

3 **La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione**

*di Claudio Jommi e Francesca Lecci**

3.1 **Premessa**

Il presente capitolo rappresenta un aggiornamento dell'analisi effettuata nel precedente Rapporto OASI (Cavalli et al., 2007) ed illustra i dati relativi alla spesa sanitaria nazionale e regionale, i dati dei disavanzi regionali e le misure decise 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 (ultimo aggiornamento 15 luglio 2008).

3.2 **I confronti internazionali**

Il Database OCSE 2008 copre, per la maggior parte dei Paesi, il periodo compreso tra il 1960 ed il 2006, mentre sono presenti i dati 2007 solo per alcuni Paesi.

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,

* Per quanto il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i paragrafi 3.1, 3.3 e 3.4 sono stati curati da Claudio Jommi, i paragrafi 3.2 e 3.5 da Francesca Lecci.

- il 1995 ed il periodo 2000-2006, 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. 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 pro-capite 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. 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 2006 l'incidenza della spesa per investimenti sulla spesa sanitaria nell'UE-15 è compresa, con riferimento alla spesa totale (pubblica + privata), tra il 4,5% dell'Irlanda e il 3,4% della Spagna², e con riferimento alla spesa pubblica, tra il 7% del Portogallo e il 2,4% dell'Italia³. L'analisi dei dati nazionali contenuta nel presente capitolo si riferisce alla sola spesa corrente;

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 2006 sono incompleti.

³ Anche in questo caso, il dato 2006 è incompleto.

- ▶ i dati di alcuni Paesi non sono completi. Lo split della spesa sanitaria complessiva tra componente pubblica e privata non è disponibile per il 2006 in alcuni Paesi (Belgio, Danimarca, Olanda, Repubblica Slovacca, Australia, Giappone). Per la Repubblica Slovacca la serie storica della spesa sanitaria complessiva parte dal 2000. 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;
- ▶ per l'Italia i dati OCSE non coincidono con quelli riportati nelle tabelle nazionali;
- ▶ il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (Compound annual 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 (Tabella 3.1) risulta del 10% circa inferiore al dato complessivo UE, come risultato di un tasso di crescita 0,9 punti percentuali minore rispetto alla media dei quindici Paesi. 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 di gran lunga il più elevato dato di spesa sanitaria procapite. Nei nuovi Paesi UE, invece, la spesa procapite è decisamente più bassa. Tale fenomeno è da ascrivere, almeno in parte, alle minori disponibilità economiche.

Se si considera l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL (Tabella 3.2) il differenziale tra nuovi e vecchi Paesi UE si abbassa sensibilmente, in quanto, si rapporta la spesa sanitaria alle disponibilità economiche della popolazione. Peraltro, rimangono differenze consistenti, legate all'elevata elasticità della domanda di prestazioni sanitarie al reddito: 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 alla spesa procapite pubblica l'Italia presenta un dato inferiore al valore UE, per effetto di un tasso di crescita più basso nella prima metà degli anni '90 e nel quadriennio 2001-2005. Dal 1996 al 2001, anni di espansione della spesa sanitaria pubblica, il tasso di crescita medio in Italia è stato superiore a quello UE (8,2% rispetto al 4,7%) (Tabella 3.3). L'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è in Italia (6,9% nel 2006) inferiore al valore UE (7,1% nel 2005). Tuttavia, la notevole espansione della spesa sanitaria pubblica nella seconda metà degli anni '90 (ed in particolare nel biennio 2000-2001) e la contestuale inferiore crescita del PIL ha generato una sensibile riduzione della distanza dal valore UE (Tabella 3.4).

La copertura pubblica della spesa sanitaria (Tabella 3.5) dipende ovviamen-

Tabella 3.1 Spesa sanitaria totale procapite -- \$ PPA (1990; 1995; 2000-2006)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	2000	2005	2006	Variazione % media (1990-2006)	Variazione % media (1990-1995)	Variazione % media (1995-2001)	Variazione % media (2001-2006)
UE (15)													
Austria	1.328	1.408	1.541	1.647	1.718	2.229	2.825	3.507	3.606	6,4%	10,9%	5,4%	4,5%
Belgio	1.341	1.470	1.557	1.597	1.634	1.828	2.301	3.421	3.488	6,2%	6,4%	6,0%	7,3%
Danimarca	1.522	1.568	1.641	1.746	1.830	1.844	2.381	3.169	3.349	5,1%	3,9%	6,8%	5,5%
Finlandia	1.419	1.560	1.552	1.426	1.400	1.430	1.717	2.523	2.668	4,0%	0,2%	5,4%	7,5%
Francia	1.532	1.647	1.752	1.858	1.920	2.028	2.487	3.306	3.449	5,2%	5,8%	5,5%	5,4%
Germania	1.738	nd	1.961	1.977	2.111	2.271	2.634	3.251	3.371	4,2%	5,5%	3,9%	4,1%
Grecia	844	864	963	1.074	1.214	1.250	1.950	2.283	2.483	7,0%	8,2%	11,7%	2,7%
Irlanda	794	891	1.007	1.042	1.123	1.216	1.822	3.126	3.082	8,8%	8,9%	12,1%	7,5%
Italia	1.387	1.500	1.550	1.536	1.537	1.534	2.078	2.496	2.614	4,0%	2,0%	7,4%	3,6%
Lussemburgo	1.533	1.631	1.758	1.871	1.905	2.033	2.984	4.153	4.303	6,7%	5,8%	10,0%	5,6%
Olanda	1.435	1.542	1.632	1.697	1.740	1.822	2.258	3.192	3.391	5,5%	4,9%	6,7%	6,1%
Portogallo	674	798	852	892	924	1.096	1.625	2.029	2.120	7,4%	10,2%	9,0%	4,7%
Spagna	873	953	1.030	1.086	1.114	1.193	1.520	2.260	2.458	6,7%	6,4%	6,3%	8,7%
Svezia	1.589	1.572	1.604	1.649	1.654	1.734	2.272	3.012	3.202	4,5%	1,8%	6,8%	5,9%
Regno Unito	987	1.077	1.181	1.240	1.332	1.385	1.859	2.580	2.760	6,6%	7,0%	8,0%	6,3%
Totale UE (15)	1.316	1.030	1.524	1.569	1.637	1.734	2.191	2.785	2.913	5,1%	5,7%	6,1%	4,5%

Tabella 3.1 (segue)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	2000	2005	2006	Variazione % media (1990-2006)	Variazione % media (1990-1995)	Variazione % media (1995-2001)	Variazione % media (2001-2006)
UE (nuovi Paesi)													
Rep. Ceca	561	542	570	770	820	902	971	1.447	1.490	6,3%	10,0%	3,2%	7,1%
Ungheria	594	594	633	647	730	685	857	1.440	1.504	6,0%	2,9%	7,4%	9,0%
Polonia	300	358	378	384	387	423	590	843	910	7,2%	7,1%	8,9%	7,1%
Rep. Slovacca							595	1.130	nd	nd	nd	nd	nd
Altri paesi europei													
Norvegia	1.393	1.548	1.647	1.691	1.780	1.893	3.082	4.328	4.520	7,6%	6,3%	11,7%	6,5%
Svizzera	2.029	2.217	2.345	2.395	2.470	2.573	3.181	4.069	4.311	4,8%	4,9%	5,6%	5,0%
Altri paesi non europei													
Australia	1.306	1.382	1.462	1.540	1.634	1.741	2.397	2.999	nd	nd	5,9%	7,9%	nd
Canada	1.737	1.876	1.970	2.015	2.054	2.055	2.509	3.460	3.678	4,8%	3,4%	5,8%	6,2%
Giappone	1.116	1.194	1.282	1.368	1.466	1.541	1.967	2.474	nd	nd	6,7%	6,2%	nd
Stati Uniti	2.752	2.970	3.180	3.375	3.514	3.670	4.569	6347	6714	5,7%	5,9%	6,0%	6,4%

Nota: Il valore UE - 15 per il 2005 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per due Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

Tabella 3.2 **Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL (1990; 1995; 2000-2006)**

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

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

Tabella 3.3 Spesa sanitaria pubblica procapite -- \$ PPA (1990; 1995; 2000-2006)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Variazione % media (1990-2006)	Variazione % media (1990-1995)	Variazione % media (1995-2001)	Variazione % media (2001-2006)
UE (15)													
Austria	976	1.544	2.144	2.195	2.276	2.438	2.582	2.665	2748	6,7%	9,6%	7,3%	4,6%
Belgio		1.434	1.750	1.878	1.979	2.205	2.404	2.451	nd	nd	nd	5,5%	nd
Danimarca	1.259	1.522	1.963	2.117	2.203	2.353	2.506	2.614	nd	nd	3,9%	6,8%	nd
Finlandia	1.148	1.080	1.290	1.412	1.536	1.558	1.700	1.813	2027	3,6%	-1,2%	5,5%	7,5%
Francia	1.174	1.548	1.948	2.075	2.197	2.389	2.534	2.693	2750	5,5%	5,7%	6,0%	5,8%
Germania	1.325	1.829	2.098	2.184	2.286	2.462	2.437	2.527	2591	4,3%	6,7%	3,6%	3,5%
Grecia	453	651	862	1.032	1.111	1.214	1.190	1.277	1529	7,9%	7,5%	9,7%	8,2%
Irlanda	571	870	1.329	1.584	1.791	1.945	2.143	2.281	2413	9,4%	8,8%	12,7%	8,8%
Italia	1.097	1.103	1.507	1.633	1.697	1.703	1.847	1.938	2018	3,9%	0,1%	8,2%	4,3%
Lussemburgo	1.427	1.879	2.665	2.874	3.367	4.281	4.851	3744	3910	6,5%	5,7%	8,9%	6,4%
Olanda	962	1.294	1.424	1.586	1.733	1.832	1.894	1920	nd	nd	6,1%	4,2%	nd
Portogallo	441	686	1.179	1.205	1.288	1.344	1.358	1.478	1495	7,9%	9,2%	11,9%	4,4%
Spagna	687	861	1.089	1.151	1.228	1.373	1.487	1.609	1751	6,0%	4,6%	6,0%	8,8%
Svezia	1.428	1.503	1.929	2.045	2.207	2.357	2.391	2.469	2615	3,9%	1,0%	6,4%	5,0%
Regno Unito	825	1.161	1.503	1.687	1.857	1.993	2.209	2.371	2408	6,9%	7,1%	7,8%	7,4%
Totale UE (15)	955	1.332	1.639	1.755	1.892	1.961	2.081	2.083	nd	nd	4,9%	4,7%	nd

Tabella 3.3 (segue)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Variazione % media (1990-2006)	Variazione % media (1990-1995)	Variazione % media (1995-2001)	Variazione % media (2001-2006)
UE (nuovi Paesi)													
Rep. Ceca	547	820	877	947	1.085	1.215	1.259	1.310	1309	5,6%	8,4%	2,9%	6,7%
Ungheria	nd	576	606	674	783	921	942	1.021	1066	nd	nd	3,2%	9,6%
Polonia	275	308	413	465	522	527	558	601	636	5,4%	2,3%	8,6%	6,5%
Rep. Slovacca	nd	nd	532	574	638	705	782	846	nd	nd	nd	nd	nd
Altri paesi europei													
Norvegia	1.153	1.594	2.542	2.752	3.019	3.241	3.428	3.647	3780	7,7%	6,7%	11,5%	6,6%
Svizzera	1.063	1.383	1.769	1.926	2.113	2.258	2.367	2.493	2597	5,7%	5,4%	6,8%	6,2%
Altri paesi non europei													
Australia	876	1.161	1.640	1.715	1.839	1.952	2.110	2.011	nd	nd	5,8%	8,1%	nd
Canada	1.295	1.466	1.766	1.909	1.994	2.110	2.220	2.337	2591	4,4%	2,5%	5,4%	6,3%
Giappone	866	1.279	1.599	1.699	1.742	1.828	1.927	2.046	nd	nd	8,1%	5,8%	nd
Stati Uniti	1.093	1.664	1.995	2.191	2.372	2.528	2.698	2.884	3074	6,7%	8,8%	5,7%	7,0%

Nota: Il valore UE - 15 per il 2006 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

Tabella 3.4 **Incidenza della spesa pubblica sul PIL (1990; 1995; 2000-2006)**

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

Nota: Il dato UE – 15 per il 2006 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

te dalle scelte sui modelli di servizio 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 di Svizzera e Olanda) 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 abbia generato una riduzione, più o meno sensibile, della copertura pubblica della spesa sanitaria. Tale riduzione è stata più marcata 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 inferiore al valore UE, ma soprattutto 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 15,2% del 2005. L'Italia mostra un valore inferiore alla media UE su tale indicatore, segno di un minore investimento di risorse pubblico sul SSN (cfr. anche la composizione della spesa per prestazioni di protezione sociale – Tabella 3.8). Peraltro la crescita dell'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa pubblica complessiva è stata piuttosto modesta se confrontata con altri Paesi UE.

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 2007 una crescita modesta, pari al 2,9% rispetto al 2006, confermando il deciso rallentamento del trend di crescita del 2006 (+ 2,6% rispetto al 2005) (Tabella 3.7). Dal 2002 al 2007 il tasso di crescita medio annuo della spesa pubblica è stato del 4,7%, a fronte di un 8,1% nel 1996-2001. La spesa sanitaria privata corrente continua a mantenere tassi di crescita bassi. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa

Tabella 3.5 Copertura pubblica della spesa sanitaria (%) (1990; 1995; 2000-2006)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
UE (15)									
Austria	73,5	69,3	75,9	75,7	75,4	75,3	75,6	75,7	76,20
Belgio	nd	78,5	76,0	76,6	75,2	71,6	73,1	72,3	nd
Danimarca	82,7	82,5	82,4	82,7	82,9	84,2	84,3	84,1	nd
Finlandia	80,9	75,6	75,1	75,9	76,3	76,2	77,2	77,8	76,0
Francia	76,6	76,3	78,3	78,3	78,6	79,4	79,4	79,8	79,7
Germania	76,2	80,5	79,7	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9	76,9
Grecia	53,7	52,0	44,2	47,4	47,0	46,4	44,6	42,8	61,6
Irlanda	71,9	71,6	72,9	73,6	75,6	76,7	78,2	78,0	78,3
Italia	79,1	71,9	72,5	74,6	74,5	74,7	75,8	76,6	77,2
Olanda	67,1	71,0	63,1	62,8	62,5	63,0	62,3	nd	nd
Portogallo	65,5	62,6	72,5	71,5	72,2	73,4	71,6	72,7	70,6
Spagna	78,7	72,2	71,6	71,2	71,3	70,3	70,9	71,4	71,2
Svezia	89,9	86,6	84,9	84,9	85,1	85,4	84,6	84,6	81,7
Regno Unito	83,6	83,9	80,9	83,0	83,4	85,6	86,3	87,1	87,3
Totale UE (15)	78,3	77,2	75,9	76,5	76,5	76,5	76,70	76,70	nd
UE (nuovi Paesi)									
Rep. Ceca	97,4	90,9	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	88,6	87,9
Ungheria	nd	84,0	70,7	69,0	70,2	71,3	70,5	70,9	70,9
Polonia	91,7	72,9	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3	69,9
Rep. Slovacca	nd	nd	89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4	nd
Altri paesi europei									
Norvegia	82,8	84,2	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,6	83,6
Svizzera	52,4	53,8	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	59,7	60,3
Altri paesi non europei									
Australia	67,1	66,7	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5	67,0	nd
Canada	74,5	71,4	70,4	70,0	69,6	70,2	70,2	70,3	70,4
Giappone	77,6	83,0	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7	82,7	nd
Stati Uniti	39,7	45,3	43,7	44,6	44,7	44,5	44,7	45,1	45,8

Nota: il valore UE – 15 per il 1991 è stato calcolato escludendo la Germania. Il dato UE – 15 per il 2006 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

Tabella 3.6 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva (1990; 1995; 2000-2006)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
UE (15)									
Austria	9,9	12,0	14,7	14,9	15,0	15,0	15,4	15,5	15,6
Belgio	nd	12,4	13,4	13,6	13,5	14,1	15,2	14,9	nd
Danimarca	12,3	11,2	12,6	12,9	13,2	13,8	14,1	14,4	nd
Finlandia	13,1	9,5	10,2	10,7	11,0	11,1	11,3	11,6	12,7
Francia	12,9	13,2	14,6	14,8	14,9	16,2	16,4	16,5	16,6
Germania	14,6	15,1	18,2	17,4	17,5	17,5	17,3	17,6	17,9
Grecia	7,9	9,8	10,1	11,8	11,7	11,9	10,9	11,5	13,3
Irlanda	10,2	11,7	14,5	15,4	16,1	16,8	17,2	17,0	17,3
Italia	11,6	9,8	12,7	12,8	13,1	12,9	13,8	14,1	13,9
Olanda	9,8	10,6	11,4	11,5	12,0	12,2	12,3	nd	nd
Portogallo	9,6	11,4	14,9	14,2	14,7	15,6	15,1	15,6	15,5
Spagna	nd	12,2	13,2	13,4	13,4	14,4	14,7	15,4	15,5
Svezia	nd	10,4	12,4	13,1	13,4	13,6	13,5	13,6	13,8
Regno Unito	11,9	13,0	14,8	15,3	15,3	15,4	16,0	16,2	16,4
Totale UE (15)	11,8	12,7	14,3	14,4	14,6	15,0	15,10	15,20	nd
UE (nuovi Paesi)									
Rep. Ceca	nd	11,7	14,1	13,5	13,8	14,1	14,6	14,4	13,6
Ungheria	nd	nd	10,6	10,5	10,4	12,0	11,7	12,0	11,2
Polonia	nd	8,4	9,4	9,6	10,2	9,8	10,0	9,9	9,9
Rep. Slovacca	nd	nd	9,5	11,3	11,5	12,9	14,1	13,9	nd
Altri paesi europei									
Norvegia	11,9	13,0	16,4	16,7	17,4	17,4	17,8	17,9	18,0
Svizzera	14,5	15,1	17,1	17,9	18,1	18,3	18,6	nd	nd
Altri paesi non europei									
Australia	14,1	14,3	16,6	16,9	17,7	17,8	18,2	17,1	nd
Canada	13,6	13,3	15,1	15,5	16,2	16,6	17,1	17,7	17,9
Giappone	14,5	15,9	16,0	16,8	16,7	17,1	17,7	17,7	nd
Stati Uniti	12,8	16,3	16,9	17,6	18,1	18,4	18,7	18,7	19,1

Nota: Il valore UE – 15 per il 2006 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

pubblica fino al 2001 (con aumenti più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica), mostra invece dal 2003 al 2007 un aumento contenuto e sistematicamente inferiore alla spesa pubblica. Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica + privata) ha raggiunto nel 2007 i 131 miliardi di Euro (pari all'8,5% del PIL), con un incremento del 2,7% rispetto al 2006 ed una crescita media del 4,4 % negli ultimi cinque anni.

Il finanziamento complessivo del SSN è stato fissato dalla Legge Finanziaria per il 2007 (L. 296/06) in 96.040 milioni di Euro, cui si aggiungono le integrazioni previste dalla Legge 64/06 (0,5 miliardi di Euro circa derivanti dall'abolizione delle compartecipazioni alla spesa in quota fissa per ricetta per le prestazioni specialistiche) e le ulteriori somme messe in campo dalle regioni, per un totale di 99,3 miliardi di Euro circa, con un incremento del 4,4% rispetto al 2006.

Si osserva che la stessa Legge Finanziaria per il 2007 ha previsto l'istituzione di un "fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009, da ripartirsi tra le regioni interessate da elevati disavanzi (...) il cui accesso è subordinato alla sottoscrizione di apposito accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, comprensivo di un piano di rientro dai disavanzi". I piani di rientro, oltre alle misure di riequilibrio dei profili erogativi dei LEA, devono anche prevedere misure necessarie all'azzeramento del disavanzo per il 2010. Il successivo DL 23/2007 convertito in Legge 64/2007 ha previsto ulteriori tre miliardi di Euro a titolo di ripiano selettivo dei disavanzi per il quinquennio 2001-2005. Il Prospetto 3.1 riassume 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.

Anche nel 2007 l'aumento delle risorse è stato superiore a quello della spesa, con una conseguente ulteriore contrazione del disavanzo da 4,5 a 3,2 miliardi di Euro. Se a tale disavanzo si aggiungono quelli degli anni pregressi, il debito cumulato dalle regioni dal 2001, ovvero dall'anno in cui è stata prevista la piena responsabilità regionale sulla copertura dei disavanzi è di circa 29 miliardi di Euro (Tabella 3.16). La quota di disavanzo a carico delle regioni (ovvero il disavanzo complessivo al netto delle assegnazioni dello stato a parziale copertura dello stesso) dovrebbe però essere di circa 20,8 miliardi di Euro (Tabella 3.17), considerando le assegnazioni previste dalle Leggi Finanziarie del 2005, 2006 e 2007.

Il PIL nominale nel 2007 è cresciuto a tassi simili al 2006 (+3,8% nel 2007 rispetto al 2006; +3,6% nel 2006 rispetto al 2005), anche se la crescita in valori reali (+1,5%) è stata inferiore al 2006 (+1,8%) per effetto del maggiore aumento dei prezzi. Se in media il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica è stato superiore a quello del PIL, negli ultimi due anni si è assistito ad un trend opposto, con conseguente lieve calo dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (Fi-

Tabella 3.7 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; disavanzo; PIL (1990; 1995; 2000-2007) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/2007	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1996/2001	Tasso crescita medio 2002/2007
Spesa sanitaria pubblica corrente	41.466	48.752	70.173	77.686	79.549	82.290	91.222	97.163	99.648	102.519	5,5%	3,3%	8,1%	4,7%
<i>Variazione percentuale</i>	-	-0,6%	11,1%	10,7%	2,4%	3,4%	10,9%	6,5%	2,6%	2,9%				
<i>Perc. sulla spesa sanitaria corrente totale</i>	82,6%	73,8%	74,2%	76,7%	76,0%	76,0%	77,4%	78,1%	78,1%	78,2%				
<i>Percentuale sul PIL</i>	6,1%	5,3%	6,0%	6,2%	6,1%	6,6%	6,6%	6,8%	6,7%	6,7%				
Finanziamento sanitario pubblico corrente	34.737	47.773	66.945	73.908	76.658	79.967	84.800	91.201	95.129	99.351	6,4%	6,6%	7,5%	5,1%
<i>Variazione percentuale</i>	-	5,7%	12,7%	10,4%	3,7%	4,3%	6,0%	7,5%	4,3%	4,4%				
<i>Avanzo/disavanzo</i>	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-2.891	-2.323	-6.422	-5.962	-4.519	-3.168				
<i>Perc. sul finanziamento</i>	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-3,8%	-2,9%	-7,6%	-6,5%	-4,8%	-3,2%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	24.373	23.622	25.155	25.981	26.613	27.269	27.982	28.608	7,2%	14,7%	5,3%	3,2%
<i>Variazione percentuale</i>	-	13,0%	2,7%	-3,1%	6,5%	3,3%	2,4%	2,5%	2,6%	2,2%				
<i>Perc. sulla spesa sanitaria corrente totale</i>	17,4%	26,2%	25,8%	23,3%	24,0%	24,0%	22,6%	21,9%	21,9%	21,8%				
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	94.546	101.308	104.704	108.271	117.835	124.432	127.630	131.127	5,8%	5,7%	7,4%	4,4%
<i>Variazione percentuale</i>	-	2,7%	8,8%	7,2%	3,4%	3,4%	8,8%	5,6%	2,6%	2,7%				
<i>Percentuale sul PIL</i>	7,4%	7,2%	8,1%	8,1%	8,1%	8,1%	8,5%	8,7%	8,6%	8,5%				
PIL	682.153	923.052	1.166.548	1.248.648	1.295.226	1.335.354	1.391.530	1.428.375	1.479.981	1.535.540	4,9%	6,2%	5,2%	3,5%
<i>Variazione percentuale</i>	-	8,1%	5,3%	7,0%	3,7%	3,1%	4,2%	2,6%	3,6%	3,8%				

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) per il 1990 ed il 1991. I dati di spesa, riportati dalle precedenti RGSEP, desunti da verifiche di spesa effettuate in contraddittorio tra Stato e Regioni, sono leggermente diversi dal dato consolidato degli RND. Dal 2002 tutte le Regioni inviano i CE al Ministero della Salute. Sono state inoltre incluse le rettifiche concordate tra Stato e Regioni nell'ambito del tavolo di monitoraggio della spesa sanitaria. Tali rettifiche rappresentano una quota poco rilevante della spesa complessiva (0,4% nel 2006) e non sono state ancora concordate (e, quindi, riportate) per il 2007.

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 intra-moenia 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 2007).

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 della Legge 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). Vengono inoltre incluse le risorse aggiuntive stanziate 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. I dati relativi alla spesa sanitaria privata corrente e del PIL sono di fonte Istat (cfr. infra).

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

Prospetto 3.1 Le misure di copertura dei disavanzi regionali a livello nazionale

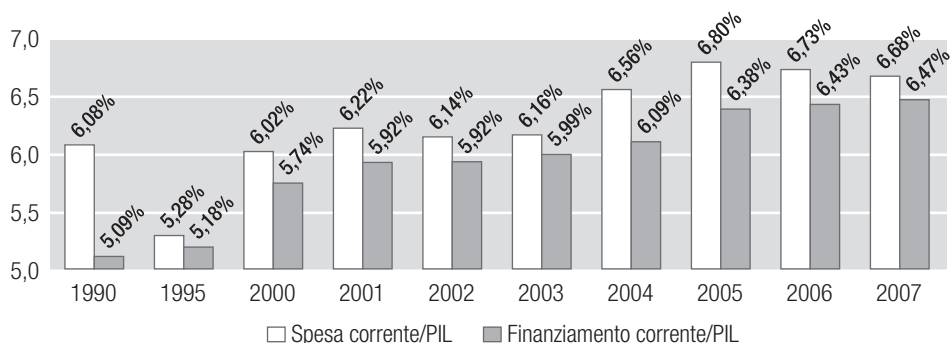
Norma	Entità (milioni di euro)	Periodo
Legge 311/04	1.400	2001-2003
Legge 266/05	2.000	2002-2004
Legge 64/07	3.000	2001-2005
Legge 296/06	1.000	2007
	850	2008
	700	2009

gura 3.1). Lo stesso calo si è avuto nel rapporto tra spesa sanitaria complessiva e PIL, che si è attestato all'8,5%. In un contesto, quindi, di modesta crescita economica, la sanità ha ridotto il suo peso sull'economia nel complesso.

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), il comparto della sanità presenta una quota di spesa del 24% circa, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (sistema pensionistico) (67,6%). Il rallentamento della spesa per la previdenza negli ultimi anni ha però fatto sì che la spesa pubblica per la sanità sia cresciuta di più rispetto alla media della spesa per le prestazioni di protezione sociale. Ancora maggiore è stato l'aumento della spesa per l'assistenza (ammortizzatori sociali) (Tabella 3.8)⁴.

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classifica-

Figura 3.1 Incidenza della spesa SSN per la gestione corrente e del finanziamento corrente sul PIL (1990; 1995; 2000-2007)



Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

⁴ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica (e sulla differenza tra i dati inclusi nella Tabella 3.8 e Tabella 3.7), si rimanda al § 3.6.

110 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

Tabella 3.8 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2005; 2006; 2007; 2005-2007)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/2007	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1996/2001	Tasso crescita medio 2002/2007
Sanità										
Spesa (milioni Euro)	38.174	43.815	63.141	89.606	94.218	94.678	5,5%	2,8%	8,1%	5,2%
Percentuale sul totale	26,2%	21,6%	22,3%	24,7%	24,8%	23,9%				
Variatione percentuale	-	-1,8%	12,6%	6,6%	5,1%	0,5%				
Previdenza										
Spesa (milioni Euro)	96.891	143.531	201.209	243.382	253.674	267.223	6,1%	8,2%	6,4%	4,2%
Percentuale sul totale	66,4%	70,9%	71,0%	67,1%	66,8%	67,6%				
Variatione percentuale	-	6,1%	3,0%	3,1%	4,2%	5,3%				
Assistenza										
Spesa (milioni Euro)	10.870	15.085	19.018	29.804	32.126	33.615	6,9%	6,8%	5,6%	8,2%
Percentuale sul totale	7,4%	7,5%	6,7%	8,2%	8,5%	8,5%				
Variatione percentuale	-	4,8%	4,8%	2,8%	7,8%	4,6%				
Totale	145.936	202.431	283.368	362.792	380.018	395.516	6,0%	6,8%	6,7%	4,8%
Variatione percentuale	-	4,1%	5,1%	3,9%	4,7%	4,1%				

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

zione «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 tali voci, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante. 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 2007 gli accantonamenti «tipici» sono stati pari a 1,9 miliardi, rispetto agli 0,9 miliardi nel 2006. Tali accantonamenti hanno riguardato negli ultimi anni soprattutto i rinnovi del contratto 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 DL 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 3.9 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) 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 accantonamenti 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 complessivi rifletta quello dei costi di produzione esterni alle aziende sanitarie: in periodi di contenimento della spesa (1990-1995 e 2002-2007) il tasso di crescita dei costi dei fattori esterni alla produzione è inferiore a quello degli interni; in periodi di espansione della spesa (1995-2001) i fattori esterni aumentano ad un tasso più sostenuto. Il contenimento della spesa si è quindi focalizzato su tali fattori (in particolare sulla spesa farmaceutica convenzionata).

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 32,9% della spesa complessiva nel 2007. Dopo tre anni di crescita sostenuta del costo del personale, il 2007 ha evidenziato una sensibile contrazione del trend di crescita (attestatosi all'1%). 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). 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.

La seconda voce di spesa è rappresentata dall'acquisto di beni e servizi (28,8% sul totale dei costi del SSN nel 2006). Si tratta della voce di costo a crescita più sostenuta negli ultimi anni. Dopo la battuta di arresto nel 2006 legata essenzialmente alla riclassificazione nel 2005 della spesa sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'Università, la spesa per beni e servizi ha ripreso a salire (+9,7% rispetto al 2006). La sottovoce più rilevante è rappresentata dall'acquisto di beni (40%), che ha subito un aumento del 7,6%. Un ruolo importan-

Tabella 3.9 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000-2007)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Tasso crescita medio			
							1990/2007	1990/1995	1995/2001	2001/2007
Valori assoluti (milioni Euro)										
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	31.759	33.746	33.746	4,4%	4,8%	4,7%	3,9%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	26.611	26.902	29.507	8,5%	4,8%	10,5%	9,8%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	5.691	5.932	5.996	5,3%	2,8%	7,9%	4,9%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.894	12.383	11.579	2,8%	-6,7%	14,6%	-0,1%
Ospedaliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.147	8.488	8.814	4,7%	6,4%	6,6%	1,4%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	3.231	3.502	3.617	4,0%	-7,7%	12,3%	6,5%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	7.939	8.449	8.647	9,6%	11,7%	11,4%	6,2%
Altri costi (c)	375	471	578	1.433	106	97				
Enti non regionali (d)	74	637	509	459	485	517				
Totale	41.466	48.752	70.173	97.164	99.649	102.520	5,5%	3,3%	8,1%	4,7%
Totale al netto di (c) e (d): (e)	41.017	47.644	69.085	95.272	99.058	101.906	5,5%	3,0%	8,2%	4,9%
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	58.370	60.304	63.253	6,0%	4,8%	6,7%	6,3%
Fattori esterni: (e) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	36.902	38.754	38.653	4,8%	0,5%	10,6%	2,8%
Variazione percentuale										
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	7,6%	5,2%	1,0%				
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	18,2%	1,1%	9,7%				
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	13,5%	4,2%	1,1%				
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	-1,7%	4,1%	-6,5%				
Ospedaliera accreditata	-	2,0%	10,5%	-10,8%	4,2%	3,8%				
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	4,5%	8,4%	3,3%				

Tabella 3.9 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/2007	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1995/2001	Tasso crescita medio 2001/2007
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	7,2%	6,4%	2,3%				
Totale	-	-0,6%	11,1%	6,5%	2,6%	2,9%				
Totale al netto di (c) e (d): (e)	-	-0,9%	10,7%	7,3%	4,0%	2,9%				
Fattori interni (a+b)	-	-0,2%	10,0%	12,2%	3,3%	4,9%				
Fattori esterni: (e) - Fattori interni	-	-2,0%	11,7%	0,4%	5,0%	-0,3%				
Incidenza % su totale										
Personale (a)	39,1%	41,9%	36,5%	32,7%	33,5%	32,9%				
Beni e servizi (b)	17,7%	19,0%	22,6%	27,4%	27,0%	28,8%				
Medicina gen. conv.	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	6,0%	5,8%				
Farmaceutica conv.	17,6%	10,6%	12,5%	12,2%	12,4%	11,3%				
Ospedaliere accreditata	9,8%	11,3%	11,4%	8,4%	8,5%	8,6%				
Spec. conv.	4,5%	2,5%	3,2%	3,3%	3,5%	3,5%				
Altra ass. conv.	4,4%	6,5%	6,3%	8,2%	8,5%	8,4%				
Altri costi (c)	0,9%	1,0%	0,8%	1,5%	0,1%	0,1%				
Enti non regionali (d)	0,2%	1,3%	0,7%	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%	98,1%	99,4%	99,4%				
Fattori interni (a+b)	56,7%	61,0%	59,1%	60,1%	60,5%	61,7%				
Fattori esterni: (e) - Fattori interni	42,2%	36,8%	39,4%	38,0%	38,9%	37,7%				

Nota: Gli accantonamenti tipici vengono inseriti nella voce "Servizi". Cfr. anche note a Tabella 3.7.

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

te 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 delle aziende sanitarie), 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 subito il maggiore incremento nel 2007 sono:

- ▶ gli accantonamenti tipici (6,3% della spesa per beni e servizi, con un incremento del 74,3% rispetto al 2006, per effetto dell'applicazione del DL 203/2005 – cfr. supra);
- ▶ l'acquisto di servizi non sanitari appaltati (15,4% della spesa per beni e servizi; +9,6% rispetto al 2006). Tale aumento è da collegare al sempre più frequente ricorso alle esternalizzazioni;
- ▶ interessi passivi ed oneri finanziari (1,7% della spesa per beni e servizi; +15% nel 2006), aumento da collegare al ritardo nel pagamento di fornitori di beni e servizi, pur in presenza di iniziative straordinarie di cartolarizzazione dei crediti.

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. L'Istat ha ipotizzato che l'ospedale assorba il 72% della spesa per il personale ed il 70% della spesa per beni e servizi. Secondo tale stima la spesa ospedaliera in strutture pubbliche sarebbe pari a 44,8 miliardi di Euro, pari al 43,8% dei costi complessivi a carico del SSN, che aggiunti all'8,6% della spesa ospedaliera in strutture private accreditate, farebbe salire al 52,4% l'incidenza complessiva della spesa per prestazioni ospedaliere. Ad un risultato superiore si arriva dai dati contenuti nel Conto delle prestazioni di protezione sociale (cfr. allegato): la spesa per prestazioni ospedaliere sarebbe pari al 55,9%, di cui il 46,2% per prestazioni rese da operatori «non market» (pubblici) e il 9,7% per prestazioni rese da produttori «market» (privati). Sia utilizzando i dati di bilancio delle aziende sanitarie, che ricorrendo ai dati pubblicati nel Conto della protezione sociale, si assisterebbe ad un leggero incremento della incidenza della spesa ospedaliera sul totale della spesa sanitaria, sia perché i fattori interni crescono di più (+4,9% rispetto a un -0,3%), sia in quanto tra i fattori esterni l'ospedaliera accreditata subisce la crescita più consistente.

La spesa per la medicina generale convenzionata (5,8% della spesa sanitaria pubblica corrente) ha evidenziato un aumento contenuto (+1,1%),

La spesa farmaceutica convenzionata, ovvero la spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico su ricetta SSN, ha subito un sensibile calo, pari al 6,5%, in linea con quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci del CERGAS

(Osservatorio Farmaci, 2008), per effetto delle misure di taglio prezzi attuate nel corso del 2007, della scadenza dei brevetti di importanti principi attivi e delle iniziative regionali di contenimento della spesa (reintroduzione dei ticket in Campania e Abruzzo; inasprimento degli stessi in Sicilia; attivazione di prezzi di riferimento per categorie di farmaci in Liguria, Lazio, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna; attivazione di forme alternative di distribuzione nel Lazio, Puglia e Sicilia ed ulteriore rafforzamento di altre iniziative regionali). L'incidenza di tale spesa sul finanziamento pubblico complessivo per il SSN è stata inferiore al tetto del 13%⁵, come previsto dall'Osservatorio Farmaci (Osservatorio Farmaci, 2008).

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate ha subito un aumento del 3,8%, confermando il dato di ripresa del 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*)⁶. L'andamento di tale spesa è leggermente superiore a quello della spesa complessiva sanitaria, segno che si è stabilizzato l'effetto dell'introduzione a livello regionale di tetti/target di finanziamento delle prestazioni tariffate per il privato accreditato (tetti/target applicati in alcune regioni anche alle aziende sanitarie pubbliche finanziate in modo prevalente a tariffa per prestazione), con meccanismi di disincentivo al superamento di tali tetti/target (ad esempio, l'abbattimento delle tariffe in caso di superamento del target o di avvicinamento al tetto).

Più sensibile è invece l'effetto delle azioni di controllo regionale sulla spesa a carico del SSN per prestazioni ambulatoriali erogate da strutture accreditate/convenzionate, il cui tasso di crescita (+3,3%) risulta decisamente inferiore agli anni precedenti.

Anche la spesa per altre prestazioni erogate da strutture convenzionate con il

⁵ Il sistema dei tetti si è modificato con la Legge 222/2007 (art. 5), secondo cui «A decorrere dall'anno 2008, l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta di medicinali collocati in classe A ai fini della rimborsabilità, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, non può superare a livello nazionale ed in ogni singola regione il tetto del 14 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle aziende sanitarie (...). A decorrere dall'anno 2008 la spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta come definita al comma 1, non può superare a livello di ogni singola regione la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie».

⁶ 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 di diritto privato.

Tabella 3.10 **Spesa sanitaria privata corrente (2000 – 2007), Milioni di euro**

Spesa sanitaria delle famiglie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Valori assoluti (milioni di Euro)								
Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	11.714	10.655	11.801	12.362	12.726	12.959	13.268	13.431
Servizi ambulatoriali	8.467	8.669	8.896	9.143	9.534	9.711	10.022	10.365
Servizi ospedalieri	4.192	4.299	4.458	4.477	4.352	4.599	4.691	4.812
Totale	24.373	23.622	25.155	25.981	26.613	27.269	27.982	28.608
Percentuale su totale								
Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	48,1%	45,1%	46,9%	47,6%	47,8%	47,5%	47,4%	46,9%
Servizi ambulatoriali	34,7%	36,7%	35,4%	35,2%	35,8%	35,6%	35,8%	36,2%
Servizi ospedalieri	17,2%	18,2%	17,7%	17,2%	16,4%	16,9%	16,8%	16,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Incidenza spesa sanitaria su totale spesa famiglie</i>	<i>3,4%</i>	<i>3,1%</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,2%</i>	<i>3,2%</i>	<i>3,2%</i>	<i>3,1%</i>

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

SSN (assistenza riabilitativa, assistenza agli anziani, assistenza a disabili psichici e psichiatrici, assistenza protesica, assistenza integrativa, assistenza termale) ha subito un sensibile ridimensionamento del tasso di crescita (+2,3%) soprattutto per effetto di una contrazione della spesa riabilitativa accreditata (-2,5%), mentre l'aumento della spesa protesica e integrativa e delle altre prestazioni convenzionate a carico del SSN è ancora superiore a quello della spesa sanitaria complessiva.

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 78,2% nel 2007). La quota della spesa che i cittadini sostengono privatamente per prestazioni sanitarie rappresenta solo il 3,1% della spesa complessiva in beni di consumo da parte delle famiglie (Tabella 3.10). La spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico (pari a 13,4 miliardi di Euro nel 2007) rappresenta la componente più rilevante (47% circa della spesa complessiva), mentre quella per prestazioni ambulatoriali e di ricovero incidono rispettivamente per il 36,2% ed il 16,8%⁷.

⁷ Per maggiori dettagli sulle fonti informative della spesa sanitaria privata, si rimanda a Cavalli et al., 2007.

3.4 I dati di spesa regionali

Nel 2007 il tasso di crescita a livello regionale della spesa sanitaria pubblica corrente (Tabella 3.11) presenta notevoli differenze tra regione e regione, con variazioni percentuali rispetto al 2006 che vanno dal +9,3% in Regione Friuli Venezia Giulia al -2,7% della Regione Sicilia. 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 3.11), anche se tali piani sono stati sottoscritti in genere a Marzo 2007 (e, quindi, con effetti solo parziali sul 2007).

Nelle Regioni del Centro-Nord la spesa sanitaria pubblica procapite è più elevata della media nazionale (Tabella 3.12), con la sola eccezione di Lombardia, Veneto, Marche ed Umbria; al Sud, fatta eccezione per Abruzzo e 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 2007, 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 negli ultimi due anni di un punto percentuale⁸.

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 3.13)⁹. 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 (esclusi l'Abruzzo e 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.

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 3.14 illustra l'evoluzione del dato aggregato 1990-2007. La Tabella 3.15 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi).

⁸ Tale variabilità è misurata attraverso il Coefficiente di Variazione, ovvero dal rapporto tra deviazione standard e media.

⁹ L'ultimo dato disponibile si riferisce ancora al 2006.

Tabella 3.11 Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000; 2005; 2006; 2007; 2007/2006; 1990/2007; 1990/1995; 1995/2001; 2001/2007)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2007/2006	Tasso crescita medio		Tasso crescita medio	
								1990/2007	1990/1995	1995/2001	2001/2007
Piemonte	2.974	3.560	5.572	7.193	7.457	7.755	4,0%	5,8%	3,7%	9,0%	4,5%
Valle d'Aosta	87	104	167	225	245	247	0,9%	6,4%	3,7%	9,8%	5,3%
Lombardia	6.268	7.738	10.746	14.777	15.351	16.120	5,0%	5,7%	4,3%	7,7%	4,9%
Bolzano	314	445	735	982	1.021	1.068	4,6%	7,5%	7,2%	9,7%	5,5%
Trento	328	418	624	857	900	941	4,5%	6,4%	5,0%	9,7%	4,4%
Veneto	3.257	3.806	5.637	7.561	7.872	8.158	3,6%	5,5%	3,2%	8,3%	4,8%
Friuli Venezia Giulia	876	1.034	1.462	1.988	1.983	2.167	9,3%	5,5%	3,4%	7,6%	5,1%
Liguria	1.424	1.592	2.182	2.925	2.956	3.067	3,8%	4,6%	2,3%	6,9%	4,3%
Emilia Romagna	3.340	3.824	5.105	7.053	7.312	7.616	4,2%	5,0%	2,7%	6,9%	4,9%
Toscana	2.784	3.143	4.384	5.927	6.199	6.315	1,9%	4,9%	2,5%	7,8%	4,2%
Umbria	620	712	1.045	1.399	1.465	1.493	1,9%	5,3%	2,8%	8,1%	4,7%
Marche	1.186	1.277	1.808	2.345	2.449	2.535	3,5%	4,6%	1,5%	7,7%	4,1%
Lazio	4.030	4.625	6.752	10.107	10.703	10.425	-2,6%	5,8%	2,8%	8,4%	5,7%
Abruzzo	900	964	1.638	2.246	2.211	2.271	2,7%	5,6%	1,4%	10,4%	4,5%
Molise	224	258	376	654	590	615	4,2%	6,1%	2,8%	9,6%	5,5%
Campania	3.883	4.267	6.650	9.664	9.208	9.577	4,0%	5,5%	1,9%	9,7%	4,3%

120 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

Tabella 3.11 (segue)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2007/2006	Tasso crescita medio 1990/2007	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1995/2001	Tasso crescita medio 2001/2007
	Puglia	2.692	3.192	4.531	6.161	6.256	6.620	5,8%	5,4%	3,5%	7,5%
Basilicata	368	432	649	898	914	963	5,4%	5,8%	3,2%	8,6%	5,2%
Calabria	1.219	1.498	2.317	2.858	2.986	3.164	6,0%	5,8%	4,2%	9,2%	3,8%
Sicilia	3.480	3.799	5.361	7.815	8.448	8.224	-2,7%	5,2%	1,8%	8,6%	4,7%
Sardegna	1.138	1.427	1.922	2.692	2.636	2.660	0,9%	5,1%	4,6%	6,7%	4,0%
Totale	41.392	48.115	69.663	96.327	99.164	102.002	2,9%	5,4%	3,1%	8,2%	4,7%
<i>Nord</i>	18.868	22.522	32.231	43.560	45.097	47.140	4,5%	5,5%	3,6%	7,9%	4,8%
<i>Centro</i>	8.620	9.756	13.989	19.779	20.816	20.768	-0,2%	5,3%	2,5%	8,1%	4,9%
<i>Sud e isole</i>	13.904	15.837	23.444	32.988	33.250	34.094	2,5%	5,4%	2,6%	8,7%	4,5%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>	13.941	15.505	22.958	33.411	34.117	34.179	0,2%				

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 (2007)

Tabella 3.12 Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000; 2005; 2007; 2005-2007)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/1995		Tasso crescita medio 1995/2001		Tasso crescita medio 2001/2007	
							1990/1995	1995/2001	1990/1995	1995/2001	2001/2007	2001/2007
Piemonte	688	828	1.300	1.661	1.718	1.784	5,8%	3,8%	9,0%	9,0%	4,2%	4,2%
Valle d'Aosta	756	875	1.392	1.829	1.978	1.989	5,9%	3,0%	9,5%	9,5%	4,8%	4,8%
Lombardia	709	868	1.185	1.573	1.620	1.695	5,3%	4,1%	7,3%	7,3%	4,2%	4,2%
Bolzano	722	995	1.589	2.059	2.114	2.202	6,8%	6,6%	9,0%	9,0%	4,7%	4,7%
Trento	731	907	1.318	1.722	1.792	1.864	5,7%	4,4%	9,0%	9,0%	3,4%	3,4%
Veneto	746	861	1.249	1.609	1.661	1.715	5,0%	2,9%	7,9%	7,9%	4,0%	4,0%
Friuli Venezia Giulia	730	868	1.234	1.650	1.642	1.791	5,4%	3,5%	7,7%	7,7%	4,8%	4,8%
Liguria	841	957	1.342	1.837	1.836	1.906	4,9%	2,6%	7,4%	7,4%	4,5%	4,5%
Emilia Romagna	856	975	1.282	1.699	1.746	1.811	4,5%	2,6%	6,5%	6,5%	4,1%	4,1%
Toscana	788	891	1.240	1.647	1.713	1.740	4,8%	2,5%	7,7%	7,7%	3,8%	3,8%
Umbria	766	865	1.251	1.629	1.688	1.715	4,9%	2,5%	7,7%	7,7%	4,1%	4,1%
Marche	834	886	1.237	1.544	1.602	1.654	4,1%	1,2%	7,4%	7,4%	3,4%	3,4%
Lazio	788	891	1.283	1.918	2.018	1.931	5,4%	2,5%	8,0%	8,0%	5,3%	5,3%
Abruzzo	724	761	1.281	1.729	1.694	1.737	5,3%	1,0%	10,2%	10,2%	4,1%	4,1%
Molise	678	776	1.145	2.033	1.838	1.918	6,3%	2,7%	9,8%	9,8%	5,9%	5,9%
Campania	692	743	1.150	1.669	1.590	1.654	5,3%	1,4%	9,5%	9,5%	4,3%	4,3%

122 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

Tabella 3.12 (segue)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/1907	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1995/2001	Tasso crescita medio 2001/2007
Puglia	671	783	1.109	1.514	1.537	1.626	5,3%	3,1%	7,4%	5,1%
Basilicata	603	707	1.071	1.505	1.539	1.625	6,0%	3,3%	8,8%	5,6%
Calabria	586	721	1.130	1.423	1.490	1.581	6,0%	4,3%	9,4%	4,1%
Sicilia	700	747	1.054	1.559	1.684	1.639	5,1%	1,3%	8,7%	4,9%
Sardegna	695	860	1.163	1.632	1.592	1.605	5,0%	4,4%	6,8%	3,9%
Totale	730	840	1.208	1.648	1.688	1.731	5,2%	2,8%	8,0%	4,4%
<i>Nord</i>	745	885	1.253	1.646	1.691	1.762	5,2%	3,5%	7,7%	4,2%
<i>Centro</i>	792	888	1.261	1.759	1.839	1.817	5,0%	2,3%	7,8%	4,5%
<i>Sud e isole</i>	678	760	1.123	1.590	1.602	1.642	5,3%	2,3%	8,7%	4,6%
Coefficiente Variazione	9,6%	9,7%	9,7%	9,9%	9,5%	8,7%				
Differenza max/min	46,2%	40,7%	50,8%	44,8%	41,9%	39,3%				

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007) ed Istat (2008)

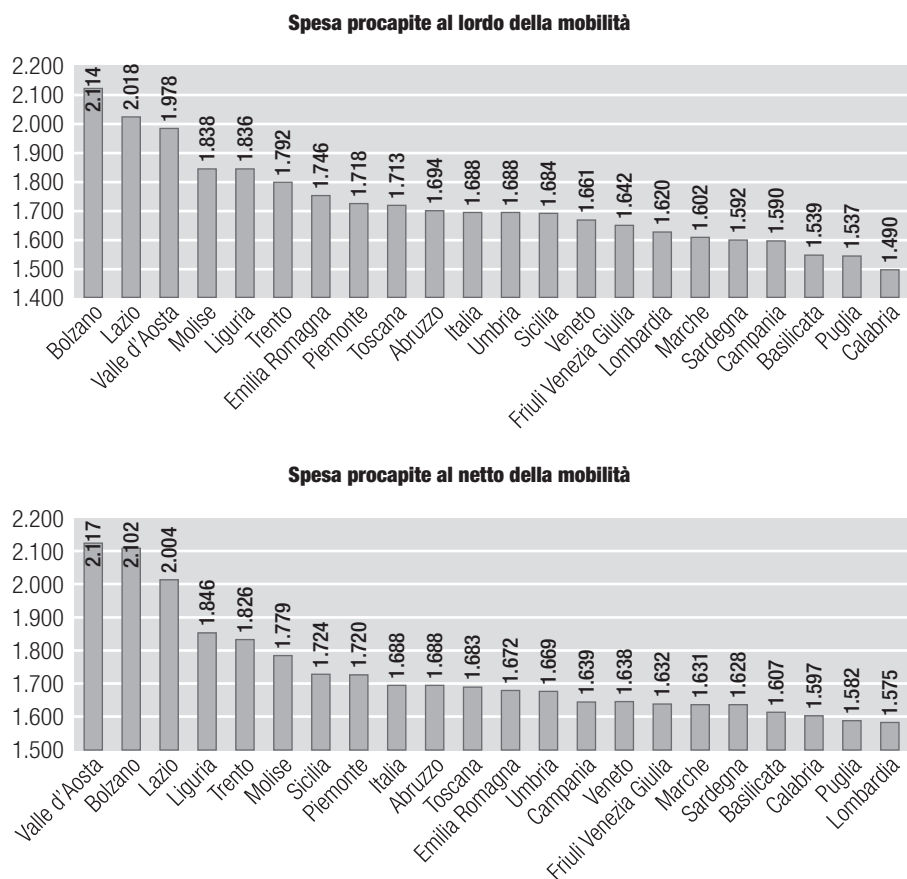
Tabella 3.13 **Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2006)**

	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	1.718	101,8	1.720	101,9	-2,7
Valle d'Aosta	1.978	117,2	2.117	125,4	-139,3
Lombardia	1.620	96,0	1.575	93,3	45,5
Bolzano	2.114	125,3	2.102	124,6	12,1
Trento	1.792	106,2	1.826	108,2	-34,2
Veneto	1.661	98,4	1.638	97,0	23,5
Friuli Venezia Giulia	1.642	97,3	1.632	96,7	10,0
Liguria	1.836	108,8	1.846	109,4	-10,3
Emilia Romagna	1.746	103,4	1.672	99,1	73,6
Toscana	1.713	101,5	1.683	99,7	29,4
Umbria	1.688	100,0	1.669	98,9	18,3
Marche	1.602	94,9	1.631	96,6	-28,7
Lazio	2.018	119,5	2.004	118,8	13,2
Abruzzo	1.694	100,4	1.688	100,0	6,4
Molise	1.838	108,9	1.779	105,4	59,7
Campania	1.590	94,2	1.639	97,1	-48,9
Puglia	1.537	91,0	1.582	93,7	-45,2
Basilicata	1.539	91,2	1.607	95,2	-68,6
Calabria	1.490	88,3	1.597	94,6	-106,8
Sicilia	1.684	99,8	1.724	102,1	-40,0
Sardegna	1.592	94,3	1.628	96,4	-35,8
Totale	1.688	100,0	1.688	100,0	0,0
<i>Nord</i>	<i>1.691</i>	<i>100,2</i>	<i>1.661</i>	<i>98,4</i>	<i>30,2</i>
<i>Centro</i>	<i>1.839</i>	<i>108,9</i>	<i>1.826</i>	<i>108,2</i>	<i>13,1</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.602</i>	<i>94,9</i>	<i>1.648</i>	<i>97,6</i>	<i>-46,0</i>
Coeff. Var.	9,9%	-	9,4%	-	-
Diff max/min	44,8%	-	34,5%	-	-

Nota: il dato della mobilità 2007 non è ancora disponibile

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

Figura 3.2 **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 (2006)**



Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

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 Campania 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). È interessante osservare come, con riferimento in modo specifico al personale dipendente, Lombardia e Lazio presentano quote decisamente inferiori alla media nazionale, mentre Campania, Calabria e Sicilia, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenziano valori più elevati della media nazionale per il personale dipendente.

Tabella 3.14 **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; 2007)**

Regioni	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2007	1990	1995	2000	2007
Piemonte	1.871,4	2.306,8	3.583,3	5.016,5	1.088,6	1.213,4	1.911,2	2.738,5
Valle d'Aosta	60,5	80,4	127,0	183,5	23,7	22,9	42,3	63,9
Lombardia	3.537,2	4.561,2	6.403,1	9.067,0	2.690,2	3.147,4	4.334,0	7.053,2
Bolzano	222,7	327,2	552,0	770,6	90,0	111,6	178,5	297,4
Trento	213,9	285,3	407,4	608,0	112,7	130,9	217,7	333,1
Veneto	2.191,0	2.618,4	3.749,4	5.252,7	1.024,7	1.167,5	1.869,8	2.905,3
Friuli Venezia Giulia	602,9	700,0	934,2	1.589,2	261,2	322,4	487,0	578,2
Liguria	827,8	1.003,1	1.314,1	2.040,9	575,0	583,1	859,5	1.026,3
Emilia Romagna	2.195,4	2.684,4	3.506,2	5.155,2	1.121,9	1.106,9	1.591,6	2.460,8
Toscana	1.763,4	2.230,9	2.987,4	4.601,1	1.001,3	882,1	1.372,8	1.713,9
Umbria	420,0	526,8	728,0	1.075,5	193,2	182,7	306,0	417,4
Marche	777,2	912,2	1.241,1	1.755,7	374,0	345,1	546,3	779,2
Lazio	1.757,5	2.215,8	3.077,1	5.783,3	2.237,4	2.392,7	3.659,7	4.642,0
Abruzzo	526,7	623,9	968,1	1.392,8	365,8	334,8	631,9	878,0
Molise	138,7	179,2	259,6	370,4	82,6	74,8	119,6	244,4
Campania	1.801,1	2.410,9	3.290,1	5.585,4	2.054,6	1.850,9	3.329,5	3.991,6
Puglia	1.323,2	1.655,1	2.503,5	3.786,0	1.340,6	1.364,6	1.928,4	2.833,6
Basilicata	217,7	283,0	422,7	645,3	149,8	147,0	216,4	317,8
Calabria	721,1	932,3	1.344,3	1.909,5	492,3	558,7	910,5	1.254,9
Sicilia	1.697,2	2.260,2	2.797,3	4.880,7	1.749,3	1.513,8	2.509,9	3.343,5
Sardegna	663,7	926,8	1.249,3	1.783,8	457,6	466,9	617,2	876,5
Totale	23.530,5	29.724,0	41.445,2	63.253,0	17.486,6	17.920,1	27.640,0	38.749,2
<i>Nord</i>	<i>11.722,8</i>	<i>14.566,8</i>	<i>20.576,7</i>	<i>24.528,4</i>	<i>6.988,0</i>	<i>7.806,0</i>	<i>11.491,5</i>	<i>22.600,2</i>
<i>Centro</i>	<i>4.718,2</i>	<i>5.885,7</i>	<i>8.033,7</i>	<i>12.587,5</i>	<i>3.806,0</i>	<i>3.802,5</i>	<i>5.884,9</i>	<i>8.174,7</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>7.089,4</i>	<i>9.271,5</i>	<i>12.834,9</i>	<i>26.137,1</i>	<i>6.692,6</i>	<i>6.311,5</i>	<i>10.263,6</i>	<i>7.946,7</i>

Tabella 3.14 (segue)

Regioni	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2007	1990	1995	2000	2007
Incidenza								
Piemonte	63,2%	65,5%	65,2%	64,7%	36,8%	34,5%	34,8%	35,3%
Valle d'Aosta	71,9%	77,8%	75,0%	74,2%	28,1%	22,2%	25,0%	25,8%
Lombardia	56,8%	59,2%	59,6%	56,2%	43,2%	40,8%	40,4%	43,8%
Bolzano	71,2%	74,6%	75,6%	72,2%	28,8%	25,4%	24,4%	27,8%
Trento	65,5%	68,5%	65,2%	64,6%	34,5%	31,5%	34,8%	35,4%
Veneto	68,1%	69,2%	66,7%	64,4%	31,9%	30,8%	33,3%	35,6%
Friuli Venezia Giulia	69,8%	68,5%	65,7%	73,3%	30,2%	31,5%	34,3%	26,7%
Liguria	59,0%	63,2%	60,5%	66,5%	41,0%	36,8%	39,5%	33,5%
Emilia Romagna	66,2%	70,8%	68,8%	67,7%	33,8%	29,2%	31,2%	32,3%
Toscana	63,8%	71,7%	68,5%	72,9%	36,2%	28,3%	31,5%	27,1%
Umbria	68,5%	74,2%	70,4%	72,0%	31,5%	25,8%	29,6%	28,0%
Marche	67,5%	72,6%	69,4%	69,3%	32,5%	27,4%	30,6%	30,7%
Lazio	44,0%	48,1%	45,7%	55,5%	56,0%	51,9%	54,3%	44,5%
Abruzzo	59,0%	65,1%	60,5%	61,3%	41,0%	34,9%	39,5%	38,7%
Molise	62,7%	70,5%	68,5%	60,2%	37,3%	29,5%	31,5%	39,8%
Campania	46,7%	56,6%	49,7%	58,3%	53,3%	43,4%	50,3%	41,7%
Puglia	49,7%	54,8%	56,5%	57,2%	50,3%	45,2%	43,5%	42,8%
Basilicata	59,2%	65,8%	66,1%	67,0%	40,8%	34,2%	33,9%	33,0%
Calabria	59,4%	62,5%	59,6%	60,3%	40,6%	37,5%	40,4%	39,7%
Sicilia	49,2%	59,9%	52,7%	59,3%	50,8%	40,1%	47,3%	40,7%
Sardegna	59,2%	66,5%	66,9%	67,1%	40,8%	33,5%	33,1%	32,9%
Totale	57,4%	62,4%	60,0%	62,0%	42,6%	37,6%	40,0%	38,0%
<i>Nord</i>	<i>62,7%</i>	<i>65,1%</i>	<i>64,2%</i>	<i>52,0%</i>	<i>37,3%</i>	<i>34,9%</i>	<i>35,8%</i>	<i>47,9%</i>
<i>Centro</i>	<i>55,4%</i>	<i>60,8%</i>	<i>57,7%</i>	<i>60,6%</i>	<i>44,6%</i>	<i>39,2%</i>	<i>42,3%</i>	<i>39,4%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>51,4%</i>	<i>59,5%</i>	<i>55,6%</i>	<i>76,7%</i>	<i>48,6%</i>	<i>40,5%</i>	<i>44,4%</i>	<i>23,3%</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 accorpati 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 (2007)

Tabella 3.15 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente regionale, secondo la classificazione economica (2000; 2007)**

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Anno 2007								
Piemonte	34,9%	29,5%	5,6%	10,2%	6,6%	2,8%	10,4%	100,0%
Valle d'Aosta	41,4%	32,9%	4,9%	9,3%	3,3%	2,5%	5,8%	100,0%
Lombardia	28,7%	27,6%	5,4%	10,2%	13,4%	3,8%	11,0%	100,0%
Bolzano	45,3%	26,9%	4,2%	5,7%	2,0%	0,5%	15,4%	100,0%
Trento	36,5%	28,1%	5,4%	8,5%	5,5%	1,4%	14,8%	100,0%
Veneto	31,0%	32,8%	5,7%	9,6%	6,6%	3,8%	10,5%	100,0%
Friuli Venezia Giulia	39,8%	33,4%	5,5%	10,8%	2,1%	1,6%	6,8%	100,0%
Liguria	35,1%	31,6%	4,7%	11,4%	7,0%	1,9%	8,3%	100,0%
Emilia Romagna	35,0%	32,3%	5,4%	10,1%	7,3%	2,0%	8,0%	100,0%
Toscana	36,7%	35,5%	6,0%	10,3%	3,5%	1,9%	6,1%	100,0%
Umbria	37,3%	34,8%	5,5%	11,1%	2,6%	0,8%	7,7%	100,0%
Marche	37,4%	31,8%	6,3%	12,0%	3,6%	1,5%	7,5%	100,0%
Lazio	28,0%	27,2%	5,2%	12,5%	15,2%	4,3%	7,5%	100,0%
Abruzzo	32,4%	29,1%	6,6%	11,9%	8,3%	2,0%	9,7%	100,0%
Molise	34,1%	27,0%	7,4%	10,5%	10,1%	3,6%	7,4%	100,0%
Campania	33,7%	25,9%	7,0%	12,0%	7,7%	6,6%	7,3%	100,0%
Puglia	30,6%	27,3%	6,1%	12,8%	12,2%	3,3%	7,7%	100,0%
Basilicata	36,8%	30,6%	8,4%	11,7%	0,5%	1,7%	10,3%	100,0%
Calabria	38,2%	23,1%	7,0%	16,0%	6,1%	3,0%	6,5%	100,0%
Sicilia	35,0%	24,5%	6,6%	13,9%	8,4%	5,9%	5,7%	100,0%
Sardegna	38,4%	28,9%	6,7%	12,8%	3,7%	3,3%	6,1%	100,0%
Totale	33,1%	29,0%	5,9%	11,4%	8,6%	3,5%	8,5%	100,0%
<i>Nord</i>	<i>32,7%</i>	<i>30,1%</i>	<i>5,4%</i>	<i>10,0%</i>	<i>8,7%</i>	<i>3,0%</i>	<i>10,1%</i>	100,0%
<i>Centro</i>	<i>32,4%</i>	<i>30,9%</i>	<i>5,6%</i>	<i>11,7%</i>	<i>9,3%</i>	<i>3,0%</i>	<i>7,1%</i>	100,0%
<i>Sud e Isole</i>	<i>34,2%</i>	<i>26,2%</i>	<i>6,7%</i>	<i>13,0%</i>	<i>8,2%</i>	<i>4,7%</i>	<i>7,1%</i>	100,0%

Tabella 3.15 (segue)

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacuetica convenzionata	Ospedaliere 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 Venezia Giulia	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 Romagna	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>

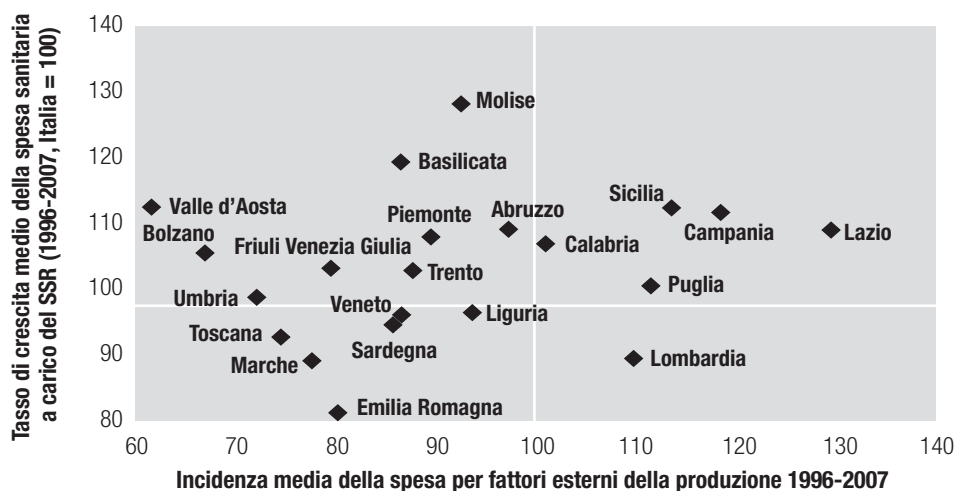
Cfr. Nota Tabella 3.14

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

Un altro importante fenomeno, già riscontrato nei precedenti Rapporti OASI, è 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 (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 e Basilicata). Tali regioni evidenziano 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 precedente Rapporto OASI (Cavalli et al, 2007) si era riscontrata una debole e non significativa correlazione 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 3.3 illustra la mappatura delle regioni rispetto ai due indicatori aggiornati al 2007; i nuovi dati confermano una relazio-

Figura 3.3 **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; 1996-2007)**



Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

ne debolmente positiva¹⁰. I dati non sembrano avvalorare quindi (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 sanitari¹¹ 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 sono state molto eterogenee. 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 E., 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 43% di quello complessivo a livello nazionale (Tabella 3.16). 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. Nel 2007 le due Regioni, per quanto siano riuscite a far scendere, in valore assoluto, i loro deficit sanitari, continuano a rappresentare il 66% del disavanzo annuo e il 54,6% di quello cumulato (2001-2007). Ed è sempre la regione Lazio quella che fa registrare il dato di disavanzo cumulato procapite (2001-2007) più elevato, seguita dal Molise e dalla Campania (Figura 3.4).

¹⁰ Il coefficiente di correlazione tra le due serie storiche è pari a 0,04.

¹¹ 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».

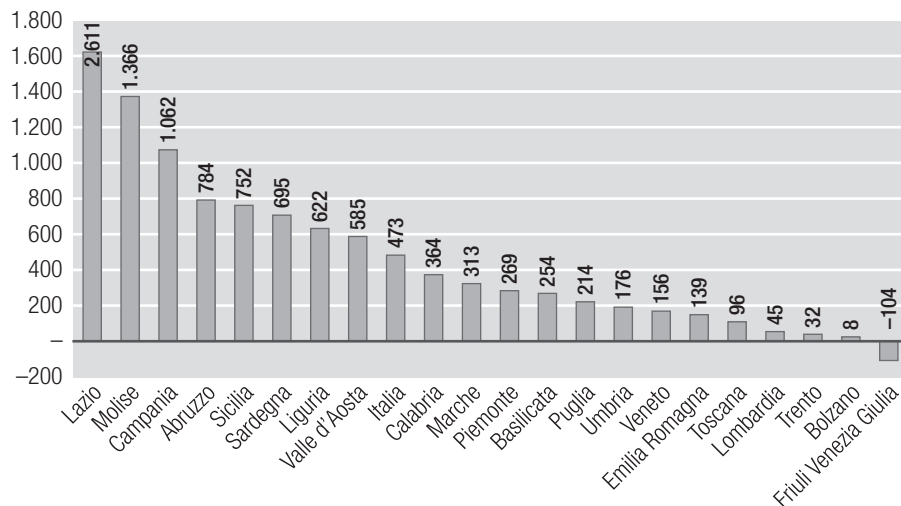
Tabella 3.16 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2007)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001-2007
Piemonte	210	40	100	671	-2	7	96	1.123
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	105
Lombardia	281	323	-64	-2	14	4	-9	546
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-17	297
Trento	-4	-1	5	9	3	14	2	28
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-2	689
Friuli Venezia Giulia	18	-34	-19	-9	-27	-18	-24	-113
Liguria	77	44	48	329	253	100	141	992
Emilia Romagna	16	50	40	392	19	38	-13	544
Toscana	88	44	-20	231	20	121	-95	388
Umbria	7	10	46	53	6	41	-13	149
Marche	125	98	71	155	23	39	-24	488
Lazio	987	574	711	2.048	1.926	1.971	1.407	9.622
Abruzzo	76	136	216	109	224	140	117	1.019
Molise	37	19	73	44	139	59	62	434
Campania	629	638	556	1.200	1.788	751	697	6.259
Puglia	166	4	-109	44	326	170	200	801
Basilicata	28	1	19	32	43	22	13	159
Calabria	226	148	57	136	80	35	24	706
Sicilia	415	342	267	748	699	976	524	3.971
Sardegna	106	175	143	252	327	133	68	1.205
Totale	4.122	2.891	2.323	6.423	5.962	4.519	3.169	29.410
<i>Nord</i>	<i>1.232</i>	<i>704</i>	<i>292</i>	<i>1.371</i>	<i>360</i>	<i>62</i>	<i>188</i>	<i>4.210</i>
<i>Centro</i>	<i>1.207</i>	<i>726</i>	<i>808</i>	<i>2.487</i>	<i>1.975</i>	<i>2.171</i>	<i>1.274</i>	<i>10.647</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.683</i>	<i>1.461</i>	<i>1.224</i>	<i>2.564</i>	<i>3.628</i>	<i>2.286</i>	<i>1.707</i>	<i>14.553</i>

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

I dati appena presentati non tengono conto delle assegnazioni di copertura stanziata dal 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 3.4 **Disavanzo sanitario procapite cumulado (2001-2007)**

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007) e Istat (2008)

Le Regioni che nel 2007 sono arrivate a una situazione di equilibrio economico-finanziario sono la Lombardia, la PA di Bolzano, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria e le Marche, mentre la PA di Trento, la Valle D'Aosta e la Basilicata hanno fatto registrare livelli di disavanzo minimi (Tabella 3.16).

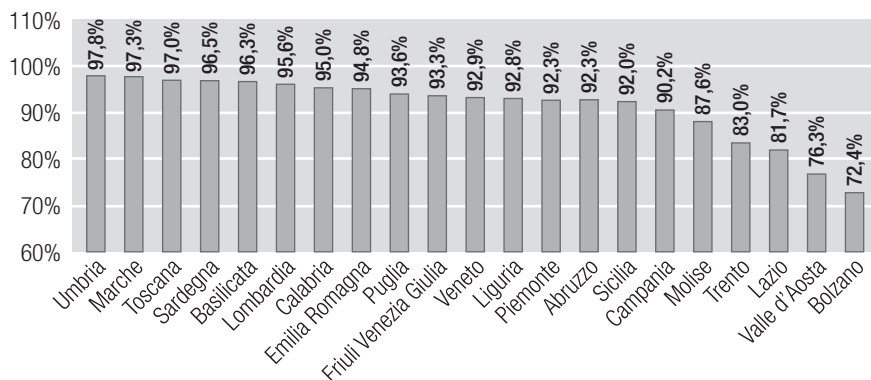
La Figura 3.5 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente per i residenti. Si osserva come Valle d'Aosta e PA di Trento e Bolzano (Regioni a statuto speciale) presentino il minor livello di copertura della spesa per i LEA da parte delle relative assegnazioni. Diversa 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 corrente¹².

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'Ospedale Bam-

¹² Da notare anche il valore relativamente basso del Lazio e del Molise, che hanno chiuso il bilancio 2007 con un consistente deficit sanitario procapite.

Figura 3.5 **Incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente riferita alla popolazione residente (2007)**



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

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

bin Gesù di Roma, 550 milioni sono stati ripartiti successivamente a copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari e 1,4 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.
- ▶ 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 paese. 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 legi-

slazione 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.

Alle risorse aggiuntive stanziare 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 3.17), 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 Regioni¹³ (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.

¹³ 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.

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 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, scorporata dalla prima, che viene esplicitamente finalizzata al finanziamento delle inefficienze differenziali delle Regioni meno virtuose.
- ▶ 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 (nell'ultimo anno si è infatti aggiunta la Puglia, a seguito del disavanzo sanitario fatto registrare nel 2007) (Tabella 3.18).

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) insie-

136 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

Tabella 3.17 Disavanzo sanitario cumulato al netto dei provvedimenti di copertura (L.F. 2005, L.F. 2006, L.F. 2007 e L. 64/07) e disavanzo ancora a carico delle Regioni

	Disavanzo cumulato 2001-2007 al netto delle assegnazioni della LF 2005 e LF 2006	Ulteriori integrazioni per ripiano disavanzi 2001-2005 (L. 64/07)	Ulteriori assegnazioni per regioni in accompagnamento (L. 296/06) Fondo transitorio	Disavanzo residuo
Piemonte	994			994
Valle d'Aosta	106			106
Lombardia	57			57
Bolzano	301			301
Trento	12			12
Veneto	543			543
Friuli Venezia Giulia	-108			-108
Liguria	903		50	853
Emilia Romagna	419			419
Toscana	207			207
Umbria	116			116
Marche	415			415
Lazio	8.091	2.079	378	5.634
Abruzzo	921	144	47	730
Molise	418	202	29	187
Campania	5.519	363	355	4.801
Puglia	630			630
Basilicata	120			120
Calabria	584			584
Sicilia	3.511	212	141	3.158
Sardegna	1.043			1.043
Italia	24.803	3.000	1.000	20.803
<i>Nord</i>	<i>3.227</i>	<i>0</i>	<i>50</i>	<i>3.177</i>
<i>Centro</i>	<i>8.829</i>	<i>2.079</i>	<i>378</i>	<i>6.372</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>12.747</i>	<i>921</i>	<i>572</i>	<i>11.254</i>

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

Tabella 3.18 Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni

	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	fino a 10.329,14	0,9	fino a 10.329,14	0,9	fino a 10.504,74	0,9	fino a 10.672,82	0,9
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	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 15.493,71	1,2
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3
Bolzano	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Trento	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Veneto	fino a 10.329,14	1,2	fino a 10.400,00	0,9	fino a 10.400,00	0,9		
	da 10.329,15 a 15.493,71	1,3	da 10.400,01 a 15.000,00	1,2	da 10.400,01 a 15.000,00	1,2		
Liguria	da 15.493,72 a 69.721,68	1,4	da 15.000,01 a 29.000,00	1,3	da 15.000,01 a 29.000,00	1,3	fino a 29.000,00	0,9
	oltre	1,9	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	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
Emilia Romagna	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9

138 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

Tabella 3.18 (segue)

	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
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 10.329,14	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9
	oltre	1,1	oltre	1,1	oltre	1,1	oltre	1,1
Marche	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.500,00	0,9
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,91	da 15.493,72 a 30.987,41	1,91	da 15.493,72 a 30.987,41	1,4	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2
	da 30.987,42 a 69.721,68	3,6	da 30.987,42 a 69.721,68	3,6	30.987,42 a 69.721,68	3,6	oltre 31.000,01	1,4
	oltre	4	oltre	4	oltre	4		
Lazio	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Abruzzo	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	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	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	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	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	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	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
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

Tabella 3.18 (segue)

	Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	fino a 10.854,26	0,9	fino a 11.071,35	0,9	fino a 15.000 euro	0,9
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	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
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
Bolzano	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Trento	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
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 euro	0,9
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre 29.500,00 euro	1,4
Friuli Venezia Giulia	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Liguria	fino a 13.000 euro	0,9	fino a 13.000 euro	0,9	fino a 20.000 euro	0,9
	oltre 13.000 euro e fino a 20.000 euro	1,25	oltre 13.000 euro e fino a 20.000 euro	1,25	oltre 20.000 euro	1,4
	oltre 20.000 euro	1,4	oltre 20.000 euro	1,4		
Emilia Romagna	per tutti i redditi	0,9	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 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

Tabella 3.18 (segue)

	Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Toscana	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 euro	0,9
	oltre 26.000 euro	1,1	oltre 26.000 euro	1,1	oltre 15.000 euro	1,1
Marche	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
Lazio	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4
	per tutti i redditi	0,9	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	1,2	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Campania	fino ad euro 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
	da euro 12.501,00 ad euro 15.000,00	1,2	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Puglia	oltre euro 15.000,00	1,4	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	fino a 28.000,00 euro	0,9
Basilicata	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	oltre 28.000,00 euro	1,4
	per tutti i redditi	1,4	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	0,9	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	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2008)

me 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 € nel 2004), registrando un valore quasi triplo rispetto alla più alta tra le aliquote adottate dalle altre Regioni (1,4%). Tra le novità del 2008 si segnalano:

- ▶ L'introduzione dell'addizionale regionale IRPEF in Puglia, con aliquota progressiva su due scaglioni di reddito;
- ▶ L'aumento dell'addizionale (su base proporzionale) nella regione Molise (da 1,2 a 1,4);
- ▶ La variazione del reddito imponibile di riferimento per l'applicazione delle addizionali in Piemonte, Veneto, Liguria (rivisto in aumento) e Umbria (rivisto in diminuzione).

Passando all'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota massima del 4,25 per cento, ma viene conferita in capo alle Regioni la facoltà di variare l'aliquota fino ad un massimo di 1,5 punti percentuali. Nell'ambito di quest'autonomia (Tabella 3.19), 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 2008 bisogna segnalare la riduzione della maggiorazione in Umbria e Marche e il passaggio dell'aliquota IRAP al 5,25 per cento per le sei Regioni interessate dai piani di rientro.

Infine, le Regioni possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto per coprire i disavanzi sanitari. La Legge Finanziaria 2007 ha stabilito che gli aumenti regionali (fissati nella misura massima del 10 per cento della tariffa base), intervenuti nel corso degli ultimi anni rispetto alla tariffa base per autovetture (varata con il decreto interministeriale del 27 dicembre 1997), vadano ricalcolati nuovamente prendendo a base, per conteggiare la maggiorazione, i nuovi importi approvati con la stessa Finanziaria 2007. Analoga misura è stata in un secondo momento stabilita per la tariffa relativa ai motocicli, approvata con la legge 286/06. Da ciò discende che, con riguardo a vetture e motocicli (oltre che per il rimanente parco veicoli), continuano a esistere differenze tariffarie su base regionale. In particolare le Regioni si possono classificare in quattro gruppi:

- ▶ il primo, costituito dalle Regioni nelle quali si applica la tariffa base, così come prevista dalla Finanziaria 2007, ovvero Basilicata, Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria, Valle d'Aosta;

Tabella 3.19 Le addizionali IRAP nelle diverse Regioni

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Piemonte						Banche, Assicurazioni e società finanziarie 5,25	
Lombardia	5,75		Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione 5,25				
Veneto	4,75		Banche, altri enti, società finanziarie ed imprese di Assicurazione 5,25				
Liguria	Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni 4,75				Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni 5,25	Tutti i soggetti 5,25	
Emilia Romagna						Imprese rientranti nei settori di attività secondo la classificazione ATECOFIN dell'Agenzia delle Entrate 5,25	
Toscana				Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione 4,4		Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione 5,25	
Umbria					Banche, società finanziarie e imprese di assicurazione 4,75	Raffinerie petrolifere, autostrade, telecomunicazioni ed attività di intermediazione immobiliare 5,25	
Marche				Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste 5,15			Tutti i soggetti 4,5
Lazio				Banche e enti assicurativi 5,75			Tutti i soggetti 5,25

Tabella 3.19 (segue)

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Lazio	Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche ed artificiali, poste e telecomunicazioni, attività ausiliarie della intermediazione finanziaria, attività immobiliari, e noleggio di macchinari e attrezzature senza operatore e di beni per uso personale e domestico, attività radiotelevisive, attività delle agenzie di stampa 5,25						
Abruzzo	Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazione e i fondi pensione 5,25						
Molise	Tutti i soggetti 5,25						
Campania	Banche 5,75						
	Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale 5,75						
	Tutti i soggetti 4,55						
	Banche ed enti finanziari 4,75						
Calabria	Banche e altri enti finanziari, imprese di assicurazione 4,75						
	Banche, società finanziarie, imprese di assicurazione 5,25						
Sicilia	Imprese di raffinazione di prodotti petroliferi 5,25						
	Tutti i soggetti 5,25						

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2008)

- ▶ il secondo, composto dalle Regioni in cui si applica la maggiorazione del 10 per cento, ovvero Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria, Toscana e Veneto;
- ▶ il terzo, che comprende la sola regione Marche, che applica una maggiorazione del 7,98 per cento;
- ▶ il quarto, che riguarda il Molise, con un incremento pari al 7 per cento.

Va evidenziato che a decorrere dal 2007 due nuove Regioni (Liguria e Toscana) si sono avvalse della facoltà di aumento del 10 per cento.

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 ospedaliero non seguite da ricovero¹⁴, 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 14 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 elevati.

Rispetto all'assistenza farmaceutica convenzionata, si rileva come la stessa sia uno dei target preferenziali per le azioni di copertura dei disavanzi (Tabella 3.20), vuoi perché due misure esplicitamente previste dalla L. 405/01 vi fanno riferimento (compartecipazioni alla spesa ed interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci), vuoi perché esiste un esplicito tetto di spesa sull'assistenza farmaceutica convenzionata, 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).

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:

- ▶ le cartolarizzazioni dei crediti, finalizzate a recuperare liquidità: con queste operazioni le aziende sanitarie cedono i crediti che vantano nei confronti di altri enti pubblici¹⁵, ad esempio la regione, con lo scopo non di ridurre il disavan-

¹⁴ La cui condizione è stata codificata come codice bianco (ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti).

¹⁵ La differenza con le operazioni di factoring risiede nel fatto che in quest'ultima vengono ceduti crediti commerciali, quindi di solvibilità meno certa rispetto ai crediti vantati nei confronti di enti pubblici.

Tabella 3.20 **Le compartecipazioni alla spesa farmaceutica e l'adozione di particolari modalità distributive dei farmaci nelle diverse Regioni**

Regione	Compartecipazioni alla spesa su farmaci		Farmaci in PHT	
	Compartecipazioni alla spesa / spesa farmaceutica convenzionata lorda		Incidenza su spesa per farmaci acquistati da aziende sanitarie	Spesa procapite (Euro)
	2007	2006	Anno 2006	
Piemonte	6,8%	6,9%	6,3%	15,1
Valle d'Aosta	1,1%	0,7%	6,4%	15,9
Lombardia	7,6%	7,1%	4,1%	10,1
Bolzano	6,8%	6,1%	8,2%	17,9
Trento	1,0%	0,7%	6,1%	14,2
Veneto	7,1%	6,5%	7,0%	19,1
Friuli Venezia Giulia	1,0%	0,7%	5,2%	13,2
Liguria	3,6%	2,1%	7,6%	19,4
Emilia Romagna	1,3%	0,9%	8,5%	20,9
Toscana	1,4%	0,9%	8,9%	21,5
Umbria	1,2%	0,9%	8,1%	20,4
Marche	1,3%	0,9%	5,5%	14,3
Lazio	1,5%	0,7%	3,3%	11,8
Abruzzo	3,1%	0,9%	7,4%	20,9
Molise	5,6%	4,8%	4,5%	12,0
Campania	3,9%	1,1%	8,1%	25,0
Puglia	3,6%	2,8%	5,5%	17,5
Basilicata	1,2%	0,9%	6,8%	18,7
Calabria	1,5%	0,8%	1,7%	5,7
Sicilia	7,1%	3,6%	3,6%	12,5
Sardegna	1,8%	0,7%	5,6%	16,9
Italia	4,2%	3,1%	5,7%	16,1

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 PHT acquistati dalle aziende sanitarie e distribuiti sul territorio. Tale dato non è stato aggiornato nel 2008.

Fonte: elaborazioni su dati Osservatorio Farmaci (2008) e Ossmed (2007)

- zo, 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 FI.R.A., la finanziaria regionale.

La Tabella 3.21 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni¹⁶.

Allegato

Come già in parte evidenziato nel § 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 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

¹⁶ 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 3.21 **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	✓	✓		
Valle d'Aosta				
Lombardia	✓	✓		
Bolzano				
Trento				
Veneto	✓	✓	✓	
Friuli Venezia Giulia				
Liguria	✓	✓	✓	
Emilia Romagna	✓	✓		
Toscana		✓	✓	
Umbria	✓	✓		
Marche	✓	✓	✓	
Lazio	✓	✓		Immobiliare *
Abruzzo	✓	✓	✓	*
Molise	✓	✓	✓	
Campania	✓	✓	✓	*
Puglia	✓			
Basilicata				
Calabria	✓	✓	✓	
Sicilia	✓	✓		*
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.

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 3.8 – cfr. *infra*).

Tali dati vengono rielaborati, ottenendo il Conto Economico Consolidato del-

le ASL e delle Aziende Ospedaliere (Tabella CN34 del Volume Primo della RGSEP) (dato non utilizzato nel presente capitolo). Le principali elaborazioni sono rappresentate dalla: (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 nazionale¹⁷) 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 (92,5% 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) (1,2% del totale); «servizi amministrativi» (5,1% 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 (1,2% del totale). La voce «prestazioni» confluisce nel Conto Prestazioni di Protezione Sociale (Tabella TS3, contenuta nel Volume Secondo della RGSEP), elaborato secondo il sistema SESPROS96 (Sistema delle statistiche integrate della protezione sociale) (dato utilizzato nella Tabella 3.8 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».

¹⁷ 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).

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 2007 a 2.372 milioni di Euro (+3,2% rispetto al 2006), pari al 2,3% 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» (17,3% 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 3.10). Per maggiori dettagli sulle fonti informative della spesa sanitaria si rimanda a Cavalli et al. (2007).

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.

Bibliografia

- 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'Aziendalizzazione 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'Aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.

150 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

Istat (2008), *Statistiche demografiche* (<http://demo.istat.it/pop2007/index.html>)
(ultimo accesso, 14 Luglio 2008).

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.

Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*.

OECD (2006), *OECD Health Data 2006*, OECD.

Ossmed (2007), *L'uso de farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006*.

Osservatorio Farmaci, CER GAS (2008), *Report 21. Report annuale per il 2007*.

Osservatorio Farmaci, CER GAS, Aprile 2008.