

3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

di Patrizio Armeni

3.1 Premessa

Il presente capitolo rappresenta un aggiornamento dell'analisi effettuata nel precedente Rapporto OASI (Jommi e Lecci, 2008) ed illustra i dati relativi alla spesa sanitaria nazionale e regionale, i dati dei disavanzi regionali e le misure decise a livello centrale e dalle regioni a parziale copertura di tali disavanzi. I dati nazionali sono confrontati con quelli degli altri Paesi UE (Unione Europea), inclusi i Paesi che hanno fatto il loro ingresso nell'Unione nel Maggio 2004, di altri Paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extra-europei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone). Nell'Allegato viene inoltre fornito un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria: spesa sanitaria pubblica e privata; spesa corrente e per investimenti. Si rimanda a tale paragrafo per un'analisi dettagliata delle fonti sulla spesa sanitaria. Per questo capitolo, i dati di spesa sanitaria pubblica sono tratti dal Rapporto Sanità della RGSEP (Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese) nell'attuale versione disponibile sul sito del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

3.2 I confronti internazionali

Il Database OCSE 2009 copre, per la maggior parte dei Paesi, il periodo compreso tra il 1960 ed il 2007, mentre sono presenti i dati 2008 solo per alcuni Paesi. In alcuni casi i dati 2007 sono ancora provvisori o non completi.

Ai fini di una lettura più consapevole e critica dei dati di comparazione internazionale qui di seguito presentati, si osserva che:

- ▶ nelle tabelle (dalla Tabella 3.1 alla Tabella 3.6) vengono riportati, per il 1990, il 1995 ed il periodo 2000-2007, i dati dei Paesi UE, di altri Paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extra-europei (USA, Canada, Australia e Giappone);

- ▶ le grandezze monetarie sono state convertite in \$ PPA (Parità dei Poteri di Acquisto¹), con riferimento al PIL. Le serie storiche così calcolate sono soggette a frequenti *reworking*, pertanto i valori anche di anni lontani potranno differire, anche se in misura non qualitativamente rilevante, rispetto a quelli riportati nei precedenti rapporti. A tale proposito, si osserva che esistono PPA specifiche per la spesa sanitaria (ed anche per alcune classi di spesa sanitaria, quali la spesa farmaceutica), ma tali PPA non vengono aggiornate annualmente;
- ▶ i valori per l'UE sono stati ottenuti come media ponderata dei valori di ciascun Paese (o più semplicemente come valore complessivo dell'UE stessa), con riferimento ai 15 Paesi (UE-15). Ad esempio, la spesa media sanitaria procapite UE è stata calcolata rapportando la spesa di tutti i quindici Paesi UE (convertita in \$ PPA) alla popolazione complessiva dell'UE-15. Non sono stati inseriti nella media i nuovi Paesi entrati nel Maggio 2004, in quanto le relative serie storiche risultano meno complete. Si è comunque ritenuto opportuno confrontare i dati di tali Paesi con quelli dei quindici già presenti;
- ▶ per spesa sanitaria «pubblica» si intende la spesa finanziata attraverso fondi pubblici (ossia tributi prelevati dagli enti pubblici territoriali e contributi di schemi assicurativi sociali), mentre la spesa privata include schemi assicurativi privati (ovvero volontari), compartecipazioni alla spesa, pagamenti diretti da parte del paziente. Per l'Italia nella spesa sanitaria pubblica è compresa tutta la spesa delle Aziende Sanitarie e la spesa per la sanità sostenuta da altri enti pubblici, inclusa la spesa del Ministero della Salute;
- ▶ mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da analisi campionarie dei consumi delle famiglie, con una conseguente minore attendibilità, rispetto a quelli di spesa pubblica. Ad esempio, la voce più importante di spesa privata per servizi sanitari in Italia è rappresentata dai prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico;
- ▶ la spesa pubblica e quella privata comprendono le spese correnti e le spese per investimenti. Si sottolinea come la quota della spesa per investimenti risulti molto variabile da Paese a Paese: ad esempio, nel 2007 l'incidenza della spesa per investimenti sulla spesa sanitaria nell'UE-15 è compresa, con riferimento alla spesa totale (pubblica + privata), tra l'8,1% dell'Olanda e il 2,9% della Francia², e con riferimento alla spesa pubblica, tra il 4,5% della Finlandia e lo 0,8% della Grecia³;

¹ Le PPA sono strumenti di conversione di dati, espressi in valuta nazionale, che incorporano i differenziali di potere d'acquisto delle valute stesse.

² I dati 2007 sono incompleti.

³ Anche in questo caso, i dati 2007 sono incompleti.

- ▶ i dati di alcuni Paesi non sono completi⁴.
- ▶ per l'Italia i dati OCSE non coincidono con quelli riportati nelle tabelle nazionali per le elaborazioni compiute dall'ISTAT (cfr Allegato), nonché, per i valori pro capite, in funzione della conversione in \$ PPA;
- ▶ il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (Compound average growth rate), ovvero come tasso di crescita annuale composto. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a: $(\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{1/3} - 1$.

La spesa sanitaria totale procapite in Italia nel 2007 (Tabella 3.1) risulta del 14% circa inferiore al dato complessivo UE, come risultato di un tasso di crescita medio, tra il 1990 e il 2007, di 1,2 punti percentuali minore rispetto alla media dei quindici Paesi (addirittura la differenza negli ultimi sette anni è stata pari a 1,7 punti percentuali). Il valore UE è a sua volta più basso sia rispetto agli altri Paesi europei a più alto reddito, sia a gran parte dei principali Paesi extra-europei, con la rilevante eccezione del Giappone. In particolare, gli Stati Uniti mostrano il dato di gran lunga più elevato di spesa sanitaria procapite, maggiore del 133% rispetto alla media dell'UE-15. Nei nuovi Paesi UE, invece, la spesa procapite è decisamente più bassa (in media -55%). Tale fenomeno è da ascrivere, almeno in parte, alle minori disponibilità economiche. Infatti, se si considera l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL (Tabella 3.2), il differenziale tra nuovi e vecchi Paesi UE si abbassa sensibilmente (-25% in media), in quanto si rapporta la spesa sanitaria alle disponibilità economiche della popolazione. Peraltro, rimangono differenze consistenti, legate all'elevata elasticità rispetto al reddito della domanda di prestazioni sanitarie: i Paesi proporzionalmente più ricchi tendono a spendere una quota di reddito maggiore per prestazioni sanitarie rispetto ai Paesi più poveri e l'aumento della spesa sanitaria è nel tempo più che proporzionale rispetto a quello del reddito. Anche con riferimento all'incidenza della spesa sanitaria sul PIL spicca il dato degli Stati Uniti, in cui la spesa sanitaria rappresenta il 16% del prodotto interno lordo, anche in relazione all'elevata incidenza dei costi di transazione con il sistema assicurativo.

Anche con riferimento alla spesa procapite pubblica l'Italia presenta un dato inferiore dell'11% circa al valore UE, per effetto di un tasso di crescita più basso

⁴In generale, i dati della Germania antecedenti al 1992, e segnatamente il 1991, non sono stati utilizzati, in quanto non affidabili. A volte è presente il dato del 1990. Lo split della spesa sanitaria complessiva tra componente pubblica e privata non è disponibile per il 2007 in alcuni Paesi (Belgio, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Australia, Giappone). Per la Repubblica Slovacca la serie storica della spesa sanitaria complessiva parte dal 1997. Il mix pubblico/privato della spesa sanitaria complessiva non è disponibile, oltre che per i Paesi e gli anni sopra citati, per il Belgio nel periodo 1990-1994.

Tabella 3.1 Spesa sanitaria totale procapite – \$ PPA (1990; 1995; 2000-2007)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Var % media (1990-2007)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2007)
UE(15)														
Austria	1.618	2.216	2.824	2.874	3.057	3.200	3.392	3.472	3.608	3.763	5,1%	6,5%	5,3%	4,6%
Belgio	1.357	1.853	2.377	2.484	2.685	3.059	3.272	3.301	3.356	3.595	5,9%	6,4%	6,0%	6,4%
Danimarca	1.544	1.871	2.378	2.521	2.696	2.832	3.055	3.152	3.357	3.512	5,0%	3,9%	6,1%	5,7%
Finlandia	1.366	1.481	1.853	1.967	2.144	2.254	2.459	2.590	2.709	2.840	4,4%	1,6%	5,8%	6,3%
Francia	1.449	2.101	2.542	2.718	2.922	2.985	3.115	3.303	3.423	3.601	5,5%	7,7%	5,3%	4,8%
Germania	1.768	2.274	2.671	2.808	2.937	3.088	3.160	3.348	3.464	3.588	4,3%	5,2%	4,3%	4,2%
Grecia	853	1.263	1.449	1.755	1.965	2.029	2.092	2.352	2.547	2.727	7,1%	8,2%	6,8%	7,6%
Irlanda	791	1.203	1.805	2.128	2.367	2.521	2.753	2.831	3.001	3.424	9,0%	8,7%	12,1%	8,2%
Italia	1.359	1.538	2.052	2.214	2.223	2.271	2.399	2.536	2.673	2.686	4,1%	2,5%	7,6%	3,3%
Lussemburgo	1.533	1.910	2.553	2.737	3.081	3.580	4.080	4.021	4.162	nd	nd	4,5%	7,5%	nd
Olanda	1.416	1.798	2.337	2.555	2.833	3.099	3.310	3.450	3.611	3.837	6,0%	4,9%	7,3%	7,0%
Portogallo	636	1.035	1.509	1.568	1.657	1.823	1.912	2.098	2.150	nd	nd	10,2%	8,7%	nd
Spagna	872	1.193	1.536	1.636	1.745	2.017	2.126	2.267	2.466	2.671	6,8%	6,5%	6,5%	8,5%
Svezia	1.596	1.745	2.283	2.508	2.697	2.829	2.950	2.958	3.124	3.323	4,4%	1,8%	7,5%	4,8%
Regno Unito	963	1.349	1.833	2.003	2.190	2.324	2.557	2.693	2.885	2.992	6,9%	7,0%	8,2%	6,9%
Totale UE (15)	1.305	1.741	2.185	2.340	2.483	2.622	2.760	2.911	3.055	3.124	5,3%	5,9%	6,1%	4,9%

Tabella 3.1 (segue)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Var. % media (1990-2007)	Var. % media (1990-1995)	Var. % media (1995-2001)	Var. % media (2001-2007)
UE (nuovi Paesi)														
Repubblica Ceca	559	899	980	1.082	1.195	1.339	1.387	1.455	1.513	1.626	6,5%	10,0%	3,8%	7,0%
Ungheria	594	660	852	970	1.114	1.284	1.305	1.411	1.457	1.388	5,1%	2,1%	8,0%	6,2%
Polonia	289	411	583	642	733	748	808	857	920	1.035	7,8%	7,3%	9,3%	8,3%
Rep. Slovacca	nd	nd	603	665	730	792	1.058	1.139	1.322	1.555	nd	nd	nd	15,2%
Altri Paesi europei														
Norvegia	1.369	1.862	3.039	3.265	3.629	3.837	4.079	4.301	4.507	4.763	7,6%	6,3%	11,9%	6,5%
Svizzera	2.033	2.568	3.217	3.428	3.673	3.779	3.938	4.015	4.165	4.417	4,7%	4,8%	5,9%	4,3%
Altri Paesi non europei														
Australia	1.203	1.610	2.271	2.402	2.573	2.672	2.865	2.983	3.137	nd	nd	6,0%	8,3%	nd
Canada	1.738	2.057	2.516	2.734	2.876	3.066	3.220	3.464	3.696	3.895	4,9%	3,4%	5,9%	6,1%
Giappone	1.125	1.551	1.967	2.080	2.137	2.224	2.337	2.474	2.581	nd	nd	6,6%	6,0%	nd
Stati Uniti	2.810	3.748	4.704	5.053	5.453	5.851	6.194	6.558	6.933	7.290	5,8%	5,9%	6,2%	6,3%

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2009)

**Tabella 3.2 Incidenza percentuale della spesa sanitaria totale sul PIL
(1990; 1995; 2000-2007)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UE(15)										
Austria	8,3	9,5	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,2	10,1
Belgio	7,2	8,2	8,6	8,7	9,0	10,2	10,5	10,3	10,0	10,2
Danimarca	8,3	8,1	8,3	8,6	8,8	9,3	9,5	9,5	9,6	9,8
Finlandia	7,7	7,9	7,2	7,4	7,8	8,1	8,2	8,5	8,3	8,2
Francia	8,4	10,4	10,1	10,2	10,5	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0
Germania	8,3	10,1	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,5	10,4
Grecia	6,6	8,6	7,9	8,8	9,1	9,0	8,7	9,4	9,5	9,6
Irlanda	6,1	6,7	6,3	6,9	7,1	7,3	7,5	7,3	7,1	7,6
Italia	7,7	7,3	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7
Lussemburgo	5,4	5,6	5,8	6,4	6,8	7,5	8,1	7,7	7,3	nd
Olanda	8,0	8,3	8,0	8,3	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	9,8
Portogallo	5,9	7,8	8,8	8,8	9,0	9,7	10,0	10,2	9,9	nd
Spagna	6,5	7,4	7,2	7,2	7,3	8,1	8,2	8,3	8,4	8,5
Svezia	8,2	8,0	8,2	9,0	9,3	9,4	9,2	9,2	9,1	9,1
Regno Unito	5,9	6,8	7,0	7,3	7,6	7,8	8,1	8,2	8,5	8,4
Totale UE (15)	7,5	8,6	8,7	8,9	9,1	9,4	9,5	9,6	9,6	9,3
UE (nuovi Paesi)										
Repubblica Ceca	4,7	7,0	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,1	6,9	6,8
Ungheria	nd	7,3	6,9	7,2	7,6	8,3	8,0	8,3	8,1	7,4
Polonia	4,8	5,5	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4
Rep. Slovacca	nd	nd	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7,0	7,3	7,7
Altri Paesi europei										
Norvegia	7,6	7,9	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1	8,6	8,9
Svizzera	8,2	9,6	10,2	10,6	10,9	11,3	11,3	11,2	10,8	10,8
Altri Paesi non europei										
Australia	6,9	7,4	8,3	8,4	8,6	8,5	8,8	8,7	8,7	nd
Canada	8,9	9,0	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,9	10,0	10,1
Giappone	6,0	6,9	7,7	7,9	8,0	8,1	8,0	8,2	8,1	nd
Stati Uniti	12,2	13,6	13,6	14,3	15,1	15,6	15,6	15,7	15,8	16,0

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2009)

nella prima metà degli anni '90 e nel quadriennio 2001-2005. Dal 1995 al 2001, anni di espansione della spesa sanitaria pubblica, il tasso di crescita medio in Italia è stato superiore a quello UE (8,7% rispetto al 5,2%) (Tabella 3.3). L'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (Tabella 3.4) è in Italia (6,9% nel 2006) sostanzialmente in linea con il valore UE (7,0% nel 2006). Fino al 2004 la distanza tra i valori UE e Italia era consistente. Ora, in seguito alla notevole espansione della spesa sanitaria pubblica nella seconda metà degli anni '90 (e nel biennio 2000-2001) e alla contestuale inferiore crescita del PIL, i dati sembrano essersi allineati.

La copertura pubblica della spesa sanitaria (Tabella 3.5) dipende ovviamente dalle scelte sui modelli di sistema sanitario, dal livello di garanzia sostanziale delle prestazioni da parte dei sistemi pubblici (ad esempio, rilevanti tempi di attesa possono generare il ricorso a prestazioni a carico del paziente) e dalle politiche di contenimento della spesa (esclusione di prestazioni sanitarie dagli schemi assicurativi pubblici, aumento delle compartecipazioni alla spesa). Tale copertura risulta più bassa negli USA, dove i programmi pubblici di assistenza coprono una parte limitata della popolazione, nei sistemi misti pubblico-privato (è il caso della Svizzera) ed in quelli dove, pur esistendo un sistema pubblico, la componente privata è rilevante per effetto di una forte commistione pubblico-privato sul lato dell'offerta (ad esempio, Grecia). Si può notare come in quasi tutti i Paesi UE il contenimento della spesa pubblica non abbia prodotto rilevanti riduzioni della copertura pubblica della spesa sanitaria. Riduzioni significative, invece, sono osservabili nei nuovi Paesi UE, per effetto dell'aumento marcato della spesa privata, soprattutto nella prima metà degli anni '90. In generale, comunque, tali misure non hanno, al momento, intaccato la natura «solidaristica» della maggior parte dei sistemi sanitari. La copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia risulta allineata rispetto alla media dei Paesi UE, ma inferiore a quella di alcuni Paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN – Servizio Sanitario Nazionale), quali Regno Unito e Paesi Scandinavi.

Per quanto il comparto sanitario abbia rappresentato uno dei target preferiti per il contenimento della spesa pubblica, l'incidenza della spesa sanitaria su quest'ultima è aumentata in quasi tutti i Paesi (Tabella 3.6): nei quindici Paesi dell'UE tale incidenza è cresciuta dall'11,8% del 1990 al 15,4% del 2006. L'Italia mostra un valore inferiore alla media UE su tale indicatore, segno di un minore investimento di risorse pubbliche sul SSN (cfr. anche la composizione della spesa per prestazioni di protezione sociale – Tabella 3.9). Peraltro, la crescita dell'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa pubblica complessiva è stata piuttosto modesta se confrontata con altri Paesi UE.

Tabella 3.3 Spesa sanitaria pubblica procapite – \$ PPA (1990; 1995; 2000-2007)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Var % media (1990-2007)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2007)
UE (15)														
Austria	1.187	1.638	2.169	2.187	2.317	2.417	2.568	2.644	2.737	2.875	5,3%	6,7%	6,0%	4,7%
Belgio	nd	1.455	1.750	1.878	1.979	2.205	2.404	2.451	nd	nd	nd	nd	5,2%	nd
Danimarca	1.277	1.544	1.961	2.084	2.236	2.378	2.558	2.639	2.823	2.968	5,1%	3,9%	6,2%	6,1%
Finlandia	1.105	1.067	1.317	1.413	1.550	1.634	1.795	1.903	2.022	2.120	3,9%	-0,7%	5,8%	7,0%
Francia	1.109	1.674	2.018	2.157	2.328	2.371	2.469	2.618	2.709	2.844	5,7%	8,6%	5,2%	4,7%
Germania	1.347	1.855	2.128	2.227	2.327	2.431	2.433	2.577	2.660	2.758	4,3%	6,6%	3,7%	3,6%
Grecia	458	657	870	1.066	1.140	1.213	1.237	1.414	1.580	1.646	7,8%	7,5%	10,2%	7,5%
Irlanda	588	865	1.326	1.575	1.795	1.959	2.149	2.193	2.326	2.762	9,7%	8,8%	12,7%	9,8%
Italia	1.080	1.088	1.488	1.653	1.656	1.692	1.822	1.933	2.054	2.056	3,9%	0,1%	8,7%	3,7%
Lussemburgo	1.427	1.766	2.280	2.405	2.782	3.215	3.677	3.625	3.782	nd	nd	4,4%	6,4%	nd
Olanda	949	1.278	1.474	1.605	1.769	1.832	1.894	1.920	nd	nd	nd	6,1%	4,7%	nd
Portogallo	417	648	1.095	1.122	1.197	1.335	1.377	1.505	1.538	nd	nd	9,2%	11,6%	nd
Spagna	687	861	1.100	1.165	1.244	1.421	1.500	1.600	1.757	1.917	6,2%	4,6%	6,2%	8,7%
Svezia	1.434	1.512	1.938	2.052	2.213	2.334	2.413	2.415	2.548	2.716	3,8%	1,1%	6,3%	4,8%
Regno Unito	804	1.132	1.454	1.602	1.750	1.862	2.087	2.206	2.367	2.446	6,8%	7,1%	7,2%	7,3%
Totale UE (15)	979	1.352	1.623	1.742	1.846	1.858	1.951	2.064	2.173	nd	nd	6,7%	5,2%	nd

Tabella 3.3 (segue)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Var. % media (1990-2007)	Var. % media (1990-1995)	Var. % media (1995-2001)	Var. % media (2001-2007)
UE (nuovi Paesi)														
Repubblica Ceca	545	817	885	971	1.081	1.202	1.237	1.289	1.332	1.385	5,6%	8,4%	3,5%	6,1%
Ungheria	nd	554	602	669	782	935	945	1.020	1.058	980	nd	nd	3,8%	6,6%
Polonia	265	299	408	461	521	523	554	594	643	733	6,2%	2,4%	9,0%	8,0%
Rep. Slovacca	nd	nd	539	593	650	699	780	848	903	1.040	nd	nd	nd	9,8%
Altri Paesi europei														
Norvegia	1.134	1.569	2.507	2.728	3.029	3.212	3.409	3.593	3.776	4.005	7,7%	6,7%	11,7%	6,6%
Svizzera	1.065	1.375	1.783	1.952	2.121	2.205	2.299	2.388	2.463	2.618	5,4%	5,2%	7,3%	5,0%
Altri Paesi non europei														
Australia	796	1.059	1.524	1.586	1.716	1.777	1.923	2.011	2.124	nd	nd	5,9%	8,4%	nd
Canada	1.296	1.468	1.770	1.913	2.001	2.153	2.262	2.434	2.580	2.726	4,5%	2,5%	5,4%	6,1%
Giappone	873	1.288	1.598	1.699	1.741	1.812	1.910	2.046	2.097	nd	nd	8,1%	5,7%	nd
Stati Uniti	1.102	1.683	2.033	2.232	2.404	2.571	2.744	2.915	3.132	3.307	6,7%	8,8%	5,8%	6,8%

Nota: Il valore UE - 15 per il 2007 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per quattro Paesi

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2009)

**Tabella 3.4 Incidenza percentuale della spesa sanitaria pubblica sul PIL
(1990; 1995; 2000-2007)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UE (15)										
Austria	6,1	7,0	7,6	7,7	7,7	7,8	7,9	7,9	7,8	7,7
Belgio	nd	6,5	6,6	6,7	6,7	7,2	7,5	7,4	nd	nd
Danimarca	6,9	6,7	6,8	7,1	7,3	7,8	7,9	7,9	8,1	8,2
Finlandia	6,2	5,7	5,1	5,3	5,6	5,9	6,0	6,2	6,2	6,1
Francia	6,4	8,3	8,0	8,1	8,4	8,6	8,7	8,8	8,7	8,7
Germania	6,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,1	8,2	8,1	8,0
Grecia	3,5	4,5	4,7	5,3	5,3	5,4	5,1	5,7	5,9	5,8
Irlanda	4,4	4,8	4,6	5,1	5,4	5,7	5,9	5,6	5,5	6,1
Italia	6,1	5,1	5,8	6,1	6,2	6,2	6,6	6,8	6,9	6,7
Lussemburgo	5,0	5,1	5,2	5,6	6,1	6,8	7,3	6,9	6,6	nd
Olanda	5,4	5,9	5,0	5,2	5,5	5,8	5,7	nd	nd	nd
Portogallo	3,8	4,9	6,4	6,3	6,5	7,1	7,2	7,3	7,1	nd
Spagna	5,1	5,4	5,2	5,2	5,2	5,7	5,8	5,8	6,0	6,1
Svezia	7,4	6,9	7,0	7,3	7,6	7,8	7,5	7,5	7,4	7,4
Regno Unito	4,9	5,7	5,6	5,8	6,1	6,2	6,6	6,7	6,9	6,9
Totale UE (15)	5,6	6,7	6,6	6,8	7,0	7,1	7,2	7,0	7,0	nd
UE (nuovi Paesi)										
Repubblica Ceca	4,6	6,4	5,9	6,0	6,4	6,7	6,4	6,3	6,1	5,8
Ungheria	nd	6,1	4,9	4,9	5,3	6,0	5,8	6,0	5,9	5,2
Polonia	4,4	4,0	3,9	4,2	4,5	4,4	4,3	4,3	4,3	4,6
Rep. Slovacca	nd	nd	4,9	4,9	5,0	5,1	5,3	5,2	5,0	5,2
Altri Paesi europei										
Norvegia	6,3	6,6	6,9	7,4	8,2	8,4	8,1	7,6	7,2	7,5
Svizzera	4,3	5,1	5,6	6,0	6,3	6,6	6,6	6,7	6,4	6,4
Altri Paesi non europei										
Australia	4,6	4,9	5,6	5,6	5,8	5,7	5,9	5,9	5,9	nd
Canada	6,6	6,4	6,2	6,5	6,7	6,9	6,9	7,0	7,0	7,1
Giappone	4,6	5,7	6,2	6,5	6,5	6,6	6,6	6,7	6,6	nd
Stati Uniti	4,8	6,1	5,9	6,3	6,6	6,8	6,9	7,0	7,1	7,3

Nota: il II dato UE – 15 per il 2007 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per quattro Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2009)

Tabella 3.5 **Copertura pubblica della spesa sanitaria % (1990; 1995; 2000-2007)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UE (15)										
Austria	73,4	73,9	76,8	76,1	75,8	75,5	75,7	76,1	75,9	76,4
Belgio	nd	78,5	76,1	75,8	76,0	76,6	75,2	71,6	73,1	72,3
Danimarca	82,7	82,5	82,4	82,7	82,9	83,9	83,8	83,7	84,1	84,5
Finlandia	80,9	72,0	71,1	71,8	72,3	72,5	73,0	73,5	74,6	74,6
Francia	76,6	79,7	79,4	79,4	79,7	79,4	79,3	79,3	79,1	79,0
Germania	76,2	81,6	79,7	79,3	79,2	78,7	77,0	77,0	76,8	76,9
Grecia	53,7	52,0	60,0	60,8	58,0	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3
Irlanda	71,7	71,9	73,5	74,0	75,8	77,7	78,1	77,5	77,5	80,7
Italia	79,5	70,8	72,5	74,6	74,5	74,5	76,0	76,2	76,8	76,5
Lussemburgo	93,1	92,4	89,3	87,9	90,3	89,8	90,1	90,2	90,9	nd
Olanda	67,1	71,0	63,1	62,8	62,5	63,0	62,3	nd	nd	nd
Portogallo	65,5	62,6	72,5	71,5	72,2	73,3	72,0	71,8	71,5	nd
Spagna	78,7	72,2	71,6	71,2	71,3	70,4	70,5	70,6	71,2	71,8
Svezia	89,9	86,6	84,9	81,8	82,1	82,5	81,8	81,6	81,6	81,7
Regno Unito	83,6	83,9	79,3	80,0	79,9	80,1	81,6	81,9	82,0	81,7
Totale UE (15)	76,6	75,4	75,5	75,3	75,5	75,8	75,7	76,5	76,9	nd
UE (nuovi Paesi)										
Repubblica Ceca	97,4	90,9	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	88,6	88,0	85,2
Ungheria	nd	84,0	70,7	69,0	70,2	72,8	72,4	72,3	72,6	70,6
Polonia	91,7	72,9	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3	69,9	70,8
Rep. Slovacca	nd	nd	89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4	68,3	66,8
Altri Paesi europei										
Norvegia	82,8	84,2	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,5	83,8	84,1
Svizzera	52,4	53,6	55,4	56,9	57,7	58,3	58,4	59,5	59,1	59,3
Altri Paesi non europei										
Australia	66,2	65,8	67,1	66,0	66,7	66,5	67,1	67,4	67,7	nd
Canada	74,5	71,4	70,4	70,0	69,6	70,2	70,2	70,3	69,8	70,0
Giappone	77,6	83,0	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7	82,7	81,3	nd
Stati Uniti	39,2	44,9	43,2	44,2	44,1	43,9	44,3	44,4	45,2	45,4

Nota: Il dato UE – 15 per il 2007 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per quattro Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2009)

Tabella 3.6 Incidenza percentuale della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva (1990; 1995; 2000-2007)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UE (15)										
Austria	11,9	12,5	14,7	14,9	15	15,1	14,6	15,8	15,7	15,9
Belgio	nd	12,4	13,4	13,6	13,5	14,1	15,2	14,9	nd	nd
Danimarca	12,3	11,3	12,7	13,1	13,3	14,2	14,5	15	15,7	16,2
Finlandia	13	9,2	10,6	11,1	11,5	11,8	12	12,4	12,7	12,9
Francia	12,9	15,2	15,5	15,7	15,9	16,2	16,4	16,5	16,6	16,6
Germania	14,6	15	18,2	17,4	17,5	17,5	17,3	17,5	17,9	18,2
Grecia	7,9	9,8	10,1	11,8	11,7	11,9	11,3	13,1	14	13,2
Irlanda	10,2	11,7	14,7	15,4	16,1	17	17,4	16,8	16,3	17,1
Italia	11,6	9,8	12,7	12,8	13,1	12,9	13,8	14,1	14,2	13,9
Lussemburgo	13,2	13	13,9	14,7	14,8	16,2	17,2	16,7	17,1	nd
Olanda	9,8	10,5	11,4	11,5	12	12,2	12,3	nd	nd	nd
Portogallo	9,6	11,2	14,9	14,2	14,7	15,6	15,4	15,3	15,3	nd
Spagna	nd	12,1	13,2	13,3	13,3	14,9	14,9	15,2	15,5	15,6
Svezia	nd	10,6	12,6	13,2	13,4	13,6	13,5	13,5	13,7	14,1
Regno Unito	12	13	14,3	14,5	14,8	14,8	15,3	15,3	15,7	15,6
Totale UE (15)	11,6	11,8	13,5	13,8	14,0	14,5	14,7	15,2	15,4	nd
UE (nuovi Paesi)										
Repubblica Ceca	nd	11,7	14,1	13,5	13,8	14,1	14,2	14,1	13,8	13,5
Ungheria	nd	nd	10,6	10,4	10,4	12,3	11,9	12	11,3	10,5
Polonia	nd	8,4	9,4	9,6	10,2	9,8	10	9,9	9,9	10,8
Rep. Slovacca	nd	nd	9,7	11,1	11,1	12,8	14,1	13,7	13,6	15,1
Altri Paesi europei										
Norvegia	11,9	13	16,4	16,7	17,4	17,4	17,8	18	17,9	18,3
Svizzera	14,2	14,6	16	17,3	17,4	18	18,4	18,9	19	nd
Altri Paesi non europei										
Australia	12,6	13	15,4	15,7	16,5	16,3	16,8	17	17,2	nd
Canada	13,5	13,3	15,1	15,5	16,2	16,7	17,3	17,7	17,8	18,1
Giappone	14,5	15,9	16	16,8	16,7	17,1	17,8	17,6	18,1	nd
Stati Uniti	12,9	16,5	17,2	17,9	18,3	18,7	19	19,1	19,6	19,4

Nota: Il valore UE – 15 per il 2007 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per quattro Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2009)

3.3 I dati nazionali e regionali sulla spesa sanitaria a carico del SSN e dei pazienti

Secondo i dati di bilancio delle Aziende Sanitarie e considerando le rettifiche concordate con le Regioni nell'ambito del Tavolo di monitoraggio sulla spesa sanitaria, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN ha subito nel 2008 una crescita modesta, pari al 2,9% rispetto al 2007, confermando il deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni⁵ (Tabella 3.7). Dal 2001 al 2008 il tasso di crescita medio annuo della spesa pubblica è stato del 4,6%, a fronte di un 8,1% nel 1995-2001. La spesa sanitaria privata corrente continua a mantenere tassi di crescita bassi. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa pubblica fino al 2001 (con aumenti più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica), mostra invece dal 2003 al 2008 un aumento contenuto, con tendenza decrescente e sistematicamente inferiore alla spesa pubblica. Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica + privata) ha raggiunto nel 2008 i 135 miliardi di Euro (pari all'8,6% del PIL), con un incremento del 2,6% rispetto al 2007 ed una crescita media del 4,2 % tra il 2001 e il 2008.

Il livello di finanziamento complessivo del SSN per il 2008 è stato definito da diversi provvedimenti. La L. 296/2006 (finanziaria 2007) ha stanziato 99,042 miliardi, così come fissato dal Nuovo Patto per la Salute del 28 settembre 2006. Successivamente, con la L. 244/2007 l'importo di cui sopra è stato integrato di 834 milioni (a seguito delle maggiori esigenze finanziarie derivanti dalla abolizione disposta per il 2008 della quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale), di 661 milioni (da ripartire in un secondo momento a titolo di concorso dello Stato alla copertura dei maggiori oneri contrattuali delle spese per il personale del SSN per il biennio economico 2006-2007) e di 32 milioni quale quota parte dei 157 miliardi complessivamente stanziati ai sensi dell'art. 2, c. 283 della L. 244/07 per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie precedentemente svolte dai Dipartimenti del Ministero della giustizia. Il totale del finanziamento risultante dalla somma delle predette voci è pari a 100,569 miliardi di euro. Tale ammontare è stato corretto tenendo conto della ridefinizione delle somme integrative a norma del D.lgs 56/2000 (ripartite tra le regioni in funzione dei dati demografici ISTAT aggiornati). Per il 2008, inoltre, la L. 296/2006 ha riservato, per le regioni interessate da elevati disavanzi, 850⁶ milioni a titolo di fondo i e 179 milioni per i minori gettiti fiscali derivanti dalle norme sul cuneo fiscale in materia di

⁵ I dati definitivi (e semi-definitivi) 2006 e 2007 hanno evidenziato come tale rallentamento sia stato particolarmente consistente nel 2006 (+2,9% rispetto al 2005). Nel 2007, invece, la crescita della spesa è stata pari al 4%, mentre dai dati provvisori emergeva una variazione più contenuta (+2,9%).

⁶ Vedi Tabella 3.8 per il dettaglio circa le misure di copertura dei disavanzi regionali da parte dello Stato dalla loro reintroduzione ad oggi. Si rimanda al § 3.5 per la presentazione delle modalità di ripartizione di tali ulteriori assegnazioni.

Tabella 3.7 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; disavanzo; PIL (1990; 1995; 2000-2008) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Tasso crescita medio 90/'08	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'08
Spesa sanitaria pubblica corrente	41.466	48.752	70.173	77.686	79.549	82.290	91.222	96.797	99.615	103.610	106.650	5,4%	3,3%	8,1%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	2,4%	3,4%	10,9%	6,1%	2,9%	4,0%	2,9%			4,6%
% sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	74,2%	76,7%	76,0%	76,0%	77,4%	78,0%	78,2%	78,5%	78,7%			
- % sul PIL	6,1%	5,3%	6,0%	6,2%	6,1%	6,2%	6,6%	6,8%	6,7%	6,7%	6,8%			
Finanziamento sanitario pubblico corrente	34.737	47.773	66.945	73.908	76.658	79.967	84.800	91.062	95.131	99.966	103.447	6,3%	6,6%	7,5%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	10,4%	3,7%	4,3%	6,0%	7,4%	4,5%	5,1%	3,5%			4,9%
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-2.891	-2.323	-6.422	-5.735	-4.483	-3.644	-3.202			
- % sul finanziamento	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-3,8%	-2,9%	-7,6%	-6,3%	-4,7%	-3,6%	-3,1%			
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	24.373	23.622	25.155	25.981	26.613	27.285	27.841	28.431	28.878	6,9%	14,7%	5,3%
- variazione %	-	13,0%	2,7%	-3,1%	6,5%	3,3%	2,4%	2,5%	2,0%	2,1%	1,6%			2,9%
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	25,8%	23,3%	24,0%	24,0%	22,6%	22,0%	21,8%	21,5%	21,3%			
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	94.546	101.308	104.704	108.271	117.835	124.082	127.456	132.041	135.528	5,7%	5,7%	7,4%
- variazione %	-	2,7%	8,8%	7,2%	3,4%	3,4%	8,8%	5,3%	2,7%	3,6%	2,6%			
- % sul PIL	7,4%	7,2%	8,1%	8,1%	8,1%	8,1%	8,5%	8,7%	8,6%	8,5%	8,6%			
PIL	682.153	923.062	1.166.548	1.248.648	1.295.226	1.335.354	1.391.530	1.428.375	1.479.981	1.544.915	1.572.243	4,7%	6,2%	5,2%
- variazione %	-	8,1%	5,3%	7,0%	3,7%	3,1%	4,2%	2,6%	3,6%	4,4%	1,8%			3,3%

Tabella 3.7 (segue)

Note:

- I dati relativi alla spesa per la gestione corrente sono desunti dai CE (Conti Economici) delle aziende sanitarie e, prima dell'introduzione della contabilità economico-patrimoniale, dai flussi RND (Rendiconti Finanziari) Dal 2002 tutte le Regioni inviano i CE al Ministero della Salute. La spesa per il SSN include i costi di produzione delle funzioni assistenziali, il saldo della gestione straordinaria (costi straordinari al netto dei ricavi straordinari, costi stimati per accantonamenti non tipici, variazioni delle rimanenze), il saldo (ovvero costi al netto dei ricavi) relativo all'attività intramoenia e la mobilità passiva verso l'Ospedale Bambin Gesù ed il Sovrano Militare Ordine di Malta. Non è invece compreso il saldo derivante dalla mobilità interregionale (ovvero la spesa per prestazioni di residenti effettuate in altre regioni al netto di ricavi per prestazioni effettuate a non residenti nelle strutture regionali). Nel saldo delle voci economiche non è incluso il dato degli ammortamenti e la svalutazione di crediti e di attività finanziarie.
- Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) del SSN per gli altri Enti (Croce Rossa Italiana, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, Università per borse di studio specializzandi, ecc.), che rappresentano una quota limitata delle spese correnti del SSN (0,5% nel 2008).
- Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. In particolare, sono comprese le integrazioni alle partecipazioni delle Regioni a statuto speciale, ai fini di copertura delle maggiori spese rispetto ai finanziamenti erogati (a norma delle LL. 724/94 e 662/96 le Regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia e le PA di Trento e Bolzano provvedono alla copertura dei propri disavanzi con quote interamente a carico dei bilanci regionali). Dal 2007, anche la Regione Sardegna non riceve più trasferimenti a carico del bilancio dello Stato. Per la regione Sicilia, infine, la cui quota di partecipazione alla spesa sanitaria è fissata nella misura del 44,09 %, il trasferimento da parte dello Stato è da intendersi a parziale copertura del fabbisogno medesimo. Vengono inoltre incluse le risorse aggiuntive stanziare dalle regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Tale dato non include i ricavi straordinari, quelli per l'esercizio dell'attività libero-professionale (dato che viene evidenziato il saldo tra costi e ricavi per tali attività), la sterilizzazione degli ammortamenti e le rivalutazioni finanziarie.
- L'ammontare complessivo della spesa per il 4° trimestre 2008 non può ritenersi definitivo, dal momento che con specifico riferimento alle regioni sottoposte ai Piani di Rientro (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia) è in corso l'attività di verifica della contabilizzazioni delle informazioni trasmesse al SIS e relative al predetto IV trimestre 2008 la cui conclusione è prevista successivamente alla data di aggiornamento della RSGEP attualmente pubblicata.
- I dati relativi alla spesa sanitaria privata corrente e al PIL sono di fonte Istat (cfr. infra).

Fonte: elaborazioni su dati RSGEP (2008)

IRAP. Considerando, infine, l'insieme delle altre voci di ricavo (esclusi i ricavi della gestione straordinaria e quelli per l'intramoenia, che sono stati considerati a saldo nel livello di spesa), le risorse destinate al finanziamento del SSN per l'anno 2008 ammontano complessivamente a 103,447 miliardi (Tabella 3.7), di cui 102,902 miliardi riferiti alle regioni e alle province autonome e 0,546 miliardi riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato. Tali valori includono le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN⁷, eventuali trasferimenti da parte delle regioni, del settore pubblico allargato e dei privati.

Il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attesta al 6,6 %, valore leggermente superiore rispetto alla media degli anni precedenti.

L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del SSN a livello nazionale, rispetto al 2007, è del 3,5% superiore rispetto all'aumento della spesa (2,9%), riducendo il disavanzo da 3,6 a 3,2 miliardi di euro (in percentuale del finanziamento si passa dal 3,6% al 3,1%). Il finanziamento medio pro-capite nazionale è pari a 1.742 euro, mentre, con riferimento alle sole Regioni e province autonome, il dato è pari a 1.733 euro⁸.

Come discusso più avanti (par. 3.5), considerando il periodo 2001-2008, il disavanzo complessivo cumulato ammonta a 32,2 miliardi di euro e la quota ancora a carico delle regioni (ovvero il disavanzo complessivo al netto delle assegnazioni dello Stato a parziale copertura dello stesso) è pari a 22,6 miliardi, corrispondenti al 70,3% del disavanzo cumulato.

La Tabella 3.8 riassume le misure di copertura dei disavanzi regionali adottate a livello centrale a partire dal 2004.

Poiché il PIL nominale nel 2008 è cresciuto a tassi inferiori rispetto al 2007 (+1,8% nel 2008 rispetto al 2007; +4,4% nel 2007 rispetto al 2006), si constata un'inversione del trend del rapporto tra spesa sanitaria e PIL, che ha ripreso a crescere dopo tre anni, riassessandosi sui valori del 2005 (6,8%) (Figura 3.1). Un fenomeno analogo si è avuto nel rapporto tra spesa sanitaria complessiva e PIL, che si è attestato all'8,6% nel 2008. In un contesto, quindi, di crescita economica quasi piatta, la sanità ha aumentato (anche se di poco) il suo peso sull'economia nel complesso, a dispetto dell'efficacia di molte misure di contenimento che ne hanno depresso il trend di crescita.

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 3.9 mostra come il comparto della sanità assorba una quota di spesa del 24,4%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (sistema pensionistico) (67,2%). Tuttavia, rallentamento tendenziale della spesa per la previdenza negli ultimi anni ha fatto sì che la spesa pubblica per la sanità sia cresciuta di più ri-

⁷ Ad eccezione dei ricavi per intramoenia che sono a saldo.

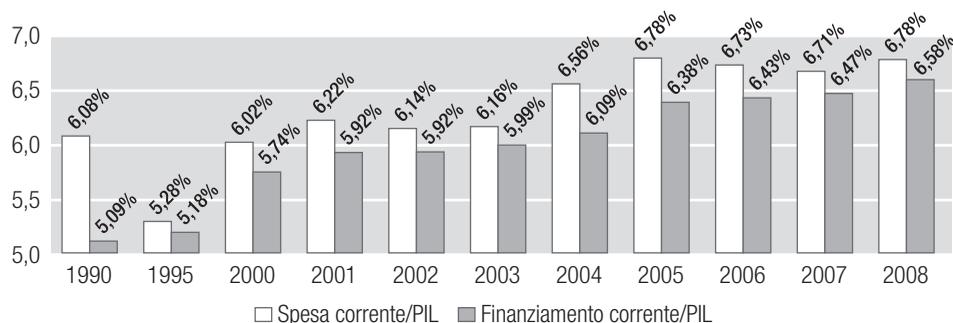
⁸ A livello territoriale, come presentato nel par. 3.4, si assiste ad una ampia differenziazione dei valori del finanziamento pro-capite, passando da un minimo di 1.654 euro in Sicilia ad un massimo di 2.289 euro nella PA di Bolzano.

Tabella 3.8 Misure di copertura dei disavanzi regionali a livello nazionale

Valori assoluti (milioni Euro)	2001 - 2003 L 3111/2004		2001 - 2004 Quota fondo da destinare alle regioni con Piani di rientro L 266/2005		Ripiano per anni 2002-2004		2001 - 2005 L 64/2007		2007		2008	
			art. 1, c. 278		art. 1, c. 279		L 296/2006 art. 1, c. 270		L 296/2006 art. 1, c. 796, lett. b)		L 296/2006 art. 1, c. 796, lett. b)	
							L 296/2006 art. 1, c. 270		L 296/2006 art. 1, c. 796, lett. b)		L 296/2006 art. 1, c. 270	
Piemonte	58,9	-	-	229,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	117,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trento	-	-	-	281,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	76,0	-	-	134,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Friuli VG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liguria	54,0	-	-	119,5	-	-	-	50,4	-	-	42,8	-
Emilia Romagna	56,3	-	-	223,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Toscana	43,5	-	-	202,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Umbria	11,2	-	-	52,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Marche	20,7	-	-	63,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	287,9	400,6	148,0	2.079,0	377,6	38,4	321,0	76,5				
Abruzzo	18,0	31,3	32,8	144,0	47,2	6,5	40,2	12,9				
Molise	5,0	22,3	8,4	202,0	29,0	1,8	24,7	3,6				
Campania	337,8	383,8	100,8	363,0	355,0	33,6	301,7	66,9				
Puglia	131,2	-	117,8	-	-	-	-	-				
Basilicata	14,5	-	38,8	-	-	-	-	-				
Calabria	82,6	-	121,7	-	-	-	-	-				
Sicilia	107,4	153,2	75,2	212,0	140,7	9,6	119,6	19,1				
Sardegna	27,6	8,8	49,1	-	-	-	-	-				
Totale	1.450,0	1.000,0	2.000,0	3.000,0	1.000,0	89,8	850,0	179,0				

Fonte: RGSEP (2008)

Figura 3.1 **Incidenza della spesa SSN per la gestione corrente e del finanziamento corrente sul PIL (1990; 1995; 2000-2008)**



Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2008)

petto alla media della spesa per le prestazioni di protezione sociale, ad eccezione del 2007, anno in cui la spesa per la sanità non è cresciuta (+0,1%)⁹. Ancora maggiore è stato l'aumento della spesa per l'assistenza (ammortizzatori sociali).

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica», ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di degenza nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera in Italia (cfr. infra).

Si osserva inoltre che l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale rende complessa la lettura del trend storico (e dei dati regionali). Come specificato in nota alla Tabella 3.7, a partire dal 2000 vengono aggiunte voci precedentemente non previste, quali accantonamenti, variazioni delle rimanenze, minusvalenze, sopravvenienze passive (tra cui gli oneri per arretrati nei contratti e nelle convenzioni), insussistenze dell'attivo.

Tra queste voci, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante¹⁰. Gli accantonamenti, come noto, rappresentano l'imputazione a bilancio di poste che certamente (per i fondi spese future) o probabilmente (per i fondi rischi) avranno la loro manifestazione finanziaria in esercizi successivi, ma che sono di competenza economica dell'esercizio in corso. Nel 2008 gli accantonamenti «tipici» sono stati pari a 1,8 miliardi, rispetto agli 1,9 miliardi nel 2007. Tali accantonamenti hanno riguardato negli ultimi anni soprattutto i rinnovi del contratto

⁹ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica (e sulla differenza tra i dati inclusi nella Tabella 3.9 e Tabella 3.7), si rimanda all'Allegato.

¹⁰ Il capitolo 5 del Rapporto analizza in modo approfondito i bilanci delle Aziende Sanitarie, mostrando l'incidenza delle diverse componenti di ricavo e costo.

Tabella 3.9 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2005; 2006; 2007; 2008; 2005-2008)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	Tasso crescita medio			
								'90/'07	'90/'95	'95/'01	'01/'08
Sanità											
spesa (milioni Euro)	38.927	44.283	63.443	89.606	94.422	94.546	101.083	5,4%	2,6%	8,0%	5,3%
% sul totale	24,1%	20,0%	22,4%	24,7%	24,8%	24,0%	24,4%				
var. %	-	-1,1%	12,5%	6,6%	5,4%	0,1%	6,9%				
Previdenza											
spesa (milioni Euro)	107.750	159.526	199.358	243.381	253.646	265.202	278.509	5,4%	8,2%	4,4%	4,4%
% sul totale	66,8%	72,1%	70,5%	67,1%	66,7%	67,4%	67,2%				
var. %	-	6,1%	1,9%	3,1%	4,2%	4,6%	5,0%				
Assistenza											
spesa (milioni Euro)	14.572	17.434	19.816	29.806	32.181	33.778	35.146	5,0%	3,7%	4,2%	6,7%
% sul totale	9,0%	7,9%	7,0%	8,2%	8,5%	8,6%	8,5%				
var. %	-	1,6%	3,4%	2,8%	8,0%	5,0%	4,0%				
Totale	161.249	221.243	282.617	362.793	380.249	393.526	414.738	5,4%	6,5%	5,1%	4,8%
var. %	-	4,2%	4,2%	3,9%	4,8%	3,5%	5,4%				

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2008) e ISTAT

dei dipendenti e della convenzione per la medicina generale. Come noto, i contratti per il personale dipendente (dirigenza medica, dirigenza non medica e comparto) hanno una durata di quattro anni per la parte normativa e di due anni per la parte economica. Esiste un sostanziale ritardo nel rinnovo dei contratti con conseguente impatto sul trend di spesa (cfr. *infra*). Il DI 203/2005, all'articolo 9, ha sottolineato come «al fine di garantire nel settore sanitario la corretta e ordinata gestione delle risorse programmate nell'ambito del livello di finanziamento cui concorre lo Stato (...) a decorrere dal biennio economico 2006-2007, per le regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato (...) la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN, nell'ambito del proprio territorio». Nella RGSEP gli accantonamenti «tipici» (per rischi, trattamento di fine rapporto, premio di operosità SUMAI – Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana – ed altri accantonamenti, essenzialmente per rinnovo contratti) sono aggregati alla voce «Servizi», anche se in realtà si riferiscono a costi in parte del personale dipendente ed in parte di professionisti convenzionati con il SSN.

Si osserva anche che dal 2005, in attuazione di quanto richiesto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005, le Regioni hanno riclassificato i costi degli IRCCS di diritto pubblico e delle AO universitarie integrate con il SSN dalla voce «Ospedaliera accreditata» alle voci «Personale» e «Beni e servizi».

Nella Tabella 3.10 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni ed esterni alle aziende sanitarie. I beni e servizi sono fattori erogati da soggetti non dipendenti dal SSN, ma rappresentano una componente di prestazioni erogate internamente alle aziende sanitarie (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o tramite distribuzione diretta) e sono quindi classificati come fattori interni. Al contrario, le prestazioni convenzionate / accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti dal SSN (MMG, Specialisti, Case di cura, Farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti «fattori esterni». Il saldo delle voci economiche è stato escluso, mentre gli accantonamenti¹¹ sono stati accorpati, in linea con la RGSEP, ai «Beni e servizi» e, quindi, ai fattori interni, anche se in parte si riferiscono a specialisti convenzionati con il SSN (Ambulatoriali convenzionati e MMG).

In generale si osserva come il trend dei costi di produzione esterni sia più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 3.10): in periodi di conteni-

¹¹ Gli accantonamenti comprendono Rischi, Trattamento Fine Rapporto, Premio di Operosità SUMAI, Accantonamenti per rinnovi personale dipendente e convenzionato.

Tabella 3.10 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000-2008)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	Tasso crescita medio			Tasso crescita medio '01/'08
								'90/'08	'95/'01	'90/'05	
Valori assoluti (milioni Euro)											
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	31.759	33.415	33.814	35.177	4,4%	4,7%	4,8%	3,9%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	26.611	26.902	30.369	30.865	8,3%	10,5%	4,8%	9,0%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	5.691	5.930	6.008	6.084	5,1%	7,9%	2,8%	4,4%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.894	12.382	11.539	11.208	2,4%	14,6%	-6,7%	-0,6%
Ospedialiera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.147	8.487	8.694	8.949	4,5%	6,6%	6,4%	1,4%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	3.231	3.511	3.730	3.923	4,3%	12,3%	-7,7%	6,7%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	7.939	8.446	8.691	9.365	9,6%	11,4%	11,7%	6,5%
Altri costi (c)	375	471	578	1.066	57	248	534				
Altri enti (d)	74	637	509	459	485	517	546				
Totale	41.466	48.752	70.173	96.797	99.615	103.610	106.650	5,4%	8,1%	3,3%	4,6%
Totale al netto di (c) e (d): (e)	41.017	47.644	69.085	95.271	99.073	102.845	105.570	5,4%	8,2%	3,0%	4,7%
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	58.370	60.317	64.183	66.042	5,9%	6,7%	4,8%	6,1%
Fattori esterni: (e) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	36.901	38.756	38.662	39.528	4,6%	10,6%	0,5%	2,7%
Variazione percentuale											
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	7,6%	5,2%	1,2%	4,0%				
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	18,2%	1,1%	12,9%	1,6%				

Tabella 3.10 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	Tasso crescita medio		
								'90/'08	'90/'95	'95/'01
segue Variazione percentuale										
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	13,5%	4,2%	1,3%	1,3%			
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	-1,7%	4,1%	-6,8%	-2,9%			
Ospedaliera accreditata	-	2,0%	10,5%	-10,8%	4,2%	2,4%	2,9%			
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	4,4%	8,7%	6,3%	5,2%			
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	7,2%	6,4%	2,9%	7,8%			
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	-47,1%	-94,6%	333,2%	115,2%			
Altri enti (d)		207,6%	6,6%	2,3%	5,5%	6,7%	5,5%			
Totale	-	-0,6%	11,1%	6,1%	2,9%	4,0%	2,9%			
Totale al netto di (c) e (d): (e)	-	-0,9%	10,7%	7,3%	4,0%	3,8%	2,6%			
<i>Fattori interni (a+b)</i>	-	-0,2%	10,0%	12,2%	3,3%	6,4%	2,9%			
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	-	-2,0%	11,7%	0,4%	5,0%	-0,2%	2,2%			
Incidenza % su totale										
Personale (a)	39,1%	41,9%	36,5%	32,8%	33,5%	32,6%	33,0%			
Beni e servizi (b)	17,7%	19,0%	22,6%	27,5%	27,0%	29,3%	28,9%			
Medicina gen. conv.	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	6,0%	5,8%	5,7%			
Farmaceutica conv.	17,6%	10,6%	12,5%	12,3%	12,4%	11,1%	10,5%			

Tabella 3.10 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	Tasso crescita medio '90/'08		Tasso crescita medio '95/'01		Tasso crescita medio '01/'08	
segue Incidenza % su totale													
Ospedaliera accreditata	9,8%	11,3%	11,4%	8,4%	8,5%	8,4%	8,4%						
Spec. conv.	4,5%	2,5%	3,2%	3,3%	3,5%	3,6%	3,7%						
Altra ass. conv.	4,4%	6,4%	6,3%	8,2%	8,5%	8,4%	8,8%						
Altri costi (c)	0,9%	1,0%	0,8%	1,1%	0,1%	0,2%	0,5%						
Altri enti (d)	0,2%	1,3%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%						
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%							
Totale al netto di (c) e (d): (e)	98,9%	97,7%	98,4%	98,4%	99,5%	99,3%	99,0%						
<i>Fattori interni (a+b)</i>	56,7%	61,0%	59,1%	60,3%	60,6%	61,9%	61,9%						
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	42,2%	36,8%	39,4%	38,1%	38,9%	37,3%	37,1%						

Nota: Gli accantonamenti tipici vengono inseriti nella voce «Servizi». Cfr. anche note a Tabella 3.7. La voce Altro (c) contiene il saldo della gestione straordinaria, il saldo intramoenia e la spesa relativa al Bambin Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta), entrambe da imputarsi alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedaliera accreditata». La voce «Altri Enti (d)» è riferita agli enti non regionali, in particolare: Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente).

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2008)

mento della spesa (1990-1995 e 2002-2008) il tasso di crescita dei costi dei fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni; in periodi di espansione della spesa (1995-2001¹²) i fattori esterni aumentano ad un tasso più sostenuto. Il contenimento della spesa si è quindi focalizzato soprattutto su tali fattori (in particolare sulla spesa farmaceutica convenzionata e sull'ospedaliera accreditata).

Venendo ad una sintetica analisi del costo dei fattori della produzione, quello più importante sotto il profilo economico è il personale dipendente, che rappresenta il 33,0% della spesa complessiva nel 2008. Dopo tre anni di crescita sostenuta del costo del personale, il 2007 aveva evidenziato una sensibile contrazione del trend di crescita (attestatosi all'1,2%). Nel 2008, invece, la variazione si è attestata nuovamente su valori piuttosto elevati al 4,0%, sebbene tale dato sia lontano dai tassi riscontrati negli anni precedenti il 2007¹³. Tale crescita è anche influenzata dal fatto che nel corso del 2008 sono stati rinnovati i contratti relativi al personale dipendente, dirigente e non, con riferimento al biennio economico 2006-2007. Pertanto, le aziende hanno provveduto a mettere a regime i valori del trattamento economico spettante a personale del comparto e della dirigenza¹⁴. La spesa del ruolo sanitario assorbe circa l'80 % della spesa complessiva per il personale.

La seconda voce di spesa è rappresentata dall'acquisto di beni e servizi (28,9% sul totale dei costi del SSN nel 2008). Si tratta della voce di costo a crescita variabile negli ultimi anni. Dopo la battuta di arresto nel 2006 legata essenzialmente alla riclassificazione della spesa sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con il SSN, la spesa per beni e servizi ha ripreso a salire (nel 2007 +12,9% rispetto al 2006), mentre nel 2008 ha subito un nuovo rallentamento, facendo registrare una crescita pari all'1,7% circa. La sottovoce più rilevante è rappresentata dall'acquisto di beni (39%), che ha subito un aumento del

¹² Tale tendenza alla crescita si è perpetrata fino al 2004, anno in cui si è verificata una brusca inversione nel trend di crescita e che rappresenta il reale punto di rottura della serie.

¹³ L'aumento negli anni precedenti al 2007 è da ascrivere, almeno in parte, alla riclassificazione della spesa che le regioni sostengono per gli IRCCS pubblici e le AO universitarie integrate con il SSN (cfr. supra) ed in parte agli effetti del rinnovo dei contratti del comparto (prima) e della dirigenza (poi). Il contratto del comparto è stato infatti rinnovato il 19 Aprile 2004 per il quadriennio 2002-2005 (parte normativa) e per il biennio 2002-2003 (parte economica). Il 5 Giugno 2006 è stato raggiunto l'accordo anche per la parte economica riferita al biennio 2004-2005. Il 10 Aprile 2008 è stato poi rinnovato il contratto 2006-2009 (parte normativa) e 2006-2007 (biennio economico), come evidenziato nel testo. Il contratto per la dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e medico-veterinaria è stato rinnovato il 3 Novembre 2005 per il quadriennio 2002-2005 (parte normativa) e per il biennio 2002-2003 (parte economica). Il 5 Luglio 2006 è stato raggiunto l'accordo anche per la parte economica riferita al biennio 2004-2005.

¹⁴ Per la dirigenza, tuttavia, non tutte le aziende hanno provveduto a mettere a regime tutte le voci che compongono il trattamento economico, in considerazione del fatto che il contratto è stato stipulato nel mese di ottobre 2008.

6,6%¹⁵. Un ruolo importante è stato giocato, negli ultimi anni, dalla spesa per farmaci, sia per l'attivazione di forme alternative di distribuzione degli stessi (distribuzione diretta o accordi di distribuzione da parte delle farmacie in nome e per conto), sia in quanto gran parte dei nuovi farmaci vengono prevalentemente venduti sul canale ospedaliero. La spesa per farmaci acquistati dalle aziende sanitarie ha subito dal 2001 al 2006 un aumento medio annuale di quasi il 16%.

Tra le altre sottovoci, quelle che hanno registrato le variazioni più considerevoli nel 2008 sono:

- ▶ L'acquisto di servizi sanitari e non sanitari (trasporti sanitari, consulenze, formazione, etc.) (+15,5% rispetto al 2007). Resta pressoché invariata, invece, la spesa per servizi non sanitari appaltati;
- ▶ La spesa per manutenzioni e riparazioni (+5,1%);
- ▶ I costi del godimento di beni di terzi (+4,5% dovuto principalmente al maggior impiego delle forme di leasing e di «service» che continuano a diffondersi nelle aziende sanitarie);
- ▶ Gli accantonamenti tipici, che si riducono drasticamente rispetto al 2007 (-29,8%). Questa voce comprende accantonamenti per TFR, per premio di operosità per il personale SUMAI, per rischi e, soprattutto, a seguito dell'entrata in vigore del D.L. n. 203/2005 (cfr. supra), accantonamenti per i rinnovi contrattuali relativi al biennio economico 2008-2009 per l'anno 2008, nonché per i rinnovi delle convenzioni con i Medici di Medicina Generale ed altri convenzionati per l'anno 2008 con riferimento ai bienni economici 2006-2007 e 2008-2009. Il decremento è causato essenzialmente dal fatto che la maggior parte delle regioni ha operato gli accantonamenti per il rinnovo contrattuale del personale dipendente, parametrando all'indennità di vacanza contrattuale¹⁶, in linea con l'Atto d'indirizzo per il rinnovo del contratto del personale dipendente del SSN per il biennio economico 2008-2009 deliberato dal Consiglio dei Ministri nel dicembre 2008;
- ▶ La spesa per interessi passivi e oneri finanziari, che si riduce del 19,5 % anche in relazione al manifestarsi dell'effetto positivo derivante dalla diminuzione dei tempi medi di pagamento nelle regioni sottoposte ai piani di rientro.

¹⁵ Questo incremento è dovuto in parte alla distribuzione diretta dei farmaci, incentivata su tutto il territorio nazionale per contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate, i cui importi vengono iscritti contabilmente in questo aggregato (cfr. infra spesa per farmaci), mentre una certa incidenza sull'incremento deriva dall'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in sanità.

¹⁶ L'indennità di vacanza contrattuale è calcolata concedendo il 30% dell'inflazione programmata dopo tre mesi dalla scadenza del contratto e il 50% dell'inflazione programmata dopo sei mesi dalla scadenza del contratto. Essendo tale inflazione programmata per l'anno 2008 pari all'1,7%, l'onere parametrato a tale indennità è pari a 0,5753%.

Le voci «Personale» e «Beni e servizi» rappresentano la spesa per strutture gestite dalle aziende sanitarie pubbliche (fattori interni alla produzione). Gran parte di tale valore è rappresentato dalla spesa ospedaliera, di cui però non si conosce esattamente l'ammontare.

La spesa per la medicina generale convenzionata (5,7% dei costi totali¹⁷) ha evidenziato un aumento contenuto (+1,3%), da ascrivere principalmente al mancato rinnovo delle convenzioni i cui oneri sono comunque accantonati nella relativa voce di bilancio e alle riclassificazioni operate con il nuovo modello di rilevazione in vigore dal 2008 nonché dal passaggio alla dipendenza di un certo numero di medici convenzionati¹⁸.

La spesa farmaceutica convenzionata, ovvero la spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico su ricetta SSN, ha subito un ulteriore calo, pari al 2,9%, qualitativamente in linea con quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci del CERGAS (Osservatorio Farmaci, 2009). Il contenimento di tale voce di spesa deriva: i) dal consolidamento a regime della manovra nazionale AIFA di riduzione dei prezzi dei farmaci (delibera del 27 settembre 2006), dall'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte delle regioni Campania, Abruzzo e Sicilia sottoposte ai piani di rientro e dall'implementazione della distribuzione diretta e per conto nelle varie regioni¹⁹, comprese quelle sottoposte ai piani di rientro; ii) dalla maggiore penetrazione dei farmaci generici, associata all'applicazione del prezzo di riferimento per molecola genericata (nonché, localmente, per alcune categorie terapeutiche omogenee) e iii) dalla riclassificazione del pay-back farmaceutico portato a diminuzione della spesa nel nuovo modello di rilevazione CE in vigore dal 2008, che ne ha previsto una apposita voce contabile. L'incidenza di tale spesa sul finanziamento pubblico complessivo per il SSN è stata inferiore al tetto del 14%²⁰, come previsto dall'Osservatorio Farmaci (Osservatorio Farmaci, 2009).

¹⁷ Al lordo della mobilità verso Bambin Gesù e SMOM.

¹⁸ La fonte normativa riguardante il passaggio alla dipendenza dei medici di Continuità Assistenziale e/o di Medicina dei Servizi è il D.lgs 502/92.

¹⁹ Nel 2008, la spesa per farmaci in distribuzione diretta ha rappresentato il 31% della spesa farmaceutica non convenzionata (ospedaliera + distribuzione diretta). Per approfondimenti, vedi infra, Tabella 3.21.

²⁰ Il nuovo sistema di tetti sulla spesa farmaceutica (come previsto dal DL 159/07, convertito in L.222/07). Nello specifico, tale sistema prevede un primo tetto del 14% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato sulla spesa farmaceutica territoriale (determinata dalla somma della spesa farmaceutica convenzionata, delle compartecipazioni alla spesa a carico del paziente e della distribuzione diretta di farmaci in classe A, inclusa la distribuzione in nome e per conto e in dimissione ospedaliera), il cui sfondamento (al lordo d'IVA) è a carico della filiera (con l'esclusione dei farmaci innovativi). Le regioni che, secondo le stime AIFA elaborate entro il 1° dicembre di ogni anno per l'anno successivo, si prevede sfiorino sulla territoriale sono chiamate ad adottare le misure ritenute idonee per recuperare il 30% dello sfondamento, tra cui l'attivazione di forme alternative di distribuzione. Il secondo tetto introdotto dal nuovo sistema riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, ed è pari al 2,4% del finanziamento.

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate ha subito un aumento del 2,9%, più contenuto rispetto all'aumento registrato nell'anno precedente, ma che conferma il trend di ripresa iniziato nel 2006, a fronte del calo vistoso del 2005 (generato però in gran parte dalla riclassificazione della spesa per IRCCS e AO integrate con il SSN in altre voci di spesa –cfr. *supra*-)²¹. L'effetto dell'introduzione dei tetti e dei vincoli più stringenti che, di conseguenza, si sono concretizzati nell'esigenza, per determinate regioni, di aumentare l'attenzione su determinati aggregati di spesa, ha fatto sì che nel 2008 l'aumento di questa voce sia stato inferiore al tasso di crescita della spesa sanitaria complessiva.

Più problematico risulta, invece, il dato riguardante l'assistenza specialistica convenzionata e accreditata che, nel 2007, aveva evidenziato un rallentamento nella crescita, imputato all'efficacia delle misure di contenimento regionali. Nel 2008 tale aggregato evidenzia un incremento pari al 5,2%, dovuto principalmente a due ordini di fattori: i) una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate in ambito ospedaliero, il che renderebbe il minor aumento della spesa ospedaliera assimilabile ad un effetto di *crowding-out* generato da un guadagno di appropriatezza; ii) in talune regioni sotto piano di rientro, un *reworking* dato da cospicue riclassificazioni a seguito di approfondimenti sulla correttezza del rispetto delle linee guida per la compilazione dei modelli CE rispetto ai criteri storicamente seguiti. Questo secondo criterio esplicativo inficia la qualità segnaletica del dato, del quale pertanto è opportuno limitarsi alla descrizione del trend.

Le diverse componenti della spesa per altre prestazioni erogate da strutture convenzionate con il SSN (assistenza riabilitativa, assistenza agli anziani, assistenza a disabili psichici e psichiatrici, assistenza protesica, assistenza integrativa, assistenza termale) hanno evidenziato nel 2008 tassi di crescita particolarmente instabili, anche in questo caso imputabili a riclassificazioni contabili presso le regioni soggette a piano di rientro. In particolare, la spesa per assistenza riabilitativa accreditata ha registrato un decremento pari al 12,5%, la spesa per assistenza integrativa e protesica convenzionata e accreditata un aumento del 6,0% e la spesa per altra assistenza convenzionata e accreditata un incremento del 17,9%.

La spesa sanitaria corrente privata, come sopra evidenziato (Tabella 3.7), ha subito dal 2003 un aumento sistematicamente inferiore a quello della spesa pubblica, con conseguente incremento del grado di copertura della spesa sanitaria da parte del SSN (dal 76% nel 2003 al 78,7% nel 2008). La quota della spesa che i cittadini sostengono privatamente per prestazioni sanitarie rappresenta solo il

²¹ La spesa ospedaliera per strutture accreditate comprende quindi dal 2005 solo la spesa per prestazioni acquistate dalle case di cura private accreditate, dagli ospedali classificati e dagli IRCCS e Policlinici di diritto privato.

3,1% della spesa complessiva in beni di consumo da parte delle famiglie (Tabella 3.11). La spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico (pari a 13,5 miliardi di Euro nel 2008) rappresenta la componente più rilevante (46,9% della spesa complessiva), mentre quella per prestazioni ambulatoriali e di ricovero incidono rispettivamente per il 36,4% ed il 16,7%²².

Tabella 3.11 **Spesa sanitaria privata corrente (2000 – 2008), Milioni di euro**

Spesa sanitaria delle famiglie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	11.714	10.655	11.801	12.362	12.726	12.970	13.230	13.435	13.546
Servizi ambulatoriali	8.467	8.669	8.896	9.143	9.534	9.709	9.991	10.280	10.521
Servizi ospedalieri	4.192	4.299	4.458	4.477	4.352	4.606	4.620	4.716	4.812
Totale	24.373	23.622	25.155	25.981	26.613	27.285	27.841	28.431	28.878
Percentuale su totale									
Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	48,1%	45,1%	46,9%	47,6%	47,8%	47,5%	47,5%	47,3%	46,9%
Servizi ambulatoriali	34,7%	36,7%	35,4%	35,2%	35,8%	35,6%	35,9%	36,2%	36,4%
Servizi ospedalieri	17,2%	18,2%	17,7%	17,2%	16,4%	16,9%	16,6%	16,6%	16,7%
Totale	100,0%								
<i>Incidenza spesa sanitaria su totale spesa famiglie</i>	3,4%	3,1%	3,3%	3,3%	3,2%	3,2%	3,1%	3,1%	3,1%

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2008)

3.4 I dati di spesa regionali

Nel 2008 il tasso di crescita a livello regionale della spesa sanitaria pubblica corrente (Tabella 3.12) presenta notevoli differenze tra le regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2007 che vanno dal +8,0% del Friuli Venezia Giulia al -0,2% della Campania. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa risulti mediamente più basso nelle regioni che hanno stipulato un Piano di Rientro (PdR) con la pubblica amministrazione centrale (cfr. nota a Tabella 3.12). In particolare, la crescita media nelle regioni interessate da PdR è stata pari all'1,0%, contro una crescita media nelle altre regioni pari a +3,9%.

²² Per maggiori dettagli sulle fonti informative della spesa sanitaria privata, si rimanda a Cavalli et al (2007).

Nelle regioni del Centro-Nord la spesa sanitaria pubblica procapite è più elevata della media nazionale (Tabella 3.13), con la sola eccezione di Lombardia, Veneto, Marche ed Umbria; al Sud, fatta eccezione per il Molise, la spesa è invece inferiore alla media nazionale. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2008, si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle regioni del Centro, mentre dal 1995 sono le regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Conseguentemente, la variabilità interregionale si è ridotta dal 2005 di un punto percentuale²³, malgrado un aumento nel 2008 pari a 0,5 punti.

La variabilità interregionale si riduce, anche se in misura molto modesta, se si prende in considerazione la spesa al netto della mobilità, ossia il dato di spesa sanitaria riferito alla popolazione residente (Tabella 3.14)²⁴. Il motivo è che il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle regioni del Centro-Nord (ad eccezione di Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria e Marche) e negativo (con un conseguente aumento della spesa procapite) in tutte le regioni del Sud (escluso il Molise).

È interessante osservare (Figura 3.2) come la valutazione al netto del saldo finanziario collegato alla mobilità dei pazienti, pur non alterando in modo significativo la variabilità interregionale, modifichi l'ordinamento della spesa per regioni: al netto della mobilità è la regione Lombardia a presentare il dato più basso di spesa sanitaria pubblica corrente, mentre considerando il dato al lordo delle mobilità è la Calabria ad evidenziare il dato più contenuto.

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie vengono confermate le sostanziali differenze a livello regionale. La Tabella 3.15 e la Figura 1.3 illustrano l'evoluzione del dato aggregato 1990-2008. La Tabella 3.16 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

Tali differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: ad esempio, Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali) in tali regioni. È interessante osservare come, con riferimento in modo specifico al personale dipendente (Tabella 3.16), Lombardia e Lazio presentino quote decisamente inferiori alla media nazionale, mentre la Sicilia, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzia valori più elevati della media nazionale.

Un altro importante fenomeno, già riscontrato nei precedenti Rapporti OASI, è

²³ Tale variabilità è misurata attraverso il coefficiente di variazione, ovvero dal rapporto tra deviazione standard e media.

²⁴ L'ultimo dato disponibile si riferisce ancora al 2007.

116 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009

Tabella 3.12 Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000; 2005-2008)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2008/ 2007	Tasso crescita medio '90/'08	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'08
Piemonte	2.974	3.560	5.572	7.193	7.457	7.729	8.068	4,4%	5,7%	3,7%	9,0%
Valle d'Aosta	87	104	167	225	245	247	261	5,6%	6,3%	3,7%	9,8%
Lombardia	6.268	7.738	10.746	14.777	15.351	16.167	16.678	3,2%	5,6%	4,3%	7,7%
Bolzano	314	445	735	982	1.021	1.065	1.111	4,3%	7,3%	7,2%	9,7%
Trento	328	418	624	857	900	943	994	5,3%	6,4%	5,0%	9,7%
Veneto	3.257	3.806	5.637	7.561	7.872	8.105	8.426	4,0%	5,4%	3,2%	8,3%
Friuli VG	876	1.034	1.462	1.988	1.983	2.155	2.328	8,0%	5,6%	3,4%	7,6%
Liguria	1.424	1.592	2.182	2.925	2.956	3.098	3.179	2,6%	4,6%	2,3%	6,9%
Emilia R	3.340	3.824	5.105	7.053	7.312	7.628	7.937	4,1%	4,9%	2,7%	6,9%
Toscana	2.784	3.143	4.384	5.927	6.199	6.403	6.642	3,7%	4,9%	2,5%	7,8%
Umbria	620	712	1.045	1.399	1.465	1.502	1.557	3,7%	5,2%	2,8%	8,1%
Marche	1.186	1.277	1.808	2.345	2.449	2.525	2.637	4,4%	4,5%	1,5%	7,7%
Lazio	4.030	4.625	6.752	10.112	10.703	10.856	11.093	2,2%	5,8%	2,8%	8,4%
Abruzzo	900	964	1.638	2.246	2.211	2.330	2.338	0,3%	5,4%	1,4%	10,4%
Molise	224	258	376	654	590	622	651	4,7%	6,1%	2,8%	9,6%
Campania	3.883	4.267	6.650	9.688	9.220	9.710	9.689	-0,2%	5,2%	1,9%	9,7%

Tabella 3.12 (segue)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2008/ 2007	Tasso crescita medio '90/'08	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'08
Puglia	2.692	3.192	4.531	6.161	6.257	6.751	7.022	4,0%	5,5%	3,5%	7,5%
Basilicata	368	432	649	898	914	971	1.012	4,3%	5,8%	3,2%	8,6%
Calabria	1.219	1.498	2.317	2.858	2.986	3.255	3.321	2,0%	5,7%	4,2%	9,2%
Sicilia	3.480	3.799	5.361	7.815	8.405	8.327	8.345	0,2%	5,0%	1,8%	8,6%
Sardegna	1.138	1.427	1.922	2.692	2.633	2.706	2.816	4,1%	5,2%	4,6%	6,7%
Totale	41.392	48.115	69.663	96.337	99.130	103.093	106.104	2,9%	5,4%	3,1%	8,2%
<i>Nord</i>	18.868	22.522	32.231	43.561	45.098	47.136	48.981	3,9%	5,4%	3,6%	7,9%
<i>Centro</i>	8.620	9.756	13.989	19.783	20.816	21.286	21.929	3,0%	5,3%	2,5%	8,1%
<i>Sud e isole</i>	13.904	15.837	23.444	32.994	33.216	34.671	35.195	1,5%	5,3%	2,6%	8,7%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>	13.941	15.505	22.958	33.421	34.086	34.943	35.295	1,0%			
<i>Altre regioni</i>	27.451	32.610	46.705	62.917	65.044	68.150	70.809	3,9%			

Nota: Le Regioni soggette a Piano di Rientro sono Liguria (accordo stipulato il 6/2/07), Lazio (28/2/07), Abruzzo (13/3/07), Campania (13/3/07), Molise (27/3/07) e Sicilia (31/7/07). Alla Sardegna è stato richiesto un piano meno impegnativo, finalizzato al recupero del finanziamento statale non erogato a seguito dell'inadempienza per il 2001.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2008)

Tabella 3.13 Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000; 1995; 2000; 2005-2008)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2008 / 2007	Tasso crescita medio '90/'08		Tasso crescita medio '95/'01		Tasso crescita medio '01/'08	
									'90/'08	'95/'01	'90/'08	'95/'01	'01/'08	'01/'08
Piemonte	688	828	1.300	1.661	1.718	1.776	1.833	3,2%	5,6%	3,8%	9,0%	4,0%	4,0%	
Valle d'Aosta	756	875	1.392	1.829	1.978	1.978	2.070	4,6%	5,8%	3,0%	9,5%	4,7%	4,7%	
Lombardia	709	868	1.185	1.573	1.620	1.694	1.730	2,1%	5,1%	4,1%	7,3%	3,9%	3,9%	
Bolzano	722	995	1.589	2.059	2.114	2.183	2.248	3,0%	6,5%	6,6%	9,0%	4,4%	4,4%	
Trento	731	907	1.318	1.722	1.792	1.861	1.936	4,0%	5,6%	4,4%	9,0%	3,5%	3,5%	
Veneto	746	861	1.249	1.609	1.661	1.698	1.744	2,7%	4,8%	2,9%	7,9%	3,7%	3,7%	
Friuli VG	730	868	1.234	1.650	1.642	1.777	1.905	7,2%	5,5%	3,5%	7,7%	5,0%	5,0%	
Liguria	841	957	1.342	1.837	1.836	1.927	1.975	2,5%	4,9%	2,6%	7,4%	4,3%	4,3%	
Emilia R	856	975	1.282	1.699	1.746	1.806	1.856	2,8%	4,4%	2,6%	6,5%	3,9%	3,9%	
Toscana	788	891	1.240	1.647	1.713	1.760	1.806	2,6%	4,7%	2,5%	7,7%	3,8%	3,8%	
Umbria	766	865	1.251	1.629	1.688	1.720	1.760	2,3%	4,7%	2,5%	7,7%	3,9%	3,9%	
Marche	834	886	1.237	1.544	1.602	1.644	1.698	3,3%	4,0%	1,2%	7,4%	3,3%	3,3%	
Lazio	788	891	1.283	1.919	2.018	1.976	1.995	0,9%	5,3%	2,5%	8,0%	5,0%	5,0%	
Abruzzo	724	761	1.281	1.729	1.694	1.779	1.766	-0,8%	5,1%	1,0%	10,2%	3,8%	3,8%	
Molise	678	776	1.145	2.033	1.838	1.943	2.030	4,5%	6,3%	2,7%	9,8%	5,9%	5,9%	
Campania	692	743	1.150	1.670	1.592	1.677	1.667	-0,6%	5,0%	1,4%	9,5%	3,8%	3,8%	
Puglia	671	783	1.109	1.515	1.537	1.659	1.723	3,8%	5,4%	3,1%	7,4%	5,2%	5,2%	

Tabella 3.13 Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000; 1995; 2000; 2005-2008)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2008 / 2007	Tasso crescita medio '90/'08		Tasso crescita medio '95/'01		Tasso crescita medio '01/'08	
									'90/'08	'90/'95	'95/'01	'01/'08		
Basilicata	603	707	1.071	1.505	1.539	1.642	1.713	4,3%	3,3%	8,8%	5,6%			
Calabria	586	721	1.130	1.423	1.490	1.629	1.654	1,5%	4,3%	9,4%	4,2%			
Sicilia	700	747	1.054	1.559	1.675	1.660	1.659	0,0%	1,3%	8,7%	4,4%			
Sardegna	695	860	1.163	1.632	1.590	1.630	1.691	3,7%	4,4%	6,8%	4,1%			
Totale	730	840	1.208	1.648	1.687	1.743	1.780	2,1%	2,8%	8,0%	4,2%			
<i>Nord</i>	745	885	1.253	1.646	1.691	1.757	1.806	2,8%	3,5%	7,7%	3,9%			
<i>Centro</i>	792	888	1.261	1.759	1.839	1.844	1.878	1,8%	2,3%	7,8%	4,3%			
<i>Sud e isole</i>	678	760	1.123	1.590	1.600	1.670	1.690	1,2%	2,3%	8,7%	4,4%			
<i>Coefficiente Variazione</i>	9,6%	9,7%	9,7%	9,9%	9,5%	8,3%	8,8%							
<i>Differenza max/min</i>	46,2%	40,7%	50,8%	44,8%	41,9%	34,0%	35,9%							

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2008) ed Istat (2009)

120 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009

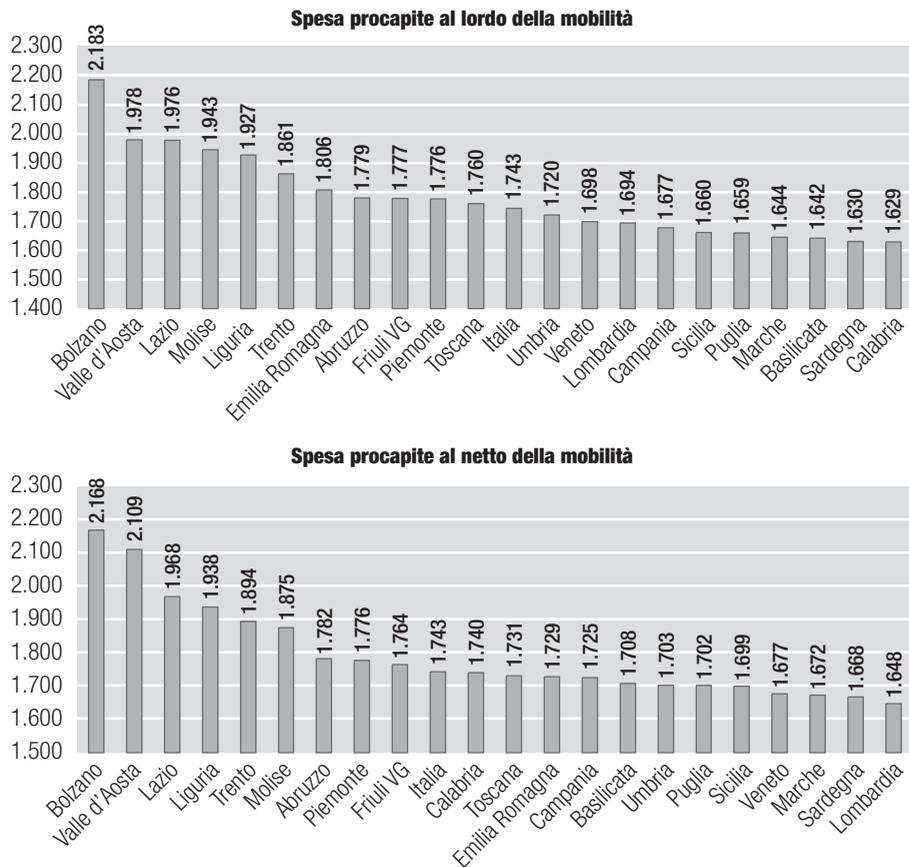
Tabella 3.14 **Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2007)**

	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)
Piemonte	1.776	101,8	1.776	101,9	-0,8
Valle d'Aosta	1.978	113,5	2.109	121,0	-131,3
Lombardia	1.694	97,1	1.648	94,5	46,2
Bolzano	2.183	125,2	2.168	124,3	15,6
Trento	1.861	106,7	1.894	108,6	-33,5
Veneto	1.698	97,4	1.677	96,2	20,9
Friuli VG	1.777	101,9	1.764	101,2	12,7
Liguria	1.927	110,5	1.938	111,1	-11,0
Emilia R	1.806	103,6	1.729	99,1	77,5
Toscana	1.760	100,9	1.731	99,3	29,3
Umbria	1.720	98,7	1.703	97,7	17,6
Marche	1.644	94,3	1.672	95,9	-28,1
Lazio	1.976	113,4	1.968	112,9	8,1
Abruzzo	1.779	102,1	1.782	102,2	-2,8
Molise	1.943	111,4	1.875	107,5	68,2
Campania	1.677	96,2	1.725	99,0	-48,4
Puglia	1.659	95,1	1.702	97,6	-43,0
Basilicata	1.642	94,2	1.708	97,9	-66,1
Calabria	1.629	93,4	1.740	99,8	-111,6
Sicilia	1.660	95,2	1.699	97,5	-39,6
Sardegna	1.630	93,5	1.668	95,7	-37,3
Totale	1.743	100,0	1.743	100,0	0,0
<i>Nord</i>	<i>1.757</i>	<i>100,7</i>	<i>1.725</i>	<i>99,0</i>	<i>31,2</i>
<i>Centro</i>	<i>1.844</i>	<i>105,8</i>	<i>1.834</i>	<i>105,2</i>	<i>10,7</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.670</i>	<i>95,8</i>	<i>1.717</i>	<i>98,5</i>	<i>-46,3</i>
Coeff. Var.	8,3%	-	8,1%	-	-
Diff max/min	34,0%	-	31,6%	-	-

Nota: il dato della mobilità 2008 non è ancora disponibile

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2008)

Figura 3.2 **Spesa sanitaria procapite (Euro) nei SSR per la gestione corrente al lordo ed al netto della mobilità (2007)**



Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2008)

Tabella 3.15 **Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) regione per regione (1990; 1995; 2000; 2008)**

Regioni	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2008	1990	1995	2000	2008
Piemonte	1.871,4	2.306,8	3.583,3	5.362,0	1.088,6	1.213,4	1.911,2	2.705,7
Valle d'Aosta	60,5	80,4	127,0	213,3	23,7	22,9	42,3	47,5
Lombardia	3.537,2	4.561,2	6.403,1	9.506,6	2.690,2	3.147,4	4.334,0	7.171,3
Bolzano	222,7	327,2	552,0	825,3	90,0	111,6	178,5	285,2
Trento	213,9	285,3	407,4	655,8	112,7	130,9	217,7	337,9

Tabella 3.15 (segue)

Regioni	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2008	1990	1995	2000	2008
Veneto	2.191,0	2.618,4	3.749,4	5.473,0	1.024,7	1.167,5	1.869,8	2.952,6
Friuli VG	602,9	700,0	934,2	1.775,8	261,2	322,4	487,0	552,2
Liguria	827,8	1.003,1	1.314,1	2.167,8	575,0	583,1	859,5	1.011,3
Emilia R	2.195,4	2.684,4	3.506,2	5.503,1	1.121,9	1.106,9	1.591,6	2.434,3
Toscana	1.763,4	2.230,9	2.987,4	4.986,6	1.001,3	882,1	1.372,8	1.655,7
Umbria	420,0	526,8	728,0	1.139,6	193,2	182,7	306,0	417,2
Marche	777,2	912,2	1.241,1	1.900,9	374,0	345,1	546,3	736,0
Lazio	1.757,5	2.215,8	3.077,1	6.162,2	2.237,4	2.392,7	3.659,7	4.930,8
Abruzzo	526,7	623,9	968,1	1.532,0	365,8	334,8	631,9	805,8
Molise	138,7	179,2	259,6	392,6	82,6	74,8	119,6	258,8
Campania	1.801,1	2.410,9	3.290,1	5.926,9	2.054,6	1.850,9	3.329,5	3.762,3
Puglia	1.323,2	1.655,1	2.503,5	3.979,9	1.340,6	1.364,6	1.928,4	3.042,1
Basilicata	217,7	283,0	422,7	680,9	149,8	147,0	216,4	331,3
Calabria	721,1	932,3	1.344,3	1.983,7	492,3	558,7	910,5	1.337,2
Sicilia	1.697,2	2.260,2	2.797,3	5.019,6	1.749,3	1.513,8	2.509,9	3.325,4
Sardegna	663,7	926,8	1.249,3	1.916,6	457,6	466,9	617,2	899,6
Totale	23.530,5	29.724,0	41.445,2	67.104,1	17.486,6	17.920,1	27.640,0	39.000,0
<i>Nord</i>	<i>11.722,8</i>	<i>14.566,8</i>	<i>20.576,7</i>	<i>25.979,5</i>	<i>6.988,0</i>	<i>7.806,0</i>	<i>11.491,5</i>	<i>22.986,0</i>
<i>Centro</i>	<i>4.718,2</i>	<i>5.885,7</i>	<i>8.033,7</i>	<i>13.530,2</i>	<i>3.806,0</i>	<i>3.802,5</i>	<i>5.884,9</i>	<i>8.392,0</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>7.089,4</i>	<i>9.271,5</i>	<i>12.834,9</i>	<i>27.594,3</i>	<i>6.692,6</i>	<i>6.311,5</i>	<i>10.263,6</i>	<i>7.588,2</i>
Incidenza								
Piemonte	63,2%	65,5%	65,2%	66,5%	36,8%	34,5%	34,8%	33,5%
Valle d'Aosta	71,9%	77,8%	75,0%	81,8%	28,1%	22,2%	25,0%	18,2%
Lombardia	56,8%	59,2%	59,6%	57,0%	43,2%	40,8%	40,4%	43,0%
Bolzano	71,2%	74,6%	75,6%	74,3%	28,8%	25,4%	24,4%	25,7%
Trento	65,5%	68,5%	65,2%	66,0%	34,5%	31,5%	34,8%	34,0%
Veneto	68,1%	69,2%	66,7%	65,0%	31,9%	30,8%	33,3%	35,0%
Friuli VG	69,8%	68,5%	65,7%	76,3%	30,2%	31,5%	34,3%	23,7%
Liguria	59,0%	63,2%	60,5%	68,2%	41,0%	36,8%	39,5%	31,8%
Emilia R	66,2%	70,8%	68,8%	69,3%	33,8%	29,2%	31,2%	30,7%
Toscana	63,8%	71,7%	68,5%	75,1%	36,2%	28,3%	31,5%	24,9%
Umbria	68,5%	74,2%	70,4%	73,2%	31,5%	25,8%	29,6%	26,8%
Marche	67,5%	72,6%	69,4%	72,1%	32,5%	27,4%	30,6%	27,9%

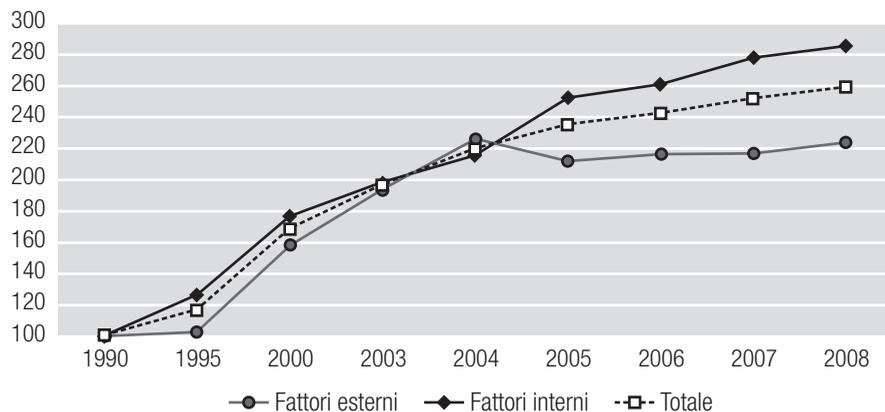
Tabella 3.15 (segue)

Regioni	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2008	1990	1995	2000	2008
Lazio	44,0%	48,1%	45,7%	55,6%	56,0%	51,9%	54,3%	44,4%
Abruzzo	59,0%	65,1%	60,5%	65,5%	41,0%	34,9%	39,5%	34,5%
Molise	62,7%	70,5%	68,5%	60,3%	37,3%	29,5%	31,5%	39,7%
Campania	46,7%	56,6%	49,7%	61,2%	53,3%	43,4%	50,3%	38,8%
Puglia	49,7%	54,8%	56,5%	56,7%	50,3%	45,2%	43,5%	43,3%
Basilicata	59,2%	65,8%	66,1%	67,3%	40,8%	34,2%	33,9%	32,7%
Calabria	59,4%	62,5%	59,6%	59,7%	40,6%	37,5%	40,4%	40,3%
Sicilia	49,2%	59,9%	52,7%	60,2%	50,8%	40,1%	47,3%	39,8%
Sardegna	59,2%	66,5%	66,9%	68,1%	40,8%	33,5%	33,1%	31,9%
Totale	57,4%	62,4%	60,0%	63,2%	42,6%	37,6%	40,0%	36,8%
<i>Nord</i>	<i>62,7%</i>	<i>65,1%</i>	<i>64,2%</i>	<i>53,0%</i>	<i>37,3%</i>	<i>34,9%</i>	<i>35,8%</i>	<i>46,9%</i>
<i>Centro</i>	<i>55,4%</i>	<i>60,8%</i>	<i>57,7%</i>	<i>61,7%</i>	<i>44,6%</i>	<i>39,2%</i>	<i>42,3%</i>	<i>38,3%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>51,4%</i>	<i>59,5%</i>	<i>55,6%</i>	<i>78,4%</i>	<i>48,6%</i>	<i>40,5%</i>	<i>44,4%</i>	<i>21,6%</i>

Nota: Dal dato sono esclusi gli altri costi, rappresentati in prevalenza dal saldo delle voci economiche. Sono invece inclusi gli accantonamenti tipici, che (cfr. supra) vengono accorpato ai servizi, anche se in parte si riferiscono al rinnovo delle convenzioni di fattori esterni alla produzione (MMG e specialisti).

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2008)

Figura 3.3 **Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) dal 1990 al 2008**



Cfr. Nota Tabella 3.15

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2008)

Tabella 3.16 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente regionale, secondo la classificazione economica (2000; 2008)**

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Anno 2008								
Piemonte	34,3%	31,0%	5,4%	9,8%	6,5%	3,0%	10,1%	100,0%
Valle d'Aosta	41,3%	39,4%	5,2%	8,0%	0,4%	0,8%	5,0%	100,0%
Lombardia	28,9%	27,5%	5,1%	9,2%	13,4%	4,3%	11,6%	100,0%
Bolzano	46,7%	27,7%	4,4%	5,4%	1,9%	0,5%	13,3%	100,0%
Trento	37,3%	28,2%	5,1%	7,9%	5,3%	1,6%	14,6%	100,0%
Veneto	31,2%	32,5%	5,7%	8,8%	6,5%	3,9%	11,5%	100,0%
Friuli VG	38,7%	36,7%	5,1%	9,6%	2,3%	1,6%	6,1%	100,0%
Liguria	35,1%	32,2%	4,7%	10,4%	6,8%	1,7%	9,1%	100,0%
Emilia R	35,2%	32,7%	5,6%	9,0%	7,3%	1,8%	8,4%	100,0%
Toscana	36,4%	37,0%	5,6%	9,2%	3,2%	1,9%	6,9%	100,0%
Umbria	37,1%	35,9%	5,6%	10,1%	2,6%	0,9%	7,8%	100,0%
Marche	36,6%	34,5%	6,1%	11,0%	3,5%	1,5%	6,8%	100,0%
Lazio	27,5%	28,7%	4,8%	11,3%	14,8%	4,8%	8,3%	100,0%
Abruzzo	33,1%	32,5%	6,5%	11,4%	5,9%	2,0%	8,4%	100,0%
Molise	33,5%	27,4%	7,2%	9,8%	11,3%	4,0%	6,7%	100,0%
Campania	32,8%	28,8%	6,6%	11,6%	7,6%	6,6%	6,0%	100,0%
Puglia	30,0%	28,1%	6,9%	12,5%	11,1%	3,3%	8,1%	100,0%
Basilicata	37,3%	29,9%	7,9%	12,2%	0,6%	2,4%	9,6%	100,0%
Calabria	37,8%	22,3%	6,7%	15,0%	7,3%	3,7%	7,1%	100,0%
Sicilia	35,6%	24,5%	6,4%	12,8%	7,7%	5,8%	7,2%	100,0%
Sardegna	38,2%	30,3%	6,2%	12,0%	3,5%	3,3%	6,6%	100,0%
Totale	33,0%	29,9%	5,7%	10,5%	8,4%	3,7%	8,8%	100,0%
<i>Nord</i>	<i>32,7%</i>	<i>30,6%</i>	<i>5,3%</i>	<i>9,2%</i>	<i>8,6%</i>	<i>3,1%</i>	<i>10,5%</i>	100,0%
<i>Centro</i>	<i>32,0%</i>	<i>32,4%</i>	<i>5,2%</i>	<i>10,5%</i>	<i>8,9%</i>	<i>3,2%</i>	<i>7,6%</i>	100,0%
<i>Sud e Isole</i>	<i>34,0%</i>	<i>27,4%</i>	<i>6,6%</i>	<i>12,4%</i>	<i>7,7%</i>	<i>4,7%</i>	<i>7,1%</i>	100,0%

Tabella 3.16 (segue)

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Anno 2000								
Piemonte	38,5%	26,7%	5,3%	11,5%	8,1%	1,5%	8,3%	100,0%
Valle d'Aosta	45,2%	29,8%	5,8%	9,4%	0,1%	3,5%	6,1%	100,0%
Lombardia	33,2%	26,5%	5,7%	11,6%	16,0%	3,8%	3,3%	100,0%
Bolzano	46,0%	29,5%	4,6%	7,4%	5,1%	0,7%	6,7%	100,0%
Trento	41,5%	23,7%	5,7%	8,4%	5,9%	1,1%	13,7%	100,0%
Veneto	38,1%	28,6%	6,1%	10,5%	5,7%	2,5%	8,5%	100,0%
Friuli VG	40,7%	25,0%	6,7%	11,0%	6,1%	5,7%	4,9%	100,0%
Liguria	36,6%	23,9%	4,0%	13,0%	12,7%	1,8%	8,1%	100,0%
Emilia R	39,7%	29,1%	5,7%	10,6%	7,2%	1,4%	6,3%	100,0%
Toscana	42,6%	25,9%	6,8%	11,5%	4,9%	1,7%	6,5%	100,0%
Umbria	43,7%	26,7%	5,8%	13,1%	3,1%	1,1%	6,5%	100,0%
Marche	42,8%	26,7%	7,3%	12,3%	4,3%	2,9%	3,8%	100,0%
Lazio	29,7%	15,9%	5,9%	13,6%	25,6%	4,5%	4,8%	100,0%
Abruzzo	37,0%	23,5%	5,5%	13,3%	11,6%	1,4%	7,6%	100,0%
Molise	43,7%	24,7%	4,2%	12,8%	4,9%	2,6%	7,0%	100,0%
Campania	34,3%	15,4%	5,9%	14,9%	13,3%	6,0%	10,3%	100,0%
Puglia	35,4%	21,1%	5,9%	14,5%	13,4%	3,3%	6,5%	100,0%
Basilicata	39,4%	26,8%	7,4%	14,5%	0,9%	3,0%	8,2%	100,0%
Calabria	43,3%	16,3%	9,7%	14,4%	7,6%	3,8%	4,9%	100,0%
Sicilia	38,0%	14,7%	6,9%	16,3%	13,9%	4,7%	5,6%	100,0%
Sardegna	43,3%	23,6%	5,4%	13,0%	5,1%	3,2%	6,4%	100,0%
Totale	37,1%	22,9%	6,0%	12,7%	11,6%	3,3%	6,4%	100,0%
<i>Nord</i>	<i>37,1%</i>	<i>27,1%</i>	<i>5,6%</i>	<i>11,1%</i>	<i>10,2%</i>	<i>2,6%</i>	<i>6,2%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>36,5%</i>	<i>21,2%</i>	<i>6,3%</i>	<i>12,8%</i>	<i>14,7%</i>	<i>3,2%</i>	<i>5,3%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>37,5%</i>	<i>18,1%</i>	<i>6,4%</i>	<i>14,8%</i>	<i>11,6%</i>	<i>4,3%</i>	<i>7,3%</i>	<i>100,0%</i>

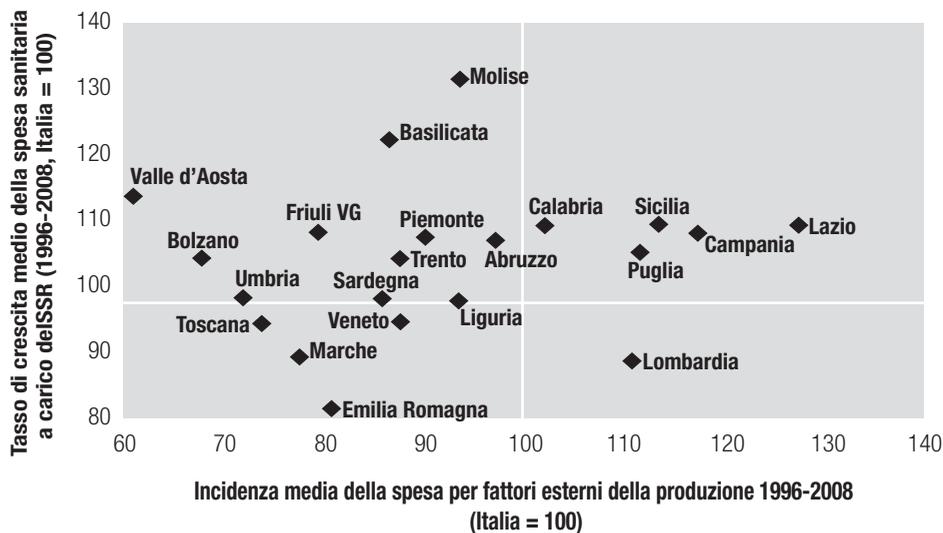
Cfr. Nota Tabella 3.15

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2008)

l'ulteriore accentuazione delle differenziazioni regionali, dovuta anche alle diverse politiche di contenimento della spesa. Ad esempio, alcune regioni hanno adottato forme di distribuzione dei farmaci alternative a quella tradizionale, ovvero per tramite di farmacia aperta al pubblico, su ricettari SSN e con margini alla distribuzione previsti dalla normativa. Alcune hanno privilegiato la distribuzione diretta (come Toscana, Emilia Romagna e Umbria), altre accordi con le farmacie aperte al pubblico per distribuzione in nome e per conto delle aziende sanitarie (tra le altre regioni, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Basilicata). Tali regioni evidenziano in genere un'incidenza della spesa per beni e servizi superiore alla media nazionale.

Uno dei fattori che maggiormente determinano la variabilità interregionale è rappresentato, come sopra si è osservato, dal diverso mix di erogatori pubblici/privati. È interessante osservare se tale mix sia correlato o meno con la capacità di controllo della spesa a carico del SSR. Nel Rapporto OASI 2007 (Cavalli et al, 2007) si era riscontrata una debole e non significativa relazione positiva tra il differenziale (rispetto al dato italiano) nel tasso di crescita della spesa sanitaria dal 1996 (anno di introduzione a regime del meccanismo tariffario in molte regioni) al 2006 e il differenziale (sempre rispetto al dato italiano) dell'incidenza della spesa per fattori esterni della produzione (incidenza media tra il 1996 ed il 2006). La Figura 3.4 illustra la mappatura delle regioni rispetto ai due indicatori aggior-

Figura 3.4 **Posizionamento delle regioni rispetto al tasso di crescita medio annuale della spesa sanitaria per la gestione corrente ed incidenza media della spesa per fattori esterni della produzione (differenziale rispetto alla media nazionale; 1996-2008)**



Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2008)

nati al 2008; i nuovi dati confermano una relazione debolmente positiva, benché leggermente più significativa che negli anni passati²⁵. I dati non sembrano, pertanto, avvalorare (i) né l'ipotesi che i sistemi che contano maggiormente sulle strutture pubbliche abbiano una maggiore potenzialità di controllo della spesa, mentre la presenza di rilevanti strutture private genererebbe una minore possibilità di controllo, né (ii) l'ipotesi opposta che le azioni di contenimento sui fattori esterni della produzione possano essere più semplici, in quanto l'impatto di tali azioni riguarda aziende «fuori» dal settore pubblico.

3.5 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01 alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari²⁶ e, con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle ultime tre Leggi Finanziarie (cfr. *supra* e *infra*).

Le strategie regionali di copertura dei disavanzi hanno evidenziato un elevato grado di eterogeneità. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. È ovviamente importante usare molta cautela nell'interpretare i dati di disavanzo: come sopra specificato, esiste una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci introdotte a seguito dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina, 2005). Esistono comunque sostanziali divergenze nei livelli di disavanzo, che vengono solo in parte influenzate da aspetti di natura contabile. Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo pari al 39% di quello complessivo a livello nazionale (Tabella 3.17). La situazione è peggiorata nel tempo: l'incidenza delle due regioni sul disavanzo annuale complessivo nazionale è aumentata quasi costantemente nel corso degli anni, arrivando ad attestarsi al 62% nel 2005, per ridursi leggermente nel 2006 e di nuovo aumentare al 68% nel 2007. Nel 2008 le due regioni, rappresentano il 67% del disavanzo totale, nonché 55% del disavanzo cumulato, malgrado la Campania abbia quasi dimezzato il proprio deficit rispetto al 2007. Ed è sempre la regione Lazio quella che fa regi-

²⁵ Il coefficiente di correlazione tra le due serie storiche è pari a 0,15.

²⁶ In particolare l'art. 4 stabilisce che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati (...) sono coperti dalle regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...); variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».

Tabella 3.17 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2008)**

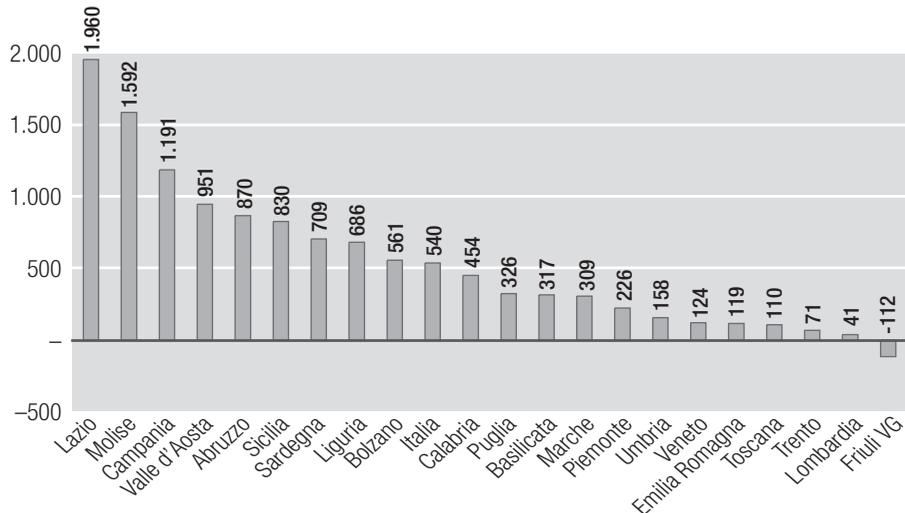
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2001-2008
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-3	995
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	15	120
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-21	396
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	277
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	2	37
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-16	599
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-8	-137
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	109	1.104
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-7	508
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	-39	406
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-17	140
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-19	481
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.614	1.639	10.902
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	88	1.152
Molise	37	19	73	44	139	59	67	73	511
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	497	6.919
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	414	1.329
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	26	188
Calabria	226	148	57	128	79	35	125	114	912
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	332	4.173
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	38	1.181
Totale	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.644	3.202	32.190
<i>Nord</i>	<i>1.232</i>	<i>704</i>	<i>292</i>	<i>1.231</i>	<i>359</i>	<i>63</i>	<i>-40</i>	<i>57</i>	<i>3.898</i>
<i>Centro</i>	<i>1.207</i>	<i>726</i>	<i>808</i>	<i>2.125</i>	<i>1.779</i>	<i>2.171</i>	<i>1.550</i>	<i>1.564</i>	<i>11.928</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.683</i>	<i>1.461</i>	<i>1.224</i>	<i>2.434</i>	<i>3.597</i>	<i>2.250</i>	<i>2.134</i>	<i>1.581</i>	<i>16.364</i>

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2008)

stare il dato di disavanzo cumulato procapite (2001-2008) più elevato, seguita dal Molise e dalla Campania (Figura 3.5).

I dati appena presentati non tengono conto delle assegnazioni di copertura stanziata a livello centrale nel corso dell'ultimo triennio e consentono di apprezzare quanto le Regioni siano in grado, autonomamente, di gestire in equilibrio il proprio sistema sanitario.

Figura 3.5 **Disavanzo sanitario procapite cumulato (2001-2008)**

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2008) e Istat (2009)

Le regioni che nel 2008 presentano una situazione di equilibrio economico-finanziario di lungo periodo²⁷ sono la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia (che presenta un avanzo pro capite cumulato di 112 euro) e la PA di Trento (Figura 3.5).

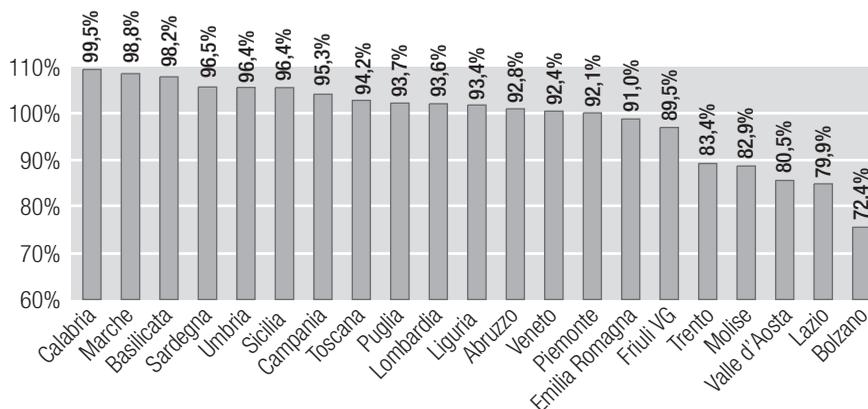
La Figura 3.6 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente per i residenti. Si osserva come Valle d'Aosta, Lazio e PA di Bolzano presentino il minor livello di copertura della spesa per i LEA da parte delle relative assegnazioni. In genere, le regioni a statuto speciale e quelle con maggiore disavanzo presentano un grado di copertura inferiore. Diversa è la situazione delle regioni a statuto ordinario in condizioni di avanzo o di equilibrio: per tali regioni le assegnazioni per i LEA vanno quasi integralmente a coprire la spesa sanitaria corrente.

Come anticipato nel § 3.3, le leggi finanziarie dal 2005 al 2007, in deroga a quanto stabilito dalla L. 405/2001, hanno previsto ulteriori assegnazioni a copertura dei disavanzi sanitari regionali. Nello specifico:

- La Legge Finanziaria per il 2005 aveva previsto una copertura parziale da parte dello stato centrale dei disavanzi per il triennio 2001-2003 per complessivi 2 miliardi di Euro, di cui 50 milioni di Euro sono stati assegnati all'Ospe-

²⁷ Valutato sulla base del disavanzo pro-capite cumulato 2001-2008.

Figura 3.6 **Incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente riferita alla popolazione residente (2008)**



Nota: La spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2006.

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2008)

dale Bambin Gesù di Roma, 550 milioni sono stati ripartiti successivamente a copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari e 1,45 miliardi sono stati assegnati alle regioni. Il riparto non si è basato esclusivamente sul disavanzo pregresso, perché ciò avrebbe penalizzato le regioni che hanno migliorato la propria posizione sotto il profilo dell'equilibrio economico-finanziario.

- ▶ La Legge Finanziaria per il 2006, pur prevedendo anch'essa un'assegnazione ulteriore di 2 miliardi di Euro, ha destinato l'intero ammontare alle regioni. Il riparto tra le stesse, anche in questo caso, non si è basato esclusivamente sul disavanzo pregresso, ma ha interessato tutte le regioni. Successivamente, in considerazione del fatto che al disavanzo complessivo nazionale contribuiscono in maniera determinante solo alcune regioni (soprattutto Lazio, Campania e Sicilia) si è ritenuto di operare una specifica finalizzazione nell'attribuzione delle risorse aggiuntive: la legge ha integrato il finanziamento di 1 miliardo da ripartire tra le regioni che stipulino specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo.
- ▶ La Legge finanziaria per il 2007 ha previsto per il triennio 2007-2009 un fondo transitorio di 1 miliardo di euro per il 2007, 850 milioni di euro per il 2008 e 700 milioni di euro per il 2009. Il fondo è stato concepito come uno strumento per consentire alle regioni in difficoltà di sostenere i maggiori costi medi associati alla loro struttura d'offerta sanitaria e a programmare un recupero dell'inefficienza differenziale rispetto alle altre aree del Pae-

se. La possibilità di accesso al fondo e le condizioni del suo utilizzo sono state dettagliatamente definite nella Finanziaria per il 2007. Il fondo è destinato a quelle regioni che abbiano registrato un disavanzo pari o superiore al 7% del finanziamento loro erogato e che abbiano già attivato, al livello massimo previsto dalla legislazione, l'aliquota addizionale Irpef e la maggiorazione Irap. Le regioni devono sottoscrivere un apposito accordo con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con la presentazione di un Piano di rientro dal disavanzo. Per le regioni che non rispettano gli obiettivi programmati sono previsti la sospensione dell'erogazione degli ulteriori finanziamenti (2008 e 2009), nonché l'incremento delle aliquote oltre il massimo previsto dalla legislazione vigente e fino a concorrenza dei mancati obiettivi. Inoltre, in accordo con il D.Lgs. 159/2007, è prevista la possibilità di procedere al commissariamento della regione inadempiente. Nel caso inverso, di un miglioramento dell'andamento della spesa rispetto agli obiettivi intermedi prefissati, la regione potrà disporre una riduzione di tali imposte per l'anno di imposta dell'esercizio successivo. Inoltre, nella stessa finanziaria sono stati stanziati 90 milioni per il 2007, 179 milioni per il 2008 e 192 milioni per il 2009, da attribuire alle regioni che hanno sottoscritto Piani di Rientro (tranne Liguria e Sardegna) a titolo di compensazione delle risorse che deriverebbero dall'incremento automatico dell'aliquota dell'IRAP, applicata alla base imponibile che si sarebbe determinata in assenza delle disposizioni introdotte con la stessa finanziaria. Alle risorse aggiuntive stanziata dalle tre leggi finanziarie, si sono aggiunte quelle della L. 64/2007, che ha previsto, sempre e solo per le regioni con disavanzi più elevati, ulteriori 3 miliardi per il rientro dei deficit sanitari 2001-2005.

Dall'analisi del grado di copertura dei disavanzi pregressi da parte delle ulteriori assegnazioni e del disavanzo residuo cumulato (Tabella 3.18), si nota come il livello complessivo del deficit sanitario da coprire si mantenga ancora molto elevato, nonostante i numerosi richiami al rigore e sebbene già le L.311/2004 e 266/2005 (Legge Finanziaria per il 2005 ed il 2006) abbiano istituito una procedura di diffida per le regioni che, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, abbiano fatto registrare nel settore sanitario un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati sufficienti).

La procedura prevede che: (i) il Presidente del Consiglio diffida le regioni ad adottare delle misure di copertura entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, (ii) il Presidente della Regione agisce da Commissario ad acta se la Regione non interviene entro la fine di maggio e (iii) si procede con l'applicazione automatica delle maggiorazioni delle aliquote fiscali se il Presidente della Regione non interviene. Questo ha portato nel maggio 2006 all'individuazione

delle 6 Regioni²⁸ (Liguria, Sicilia, Abruzzo, Molise, Campania e Lazio), definite «in affiancamento» e chiamate a sottoscrivere i piani di rientro dal disavanzo sanitario (cfr. *supra* e *infra*).

I PdR sono articolati sul triennio 2007-2009 e sono finalizzati a coprire il disavanzo pregresso, portando entro il 2010 le regioni all'equilibrio di bilancio, e ad individuare e definire le misure di intervento per governare le cause che, in maniera strutturale, sono intervenute a determinare, nel corso degli anni, gli elevati livelli di disavanzo sanitario, in modo da consentire un'efficace gestione del sistema.

Pur nelle loro specificità, i punti essenziali di ciascun Piano riguardano:

- ▶ L'adozione di misure in grado di riequilibrare il sistema di erogazione dei LEA. Nello specifico viene richiesto il rigoroso rispetto (i) del tetto sulla spesa farmaceutica e di quelli concordati con il Ministero sull'acquisto di prestazioni da privati; (ii) dello standard di posti letto (4,5 per 1.000 abitanti) e (iii) del tasso standard di ospedalizzazione (180 ricoveri ogni 1.000 abitanti). Le regioni sono inoltre chiamate ad individuare le azioni in grado di garantire il contenimento di ogni fattore di spesa critico e di esplicitarne il correlato impatto finanziario;
- ▶ In via automatica, l'innalzamento, fino al livello massimo consentito dalla legge, delle aliquote fiscali (addizionali e maggiorazioni) gestite a livello regionale;
- ▶ L'obbligo di procedere alla ristrutturazione dei debiti sanitari contratti sui mercati finanziari (ove presenti);
- ▶ Il supporto di un *advisor* contabile (per potenziare i procedimenti amministrativi e contabili e certificare i debiti pregressi) e di un *advisor* finanziario.

Questo nuovo approccio alla gestione dei disavanzi prevede, di fatto, due grandi novità:

- ▶ Lo Stato si impegna a ridefinire il sistema di finanziamento in modo da dare certezza circa le risorse destinate al Servizio Sanitario su un arco pluriennale ragionevole (inizialmente triennio 2007-2009). Il nuovo sistema di finanziamento si compone di una parte «ordinaria», che assicura risorse adeguate ai costi dei LEA nelle regioni con performance migliori, e di una parte, incorporata dalla prima, che viene esplicitamente finalizzata al finanziamento delle inefficienze differenziali delle regioni meno virtuose.

²⁸ La Regione Sardegna ha firmato, il primo Agosto 2007, un accordo con il Governo per la definizione della situazione debitoria della Sardegna relativa all'anno 2001. L'obiettivo di tale accordo è quello di consentire alla Sardegna il recupero dell'assegnazione di circa 72 milioni di euro a valere sul finanziamento del 2001, mai erogati per inadempienze legate alla tardiva copertura del disavanzo sanitario dell'esercizio 2001. Con tale accordo la Regione Sardegna si impegna a proseguire il percorso di riorganizzazione e ammodernamento del Servizio Sanitario Regionale nel quadro del Piano sanitario regionale approvato nel gennaio 2007.

- Le regioni vengono richiamate ad un'assunzione forte di autonomia e inderogabile responsabilità di bilancio: se una regione ottiene guadagni di efficienza maggiori di quelli programmati, può utilizzare a sua discrezione le risorse così liberate; se non li ottiene, deve finanziare le spese eccedenti con risorse proprie.

Con riferimento alle forme di copertura previste dalla L. 405/2001 e dall'Accordo tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2004, un primo provvedimento è rappresentato dalle misure fiscali. Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF sono state introdotte da 14 regioni (nel 2008 si è aggiunta la Puglia, a seguito del disavanzo sanitario fatto registrare nel 2007) (Tabella 3.19).

Le regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Umbria e Marche) e la Puglia hanno optato per un'aliquota progressiva, mentre quelle meridionali (Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia) insieme al Lazio per un'aliquota proporzionale. Rispetto all'entità delle addizionali bisogna rilevare come le Marche siano la regione dove le stesse hanno toccato la punta più elevata (il 4% per i redditi superiori a 69.721,68 euro fino al 2004), registrando un valore quasi triplo rispetto alla più alta tra le aliquote adottate dalle altre regioni (1,4%). Non si registrano variazioni di rilievo nel 2009.

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota del 3,9%²⁹, ma viene conferita in capo alle regioni la facoltà di variare l'aliquota sino ad un massimo di 0,92 punti percentuali³⁰, anche differenziandola per settori di attività o categorie di contribuenti. Nell'ambito di quest'autonomia (Tabella 3.20), Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se, contemporaneamente e come nel resto delle regioni italiane, sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti. Tra le novità del 2009, oltre alla generale riduzione dell'aliquota dovuta alla ridefinizione della base e dell'intervallo di maggiorazione, è da se-

²⁹ Come previsto dall'art. 1, comma 50, lett. h della L.244/07 (esclusi i casi previsti dal comma 2 dell' art.16 e dai commi 1 e 2, dell' art. 45 D.Lgs. n. 446/97) che ha modificato la precedente aliquota base pari a 4,25%.

³⁰ La Finanziaria 2008 (L. 244/2007) all'art. 1, comma 50 lettera h, nel modificare l'art. 16 comma 1 del D.lgs 446/97, ha ridotto a decorrere dal 1 gennaio 2008, l'aliquota base IRAP dal 4,25% al 3,90%. Il successivo comma 226 ha altresì disposto che le aliquote IRAP vigenti alla data del 1 gennaio 2008, nel caso in cui abbiano subito variazioni in base al comma 3 dell'art. 16 del D.lgs. n. 446/97, debbano essere riparametrate in funzione di un coefficiente pari a 0,9176 (derivante dal rapporto tra 3,9 (nuova aliquota) e 4,25 (vecchia aliquota) cioè $3,90/4,25 = 0,9176$). L'intervallo di aliquota che potrà sussistere sarà quindi pari a 2,98%-4,82%, dal momento che la regione potrà variare l'aliquota base del 3,90 % in aumento o diminuzione di 0,92 punti percentuali.

Tabella 3.18 **Disavanzo sanitario cumulato al netto dei provvedimenti di copertura e disavanzo ancora a carico delle Regioni**

Valori assoluti (Milioni di Euro)	Disavanzo cumulato 2001-2005	Assegnazioni per copertura disavanzati (Finanziaria 2006)	art. 1 c278	art. 1 c279	Ulteriori integrazioni per riporto 2001-2005 (L. 64/07)	Disavanzo residuo 2001-2005	Disavanzo 2006	Disavanzo 2007	Fondo Transitorio LF 2007 per disavanzati 2007	Minore Irap LF 2007 (art. 1 c.270, «clausola di salvaguardia») per disavanzati 2007	Disavanzo 2008	Fondo Transitorio LF 2007 per disavanzati 2008	Minore Irap LF 2007 (art. 1 c.270, clausola di salvaguardia) per disavanzati 2008	Disavanzo residuo 2001-2008	% disavanzo ancora a carico delle regioni
Piemonte	1.021	59	-	230	-	732	7	-31	-	-	-3	-	-	706	71,0%
Valle d'Aosta	77	-	-	-	-	77	14	14	-	-	15	-	-	120	100,0%
Lombardia	423	117	-	-	-	305	4	-10	-	-	-21	-	-	279	70,4%
Bolzano	340	-	-	-	-	340	-25	-22	-	-	-15	-	-	277	100,0%
Trento	12	-	-	281	-	-269	14	8	-	-	2	-	-	-244	0,0%
Veneto	762	76	-	134	-	552	-71	-75	-	-	-16	-	-	389	64,9%
Friuli VG	-72	-	-	-	-	-72	-18	-39	-	-	-8	-	-	-137	0,0%
Liguria	752	54	-	119	-	579	100	142	50	-	109	43	-	837	75,8%
Emilia R	503	56	-	224	-	223	38	-26	-	-	-7	-	-	228	44,9%
Toscana	367	43	-	203	-	121	121	-42	-	-	-39	-	-	160	39,3%
Umbria	123	11	-	53	-	59	41	-7	-	-	-17	-	-	76	54,2%
Marche	475	21	-	63	-	391	39	-15	-	-	-19	-	-	397	82,5%
Lazio	5.678	288	401	148	2.079	2.763	1.971	1.614	378	38	1.639	321	76	7.173	65,8%
Abruzzo	772	18	31	33	144	546	140	151	47	6	88	40	13	819	71,1%

Tabella 3.18 (segue)

Valori assoluti (Milioni di Euro)	Disavanzo cumulado 2001-2005	Assegnazioni per copertura disavanzi (Finanziaria 2005)	Assegnazioni per copertura disavanzi (Finanziaria 2006)	art. 1 c278	art. 1 c279	disavanzi 2001-2005 (L. 64/07)	Disavanzo residuo 2001-2005	Disavanzo 2006	Disavanzo 2007	Fondo Transitorio LF 2007 per disavanzi 2007	Minore Irap LF 2007 (art. 1 c.270, «clausola di salvaguardia») per disavanzi 2007	Disavanzo 2008	Fondo Transitorio LF 2007 per disavanzi 2008	Minore Irap LF 2007 (art. 1 c.270, clausola di salvaguardia) per disavanzi 2008	Disavanzo residuo 2001-2008	% disavanzo ancora a carico delle regioni
Molise	312	5	22	8	202	74	59	67	29	2	2	73	25	4	213	41,7%
Campania	4.797	338	384	101	363	3.612	761	864	355	34	34	497	302	67	4.976	71,9%
Puglia	432	131	-	118	-	183	170	313	-	-	-	414	-	-	1.080	81,3%
Basilicata	122	14	-	39	-	69	22	18	-	-	-	26	-	-	134	71,6%
Catabria	638	83	-	122	-	434	35	125	-	-	-	114	-	-	708	77,6%
Sicilia	2.335	107	153	75	212	1.787	932	574	141	10	10	332	120	19	3.336	79,9%
Sardegna	991	28	9	49	-	905	130	22	-	-	-	38	-	-	1.095	92,8%
Totale	20.861	1.450	1.000	2.000	3.000	13.411	4.483	3.644	1.000	90	90	3.202	850	179	22.621	70,3%
<i>Nord</i>	3.818	363	-	988	-	2.467	63	-40	50	-	-	57	43	-	2.454	62,9%
<i>Centro</i>	6.643	363	401	467	2.079	3.333	2.171	1.550	378	38	38	1.564	321	76	7.805	65,4%
<i>Sud e isole</i>	10.399	724	599	545	921	7.610	2.250	2.134	572	51	51	1.581	487	103	12.361	75,5%

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2008)

Tabella 3.19 (segue)

	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005	
	Scaglioni di reddito	Aliquota						
Lazio	per tutti i redditi	0,9						
Abruzzo	per tutti i redditi	0,9						
Molise	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	1,2
Campania	per tutti i redditi	0,9						
Puglia	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,2	per tutti i redditi	1,1	per tutti i redditi	1,1
Basilicata	per tutti i redditi	0,9						
Calabria	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Sicilia	per tutti i redditi	0,9						
Sardegna	per tutti i redditi	0,9						

	Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008		Anno 2009	
	Scaglioni di reddito	Aliquota						
Piemonte	fino a 10.854,26	0,9	fino a 11.071,35	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	da 15.000,00 a 22.000,00	1,2
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	0,9						
Lombardia	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2	fino a 10.329,14	0,9
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3						
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
Bolzano	per tutti i redditi	0,9						
Trento	per tutti i redditi	0,9						

Tabella 3.19 (segue)

	Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008		Anno 2009	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Veneto	fino a 29.000,00 (e nelle situazioni previste dalla LR 19/2005)	0,9	fino a 28.000,00 (e nelle situazioni previste dalla LR 27/2006)	0,9	fino a 29.500,00	0,9	fino a 29.500,00	0,9
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre 29.500,00	1,4	oltre 29.500,00	1,4
Friuli Venezia Giulia	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Liguria	fino a 13.000,00	0,9	fino a 13.000,00	0,9	fino a 25.000,00	0,9	fino a 20.000,00	0,9
	oltre 13.000,00 e fino a 20.000,00	1,25	oltre 13.000,00 e fino a 20.000,00	1,25	oltre 25.000,00	1,4	oltre 20.000,00	1,4
	oltre 20.000,00	1,4	oltre 20.000,00	1,4				
Emilia Romagna	per tutti i redditi	0,9	fino a 15.000,00	1,1	fino a 15.000,00	1,1	fino a 15.000,00	1,1
			tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2
			tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3
			superiori a 25.000,00	1,4	superiori a 25.000,00	1,4	superiori a 25.000,00	1,4
Toscana	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Umbria	fino a 26.000,00	0,9	fino a 26.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9
	oltre 26.000,00	1,1	oltre 26.000,00	1,1	oltre 15.000,00	1,1	oltre 15.000,00	1,1
Marche	fino a 15.500,00	0,9	fino a 15.500,00	0,9	fino a 15.500,00	0,9	fino a 15.500,00	0,9
	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2
	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4
Lazio	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Abruzzo	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
							da 29.501,00 a 29.650,00	1-29.235,00/ imponibile)

Tabella 3.19 (segue)

	Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008		Anno 2009	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Molise	per tutti i redditi	1,2	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Campania	fino ad 12.500,00 (eccetto esenzioni di legge a cui si applica l'aliquota dello 0,9)	1,1	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
	da 12.501,00 ad 15.000,00	1,2						
	oltre 15.000,00	1,4						
Puglia	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	fino a 28.000,00	0,9	fino a 28.000,00	0,9
					oltre 28.000,00	1,4	oltre 28.000,00	1,4
Basilicata	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Calabria	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Sicilia	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Sardegna	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2009)

2 mm

140 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009

Tabella 3.20 Le addizionali IRAP nelle diverse Regioni

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Piemonte							Banche, Assicurazioni e società finanziarie	
						5,25		4,82
Lombardia							Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)	
	5,75				5,25			4,82
Veneto							Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)	
	4,75				5,25			4,82
	Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni				Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni		Tutti i soggetti	Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)
Liguria	4,75				5,25		5,25	4,82
							Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 11 - 23 - 40	
							Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 23-40-64	4,82
Emilia Romagna							Imprese rientranti nei settori di attività secondo la classificazione ATECOFIN dell'Agenzia delle Entrate	
						5,25		4,82
Toscana							Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione	Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)
						5,25		
				4,4			Raffinerie petrolifere, autostrade, telecomunicazioni ed attività di intermediazione immobiliare	
						5,25		4,82

Tabella 3.20 (segue)

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Abruzzo						Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti
						5,25	5,25	4,82
Molise				Banche			Tutti i soggetti	Tutti i soggetti
				5,75				
			Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale				5,25	4,82
			5,75					
Campania						Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti
						4,55		
						Banche ed enti finanziari	5,25	4,82
						4,75		
Puglia								Tutti i soggetti (a decorrere dal successivo periodo d'imposta)
								4,82
Calabria	Banche e altri enti finanziari, imprese di assicurazione							
	4,75							
Sicilia	Banche, società finanziarie, imprese di assicurazione					Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti
		5,25						
	Imprese di raffinazione di prodotti petroliferi							
		5,25				5,25		4,82

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2009)

gnalare l'aumento della maggiorazione nelle Marche, con un'aliquota che passa da 4,5% a 4,73%.

Infine, le regioni possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto per coprire i disavanzi sanitari. La legge Finanziaria 2007 (L. 296/2006) ha stabilito che gli aumenti regionali intervenuti nel corso degli anni precedenti, rispetto alla tariffa base per autovetture, a suo tempo varata con il decreto interministeriale del 27 dicembre 1997, erano da ricalcolare nuovamente – con effetto dal 2007 ed entro il limite del 10% – prendendo a base, per conteggiare la maggiorazione, i nuovi importi approvati con la Finanziaria 2007. Analoga previsione è stata stabilita, successivamente, per la tariffa relativa ai motocicli, approvata con la L. 286/2006. Per l'annualità 2009 sono confermati, su tutto il territorio nazionale, gli importi di tariffa in vigore per l'anno precedente; fanno eccezione esclusivamente i territori della Provincia di Bolzano e quelli della Regione Toscana. Per i residenti in quest'ultima regione, infatti, sono state previste – a decorrere dal 2009 – esenzioni e riduzioni mirate per particolari fasce di veicoli, finalizzate a premiare i veicoli con maggiore efficienza energetica. Sempre dal 2009 per i residenti nella Provincia di Bolzano, invece, è stata deliberata la riduzione del 10 per cento, rispetto alle tariffe 2008, di tutte le tariffe riguardanti la tassa automobilistica provinciale. Tali nuove disposizioni fanno sì che, a decorrere dal 2009, la classificazione delle regioni con riferimento all'applicazione delle maggiorazioni sul bollo auto si articoli in sei (e non più quattro) gruppi:

- ▶ il primo, costituito dalle Regioni nelle quali si applica la tariffa base, così come prevista dalla Finanziaria 2007: Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria, Valle d'Aosta;
- ▶ il secondo, composto dalle regioni in cui si applica la maggiorazione del 10 per cento: Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria e Veneto;
- ▶ il terzo comprende la sola regione Marche, che applica una maggiorazione del 7,98 per cento;
- ▶ il quarto riguarda il Molise, che applica un incremento pari al 7 per cento;
- ▶ il quinto riguarda la Provincia Autonoma di Bolzano che – dal 2009 – applica su tutti i veicoli una riduzione del 10% sulla tariffa base, come prevista dalla Finanziaria 2007;
- ▶ il sesto riguarda la Toscana, che –dal 2009 – applica nuove esenzioni pluriennali per taluni veicoli a doppia alimentazione, nonché riduzioni tariffarie per veicoli appartenenti alle classi ambientali Euro 4 ed Euro 5.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero ticket sul pronto soccorso e compartecipazioni alla spesa farmaceutica.

Rispetto al ticket sul pronto soccorso, la legge 296/2006 (Legge Finanziaria 2007) ha previsto, per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospeda-

liero non seguite da ricovero³¹, che gli assistiti non esenti siano tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro, in tutto il territorio nazionale. Tale quota fissa non è, comunque, dovuta dagli assistiti di età inferiore a 14³² anni. Sono fatte salve le disposizioni eventualmente assunte dalle regioni che, per l'accesso al pronto soccorso ospedaliero, possono porre a carico degli assistiti oneri più elevati³³. Ad oggi non è possibile valutare l'efficacia dei provvedimenti adottati dalle regioni in quanto non vi è disponibilità di informazioni relative ai volumi di attività di pronto soccorso. Per i dettagli circa gli assetti regionali vigenti in merito all'applicazione delle compartecipazioni alla spesa per prestazioni erogate in regime di pronto soccorso si veda la Tabella 3.21.

Per quanto concerne la spesa farmaceutica, si rileva un aumento della quota di compartecipazione (ticket) del 20% su base annua, con un livello medio di incidenza del 5,4% sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda³⁴ (Tabella 3.22). Le forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica e l'adozione di forme alternative di distribuzione sono adottate da molte regioni, sia perché si tratta di misure esplicitamente previste dalla L. 405/01 (compartecipazioni alla spesa ed interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci), sia perché esiste un esplicito tetto di spesa sull'assistenza farmaceutica territoriale³⁵, pari al 14% delle assegnazioni complessive da parte dello stato centrale (inclusiva dei farmaci dispensati sul territorio per canali alternativi a quello delle farmacie aperte al pubblico e dei farmaci per pazienti ricoverati). Nel 2008 la spesa farmaceutica territoriale è stata pari al 13,9% delle assegnazioni. La distribuzione diretta ha rappresentato circa il 12% della spesa territoriale e circa un terzo della spesa farmaceutica non convenzionata. La spesa ospedaliera, pari a 3,7 miliardi, assorbe il 3,7% delle assegnazioni per il 2008 ed è superiore rispetto al tetto assegnato (2,4%).

Una terza misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dall'Accordo del 16/12/2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione. La Regione Lazio è stata la prima a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Non sono invece riconosciute come forme di copertura dei disavanzi:

³¹ La cui condizione è stata codificata come codice bianco (ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti).

³² Fanno eccezione la PA Bolzano e la regione Friuli Venezia Giulia, in cui non sono previste esenzioni in relazione agli accessi di pronto soccorso.

³³ Tutte le regioni e province autonome hanno dato applicazione a tale norma, ad eccezione della regione Basilicata che non prevede l'applicazione di alcun ticket per il pronto soccorso.

³⁴ Al netto degli sconti a carico della filiera.

³⁵ Il tetto di spesa del 14% è riferito alla spesa farmaceutica territoriale, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta, delle compartecipazioni e della distribuzione diretta di farmaci in classe A, inclusa la distribuzione in nome e per conto e in sede di dimissione ospedaliera. Rientra, quindi, nel budget per la spesa territoriale anche una parte di spesa non convenzionata (ospedaliera + distribuzione diretta).

Tabella 3.21 **Le compartecipazioni alla spesa sanitaria per prestazioni erogate in regime di pronto soccorso: assetti regionali**

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
Piemonte	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta • dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti • dagli assistiti esenti in base alla normativa regionale
Valle d'Aosta	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta agli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti
Lombardia	25 € per la visita specialistica, comprese eventuali altre prestazioni diagnostico-terapeutiche	codici bianchi non seguiti da ricovero	Sono esentati dal ticket: • cittadini di età inferiore a 14 anni • i cittadini di età superiore a 65 anni • Le prestazioni effettuate a seguito di infortunio sul lavoro in assicurati INAIL. • Le prestazioni effettuate su richiesta degli organi di pubblica sicurezza o polizia giudiziaria • Tutte le categorie esenti secondo quanto previsto dalla normativa regionale per le prestazioni ambulatoriali
Bolzano	50 € + tariffa per ogni prestazione specialistica ambulatoriale fino a un massimo di 100 €	casi non urgenti e/o non giustificati le esenzioni valgono solo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali	La quota fissa è dovuta da tutti i pazienti, le esenzioni riguardano solo le prestazioni specialistiche ambulatoriali: • tutte le categorie esenti secondo quanto previsto per le prestazioni ambulatoriali Agevolazione per famiglie: • esenzione totale del ticket per figli a carico fino a 14 anni con un reddito familiare annuo depurato di 36.152 Euro • diminuzione del ticket al 50% per tutte le tariffe per figli a carico con il massimale annuale ridotto al 50%
	15 €	casi giustificati qualora non seguiti da ricovero ospedaliero	• Accessi seguiti da ricovero Le seguenti categorie: • detenuti • soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati • indigenti • pazienti sottoposti a terapia del dolore (L. 08.02.2001 n. 12) • invalidi civili al 100 per cento, compresi i non vedenti con residuo visivo binoculare fino ad 1/20 • invalidi civili minoranti che percepiscono l'assegno di accompagnamento • invalidi di guerra • grandi invalidi per servizio, grandi invalidi del lavoro • alcune patologie ed invalidità (secondo decreti del Ministero per la sanità n. 329/1999 e n. 296/2001) • altri invalidi che non sono totalmente esenti • titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico • persone sopra i 65 anni con un reddito complessivo familiare depurato di 36.152 Euro all'anno • titolari di pensioni al minimo di età superiore ai 60 anni ed i loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263 Euro annuali, incrementato fino a 11.362 Euro annuali in presenza del coniuge e 516 Euro per ogni figlio a carico

Tabella 3.21 (segue)

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
Trento	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	Non sono soggetti al ticket: • gli assistiti di età inferiore a 14 anni • coloro che sono esenti per motivi di reddito • gli accessi al PS seguiti da ricovero • gli accessi al PS per traumi, avvelenamenti acuti, malattia cronica o rara, invalidità o condizione soggettiva (donazione sangue organi o tessuti, maternità, infortuni sul lavoro)
Veneto	25 € per la visita medica eseguita dal medico di PS 18,5 € per l'attività di consulenza e per la visita pediatrica eseguita dal medico del PS pediatrico ticket fino a 36,15 euro ogni otto prestazioni della stessa branca specialistica per le eventuali altre prestazioni (secondo le modalità previste per la specialistica ambulatoriale)	codici bianchi	La quota di 25 euro non è dovuta: • dagli assistiti di età inferiore a 14 anni • dai non esenti afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti • gli utenti esenti in base alla vigente normativa
Friuli VG	Ticket di (Le voci dal 3 al 9 sono comprensive della visita di PS): 1) 7,74 € per Visita di Pronto soccorso 2) 10,32 € per visite per consulenze specialistiche 3) 18,07 € per esami di laboratorio 4) 12,91 € per radiografia al torace 5) 23,24 € per altre indagini radiologiche 6) 30,98 € per Ecografia 7) 12,91 € per ECG 8) 23,24 € per EEG (incl. consulenza neurologica) 9) 12,91 € per altri esami strumentali (consulenze specialistiche).	– prestazioni di PS per situazioni clinico patologiche la cui definizione diagnostica e/o il trattamento terapeutico possono essere differiti – prestazioni programmate successive al primo trattamento	il ticket è dovuto da tutti i cittadini, anche gli esenti
Liguria	25 € sulla visita effettuata dal medico di Pronto Soccorso e/o da medici consulenti 36,15 € (tetto massimo complessivo) nel caso in cui, oltre alla visita, vengano erogate ulteriori prestazioni diagnostiche di laboratorio, strumentali o terapeutiche.	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta: • dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni • dai non esenti afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti • dai soggetti esenti ai sensi della normativa nazionale (per i soggetti esenti per patologia limitatamente a prestazioni correlate alla patologia stessa)
Emilia R	25 € per la visita Ticket per eventuali prestazioni, applicato secondo le regole per la specialistica	codici bianchi non seguiti da ricovero	• esenti per età e reddito, patologia, invalidità • bambini fino a 14 anni di età, indipendentemente dal reddito

Tabella 3.21 (segue)

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
Toscana	25 € per l'accesso e per una prima visita e per gli eventuali esami di laboratorio Fino a ulteriori 25€ se vengono effettuati ulteriori esami (secondo ticket specialistica ambulatoriale)	codici bianco e azzurro (non critico, non urgente)	<ul style="list-style-type: none"> • i bambini con meno di 14 anni • tutti coloro che hanno l'esenzione dal ticket sanitario • tutti coloro che hanno necessità di un breve periodo di osservazione nell'area di PS o comunque all'interno della struttura ospedaliera. Inoltre, non sono soggette ad alcuna partecipazione alla spesa le prestazioni successive e conseguenti ad eventi, fatti o traumi trattati in PS in regime di esenzione e direttamente prescritte dai professionisti del Pronto Soccorso
Umbria	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti
Marche	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti
Lazio	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti
Abruzzo	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti per reddito, età, patologia e invalidità
Molise	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti
Campania	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta: dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni, dai non esenti afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti, dagli esenti per patologia, infortuni e reddito
Puglia	25 € per la visita ticket per eventuali prestazioni specialistiche (con un massimo di 36,15 € dovuti per ogni raggruppamento di prestazioni afferenti alla stessa branca specialistica, fino ad un massimo di n.8 prestazioni, se non in possesso di esenzione (età, disoccupazione, patologia per le prestazioni previste, invalidità, ecc.)	codici bianchi non seguiti da ricovero per i minori (dal 6 anni compiuti fino ai 14 anni) è dovuto il ticket sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali (qualora non esenti per altra causa)	La quota fissa non è dovuta: <ul style="list-style-type: none"> • dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni • dai non esenti afferenti al pronto soccorso per Accessi seguiti da ricovero • per Accessi in situazione di urgenza/emergenza (inclusi traumi e ad avvelenamenti acuti)
Basilicata	non si applica il ticket	--	--
Calabria	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti

Tabella 3.21 (segue)

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
Sicilia	quota fissa 25 €	codici bianchi, ad eccezione di quelli – seguiti da ricovero – afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi ed avvelenamenti acuti	<ul style="list-style-type: none"> Assistiti di età inferiore ai 14 anni Gli esenti per reddito (soggetti appartenenti a nuclei familiari con ISEE non superiore ad € 9.000,00). Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla I alla V (DM 1 febbraio 1991 art. 6). Invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi (DM 1 febbraio 1991, art. 6). Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla I alla V (DM 1 febbraio 1991, art. 6). Invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi (67%-100%), (DM 1 febbraio 1991, art. 6). Invalidi civili con assegno di accompagnamento (DM 1 febbraio 1991, art. 6). Ciechi e sordomuti indicati, rispettivamente, dagli articoli 6 e 7 della legge 2 aprile 1968, n. 482 (DM 1 febbraio 1991, art. 6). Ex deportati nei campi di sterminio. Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (legge 20 ottobre 1990 n. 302, legge 23 novembre 1998 n. 407). Invalidi civili minori di 18 anni, con indennità di frequenza o di accompagnamento (L.n. 289/90, Dlgs n. 124/98, art. 5, c. 6) Detenuti ed internati (Dlgs n. 230 del 22 giugno 1999, come modificato ed integrato dal Dlgs n. 433/2000). Tossicodipendenti in terapia metadonica. Categorie di soggetti con patologie croniche ed invalidanti: limitatamente alle prestazioni correlate alle patologie previste. Categorie di soggetti affette da malattie rare. Invalidi per servizio e invalidi di guerra dalla 6ª alla 8ª categoria. Infortunati sul lavoro, o affetti da malattie professionali.
Sardegna	quota fissa 25 €	codici bianchi	<p>La quota non è dovuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> dai minori di 14 anni dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti. prestazioni erogate a seguito dell'intervento dell'unità medicalizzata 118 prestazione erogata a seguito di infortunio sul lavoro in assicurati INAIL prestazioni erogate a fronte di una specifica richiesta del medico di base o del medico di continuità assistenziale con proposta di ricovero dai soggetti esenti ai sensi della normativa nazionale e regionale
	15 €	codici verdi (pazienti poco critici e a bassa priorità di accesso)	

Nota: Aggiornata alle disposizioni vigenti a marzo 2009.

Fonte: Agenas (2009)

Tabella 3.22 Le partecipazioni alla spesa farmaceutica e l'adozione di particolari modalità distributive dei farmaci nelle diverse regioni

Valori assoluti (milioni Euro) Anno 2008	Territoriale	Convenzionata netta	Ticket	Distribuzione Diretta	Ticket/ (Netta + Ticket)	Incidenza Territoriale su Assegnazioni 2008	Non convenzionata	Ospedaliera	Incidenza Ospedaliera su Assegnazioni 2008	Distribuzione Diretta / Non Convenzionata
Piemonte	961,6	824,1	46,6	91,2	5,3%	12,6%	403,7	312,5	4,1%	22,6%
Valle d'Aosta	25,6	21,2	0,4	3,2	2,1%	12,1%	9,3	6,1	2,9%	34,3%
Lombardia	1.922,1	1.604,8	160,2	157,0	9,1%	12,0%	661,5	504,5	3,1%	23,7%
Bolzano	82,3	59,9	5,3	17,0	8,1%	10,1%	42,4	25,4	3,1%	40,0%
Trento	93,8	77,1	1,4	14,6	1,8%	11,2%	36,4	21,9	2,6%	40,0%
Veneto	955,3	768,5	74,0	112,7	8,8%	12,0%	414,9	302,3	3,8%	27,2%
Friuli VG	273,9	225,0	4,8	43,3	2,1%	13,0%	127,0	83,6	4,0%	34,1%
Liguria	416,6	334,6	15,8	66,1	4,5%	13,7%	180,6	114,5	3,8%	36,6%
Emilia R	933,5	745,1	17,7	170,0	2,3%	12,6%	467,4	297,4	4,0%	36,4%
Toscana	811,3	641,5	16,3	152,8	2,5%	12,6%	425,4	272,7	4,3%	35,9%
Umbria	196,9	160,4	3,9	31,7	2,4%	12,8%	93,6	61,9	4,0%	33,9%
Marche	366,6	295,1	7,0	63,8	2,3%	13,7%	153,2	89,4	3,3%	41,6%
Lazio	1.446,8	1.255,3	49,9	140,3	3,8%	15,8%	488,7	348,3	3,8%	28,7%
Abruzzo	312,9	271,4	11,6	29,5	4,1%	14,1%	130,8	101,2	4,6%	22,6%
Molise	76,2	64,0	4,6	7,3	6,7%	13,8%	23,3	16,0	2,9%	31,4%

Tabella 3.22 (segue)

Valori assoluti (milioni Euro) Anno 2008	Territoriale	Convenzionata netta	Ticket	Distribuzione Diretta	Ticket/ (Netta + Ticket)	Incidenza Territoriale su Assegnazioni 2008	Non convenzionata	Incidenza Ospedaliera su Assegnazioni 2008	Distribuzione Diretta / Non Convenzionata
Campania	1.394,1	1.134,5	53,5	205,9	4,5%	14,7%	515,9	310,0	39,9%
Puglia	1.026,1	869,8	36,9	119,3	4,1%	15,2%	396,2	276,9	30,1%
Basilicata	134,1	114,8	2,6	16,1	2,2%	13,2%	52,6	36,5	30,5%
Calabria	547,4	491,4	12,3	43,1	2,4%	16,2%	127,1	84,0	33,9%
Sicilia	1.305,1	1.088,5	113,1	103,3	9,4%	16,0%	387,7	284,4	26,6%
Sardegna	407,5	336,3	8,6	62,2	2,5%	14,9%	185,2	122,9	33,6%
Totale	13.680,5	11.383,4	646,4	1.650,5	5,4%	13,7%	5.322,6	3.672,1	31,0%

Nota: L'entità dei ticket sui farmaci è calcolata come incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda, che è pari al valore dei farmaci dispensati dalle farmacie convenzionate in prezzi al pubblico. I ticket sono rappresentati da quote fisse per ricetta o confezione dispensata a carico del SSN, dall'eventuale differenza tra prezzo della prescrizione e prezzo di riferimento applicato ai principi attivi per i quali sia disponibile almeno un generico nel normale ciclo distributivo regionale, prezzo di riferimento applicato in tutte le regioni, oltre che alla eventuale applicazione di prezzi di riferimento per le categorie terapeutiche omogenee (Cavalli e Otto, 2007). Per la distribuzione diretta, l'Osservatorio sull'impiego dei medicinali dell'AIFA ha pubblicato nel 2007 la spesa per farmaci in Pronto Soccorso-Territorio (PHT) acquistati dalle aziende sanitarie e distribuiti sul territorio. Tale dato non è stato aggiornato nel 2008.

Fonte: elaborazioni su dati Osservatorio Farmaci (2009), Osmed (2008) e AIFA (2009)

- ▶ le cartolarizzazioni dei crediti, finalizzate a recuperare liquidità: con queste operazioni le aziende sanitarie cedono i crediti che vantano nei confronti di altri enti pubblici³⁶, ad esempio la regione, con lo scopo non di ridurre il disavanzo, ma di generare uno *stock* di liquidità in grado di allentare le tensioni di cassa. Un'esperienza di questo tipo è stata avviata in Regione Lazio, dove nel 2003 sono stati cartolarizzati i crediti vantati da SAN.IM. (delegata dalle ASL a pagare i canoni di leasing) nei confronti della Regione;
- ▶ le operazioni di cessione dei crediti, finalizzate a rilevare i debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori. Esperienze di questo tipo sono state condotte dalla Regione Campania, che nel 2004 ha visto partire la cessione dei crediti (fino a 430 milioni di euro) vantati dagli associati AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) nei confronti delle ASL, accumulati nel corso del 2004, e dalla Regione Abruzzo (per 337 milioni di euro), dove è stata portata a termine una complessa manovra di finanza strutturata a doppio veicolo, che ha avuto come protagonisti le Asl, Dexia Crediop e Merrill Lynch, un pool di banche e F.I.R.A., la finanziaria regionale.

La Tabella 3.23 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le regioni³⁷.

Allegato

Come già in parte evidenziato nel par. 3.1, esistono diversi dati di spesa sanitaria (con riferimento, in particolare, a quella pubblica). In estrema sintesi, l'Istat elabora dati provenienti da diverse fonti, la principale delle quali è rappresentata dal Ministero della Salute. Tali rielaborazioni portano a diversi dati di spesa sanitaria, pubblicati in differenti conti nazionali. Alcuni di questi dati vengono trasmessi all'OCSE, ai fini di comparazione internazionale.

Nel prosieguo vengono identificati, per ogni categoria di spesa (spesa sanitaria

³⁶ La differenza con le operazioni di factoring risiede nel fatto che in quest'ultima tipologia di operazioni vengono ceduti crediti commerciali, quindi di solvibilità meno certa rispetto ai crediti vantati nei confronti di enti pubblici.

³⁷ Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consip, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le regioni, e l'applicazione puntuale del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).

Tabella 3.23 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate**

Regione	Maggiorazione addizionale IRPEF	Maggiorazione IRAP	Maggiorazione bollo auto	Cartolarizzazione
Piemonte	X	X		
Valle d'Aosta				
Lombardia	X	X		
Bolzano				
Trento				
Veneto	X	X	X	
Friuli VG				
Liguria	X	X	X	
Emilia R	X	X		
Toscana		X	X	
Umbria	X	X		
Marche	X	X	X	
Lazio	X	X		Immobiliare*
Abruzzo	X	X	X	*
Molise	X	X	X	
Campania	X	X	X	*
Puglia	X	X		
Basilicata				
Calabria	X		X	
Sicilia	X	X		*
Sardegna				

* Si segnala che la regione Lazio ha effettuato sia cartolarizzazioni immobiliari che dei crediti, mentre Abruzzo, Campania e Sicilia hanno effettuato solo cartolarizzazioni dei crediti, quindi misure non ammesse come strumenti di copertura dei disavanzi.

pubblica e privata, corrente e per investimenti), le fonti e le modalità di elaborazione dei dati trasmessi all'OCSE.

Spesa sanitaria pubblica corrente

Il punto di partenza è rappresentato dai dati provenienti dai flussi informativi del Ministero della Salute. Tali dati vengono forniti dalla «Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di

sistema» del Ministero della Salute e rilevati tramite i modelli CE, nell'ambito del SIS (Sistema Informativo Sanitario). I dati derivanti dal SIS, pubblicati nella Sezione Sanità del Volume Secondo e Terzo della RGSEP (Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese), sono in linea di massima quelli utilizzati nel presente capitolo per le serie storiche nazionali sulla spesa sanitaria corrente pubblica (ovvero dalla Tabella 3.7 in poi, esclusa la Tabella 3.9 – cfr. *supra*).

Tali dati vengono rielaborati, ottenendo il Conto Economico Consolidato delle ASL e delle Aziende Ospedaliere (Tabella CN34 del Volume Primo della RGSEP) (dato non utilizzato nel presente capitolo). Le principali elaborazioni sono rappresentate da: (i) valutazione delle uscite al netto delle entrate proprie delle aziende sanitarie; (ii) rielaborazione dei dati secondo il sistema SEC95; (iii) stima dei dati di ammortamento (stime derivanti dai dati di contabilità nazionale³⁸) e del risultato netto di gestione; (iv) «spalmatura» di alcune voci (quali sopravvenienze ed insussistenze) sulle relative voci di spesa secondo le indicazioni fornite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (il totale di tali voci rimane comunque identico a quello dei dati originari di bilancio).

Successivamente viene elaborato il Conto Economico Consolidato della Sanità (Tabella CN38 del Volume Primo della RGSEP) (dato non utilizzato nel presente capitolo), che di fatto rileva tutta la spesa sanitaria pubblica corrente riferita al complesso della Pubblica Amministrazione, esclusa la spesa sostenuta dal Ministero della Salute. Le principali elaborazioni sono rappresentate: (i) dall'aggiunta dei costi sostenuti da altri enti pubblici (comuni, province, stato) per servizi sanitari (quali, ad esempio, costi per la profilassi di malattie infettive); (ii) dall'aggiunta del costo della Croce Rossa Italiana (i costi di altri enti, quali l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, vengono inclusi nell'ambito della ricerca e non della sanità). Le uscite in Tabella CN38 vengono classificate in quattro voci: «prestazioni», ovvero uscite per l'erogazione di prestazioni sanitarie (92,9% del totale delle uscite); «contribuzioni diverse» degli enti pubblici, rappresentate dai finanziamenti ad enti quali Croce Rossa Italiana, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, Università per borse di studio specializzandi, ecc.) (cfr. Nota a Tabella 3.7) (0,9% del totale); «servizi amministrativi» (5,0% del totale), ovvero le spese per servizi amministrativi delle aziende sanitarie, ottenute sommando la spesa per il personale appartenente al ruolo amministrativo, una quota della spesa del personale appartenente al ruolo professionale ed una quota della spesa per beni e servizi; «altre uscite», rappresentate in gran parte da interessi passivi (1,1% del totale). La voce «prestazioni» confluisce nel Conto Prestazioni di Protezione Sociale (Tabella TS3, contenuta nel Volume Secondo della RGSEP), elaborato secondo il sistema SE-

³⁸ Il dato degli ammortamenti non è infatti preso in considerazione dal Ministero della Salute. Ciò è motivato dalla disomogeneità (maggiore rispetto ad altre voci) delle informazioni provenienti dai bilanci delle aziende sanitarie, dovuta alle differenti strategie in materia di sterilizzazione degli stessi ed alla differente valutazione del patrimonio iniziale (cfr. anche Note alla Tabella 3.7).

SPROS96 (Sistema delle statistiche integrate della protezione sociale) (dato utilizzato nella Tabella 3.9 del presente capitolo, in cui si sono confrontate le diverse voci di spesa pubblica per prestazioni legate al sistema di *welfare*).

Aggiungendo al dato delle uscite della Tabella CN38 la stima Istat della spesa del Ministero della Salute, si arriva al dato trasmesso all'OCSE come «spesa sanitaria pubblica corrente».

Spesa sanitaria pubblica per investimenti

Fino al 1996 il dato di spesa sanitaria pubblica in conto capitale veniva desunto dagli RND delle aziende sanitarie. Dal 1996, non essendo tale dato più disponibile, viene elaborata una stima a partire dal Conto consolidato di cassa della sanità (dati Ministero dell'Economia e delle Finanze) (Tabella ES3, Volume Secondo della RGSEP, voce «Pagamenti di capitali»). Tale voce ammonta nel 2008 a 2.513 milioni di Euro (+5,8% rispetto al 2003), pari al 2,4% della spesa sanitaria pubblica totale. Il dato non viene riportato nel presente capitolo, se non per il fatto che è incluso nella spesa sanitaria complessiva del Database OCSE.

Spesa sanitaria privata corrente

I dati sono desunti da rilevazioni campionarie dei consumi delle famiglie, integrati da informazioni «ad hoc» su alcune prestazioni sanitarie (quali l'acquisto di farmaci). Tali dati sono contenuti nella Tabella CN23 del Volume Primo della RGSEP. La spesa privata per prestazioni sanitarie si distingue in «spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico», «spesa per servizi ambulatoriali» e «spesa per servizi ospedalieri» (16,7% del totale). Il dato complessivo della spesa sanitaria privata è usato in Tabella 3.7, sotto la voce «spesa sanitaria privata corrente». Viene anche riportato il dettaglio per voce di spesa nella Tabella 3.11).

Spesa sanitaria privata per investimenti

Tale spesa viene stimata a partire dalla voce di contabilità nazionale «investimenti fissi lordi», riferita alla «sanità e servizi sociali». Da tale voce vengono sottratte le spese per investimenti pubblici (cfr. *supra*): la restante quota viene divisa tra sanità e servizi sociali, sulla base di stime dell'Istat.

Per maggiori dettagli sulle fonti informative della spesa sanitaria si rimanda a Cavalli et al. (2007).

Bibliografia

- AGENAS (2009), *Il ticket di pronto soccorso – principali caratteristiche dei sistemi regionali vigenti al 31 marzo 2009*, www.assr.it
- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende

- nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Cavalli L., Jommi C., Lecci F. (2007), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendaalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Cavalli L., Otto M. (2007), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica: un quadro delle iniziative adottate», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendaalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Istat (2009), *Statistiche demografiche* (<http://demo.istat.it/pop2008/index.html>) (ultimo accesso, 29 Luglio 2009).
- Jommi C. Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Jommi C. Lecci F. (2008), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*.
- OECD (2009), *OECD Health Data 2009*, OECD.
- Osmed (vari anni), *L'uso dei farmaci in Italia*.
- Osservatorio Farmaci, CER GAS (2008), *Report 21. Report annuale per il 2007*.
Osservatorio Farmaci, CER GAS, Aprile 2008.
- Osservatorio Farmaci, CER GAS (2009), *Report 23. Report annuale per il 2008*.
Osservatorio Farmaci, CER GAS, Aprile 2009.