispetto a questo *benchmark* resta, tuttavia, di entità assoluta inferiore rispetto alla minore spesa che la Calabria fa registrare tra il 1990 e il 1998. Tra il 2002 e il 2006, il dato Calabria sia riallinea al *benchmark* delle sei Regioni portandosi al di sotto del dato Italia. Dal 2007 in poi si verifica un balzo verso l'alto, e la Calabria mostra valori significativamente superiori all'Italia e soprattutto al *benchmark* delle sei Regioni. La discontinuità nasce nel 2007 per poi tendere lentamente a diminuire senza però riassorbirsi.

Differenze di spesa sanitaria pro-capite *standardizzata*, Euro correnti - Calabria vs. Italia



Differenze di spesa sanitaria pro-capite *standardizzata*, Euro correnti - Calabria vs. Benchmark

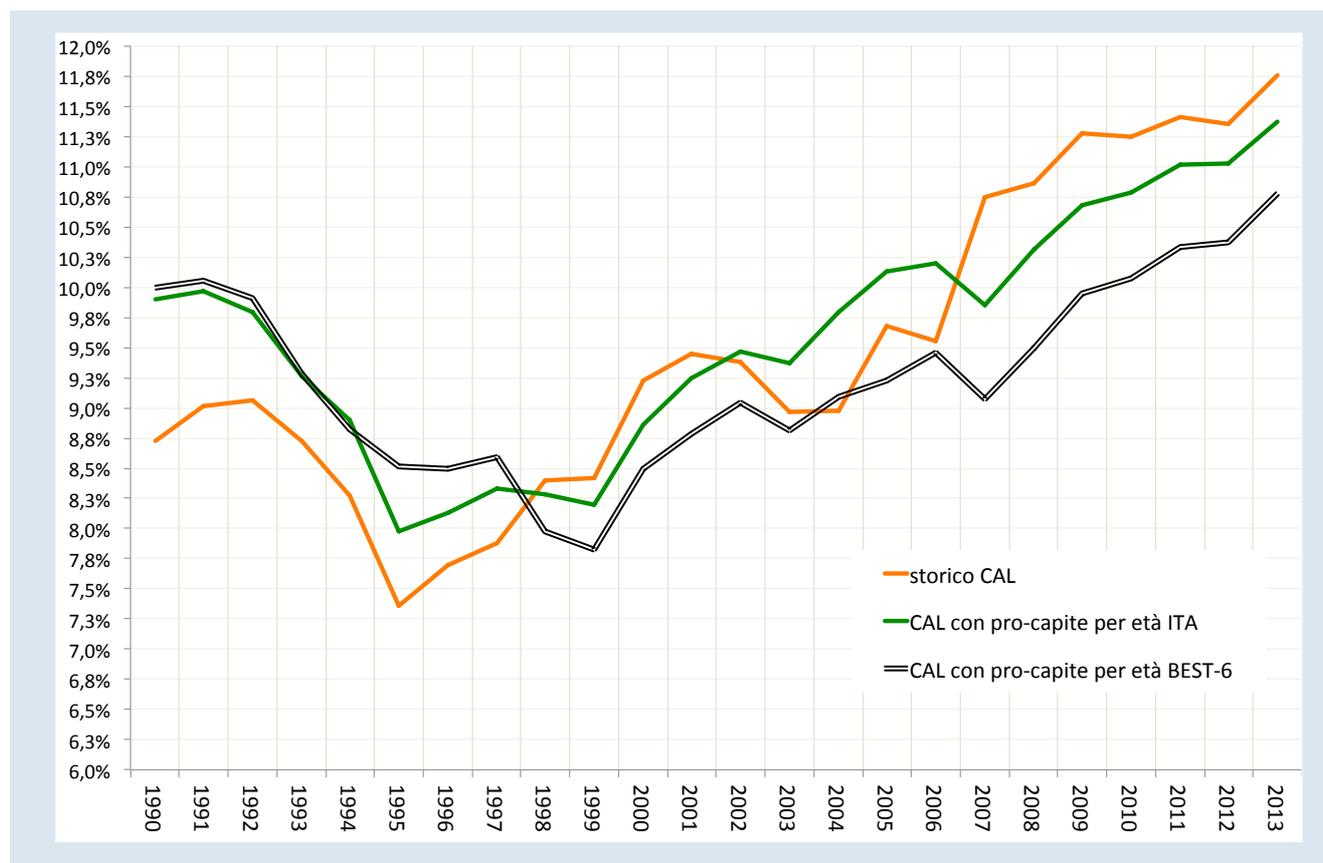


[elab. su database Istat e su Rgs]

## Le differenze di spesa standardizzata, 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 Calabria più due scenari *benchmark*.

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



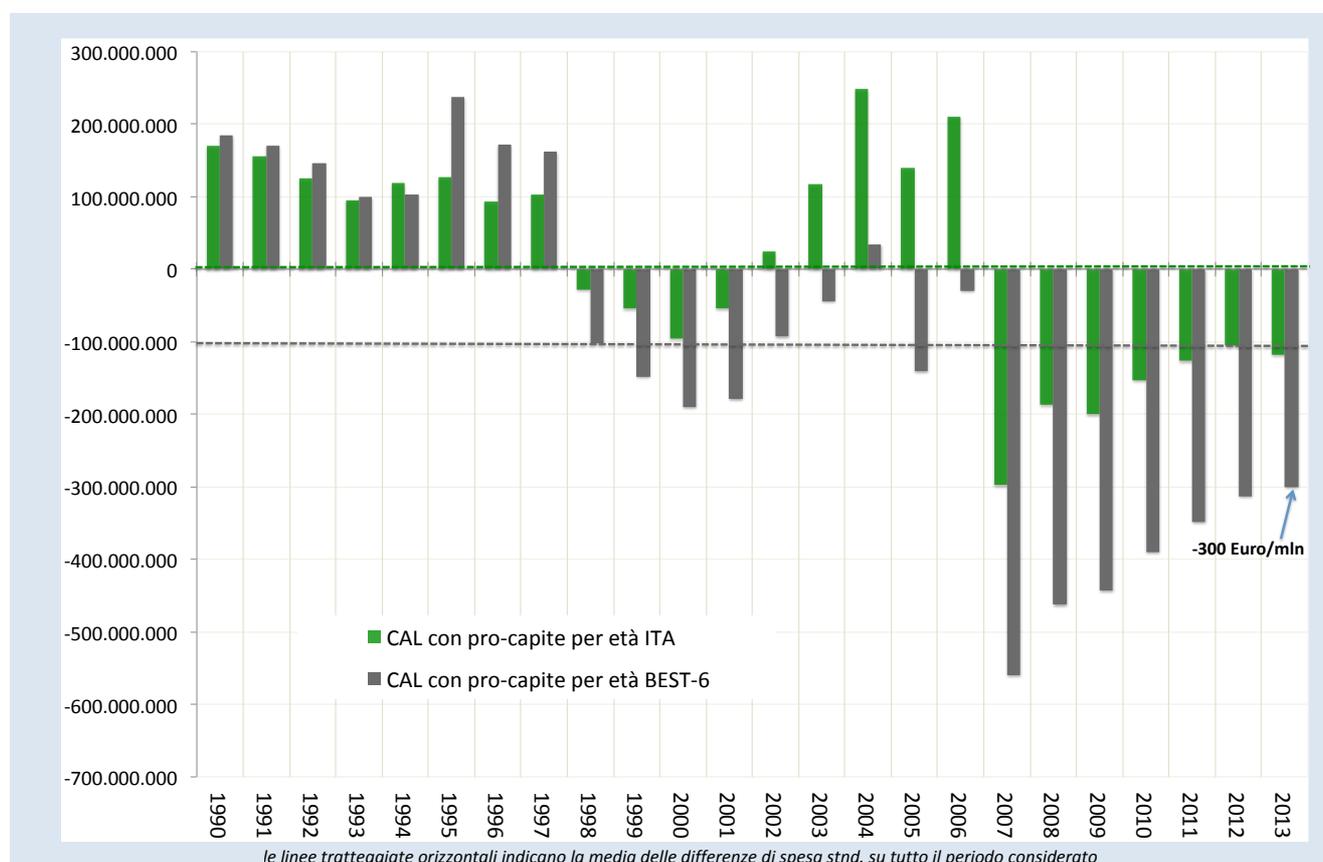
[elab. su database Istat e su Rgs]

La **linea arancione** rappresenta l'incidenza storica (il dato reale di contabilità). La **linea verde** rappresenta l'incidenza che sarebbe emersa se la Calabria 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 Calabria 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 (anche "Best-6").

La lettura del grafico è speculare a quella già fornita per la spesa pro-capite *standardizzata*. Sino al 1998 il dato storico resta significativamente al di sotto dei due scenari di confronto. Nel 1990 la Calabria avrebbe potuto permettersi, allineandosi al *benchmark*, una spesa sanitaria più alta di circa 1,2 p.p. di Pil. In media, tra il 1990 e il 1998, la minor spesa della Calabria ammonta a circa

0,7 p.p. di Pil all'anno. Tra il 1999 e il 2002 il quadro si inverte: l'incidenza della Calabria supera quella del *benchmark* Italia e soprattutto quella del *benchmark* delle sei Regioni di riferimento. In questo periodo, la Calabria mostra una sovraspesa mediamente pari a circa 0,5 p.p. di Pil all'anno rispetto al *benchmark* delle sei Regioni. Tra il 2003 e il 2006 diviene evidente una correzione di spesa, che fa scendere il dato Calabria al di sotto di quello Italia riavvicinandolo di fatto al dato del *benchmark* delle sei Regioni. Nel 2007 l'incidenza della Calabria aumenta (la serie storica della spesa corrente mostra questa discontinuità) e si porta circa 1,7 p.p. di Pil sopra il *benchmark* delle sei Regioni. Dopo il 2007 lo stacco dal *benchmark* tende lentamente a ridursi senza però riassorbirsi, e nel 2013 la Calabria mostra quasi 1 p.p. di Pil di sovraspesa, pari a circa 300 milioni di Euro correnti.

Differenze di spesa, Euro correnti - Calabria vs. Italia e vs. *Benchmark*



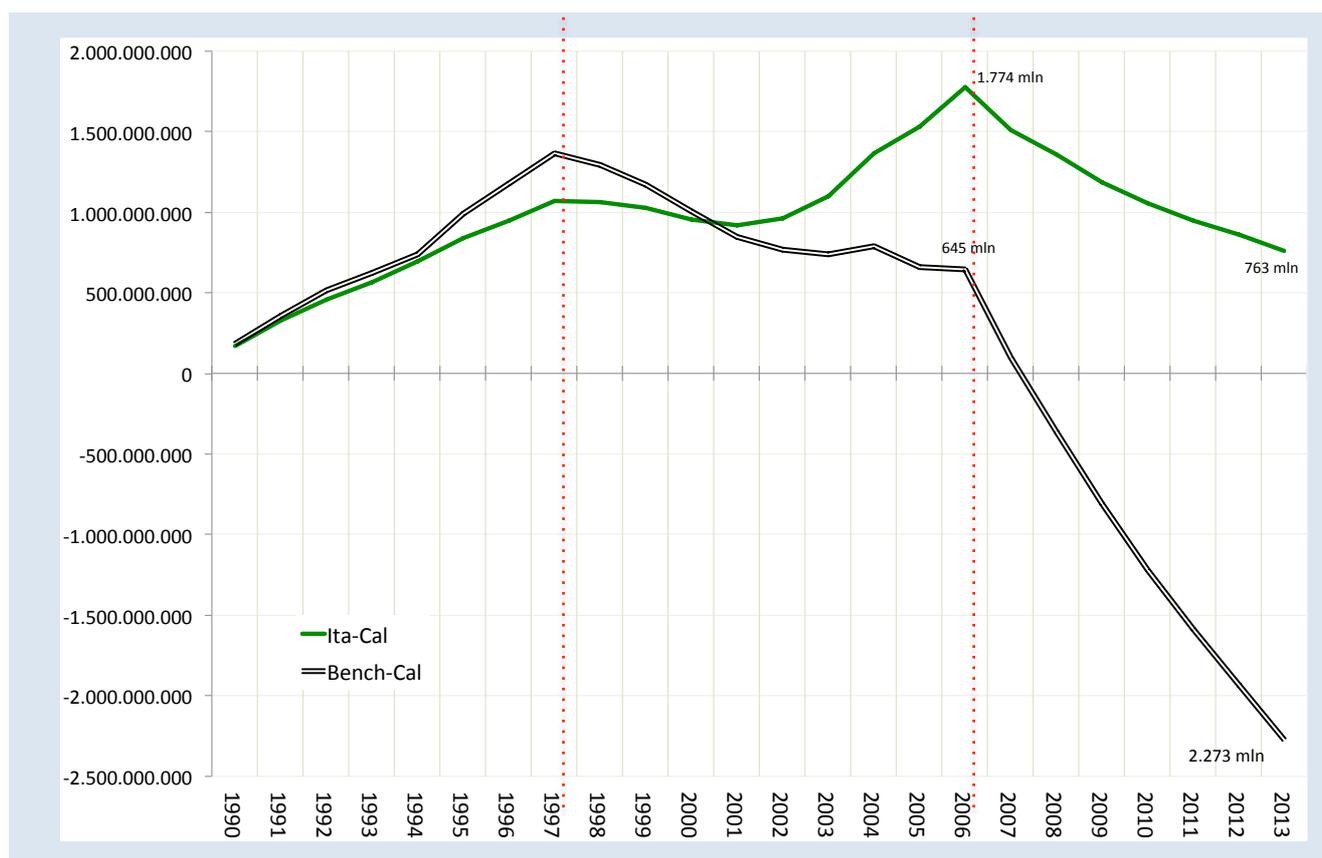
[elab. su database Istat e su Rgs]

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

Sino al 1997 la Calabria utilizza meno risorse del *benchmark* delle sei Regioni, per valori mediamente pari a 160 milioni di Euro all'anno. Dal 1998 al 2006 lo scenario si inverte, con la Calabria che mediamente assorbe circa 100 milioni di Euro in più all'anno rispetto al *benchmark*.

Dal 2007 in poi si verifica un sensibile aumento di spesa della Calabria, che comincia ad assorbire molto più del *benchmark*: in media, tra il 2007 e il 2013, 400 milioni di Euro all'anno, lungo un *trend* che però appare in significativo ridimensionamento, con il dato 2013 pari a circa -300 milioni di Euro.

Cumulata delle differenze di spesa, Euro correnti - Calabria vs. Italia e vs. *Benchmark*



[elab. su database Istat e su Rgs]

Se le differenze di spesa sono accumulate nel tempo (tasso del 2% per un recupero dell'inflazione media) e sommate, ne derivano i due profili descritti al grafico precedente. Rispetto alla media Italia, la cumulata vede la Calabria sempre "in perdita", con un picco di circa 1,8 miliardi di Euro nel 2007, dopo il quale il valore inizia a decrescere raggiungendo i circa 760 milioni di Euro nel 2013. Nella somma di tutti gli anni esaminati, la Calabria ha utilizzato minori risorse rispetto alla media Italia. Diverso è invece il confronto con il *benchmark* delle sei Regioni. La cumulata resta positiva e sempre crescente sino al 1997 (dove raggiunge 1,4 miliardi di Euro circa), per poi iniziare a diminuire lungo un percorso che si divide in due fasi: dal 1998 al 2006, la cumulata si riduce lentamente sino a poco meno di 650 milioni di Euro; poi, a partire dal 2007, la riduzione diventa molto più veloce e la cumulata prima si inverte di segno e poi raggiunge nel 2013 il valore negativo di -2,3 miliardi di Euro circa.

## 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 Calabria. Tra il 1990 e il 1997, la Calabria ha utilizzato risorse inferiori allo *standard*: circa 160 milioni di Euro all’anno al di sotto dello *standard* che, accumulati, ammontano nel 1997 a circa 1,4 miliardi di Euro. Dal 1998 in poi, lo scenario si inverte e la Calabria comincia a utilizzare più risorse dello *standard*. Tra il 1998 e il 2006 la maggior spesa è di circa 100 milioni di Euro all’anno che, sommati alle minori risorse utilizzate sino al 1997, danno una cumulata di circa 645 milioni di Euro. Ancora nel 2006, quindi, la somma delle risorse utilizzate dal Ssr della Calabria a partire dal 1990 è inferiore allo *standard*. Si può sostenere che tra il 1990 e il 2006 il Ssr della Calabria è stato sottodotato di risorse finanziarie. Tuttavia, a partire dal 2007 la maggior spesa annuale rispetto allo *standard* si acuisce e, parallelamente, anche la cumulata delle risorse utilizzate diviene superiore allo *standard*. La cumulata si annulla tra il 2007 e il 2008 e poi diminuisce sempre più sino a raggiungere il valore di -2,3 miliardi di Euro nel 2013.

In una lettura di insieme, sembra che le risorse per il Ssr abbiano, nel corso degli ultimi 20 anni, sofferto di un forte *overshooting*: dapprima significativamente inferiori allo *standard*, poi significativamente superiori. Gli scarti percentuali dal *benchmark* mostrano chiaramente i termini di questa oscillazione: tra il 1990 e il 1997 la Calabria resta sotto il *benchmark* mediamente 10 p.p.; poi tra il 1998 e il 2006 gli scarti medi diventano positivi, con la Calabria sopra il *benchmark* di circa 4 p.p.; e nella parte finale, tra il 1997 e il 2013, gli scarti positivi si ampliano e la Regione si posiziona sopra il *benchmark* mediamente di 12 p.p..

Questa forte discontinuità rende complesso adesso giudicare la sovraspesa della Regione rispetto allo *standard*, perché tanti anni di sottodotazione - almeno dal 1990 al 1997 ma anche oltre se il riferimento va alla media Italia e non alle sei Regioni “migliori” - lasciano sicuramente il segno sull’organizzazione, sulla disponibilità di strumentazione, sulla capacità di programmazione, con effetti negativi sia sull’efficienza che sulla qualità delle prestazioni. Tra l’altro, andrebbero esplorati anche gli anni precedenti il 1990, perché la sottodotazione potrebbe aver interessato non solo gli anni ’90.

Un punto in più, rispetto a quelli già segnalati nella precedente Scheda “Puglia” (*cf. allegato*) per considerare con estrema cautela la sovraspesa che la Calabria fa registrare dal 2007 a oggi, che pure ammonta a ordini di grandezza di rilievo (circa il 10% della spesa corrente Ssr).

Da un lato gli scarti dal 2007 a oggi e soprattutto quello del 2013 testimoniano l’esistenza di importanti spazi di efficientamento della spesa corrente. Dall’altro lato, bisogna aver chiaro che:

- 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 disponibilità 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 Calabria o la Puglia esaminata nella Scheda precedente);
- 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;
- In più, quando le risorse utilizzate dai Ssr mostrano discontinuità temporali come quella rilevabile nel caso Calabria, il giudizio sulle correzioni di spesa da richiedere non può non tener conto delle complicità indotte da periodi, anche lunghi, di sottodotazione finanziaria.

Le inefficienze di spesa attuali della Calabria non vanno sminuite e sottovalutate, ma la loro risoluzione passa anche per contestualizzazione completa delle loro possibili concause. Non facile, di certo, tradurre questa giudizio complessivo in azioni di policy incisive e nel contempo equilibrate.

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).

Prossimo appuntamento: Scheda sul Ssr della Sicilia.