

Il Trentino Alto Adige

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.

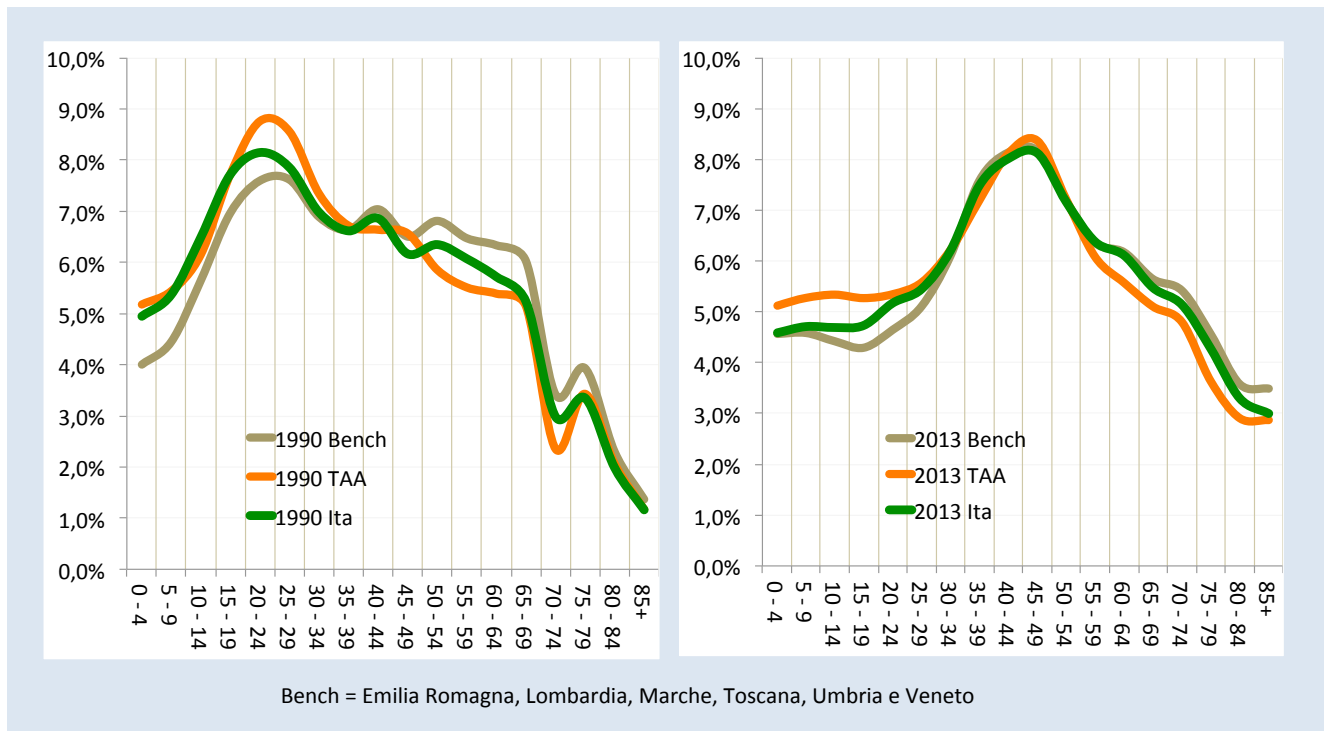
Seguendo questo algoritmo, in ogni anno dal 1990 al 2013 si possono calcolare i profili di spesa pro-capite per età (Euro dell'anno) dell'aggregato nazionale e di tutte le Regioni. Utilizzando questi profili si può:

- 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.

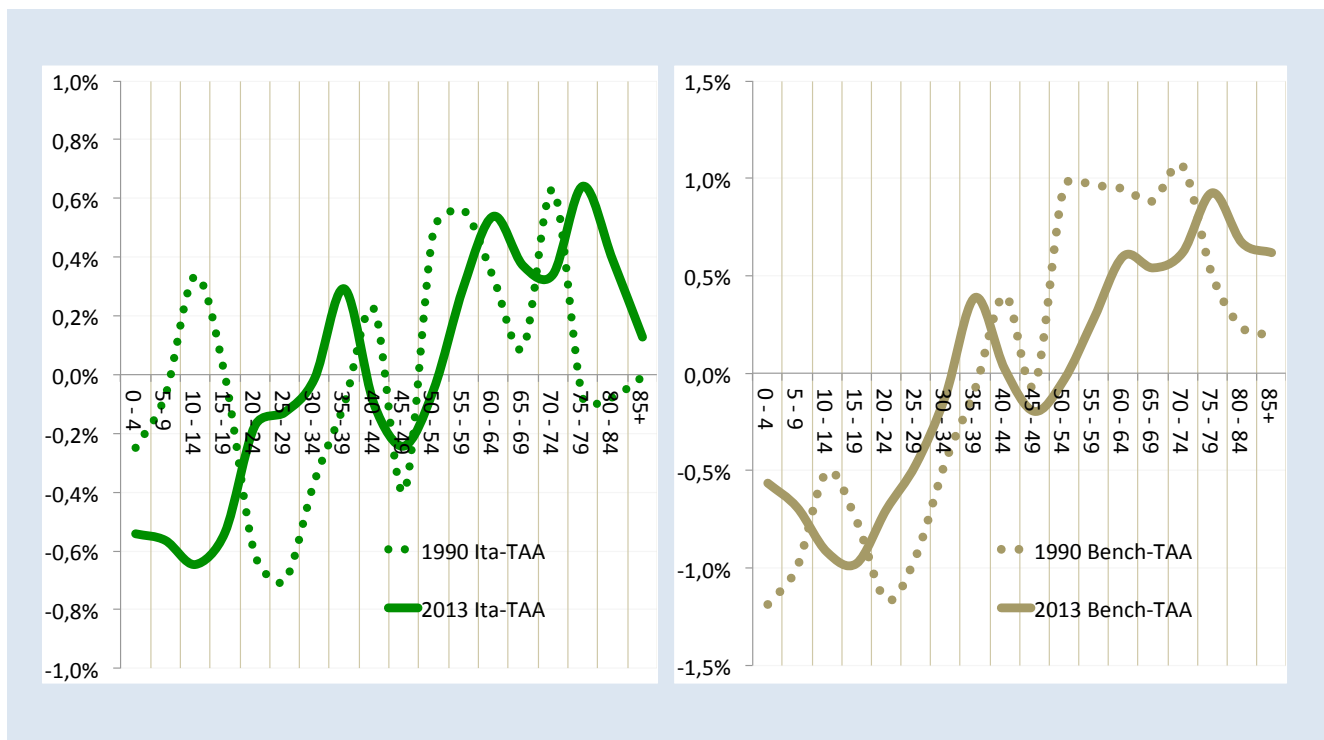
Come allegato a questa scheda, si rende disponibile il pacchetto dei fogli di calcolo con i dettagli del *benchmarking*.

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



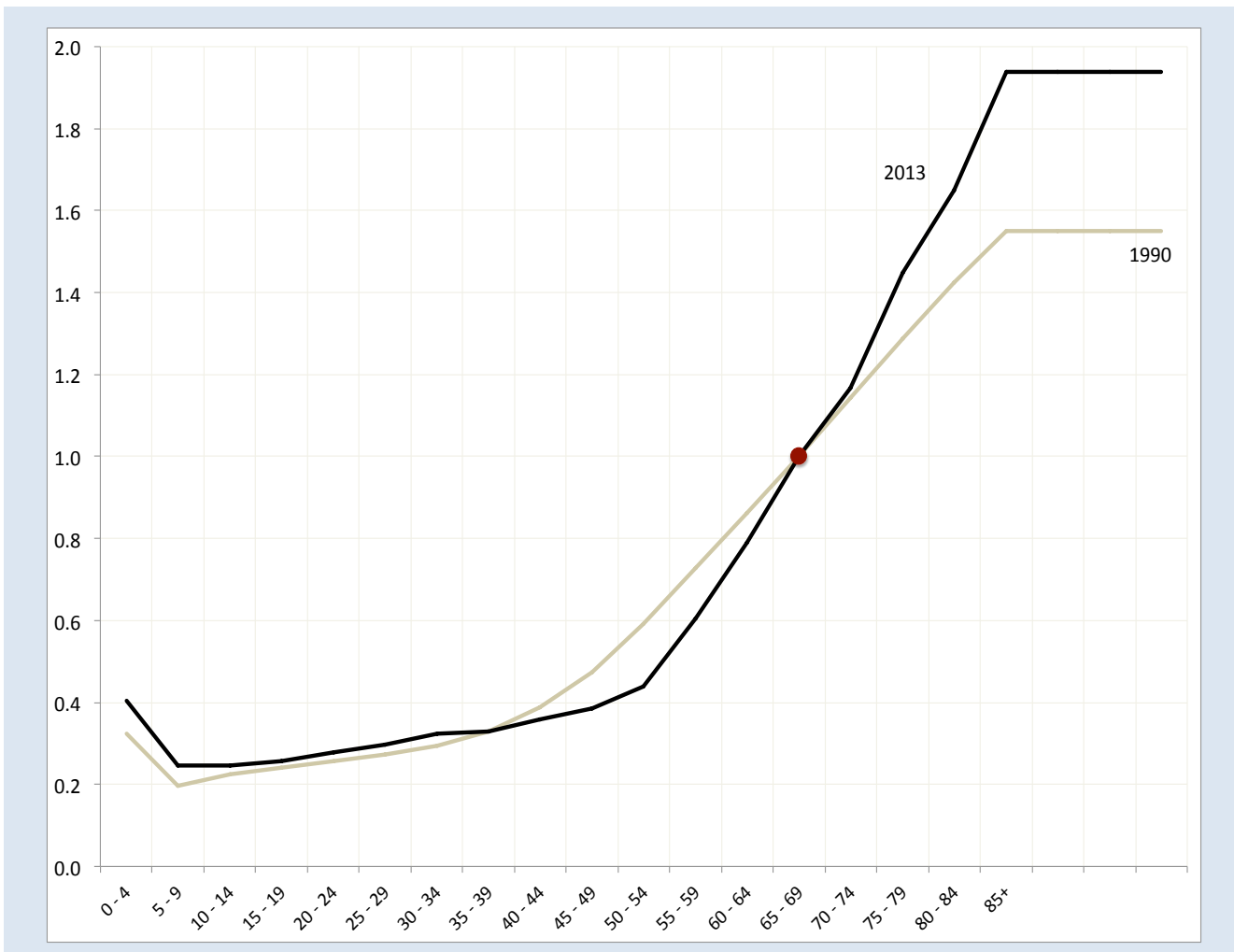
[elab. su database Istat]

Differenze di composizione percentuale della popolazione residente – TAA 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, con applicazione metodologia Ecofin-Ocse]

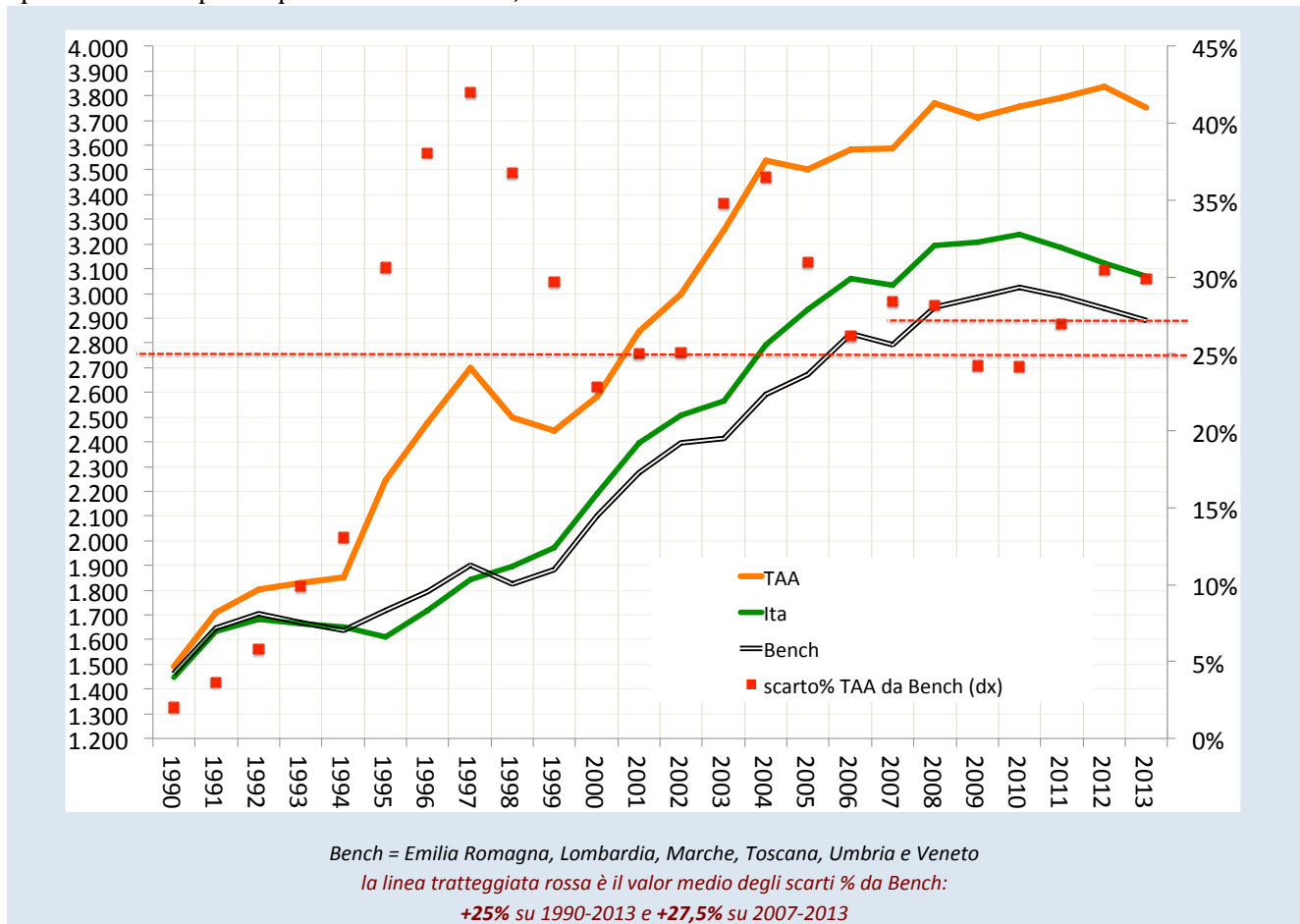
Applicando a ritroso la metodologia che Ocse ed Ecofin utilizzano per proiettare in avanti il profilo di spesa pro-capite per fasce di età, si ottengono gli andamenti descritti nel grafico qui sopra, dove sono selezionati il profilo relativo al 1990 e quello relativo al 2013.

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. 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. Si ottiene, così, la popolazione espressa in teste equivalenti di età [65-69] anni e la relativa spesa pro-capite *standardizzata*.

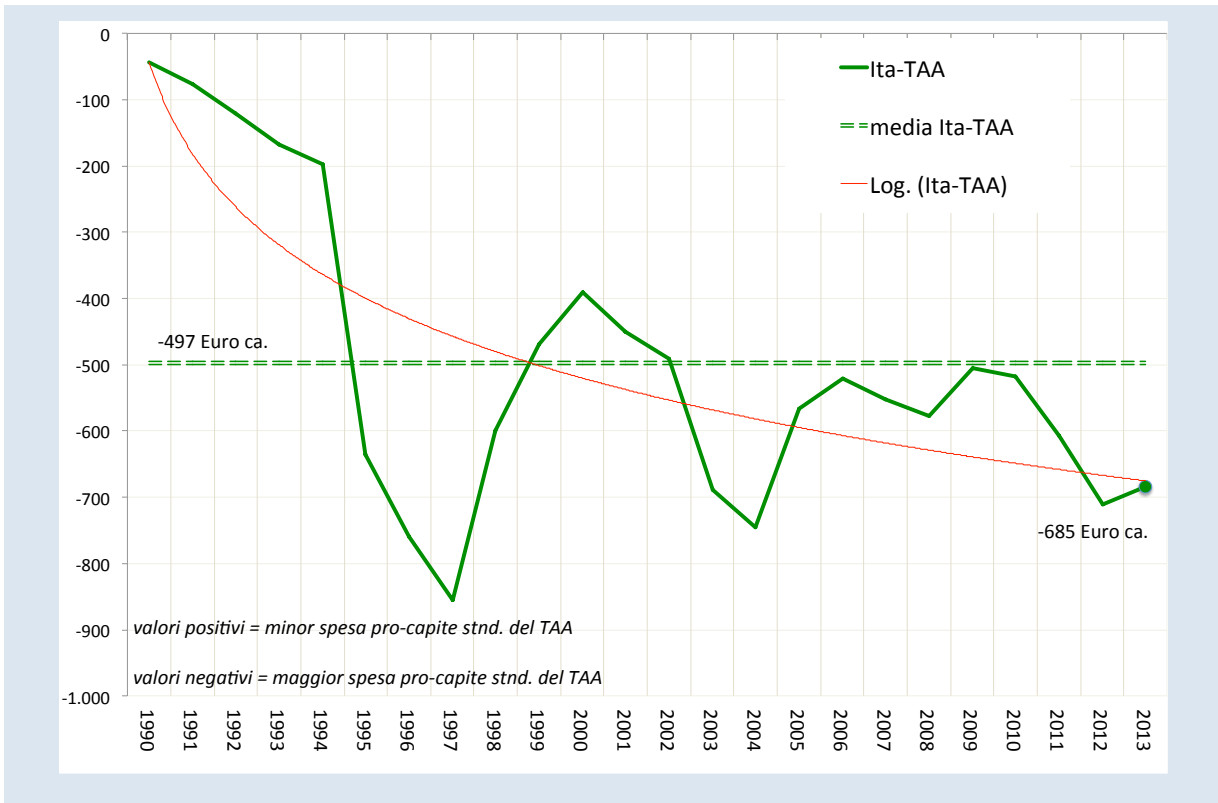
Spesa sanitaria pro-capite *standardizzata*, Euro correnti - TAA vs. Italia vs. Benchmark



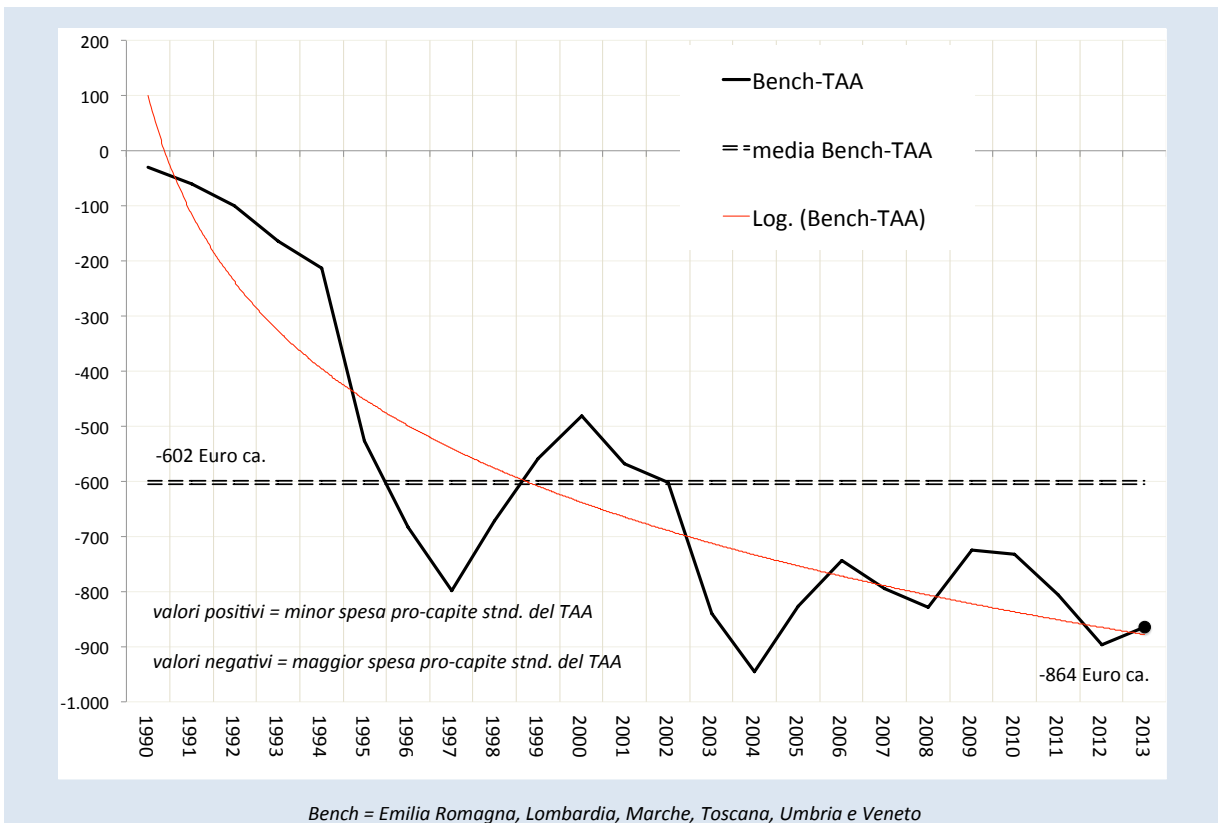
[elab. su database Istat e su Rgs]

Il Trentino Alto Adige ha sempre una spesa pro-capite *standardizzata* superiore sia alla media Italia che al *benchmark* delle sei Regioni. In media, su tutto l'orizzonte di tempo considerato, la sovrappeso del TAA è di circa il 25%. Se ci si focalizza sugli anni dal 2007 a oggi (per non includere il picco del 1997 e il picco del 2004), la sovrappeso resta ampia, arrivando al valor medio del 27,5%. Risalta il fatto che, proprio negli anni in cui sia la media Italia che il *benchmark* portano i segni del riaggiustamento di finanza pubblica per l'ingresso nell'Area Euro (dal 1990 al 1995-1996), il TAA sembra partecipare molto meno allo sforzo (si noti l'incremento tra il 1994 e il 1995, e quello tra il 1995 e il 1996).

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



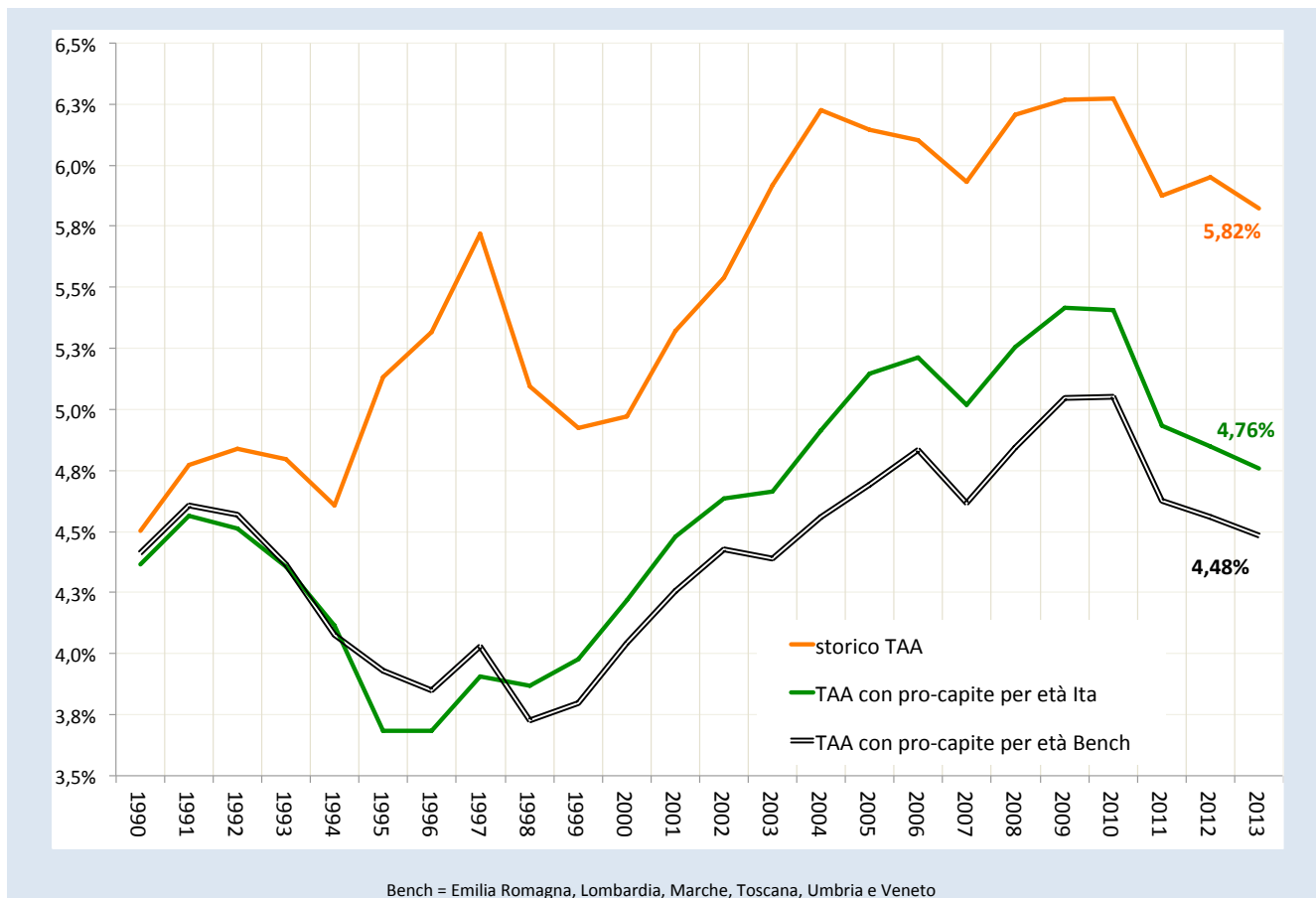
Differenze di spesa sanitaria pro-capite *standardizzata*, Euro correnti - TAA vs. Benchmark



Le differenze di spesa aggregata 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 del Trentino Alto Adige più due scenari *benchmark*.

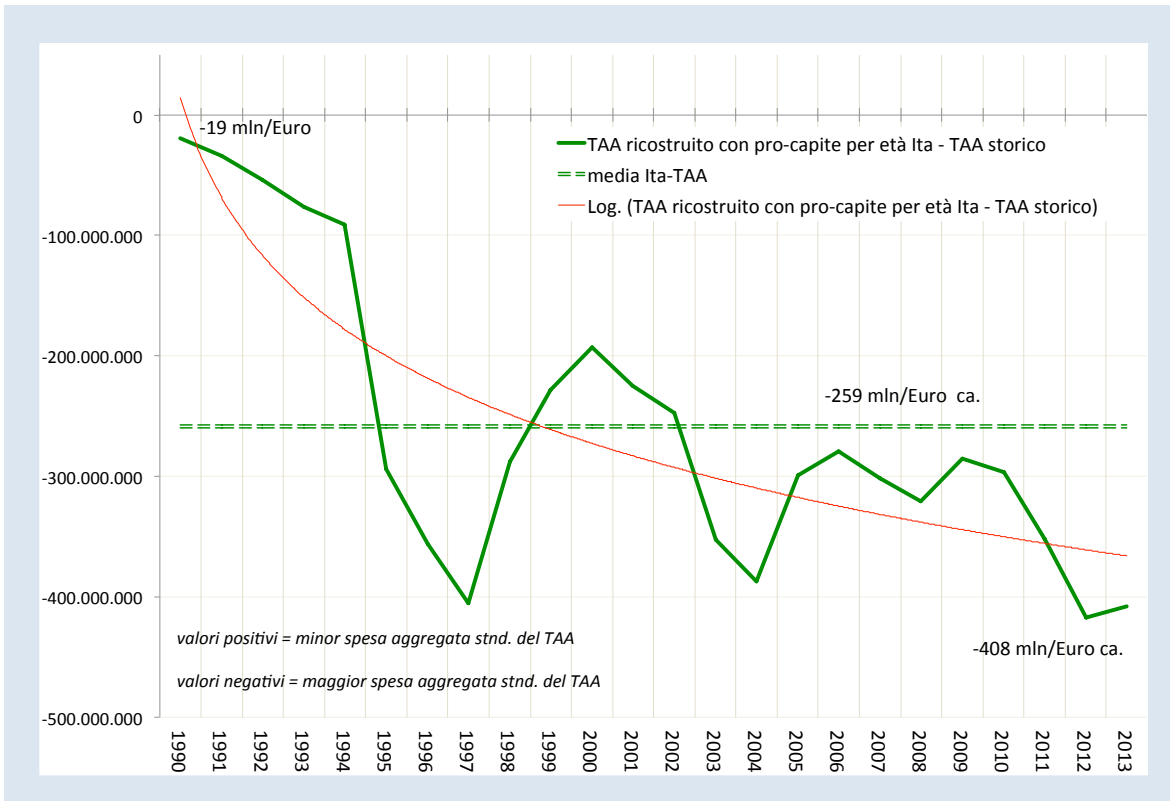
Incidenza della spesa sanitaria sul Pil - Due scenari di confronto per il TAA, 1990-2013



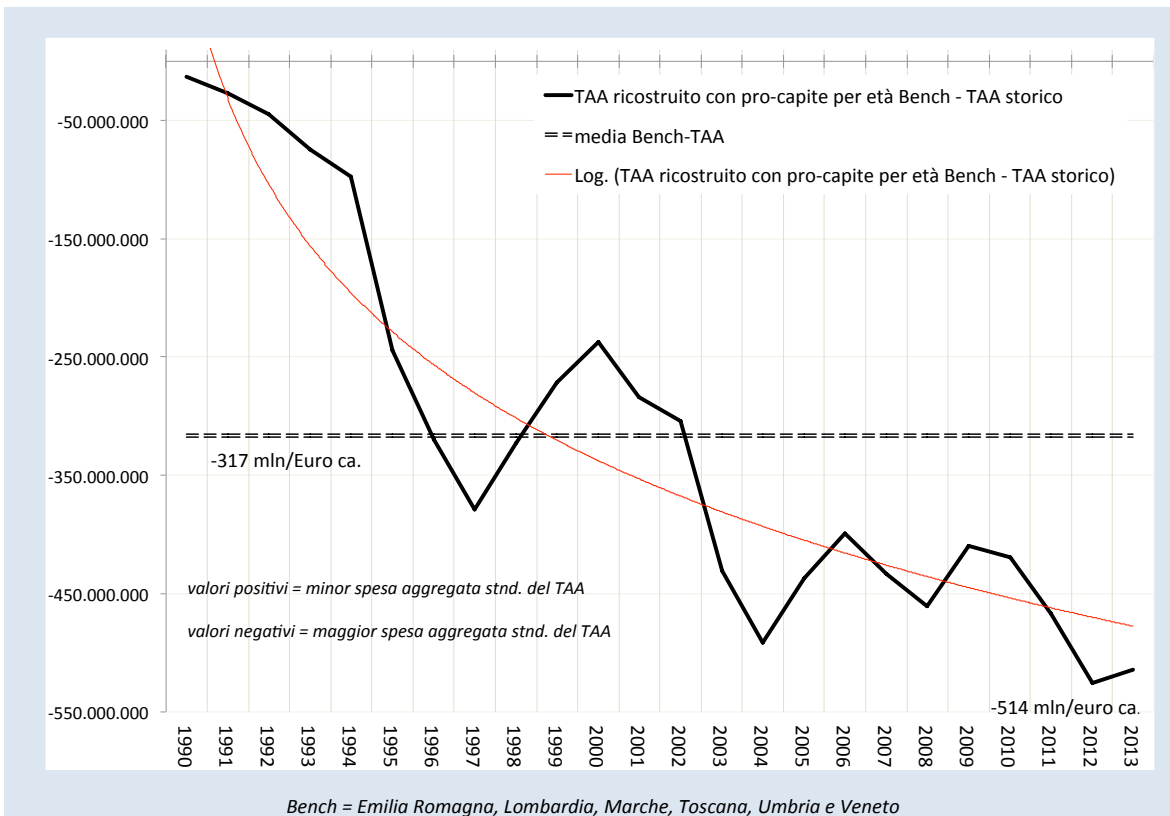
[elab. su database Istat e su Rgs]

La **linea arancione** rappresenta l'incidenza storica (il dato reale di contabilità). La **linea verde** rappresenta l'incidenza che sarebbe emersa se il TAA 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 il TAA 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 (il "Bench"). Il TAA ha costantemente assorbito più risorse del necessario. Fatti salvi gli anni iniziali (1990-1993), il divario rispetto la *benchmark* delle sei Regioni è ampio e nel 2013 conta circa 1,4 p.p. di Pil.

Differenze di spesa aggregata *standardizzata*, Euro correnti - TAA vs. Italia



Differenze di spesa aggregata *standardizzata*, Euro correnti - TAA vs. Benchmark

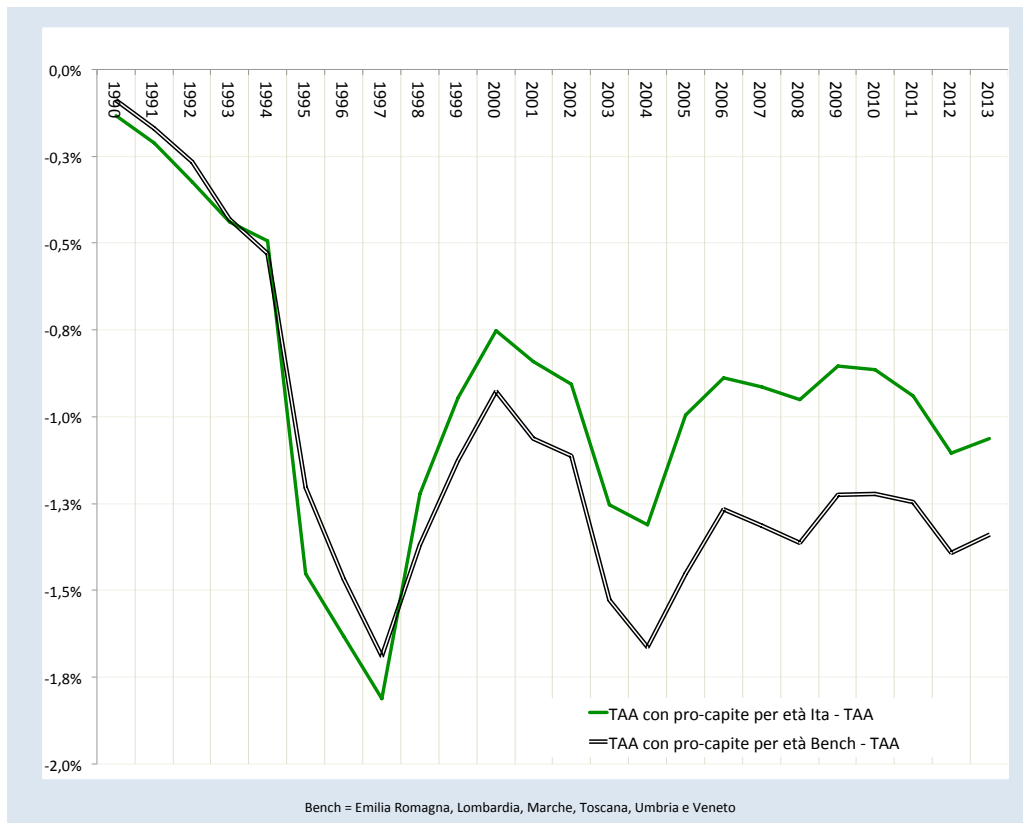


I due grafici precedenti mostrano gli scarti aggregati del TAA rispetto alla media Italia e al benchmark delle sei Regioni. A confronto con l'Italia, il TAA mostra una sovraspesa di circa 19 milioni di Euro nel 1990. Il dato peggiora continuamente sino al 1997, quando si ravvisano i segni di una correzione di spesa che riduce il *gap* senza però rimuoverlo. Tra il 1997 e il 2001 la sovraspesa passa da circa 400 milioni di Euro a meno di 200 milioni di Euro. Tra il 2001 e il 2013 il *gap* ritorna ad ampliarsi, anche se in maniera altalenante. Nel 2013 la sovraspesa è vicina ai 410 milioni di Euro. In media, tra il 1990 e il 2013, la sovraspesa del TAA rispetto alla media Italia ammonta a poco meno di 260 milioni di Euro all'anno.

A confronto con il *benchmark* delle sei Regioni, il TAA mostra una sovraspesa di circa 12 milioni di Euro nel 1990. Il dato peggiora continuamente sino al 1997, quando si ravvisano i segni della correzione di spesa che riduce il *gap* senza però rimuoverlo. Tra il 1997 e il 2000 la sovraspesa passa da circa 378 milioni di Euro a meno di 240 milioni di Euro. Tra il 2000 e il 2013 il *gap* ritorna ad ampliarsi, anche se in maniera altalenante. Nel 2013 la sovraspesa è vicina ai 515 milioni di Euro. In media, tra il 1990 e il 2013, la sovraspesa del TAA rispetto al *benchmark* ammonta a circa 317 milioni di Euro all'anno.

Utile anche un colpo d'occhio agli scarti di spesa in termini di Pil. Dal 2000 al 2013, la sovraspesa rispetto alla media Italia è di poco meno di 1 p.p. di Pil all'anno; rispetto al *benchmark* delle sei Regioni questo dato diviene pari a 1,3 p.p. di Pil all'anno. Numeri che non si modificano sostanzialmente se calcolati sull'intervallo più recente 2007-2013.

Differenze di spesa aggregata *standardizzata*, % Pil - TAA vs. Italia e vs. *Benchmark*

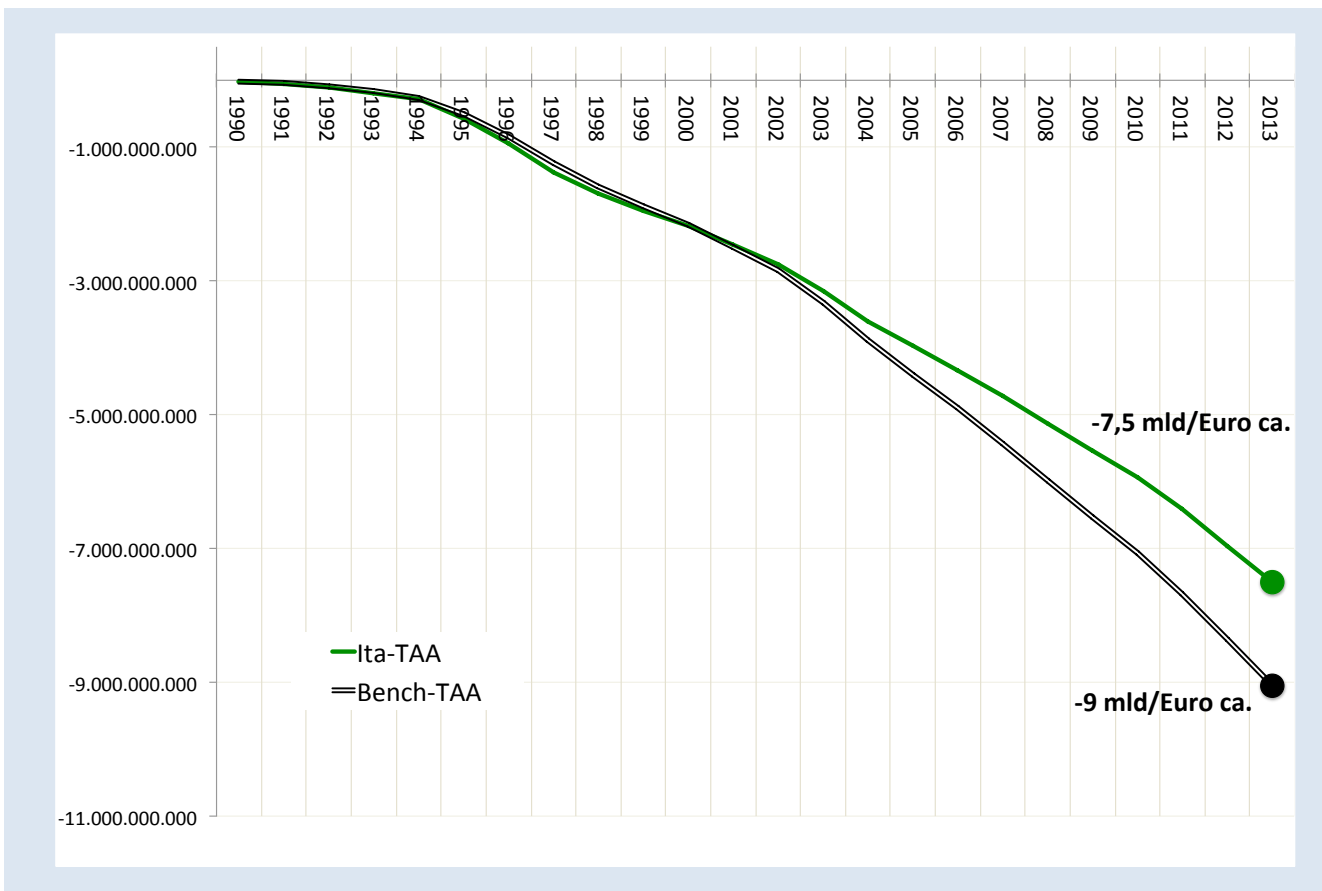


Se le differenze di spesa sono accumulate nel tempo (tasso del 2% per un recupero dell'inflazione media) e sommate, ne derivano i due profili descritti al grafico successivo.

Rispetto alla media Italia, la cumulata vede il TAA utilizzare sempre più risorse. Nel 2013 la sommatoria assume il significativo valore di circa 7,5 miliardi di Euro, derivante da costanti sovraspese annuali tra il 1990 e il 2013.

Anche rispetto al *benchmark* delle sei Regioni la cumulata vede il TAA utilizzare sempre più risorse. Nel 2013 la sommatoria assume il significativo valore di circa 9 miliardi di Euro.

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



[elab. su database Istat e su Rgs]

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 del Trentino Alto Adige.

È una Regione che da sempre, sin dal 1990, ha assorbito per il suo Ssr risorse significativamente superiori al *benchmark*. In media, tra il 1990 e il 2013, la sovraspesa pro-capite ammonta a circa 602 Euro all’anno, lungo un *trend* che va dai +29 Euro del 1990 ai +864 Euro del 2013. In termini percentuali, la sovraspesa risulta pari in media al 25% tra il 1990 e il 2013, e al 27,5% se si considera il periodo più recente che va dal 2007 al 2013.

Il TAA assorbe in più, rispetto al *benchmark* delle sei Regioni, circa 1,3 p.p. di Pil all’anno tra il 1990 e il 2013. Numero che non si modifica sostanzialmente se calcolato sull’intervallo più recente 2007-2013.

In Euro assoluti, il *gap* di efficienza implica una sovraspesa media di circa 317 milioni di Euro all’anno tra il 1990 e il 2013. Questo dato medio sintetizza un *trend* di sovraspesa crescente nel tempo e che nel 2013 ammonta a quasi 515 milioni di Euro.

Se invece del *benchmark* delle sei regioni si prende a riferimento la media Italia, la sovraspesa media del TAA è di circa 260 milioni di Euro all’anno tra il 1990 e il 2013. Questo dato medio sintetizza un *trend* di sovraspesa crescente nel tempo e che nel 2013 ammonta a quasi 410 milioni di Euro.

Cumulate su tutto l’orizzonte 1990-2013, le sovraspese annuali forniscono, nel 2013, la significativa somma di circa 9 miliardi di Euro. Tanto è il di più che il Ssr del Trentino Alto Adige ha assorbito, in oltre vent’anni, rispetto allo *standard*.

Siamo di fronte a una Regione ad alto reddito pro-capite e anche ad alta qualità delle prestazioni sanitarie¹ (e non solo sanitarie), ma che spende molte più risorse di quanto giustificabile in base al *benchmark*. Non stupisce poi tanto l'alta qualità, se si considera la cumulata delle risorse aggiuntive rispetto al *benchmark* che il Ssr ha potuto utilizzare nel corso degli ultimi venti e più anni.

Non si tratta di un *gap* di efficienza sorto da poco, o riferibile a questa o a quella stagione di *governance*, ma di una caratteristica perdurante, che è stata poco scalfita anche nella fase di riaggiustamento di finanza pubblica per l'ingresso nell'area Euro. Può forse apparire eccessivo usare il termine di inefficienza, visto il livello qualitativo delle prestazioni; ma in senso tecnico di questo si tratta, di maggiori spese rispetto a quanto fanno registrare le Regioni che fanno bene su entrambi i fronti del controllo della spesa e della qualità.

La qualità dell'*output* va mantenuta, ma al TAA si può chiedere di dare il buon esempio, soprattutto rispetto a quelle Regioni dove sacche di inefficienza si accompagnano a deficit anche sul fronte della qualità. Il TAA dovrebbe convergere verso il *benchmark* e liberare risorse da rimettere al servizio di obiettivi sanitari e socio-sanitari regionali e nazionali. Se arriva l'esempio da parte delle Amministrazioni migliori (e il TAA è un esempio di *governance* attenta ai cittadini e al territorio), sarà più facile chiedere e ottenere progressi nelle realtà regionali più problematiche.

Prossimo appuntamento: Scheda sul Ssr della Campania.

Ncs
www.reforming.it
e-mail: nicola.salerno@tin.it
twitter: nicolacsalerno
+39 347 - 90.23.927

¹ È una delle regioni censite nel "Progetto Bersagli" della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa:
<http://performance.sssup.it/network/lib/index.php>.