

Collana **CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermare quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale.

Il Rapporto 2007:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano; propone inoltre due approfondimenti su spesa sanitaria privata e confronti internazionali;
- a livello regionale, analizza i sistemi di accreditamento e quelli di finanziamento, gli accordi integrativi con la medicina generale e le iniziative di governo dell'assistenza farmaceutica;
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sulle iniziative di riassetto istituzionale, dedicandosi in particolare alle sperimentazioni gestionali e alla centralizzazione degli acquisti; propone una metodologia per l'analisi della produzione di prestazioni ospedaliere a livello di reparto e un modello di valutazione degli investimenti nei sistemi ERP; approfondisce le caratteristiche degli "ospedali di insegnamento"; propone un confronto tra le politiche retributive di diverse aziende sanitarie pubbliche e private; presenta un caso aziendale in tema di strategia; si chiude con un'analisi critica delle esperienze di project finance.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è lecturer presso l'Università Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 978-88-238-5084-2



9 788823 850842

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2007

Anessi Pessina • Cantù



Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea

3 La spesa sanitaria: fonti informative, composizione ed evoluzione

di Laura Cavalli, Claudio Jommi e Francesca Lecci*

3.1 Premessa

Il presente capitolo rappresenta un aggiornamento dell'analisi effettuata nel precedente Rapporto OASI (Jommi e Lecci 2006). Il capitolo è suddiviso in tre parti:

- ▶ confronti internazionali (paesi dell'Unione Europea, inclusi i paesi che hanno fatto il loro ingresso nell'Unione nel maggio 2004, altri paesi europei, ovvero Norvegia e Svizzera e paesi extraeuropei – Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone);
- ▶ dati di spesa nazionale e regionale a carico del SSN;
- ▶ dati di spesa nazionale e regionale a carico dei cittadini.

Ogni sezione viene introdotta da una sistematica analisi delle fonti informative utilizzate. Rispetto alle edizioni precedenti del Rapporto OASI, tale capitolo è stato integrato con una sezione *ad hoc* dedicata alle fonti informative della spesa sanitaria a livello internazionale (par. 3.2.1) e da un'analisi specifica sulla spesa sanitaria privata (par 3.4).

3.2 I confronti internazionali

3.2.1 La raccolta dei dati a livello internazionale: il ruolo delle organizzazioni internazionali

La fonte originaria dei dati sui sistemi sanitari sono gli istituti statistici nazionali

* Per quanto il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i parr. 3.2.1, 3.2.2 e 3.4 sono da attribuirsi a Laura Cavalli, i parr. 3.1, 3.3.1, 3.3.2 e 3.3.3 a Claudio Jommi e i parr. 3.2.3 e 3.3.4 a Francesca Lecci. Un ringraziamento alla dottoressa Deborah Guerrucci (ISTAT) per il supporto dato alla ricostruzione dei flussi informativi nazionali e internazionali. La responsabilità per quanto riportato è comunque degli autori.

(per l'Italia, l'ISTAT). I dati nazionali vengono poi elaborati essenzialmente da tre organizzazioni internazionali: l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE, 30 Stati membri), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 193 Stati membri), nell'ambito dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), e l'EUROSTAT (27 Stati membri coincidenti con i membri dell'UE).

Storicamente, i dati sulla spesa sanitaria desunti dai database delle principali organizzazioni internazionali sono risultati difformi e difficilmente confrontabili. Tale difformità, motivata principalmente dai diversi «confini» attribuiti al sistema sanitario e, conseguentemente, dalla diversa articolazione delle voci che compongono la spesa sanitaria, ha portato nel tempo alla necessità di un allineamento delle fonti informative e all'applicazione di standard internazionali. Attore protagonista dell'iniziativa di standardizzazione è l'OCSE che nel tempo ha assunto un ruolo centrale (almeno per i trenta paesi membri) nella raccolta sistematica dei dati sui sistemi sanitari, strutturando tale raccolta nell'ambito di un database elettronico (OECD Health Data). Più recentemente l'OCSE si è fatto promotore di un'iniziativa (Joint SHA, cfr. *infra*) finalizzata a prevedere per tutte le organizzazioni internazionali un sistema unitario di rilevazione, aggregazione e classificazione delle voci di spesa al fine di garantire l'omogeneità e la comparabilità.

L'azione dell'OCSE ha ulteriormente accelerato un processo di armonizzazione nella definizione dei «confini» della spesa sanitaria, della sua classificazione e delle modalità di raccolta dei dati (cfr. *infra*). Le diverse organizzazioni internazionali, quali l'UE (EUROSTAT)¹ e l'OMS, hanno adottato la definizione di spesa sanitaria dell'OCSE, come spesa riferita:

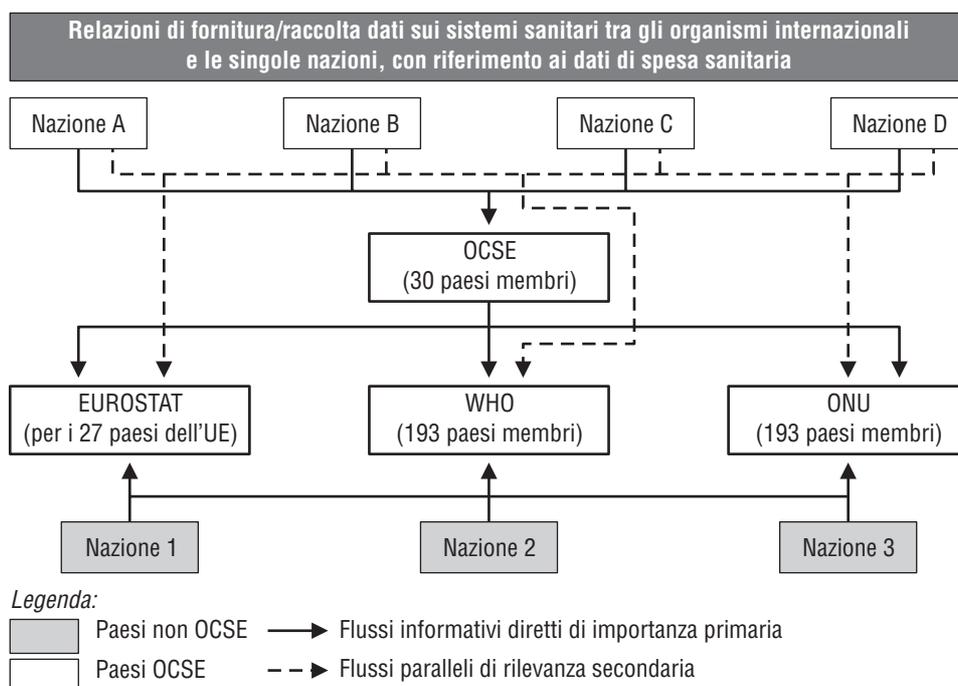
- ▶ alla promozione della salute;
- ▶ alla diagnosi e cura delle patologie e alle azioni tese a ridurre la mortalità precoce;
- ▶ alla cura e all'assistenza di persone affette da patologie croniche;
- ▶ alla cura di persone che, affette da impedimenti o disabilità, richiedono assistenza;
- ▶ all'assistenza a pazienti tesa a garantire loro una morte dignitosa;
- ▶ alle spese amministrative collegate alla tutela della salute pubblica.

Oltre alla definizione dei confini di ciò che deve essere incluso nella spesa sanitaria, l'OCSE ha proposto l'utilità di rilevare sistematicamente non solo dati sulle funzioni sanitarie, ma anche informazioni riferite alle imprese fornitrici di beni e servizi sanitari e alle fonti di finanziamento della sanità. Le singole voci di spesa vengono quindi classificate secondo tre criteri (cfr. Allegato 1).

A oggi, le altre organizzazioni internazionali, inclusa l'ONU, utilizzano i dati OCSE, aggiungendo informazioni provenienti da altri paesi non inclusi nell'OCSE e prevedendo eventuali integrazioni *ad hoc* di interesse specifico, quali

¹ http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_4_en.htm.

Figura 3.1 **Flussi informativi sui sistemi sanitari tra le organizzazioni internazionali e le singole nazioni, con particolare riferimento ai dati di spesa sanitaria**



Fonte: nostra elaborazione

possono essere dati strutturali, demografici o epidemiologici direttamente desunti dagli istituti statistici nazionali. La Fig. 3.1 riassume i flussi informativi tra singoli paesi e organizzazioni internazionali e i flussi tra le stesse organizzazioni (OCSE, OMS, ONU e UE²). La Tab. 3.1 illustra in sintesi i database attualmente disponibili a livello internazionale sui sistemi sanitari.

Nonostante la presenza di standard internazionali, esistono degli elementi di criticità e delle problematiche legate:

- ▶ al fatto che tali standard non vengano estesi a paesi non dell'OCSE;
- ▶ alla circostanza che non tutti i paesi OCSE hanno adottato gli standard internazionali di classificazione;
- ▶ al processo di aggiornamento differente da parte delle diverse organizzazioni internazionali, anche in relazione al fatto che i dati di spesa sanitaria sono di fatto trasmessi dall'OCSE.

² Si noti che dei 27 paesi appartenenti all'UE, 19 appartengono all'OCSE. In particolare non sono Stati membri dell'OCSE Bulgaria, Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Romania e Slovenia.

Tabella 3.1 Database internazionali sui sistemi sanitari

Organizzazione internazionale	Articolazione dati (macroaree)	Ultimo aggiornamento disponibile	Nome e riferimenti database
OCSE	Spesa sanitaria complessiva	2006 (aggiornamento luglio 2007)	OECD Health Data 2006: Statistics and Indicators for 30 Countries (dati derivati dai singoli uffici nazionali di statistica)
	Spesa sanitaria corrente		
	Spesa per investimenti in sanità		
	Spesa per la prevenzione		
	Spesa per prestazioni mediche		
	Prodotti sanitari dispensati sul territorio		
	Altre spese per funzioni collegate alla salute		
	Finanziamento dei servizi sanitari		
	Dati demografici		
Dati sullo stato di salute			
OMS	Spesa sanitaria	2004 (aggiornamento 2006)	WHO Statistical Information System (WHOSIS): www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm (per i paesi non appartenenti all'OCSE l'OMS raccoglie direttamente i dati dai singoli uffici nazionali di statistica)
	Spesa sanitaria per fonti di finanziamento		
	Dati demografici	2005, proiezioni fino al 2030 (aggiornamento 2006)	
	Stato di salute*		
EUROSTAT	Spesa sanitaria complessiva	2005 (aggiornamento 2006)	EUROSTAT Data, Population and Social Condition, Health: http://epp.eurostat.ec.europa.eu (per i paesi non appartenenti all'OCSE, raccoglie direttamente i dati dai singoli uffici nazionali di statistica)
	Indicatori demografici		
	Stato di salute		
ONU	Stato di salute	2004 (aggiornamento 2006) 2006 per i dati sull'HIV (aggiornamento dicembre 2006)	UN Statistics Division. Health, Human Functioning and Disability: http://unstats.un.org/unsd/demographic/s-concerns/health/default.htm
	Servizi sanitari		
	Disabilità		
	Nutrizione		

* Sono disponibili anche dati sull'impatto e diffusione dell'HIV (UNAIDS/WHO Global HIV/AIDS Database) e dati sulle disabilità (Disability Adjusted Life Years, DALY). Si ricorda che il DALY è un indicatore utilizzato per valutare l'impatto dei diversi fattori di rischio in termini di «perdita di anni di vita in buono stato di salute». Tale indicatore prende in considerazione l'impatto dei vari rischi per la salute sulla mortalità, sulla morbosità e sulla disabilità.

Fonte: nostra elaborazione su database indicati in tabella

Al fine di risolvere le due prime criticità, come sopra specificato, nel 2006 l'OCSE ha proposto un *sistema congiunto* di rilevazione e classificazione dei dati sulla sanità che prevede l'armonizzazione nella rilevazione e raccolta dati delle tre organizzazioni internazionali e che verrà in seguito descritto (cfr. Joint SHA).

OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) – Come rilevato in precedenza, l'OCSE possiede il database relativo alle voci di spesa

sanitaria più aggiornato e rappresenta la principale fonte di dati utilizzata dalle altre organizzazioni internazionali.

Le modalità di raccolta dei dati da parte degli uffici statistici nazionali avvengono secondo due differenti modalità.

La prima è il risultato della piena adesione da parte delle agenzie nazionali di statistica al System of Health Accounts (SHA). Il SHA stabilisce regole e prevede linee guida e standard internazionali per la definizione e la classificazione delle diverse voci che compongono la spesa sanitaria, i principi e le regole di rilevazione dei dati di spesa, i formati dei conti di sintesi. Tale sistema è stato attivato nel 2000, anno di pubblicazione del manuale *A System of Health Accounts*, al fine di permettere la comparabilità geografica e temporale dei dati sanitari. Per rispondere a tre domande ritenute fondamentali per comprendere a pieno un sistema sanitario, ossia da dove provengono le fonti di finanziamento, come vengono impiegati i fondi e che tipologia di beni/servizi vengono inclusi nell'analisi dei dati, il SHA propone l'International Classification for Health Accounts (ICHA), classificazione che considera tre diverse dimensioni della sanità (cfr. anche *supra*): le funzioni sanitarie (*health care functions*, ICHA-HC), le imprese fornitrici di beni e servizi sanitari (*health care service provider industries*, ICHA-HP) e le fonti di finanziamento della sanità (*sources of funding health care*, ICHA-HF). A oggi, i dati di spesa sanitaria sono rilevati in accordo a tale sistema in ventuno dei trenta paesi OCSE: Australia, Austria, Belgio, Canada, Corea, Danimarca, Francia, Germania, Giappone, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Spagna, Stati Uniti, Svizzera, Turchia e Ungheria.

Il secondo metodo consiste nell'adattamento dei dati di contabilità nazionale (National Health Data) agli standard internazionali del SHA. I dati di contabilità nazionale ovviamente non riguardano nel dettaglio il settore sanitario, ma si riferiscono nel loro complesso al sistema economico. I paesi che aderiscono all'OCSE anche se non hanno adottato il SHA sono tenuti a condividere uno schema base comune denominato System of National Accounts (SNA); per quanto concerne i paesi membri dell'UE, tale sistema viene applicato secondo una versione che tiene conto delle maggiori esigenze di rigore informativo derivanti dall'adozione di politiche comuni e prende il nome di SEC, Sistema Europeo dei Conti nazionali e regionali (Pagano e Guerrucci 2001). Quest'ultimo presenta alcuni limiti, riferiti alla spesa sanitaria:

- ▶ il dato aggregato di spesa sanitaria non viene dettagliato nelle singole componenti previste dal SHA;
- ▶ vi è una tendenziale sottostima della spesa sanitaria, dovuta al fatto che diverse componenti, considerate dall'OCSE come voci afferenti al sistema sanitario, vengono rendicontate nell'ambito dell'«assistenza sociale». Inoltre esistono differenze nei principi generali di rendicontazione: a titolo esemplificativo, le spese sostenute direttamente dalle aziende e/o imprese private che erogano alcune tipologie di servizi sanitari per i propri dipendenti, non ven-

gono registrate nel capitolo della spesa sanitaria della contabilità nazionale (OECD 2006b);

- ▶ nei conti nazionali non vengono dettagliate le voci da attribuire al sistema sanitario come previsto dagli standard internazionali: tale difformità potrebbe portare a difficoltà nell'interpretazione delle serie storiche, difficoltà dovute a cambiamenti in senso estensivo o restrittivo della definizione di spesa sanitaria;
- ▶ la disponibilità delle fonti di dati inerenti la spesa sostenuta dal settore privato è molto limitata e ciò non permette ad alcuni paesi di fornire una stima completa del dato di spesa sanitaria complessiva.

I dati italiani, vengono elaborati e forniti all'OCSE dall'ISTAT. Il SHA non è a oggi utilizzato dall'Italia, nonostante l'ISTAT si attenga strettamente alle indicazioni del Sistema Europeo dei Conti: l'implementazione del SHA necessita un affinamento delle statistiche e lo sviluppo di nuove rilevazioni³.

OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) – L'OMS utilizza il dato OCSE come fonte primaria dei dati di spesa sanitaria; per gli altri dati sul sistema sanitario e per i dati di contabilità nazionale utilizza:

- ▶ un sistema di rilevazione proprio;
- ▶ un sistema articolato di fonti internazionali, quali l'OCSE, il Fondo Monetario Internazionale, la Divisione di Statistica delle Nazioni Unite;
- ▶ diverse fonti informative nazionali.

Tra i sistemi di rilevazione interni dell'OMS il principale è il WHOSIS (WHO Statistical Information System), sistema di informazione statistica dell'OMS, costituito da diversi database:

- ▶ il «WHOSIS database», in cui sono sistematizzati i dati internazionali raccolti dall'OMS⁴;
- ▶ il Global InfoBase, database per le patologie croniche e i fattori di rischio;
- ▶ il Global Health Atlas, database per le malattie infettive;
- ▶ il database delle cause di mortalità;
- ▶ il database degli indicatori demografici.

Si noti che il database degli indicatori demografici adotta come fonte primaria i

³ L'Italia ha però recentemente avviato l'implementazione del SHA, individuando un referente all'interno del ministero della Salute e costituendo un gruppo di lavoro interistituzionale. Per quanto riguarda i dati economici, il NSIS, grazie ai nuovi modelli di rilevazione dei costi per livelli di assistenza, sarà in grado di fornire dati statistici fondamentali per l'implementazione del SHA (Guerucci 2003).

⁴ I dati internazionali sistematizzati nel database WHOSIS includono 50 indicatori definiti «indicatori chiave per lo stato di salute» (WHO 2007).

dati raccolti dagli uffici dell'OMS dislocati nei diversi Stati (WHO Regional Offices), mentre il Global InfoBase, il Global Health Atlas e il database delle cause di mortalità utilizzano per la raccolta dei dati diverse fonti informative, in particolare:

- ▶ i ministeri della Salute dei diversi paesi (nello specifico le ricerche condotte dai singoli ministeri in collaborazione con altri partner internazionali su temi ritenuti rilevanti e di interesse pubblico);
- ▶ pubblicazioni di ricerche in riviste scientifiche specializzate o articoli in fase di pubblicazione;
- ▶ sondaggi realizzati dall'ONU o dalla Banca Mondiale;
- ▶ sondaggi realizzati *ad hoc* (per esempio il *World Health Survey*, *Global Youth Tobacco Survey*, *Global School Health Survey*)⁵.

Per quanto concerne la metodologia di raccolta dei dati sanitari, l'OMS utilizza dal 2004 il National Health Account, un sistema di rilevazione dei dati riconducibile per metodologia e struttura al Sistema dei Conti della Sanità (System of

Tabella 3.2 **Dati di spesa sanitaria nei database internazionali di OCSE e OMS per l'Italia (2000-2005)**

Indicatori di spesa		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Totale spesa sanitaria come percentuale del PIL	OCSE	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7	8,8
	OMS	8,1	8,2	8,4	8,4	8,7	8,8
Spesa pubblica sanitaria come percentuale del PIL	OCSE	5,8	6,1	6,2	6,2	6,5	6,7
	OMS	6,0	6,2	6,3	6,3	6,6	6,7
Spesa sanitaria totale pro capite (PPA)	OCSE	2.083	2.114	2.275	2.314	2.467	—
	OMS	2.044	2.150	2.262	2.266	2.424	—
Spesa sanitaria pubblica come percentuale del totale spesa sanitaria	OCSE	72,0	74,3	74,2	73,7	75,1	75,8
	OMS	73,5	75,8	75,4	75,1	76,4	75,8
Spesa sanitaria privata come percentuale del totale spesa sanitaria	OCSE	28,0	25,7	25,8	26,3	24,9	24,2
	OMS	26,5	24,2	24,6	24,9	23,6	24,4
Spesa out-of-pocket come percentuale sulla spesa sanitaria complessiva	OCSE	24,5	21,9	21,7	22,2	21,0	20,3
	OMS	22,8	20,3	20,5	20,7	19,6	20,3
Spesa out-of-pocket come percentuale sulla spesa sanitaria privata	OCSE	87,2	85,2	84,2	84,6	84,4	83,9
	OMS	86,2	83,9	83,2	83,3	83,0	83,9

Fonte: OECD (2006), WHO (2006)

⁵ www.who.int/infobase/report.aspx.

Health Account) dell'OCSE. In particolare, lo schema utilizza la classificazione standard – l'ICHA – con le voci di spesa dettagliate per macroarea, cui si aggiungono altre voci rilevanti per l'attività dell'OMS (per esempio diverse classificazioni geografiche e/o per patologie e/o per livelli di reddito medio della popolazione), e rilevate in coerenza con il SNA, l'impostazione dettata nel 1993 dalla Divisione Statistica delle Nazioni Unite. L'allineamento dei dati OMS a quelli dell'OCSE a partire dal 2005 è chiaramente evidenziato, con riferimento ai dati italiani, nella Tab. 3.2 (*supra*).

EUROSTAT – La fonte primaria dei dati utilizzata al fine di rilevare le voci di spesa sanitaria risulta essere l'OCSE per tutti i paesi che sono contemporaneamente membri dei due organismi internazionali (UE e OCSE). Per gli altri Stati membri dell'UE e per gli Stati membri che non hanno ancora completato il processo di adozione del SHA promosso dall'OCSE, con lo scopo di permettere la comparabilità dei dati, l'EUROSTAT utilizza dal 2005 un *Minimum Data Set*, che segue le definizioni e la struttura del SHA. Per permettere la nascita di tale sistema, gli Stati membri dell'UE e gli Stati candidati a entrare nell'Unione sono stati invitati a raccogliere dati compatibili con il SHA e a riclassificarli secondo la struttura prevista, a partire dai dati di spesa sanitaria del 2000 (cfr. Tab. 3.3). Il *Minimum Data Set* è stato sviluppato all'interno del progetto più ampio dell'UE «SHA in the EU: Definition of a Minimum Data Set and of Additional Information Needed to Analyse and Evaluate SHA».

Per le nazioni in cui non è stato ancora implementato il *Minimum Data Set*, le fonti principali per la raccolta dei dati risultano essere direttamente gli istituti nazionali di statistica, i dati forniti dai ministeri e le indagini nazionali sui consumi delle famiglie. Inoltre, al fine di evitare discrepanze nei dati prodotti, l'EUROSTAT utilizza alcune variabili di aggiustamento, che possono essere derivate dal gap tra gli stessi dati, oppure basate su valori storici delle voci considerate.

3.2.2 L'iniziativa «Joint SHA»

Il Joint SHA (sistema congiunto dei Conti della Sanità) è uno dei principali sviluppi dei sistemi di rilevazione e raccolta dei dati, nato nel 2006 con lo scopo di armonizzare la metodologia di raccolta e classificazione dei dati del MDS dell'EUROSTAT e i dati del SHA dell'OMS (i dati provenienti dal NHA) con quelli dell'OCSE e permettere una migliore comparabilità. Ulteriore scopo del sistema congiunto è quello di armonizzare l'utilizzo degli standard internazionali e la definizione delle voci di spesa pubblica.

In linea generale, le tre organizzazioni hanno sviluppato una metodologia condivisa per la raccolta dei dati nell'area della spesa sanitaria al fine di:

- ridurre l'onere organizzativo nella raccolta dei dati da parte delle autorità nazionali;

Tabella 3.3 Sintesi degli indicatori del Minimum Data Set del System of Health Account

Policy dimension and subdimension	Indicators for test compilation	Indicators for future development
1. Sustainability		
Scale of health expenditure	1.1 Total health expenditure/Gross Domestic Product	1.1 Forecast
Scale of publicly-financed health expenditure	1.2 Public health expenditure/Gross Domestic Product	1.2 Forecast
Fiscal sustainability	1.3 Public health expenditure/total government expenditure	1.3 Forecast and evolution of revenue/expenditure ratios
2. Effectiveness		
Outcomes	2.1 Infant mortality	Mortality and PYLL for causes of death amenable to health care Disability adjusted life expectancy Changes in the prevalence of risk factors linked to health behaviors
	2.2 PYLL for selected causes	
Process/quality of care		Preventive care (vaccination and cancer screening rates)
Responsiveness		Further discussion needed to define suitable indicator
3. Efficiency/productivity		
Cost-effectiveness		Effectiveness indicators with related health expenditure
Unit cost	3.1 Relative unit cost for selected outputs where data is immediately available (e.g. hospital inpatient cases)	Unit cost of selected outputs (such as case-mix adjusted hospital admissions, Defined Daily Doses)
Mode of production	3.2 Ratios of day-care surgery to all surgery for selected procedures	
Input productivity		Value added per employee
4. Equity		
Equity of finance	4.1 Percentage of private financing (for out-of-pocket expenditure and for private insurance) for selected health care functions (HC.1 to .5)	Financial burden of health care by decile of income (all payments) i.e. direct payments by households for health care including direct taxes, contributions, OOP, private health insurance premiums
Equity of access and utilization of the health care system	4.2 Health sector employment per inhabitant and provider	Geographical disparities (standardized by age and gender of the population) in: <ul style="list-style-type: none"> • health sector employment per inhabitant; • hospital admission rates for selected diseases/interventions Health care expenditure, breakdown by function, by deciles of household income (if possible standardization by health status, see discussion in section 2.5.4)
Geographical		
Between socio-economic groups		

Fonte: EUROSTAT (2005)

- aumentare l'uso di standard internazionali e definizioni omogenee relative le voci di spesa sanitaria;

Tabella 3.4 Il sistema congiunto dei conti della Sanità (Joint SHA)

Stati che al 2006 hanno aderito al Sistema Joint SHA	Stati intenzionati ad aderire entro il 2007 al Sistema Joint SHA	Stati per i quali nel 2007 non è attesa l'adesione al Sistema Joint SHA
Australia, Belgio, Canada, Corea, Francia, Germania, Giappone, Lussemburgo, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Slovacchia, Spagna, Svizzera, Stati Uniti (invio parziale)	Austria, Danimarca, Finlandia, Ungheria, Islanda e Turchia	<i>SHA in fase di implementazione</i> Grecia, Irlanda, Italia, Nuova Zelanda e Svezia
		<i>Interruzione nell'implementazione del SHA</i> Messico e Regno Unito

Fonte: elaborazione su dati OECD (2007)

- incoraggiare l'armonizzazione dei dati sulla spesa sanitaria nelle diverse nazioni, al fine di migliorare la disponibilità e la comparabilità dei dati stessi.

Capofila del progetto è l'OCSE che monitora e rende paragonabili i dati di spesa. Aderiscono all'iniziativa Australia, Belgio, Canada, Corea, Francia, Germania, Giappone, Lussemburgo, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Slovacchia, Spagna, Svizzera, Stati Uniti, ossia le Nazioni che hanno adottato gli Standard internazionali e il Sistema dei Conti della Sanità dell'OCSE. Nella Tab. 3.4 sono elencati gli Stati che aderiscono a tale iniziativa e coloro che l'adotteranno nel corso del 2007.

3.2.3 L'analisi dei dati di confronto internazionale

Il database OCSE 2007 copre, per la maggior parte dei paesi, il periodo compreso tra il 1960 e il 2005, mentre sono presenti i dati 2006 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 Tabb. 3.5-3.10 vengono riportati, per il 1990, il 1995 e il periodo 2000-2005, i dati dei paesi UE (escluso il Lussemburgo), di altri paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extraeuropei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone);
- le grandezze monetarie sono state convertite in dollari PPA (Parità dei Poteri di Acquisto⁶), con riferimento al PIL. A tale proposito, si osserva che esistono PPA specifiche per la spesa sanitaria (e 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 rife-

⁶ Le PPA sono strumenti di conversione di dati, espressi in valuta nazionale, che incorporano i differenziali di potere d'acquisto delle valute stesse.

rimento ai 15 paesi (UE-15). Per esempio, la spesa media sanitaria pro capite UE è stata calcolata rapportando la spesa di tutti i quindici paesi UE (convertita in dollari 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 molteplici fonti informative, tra cui analisi campionarie dei consumi delle famiglie, con una conseguente minore attendibilità, rispetto a quelli di spesa pubblica (cfr. par. 3.4). Per esempio, la voce più importante di spesa privata per servizi sanitari in Italia è rappresentata dai prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico. Secondo l'ISTAT, dato ripreso dall'OCSE, tale spesa ammonterebbe a circa 12 miliardi di euro. I dati di mercato riferiti alla spesa privata per farmaci (Osservatorio Farmaci 2007) evidenziano invece una spesa di 6,5 miliardi di euro;
- ▶ 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: per esempio, nel 2004 l'incidenza della spesa per investimenti sulla spesa sanitaria nell'UE-15 è compresa, con riferimento alla spesa totale (pubblica + privata), tra il 5,8 per cento dell'Irlanda e il 3 per cento della Spagna⁷, e con riferimento alla spesa pubblica, tra il 4,9 per cento del Belgio e il 2 per cento dell'Italia⁸. L'analisi dei dati nazionali contenuta nel presente capitolo si riferisce alla sola spesa corrente;
- ▶ i dati di alcuni paesi non sono completi. La spesa sanitaria complessiva (pubblica + privata) non è disponibile per il 2005 in alcuni paesi (Paesi Bassi, Ungheria, Australia, Giappone). Per la Repubblica Slovacca la serie storica della spesa sanitaria complessiva parte dal 1997. Il mix pubblico/privato della spesa sanitaria complessiva non è disponibile, oltre che per i paesi e gli anni sopra citati, per il Belgio nel periodo 1990-1994;
- ▶ per l'Italia i dati OCSE non coincidono con quelli riportati nelle tabelle nazionali (cfr. par. 3.3.1);

⁷ I dati 2005 sono incompleti.

⁸ Anche in questo caso, il dato 2005 è incompleto.

Tabella 3.5 Spesa sanitaria totale pro capite, dollari PPA (1990; 1995; 2000-2005)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Variazione perc. media (1990-2005)	Variazione perc. media (1990-1995)	Variazione perc. media (1995-2001)	Variazione perc. media (2001-2005)
UE (15)												
Austria	1.328	2.229	2.825	2.898	3.018	3.236	3.418	3.519	6,7%	10,9%	5,4%	5,0%
Belgio	1.341	1.828	2.301	2.452	2.631	3.080	3.290	3.389	6,4%	6,4%	6,0%	8,4%
Danimarca	1.522	1.844	2.381	2.561	2.656	2.793	2.972	3.108	4,9%	3,9%	6,8%	5,0%
Finlandia	1.419	1.430	1.717	1.861	2.012	2.045	2.202	2.331	3,4%	0,2%	5,4%	5,8%
Francia	1.532	2.028	2.487	2.649	2.795	3.011	3.191	3.374	5,4%	5,8%	5,5%	6,2%
Germania	1.738	2.271	2.634	2.754	2.886	3.129	3.169	3.287	4,3%	5,5%	3,9%	4,5%
Grecia	844	1.250	1.950	2.178	2.364	2.616	2.669	2.981	8,8%	8,2%	11,7%	8,2%
Irlanda	794	1.216	1.822	2.151	2.368	2.536	2.742	2.926	9,1%	8,9%	12,1%	8,0%
Italia	1.387	1.534	2.078	2.188	2.278	2.281	2.437	2.532	4,1%	2,0%	7,4%	3,7%
Paesi Bassi	1.435	1.822	2.258	2.525	2.775	2.910	3.094	n.d.	5,6%	4,9%	6,7%	n.d.
Portogallo	674	1.096	1.625	1.685	1.783	1.832	1.896	2.033	7,6%	10,2%	9,0%	4,8%
Regno Unito	987	1.385	1.859	2.034	2.228	2.328	2.560	2.724	7,0%	7,0%	8,0%	7,6%
Spagna	873	1.193	1.520	1.617	1.723	1.954	2.099	2.255	6,5%	6,4%	6,3%	8,7%
Svezia	1.589	1.734	2.272	2.409	2.593	2.760	2.827	2.918	4,1%	1,8%	6,8%	4,9%
Totale UE (15)	1.316	1.734	2.191	2.333	2.476	2.644	2.785	n.d.	5,5%	5,7%	6,1%	n.d.

Tabella 3.5 (segue)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Variazione perc. media (1990-2005)	Variazione perc. media (1990-1995)	Variazione perc. media (1995-2001)	Variazione perc. media (2001-2005)
	UE (nuovi paesi)											
Polonia	300	423	590	647	734	754	814	867	7,3%	7,1%	8,9%	7,6%
Repubblica Ceca	561	902	971	1.055	1.199	1.353	1.413	1.479	6,7%	10,0%	3,2%	8,8%
Repubblica Slovacca	594	685	857	977	1.115	1.291	1.337	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	15,4%
Ungheria	594	685	857	977	1.115	1.291	1.337	n.d.	6,0%	2,9%	7,4%	n.d.
	Altri paesi europei											
Norvegia	1.393	1.893	3.082	3.293	3.616	3.872	4.103	4.364	7,9%	6,3%	11,7%	7,3%
Svizzera	2.029	2.573	3.181	3.371	3.650	3.861	4.045	4.177	4,9%	4,9%	5,6%	5,5%
	Altri paesi non europei											
Australia	1.306	1.741	2.397	2.541	2.724	2.892	3.128	n.d.	6,4%	5,9%	7,9%	n.d.
Canada	1.737	2.055	2.509	2.727	2.867	3.006	3.161	3.326	4,4%	3,4%	5,8%	5,1%
Giappone	1.116	1.541	1.967	2.080	2.138	2.243	2.358	n.d.	5,5%	6,7%	6,2%	n.d.
Stati Uniti	2.752	3.670	4.569	4.917	5.306	5.684	6.037	6.401	5,8%	5,9%	6,0%	6,8%

Nota: il tasso di crescita medio per i paesi in cui manca il dato 2005 è stato calcolato considerando il 2004 come ultimo anno della serie storica. Il valore UE-15 per il 2005 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per due paesi.

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2007)

- il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come *Compound Average Growth Rate* (CAGR), ovvero come tasso di crescita annuale composto⁹.

La spesa sanitaria totale pro capite in Italia (Tab. 3.5, *supra*) risulta del 10 per cento circa inferiore al dato complessivo UE, come risultato di un tasso di crescita di 1,4 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 extraeuropei, con la rilevante eccezione del Giappone.

In particolare, gli Stati Uniti mostrano di gran lunga il più elevato dato di spesa sanitaria pro capite. Nei nuovi paesi UE, invece, la spesa pro capite 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 (Tab. 3.6) 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 pro capite pubblica l'Italia presenta un dato inferiore dell'11 per cento circa al valore UE, per effetto di un tasso di crescita più basso nella prima metà degli anni Novanta 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 (8,1 per cento rispetto al 4,7; Tab. 3.7). L'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è in Italia (6,8 per cento nel 2005) inferiore al valore UE (7 per cento nel 2004). Tuttavia, la notevole espansione della spesa sanitaria pubblica nella seconda metà degli anni Novanta (e in particolare nel biennio 2000-2001) e la contestuale inferiore crescita del PIL ha generato una sensibile riduzione della distanza dal valore UE (Tab. 3.8).

La copertura pubblica della spesa sanitaria (Tab. 3.9) dipende ovviamente dalle scelte sui modelli di servizio sanitario, dal livello di garanzia sostanziale delle prestazioni da parte dei sistemi pubblici (per 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).

⁹ Per esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a:

$$\left(\frac{\text{Valore ultimo anno}}{\text{Valore primo anno}} \right)^{1/3} - 1$$

Tabella 3.6 Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL (1990; 1995; 2000-2005)

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

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

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2007)

Tabella 3.7 Spesa sanitaria pubblica pro capite, dollari PPA (1990; 1995; 2000-2005)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Variazione perc. media (1990-2005)	Variazione perc. media (1990-1995)	Variazione perc. media (1995-2001)	Variazione perc. media (2001-2005)
	UE (15)											
Austria	976	1.544	2.144	2.195	2.276	2.438	2.582	2.665	6,9%	9,6%	7,3%	5,0%
Belgio	n.d.	1.434	1.750	1.878	1.979	2.205	2.404	2.451	n.d.	n.d.	5,5%	6,9%
Danimarca	1.259	1.522	1.963	2.117	2.203	2.353	2.506	2.614	5,0%	3,9%	6,8%	5,4%
Finlandia	1.148	1.080	1.290	1.412	1.536	1.558	1.700	1.813	3,1%	-1,2%	5,5%	6,4%
Francia	1.174	1.548	1.948	2.075	2.197	2.389	2.534	2.693	5,7%	5,7%	6,0%	6,7%
Germania	1.325	1.829	2.098	2.184	2.286	2.462	2.437	2.527	4,4%	6,7%	3,6%	3,7%
Grecia	453	651	862	1.032	1.111	1.214	1.190	1.277	7,2%	7,5%	9,7%	5,5%
Irlanda	571	870	1.329	1.584	1.791	1.945	2.143	2.281	9,7%	8,8%	12,7%	9,5%
Italia	1.097	1.103	1.507	1.633	1.697	1.703	1.847	1.938	3,9%	0,1%	8,2%	4,4%
Lussemburgo	1.427	1.879	2.665	2.874	3.367	4.281	4.851	n.d.	9,1%	5,7%	8,9%	n.d.
Paesi Bassi	962	1.294	1.424	1.586	1.733	1.832	1.894	n.d.	5,0%	6,1%	4,2%	n.d.
Portogallo	441	686	1.179	1.205	1.288	1.344	1.358	1.478	8,4%	9,2%	11,9%	5,2%
Regno Unito	825	1.161	1.503	1.687	1.857	1.993	2.209	2.371	7,3%	7,1%	7,8%	8,9%
Spagna	687	861	1.089	1.151	1.228	1.373	1.487	1.609	5,8%	4,6%	6,0%	8,7%
Svezia	1.428	1.503	1.929	2.045	2.207	2.357	2.391	2.469	3,7%	1,0%	6,4%	4,8%
Totale UE (15)	955	1.332	1.639	1.755	1.892	1.981	2.081	n.d.	5,7%	4,9%	4,7%	n.d.

Tabella 3.7 (segue)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Variazione perc. media (1990-2005)	Variazione perc. media (1990-1995)	Variazione perc. media (1995-2001)	Variazione perc. media (2001-2005)
	UE (nuovi paesi)											
Polonia	275	308	413	465	522	527	558	601	5,4%	2,3%	8,6%	6,6%
Repubblica Ceca	547	820	877	947	1.085	1.215	1.259	1.310	6,0%	8,4%	2,9%	8,5%
Repubblica Slovacca	n.d.	n.d.	532	574	638	705	782	846	n.d.	n.d.	n.d.	10,2%
Ungheria	n.d.	576	606	674	783	921	942	n.d.	n.d.	n.d.	3,2%	n.d.
	Altri paesi europei											
Norvegia	1.153	1.594	2.542	2.752	3.019	3.241	3.428	3.647	8,0%	6,7%	11,5%	7,3%
Svizzera	1.063	1.383	1.769	1.926	2.113	2.258	2.367	2.493	5,8%	5,4%	6,8%	6,7%
	Altri paesi non europei											
Australia	876	1.161	1.640	1.715	1.839	1.952	2.110	n.d.	6,5%	5,8%	8,1%	n.d.
Canada	1.295	1.466	1.766	1.909	1.994	2.110	2.220	2.337	4,0%	2,5%	5,4%	5,2%
Giappone	866	1.279	1.599	1.699	1.742	1.828	1.927	n.d.	5,9%	8,1%	5,8%	n.d.
Stati Uniti	1.093	1.664	1.995	2.191	2.372	2.528	2.698	2.884	6,7%	8,8%	5,7%	7,1%

Nota: il tasso di crescita medio per i paesi in cui manca il dato 2005 è stato calcolato considerando il 2004 come ultimo anno della serie storica. Il valore UE per il 1991 è stato calcolato escludendo la Germania. Il valore UE-15 per il 2005 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per due paesi.

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2007)

Tabella 3.8 Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (1990; 1995; 2000-2005)

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

Nota: il dato UE-15 per il 2005 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per un paese.

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2007)

Tabella 3.9 Copertura pubblica della spesa sanitaria (1990; 1995; 2000-2005, percentuale)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	UE (15)															
Austria	73,5	73,4	73,5	74,2	74,4	69,3	68,2	70,3	69,7	70,0	75,9	75,7	75,4	75,3	75,6	75,7
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	78,5	79,4	76,7	76,1	75,8	76,0	76,6	75,2	71,6	73,1	72,3
Danimarca	82,7	83,5	83,2	82,7	82,2	82,5	82,4	82,3	82,0	82,2	82,4	82,7	82,9	84,2	84,3	84,1
Finlandia	80,9	81,1	79,6	76,1	75,5	75,6	75,8	76,1	76,3	75,3	75,1	75,9	76,3	76,2	77,2	77,8
Francia	76,6	76,3	76,6	76,5	76,0	76,3	76,1	76,2	76,0	76,0	78,3	78,3	78,6	79,4	79,4	79,8
Germania	76,2	n.d.	80,9	80,2	80,2	80,5	80,6	79,1	78,6	78,5	79,7	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9
Grecia	53,7	53,4	54,6	54,5	50,2	52,0	53,0	52,8	52,1	53,4	44,2	47,4	47,0	46,4	44,6	42,8
Irlanda	71,9	73,0	71,5	73,3	71,9	71,6	71,4	74,6	76,5	72,8	72,9	73,6	75,6	76,7	78,2	78,0
Italia	79,1	78,8	76,6	76,3	74,4	71,9	71,5	71,9	71,6	72,0	72,5	74,6	74,5	74,7	75,8	76,6
Lussemburgo	93,1	93,0	92,8	92,9	91,7	92,4	92,8	92,5	92,4	89,8	89,3	87,9	90,3	90,6	90,6	n.d.
Paesi Bassi	67,1	69,0	72,8	73,6	72,9	71,0	66,2	67,8	64,1	62,7	63,1	62,8	62,5	63,0	62,3	n.d.
Portogallo	65,5	62,8	59,6	63,0	63,4	62,6	65,3	65,7	67,1	67,6	72,5	71,5	72,2	73,4	71,6	72,7
Regno Unito	83,6	83,3	84,6	85,1	83,9	83,9	82,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83,0	83,4	85,6	86,3	87,1
Spagna	78,7	77,5	77,4	76,6	75,5	72,2	72,4	72,5	72,2	72,0	71,6	71,2	71,3	70,3	70,9	71,4
Svezia	89,9	88,2	87,2	87,4	87,1	86,6	86,9	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,1	85,4	84,6	84,6
Totale UE (15)	78,3	78,0	78,8	78,4	77,8	77,2	76,9	76,1	75,8	75,7	75,9	76,5	76,5	76,5	76,7	n.d.

Tabella 3.9 (segue)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	UE (nuovi paesi)															
Polonia	91,7	75,6	76,4	73,8	72,8	72,9	73,4	72,0	65,4	71,1	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3
Repubblica Ceca	97,4	96,8	95,5	94,8	93,9	90,9	90,7	90,3	90,4	90,5	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	88,6
Repubblica Slovacca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	91,7	91,6	89,6	89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4
Ungheria	n.d.	89,1	88,0	87,4	87,3	84,0	81,6	81,3	74,8	72,4	70,7	69,0	70,2	71,3	70,5	n.d.
	Altri paesi europei															
Norvegia	82,8	84,5	84,8	84,6	84,6	84,2	84,2	81,3	82,2	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,6
Svizzera	52,4	52,8	53,8	54,3	54,2	53,8	54,7	55,2	54,9	55,3	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	59,7
	Altri paesi non europei															
Australia	67,1	66,8	66,4	65,9	65,8	66,7	66,1	67,8	67,4	69,5	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5	n.d.
Canada	74,5	74,6	74,1	72,7	72,0	71,4	70,9	70,1	70,6	70,0	70,4	70,0	69,6	70,2	70,2	70,3
Giappone	77,6	78,3	78,1	79,2	78,6	83,0	82,8	81,5	80,8	81,1	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7	n.d.
Stati Uniti	39,7	41,3	42,6	43,4	45,0	45,3	45,7	45,3	44,3	43,8	43,7	44,6	44,7	44,5	44,7	45,1

Nota: il dato UE-15 per il 2005 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre paesi.

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2007)

Tabella 3.10 Incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva (1990; 1995; 2000-2005, percentuale)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	UE (15)															
Austria	9,9	9,8	10,2	10,3	10,4	12,0	11,9	12,4	12,5	12,6	14,7	14,9	15,0	15,0	15,4	15,5
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	12,4	12,7	12,4	12,6	12,9	13,4	13,6	13,5	14,1	15,2	14,9
Danimarca	12,3	12,2	12,0	11,8	11,5	11,2	11,4	11,7	12,0	12,4	12,6	12,9	13,2	13,8	14,1	14,4
Finlandia	13,1	12,6	11,5	9,9	9,3	9,5	9,7	9,8	10,0	10,0	10,2	10,7	11,0	11,1	11,3	11,6
Francia	12,9	13,0	13,1	13,1	13,0	13,2	13,1	13,1	13,2	13,3	14,6	14,8	14,9	16,2	16,4	16,5
Germania	14,6	n.d.	16,6	16,1	16,6	15,1	17,4	17,1	17,1	17,1	18,2	17,4	17,5	17,5	17,3	17,6
Grecia	7,9	8,3	8,7	9,3	9,7	9,8	10,3	10,4	10,2	10,8	10,1	11,8	11,7	11,9	10,9	11,5
Irlanda	10,2	10,6	11,1	11,3	11,3	11,7	11,9	12,9	13,6	13,2	14,5	15,4	16,1	16,8	17,2	17,0
Italia	11,6	11,6	11,1	10,6	10,5	9,8	9,9	10,7	11,0	11,4	12,7	12,8	13,1	12,9	13,8	14,1
Lussemburgo	13,2	12,4	12,5	12,8	12,5	12,9	12,7	12,7	12,7	13,3	13,9	14,7	14,8	16,7	17,3	n.d.
Paesi Bassi	9,8	10,3	11,0	11,3	11,4	10,6	11,1	11,5	11,2	11,2	11,4	11,5	12,0	12,2	12,3	n.d.
Portogallo	9,6	9,4	9,0	9,6	10,1	11,4	12,0	12,4	12,8	13,0	14,9	14,2	14,7	15,6	15,1	15,6
Regno Unito	11,9	12,2	12,7	12,8	13,0	13,0	13,5	13,3	13,7	14,6	14,8	15,3	15,3	15,4	16,0	16,2
Spagna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	12,2	12,6	13,0	13,1	13,4	13,2	13,4	13,4	14,4	14,7	15,4
Svezia	n.d.	n.d.	n.d.	10,3	10	10,4	11,1	11,2	11,8	12,0	12,4	13,1	13,4	13,6	13,5	13,6
Totale UE (15)	11,8	11,9	13,2	13,0	13,2	12,7	13,4	13,4	13,5	13,8	14,3	14,4	14,6	15,0	15,1	n.d.

Tabella 3.10 (segue)

	UE (nuovi paesi)																
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	8,4	8,5	8,7	8,7	9,5	9,4	9,6	10,2	9,8	10,0	9,9
Repubblica Ceca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,7	14,4	14,4	13,9	14,1	14,1	13,5	13,8	14,1	14,6	14,4
Repubblica Slovacca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10,8	11,6	10,9	9,5	11,3	11,5	12,9	14,1	13,9
Ungheria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10,7	10,6	10,5	10,4	12,0	11,7	n.d.
	Altri paesi europei																
Norvegia	11,9	12,4	12,3	12,3	12,4	13,0	13,5	14,6	15,5	16,1	16,4	16,4	16,7	17,4	17,4	17,8	17,9
Svizzera	14,5	14,9	14,8	14,7	14,8	15,1	15,7	15,8	15,7	16,7	17,1	17,1	17,9	18,1	18,3	18,6	n.d.
	Altri paesi non europei																
Australia	14,1	13,8	13,7	13,5	13,7	14,3	14,8	15,8	15,9	16,9	16,6	16,6	16,9	17,7	17,8	18,2	n.d.
Canada	13,6	13,7	13,7	13,6	13,6	13,3	13,4	13,9	14,2	14,6	15,1	15,1	15,5	16,2	16,6	17,1	17,5
Giappone	14,5	14,8	14,9	15,0	15,2	15,9	15,9	16,1	14,0	15,9	16,0	16,0	16,8	16,7	17,1	17,7	n.d.
Stati Uniti	12,8	13,6	14,3	15,2	16,0	16,3	16,6	16,8	16,7	16,7	16,9	16,9	17,6	18,1	18,4	18,7	18,8

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

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2007)

La copertura risulta più bassa negli Stati Uniti, dove i programmi pubblici di assistenza coprono una parte limitata della popolazione, nei sistemi misti pubblico-privato (è il caso di Svizzera e Paesi Bassi) e 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 (per 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 Novanta. 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 di poco inferiore al valore UE, ma soprattutto a quella di alcuni paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN), 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 (Tab. 3.10, *supra*): nei quindici paesi dell'UE tale incidenza è cresciuta dall'11,8 per cento del 1990 al 15,1 per cento del 2004. 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, Tab. 3.12). 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 a carico del SSN

3.3.1 Fonti e metodologia di rilevazione dei dati nazionali e regionali della spesa a carico del SSN

La spesa sanitaria pubblica (ISTAT 2007a) è elaborata dall'ISTAT secondo i criteri e le definizioni previste dalla Contabilità nazionale, e in particolare dal Sistema Europeo dei Conti nazionali SEC95 e dal Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale SESPROS96. Tale spesa rappresenta la sintesi delle operazioni correnti effettuate dalle istituzioni delle amministrazioni pubbliche nel campo della sanità tra le quali le ASL e le AO, gli IRCCS e le AO universitarie (ex policlinici a gestione diretta dell'università), l'amministrazione statale, alcuni enti di assistenza, come la Croce Rossa Italiana, le amministrazioni comunali, provinciali e regionali. Per i beni e servizi erogati in regime di convenzione è possibile quantificare separatamente l'assistenza farmaceutica, l'assistenza medico-generica, l'assistenza medico-specialistica, l'assistenza ospedaliera in case di cura private, l'assistenza protesica e balneotermale e altra assistenza, principalmente costituita da assistenza integrativa e domiciliare. Per valutare la spesa corrente

totale, oltre alle spese direttamente riconducibili a tali attività, vengono considerate anche la spesa per i servizi amministrativi e per gli interessi passivi, le imposte e le tasse, i premi di assicurazione e le contribuzioni diverse (trasferimenti a imprese, famiglie e istituzioni senza scopo di lucro al servizio delle famiglie) a carico delle istituzioni pubbliche.

Le fonti primarie utilizzate sono costituite da rilevazioni ISTAT o di altre istituzioni sui flussi di bilancio degli enti pubblici che operano in campo sanitario. In particolare, per le ASL e le AO viene utilizzata la rilevazione dei Conti Economici (CE) curata dal ministero della Salute; per gli IRCCS e le AO Universitarie si dispone di un'indagine di natura censuaria sui flussi di bilancio condotta dall'ISTAT; per gli enti di assistenza le informazioni di bilancio o di carattere extra-contabile sono acquisite direttamente dagli enti titolari; per l'amministrazione statale si dispone dei flussi di bilancio messi a disposizione dal ministero dell'Economia e delle Finanze, analizzati secondo una classificazione economico-funzionale a partire dalla quale è possibile individuare la spesa sostenuta nel campo della sanità; per le amministrazioni territoriali si dispone di indagini ISTAT sui rendiconti in cui la spesa è analizzata, come per l'amministrazione statale, secondo una classificazione economico-funzionale.

Al fine di ottenere il dato di spesa pubblica corrente, i dati raccolti dalle diverse fonti primarie vengono rielaborati (Jommi e Lecci 2006), ottenendo il Conto Economico Consolidato delle ASL e delle AO (Tabella CN34 del Volume Primo della Relazione Generale della Situazione Economica del Paese, RGSEP); le principali elaborazioni sono rappresentate dalla:

- ▶ valutazione delle uscite al netto delle entrate proprie delle aziende sanitarie;
- ▶ rielaborazione dei dati secondo il sistema SEC95;
- ▶ stima dei dati di ammortamento e del risultato netto di gestione;
- ▶ «spalmatura» di alcune voci (quali sopravvenienze e insussistenze) sulle relative voci di spesa, secondo le indicazioni fornite dal ministero dell'Economia e delle Finanze.

Successivamente viene elaborato il Conto Economico Consolidato della Sanità (Tabella CN38 del Volume Primo della RGSEP), che di fatto rileva la spesa sanitaria pubblica corrente riferita al complesso della Pubblica Amministrazione, esclusa la spesa sostenuta dal ministero della Salute. Le principali elaborazioni sono rappresentate:

- ▶ dall'aggiunta, per IRCCS pubblici e policlinici, del saldo tra relativi costi (stimati) e mobilità in uscita dalle ASL (derivata dai bilanci delle stesse ASL);
- ▶ dall'aggiunta dei costi sostenuti da altri enti pubblici (comuni, province, Stato) per servizi sanitari (quali, per esempio, costi per la profilassi di malattie infettive);
- ▶ 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).

La spesa sanitaria corrente riferita al complesso della Pubblica Amministrazione viene classificata in tre voci: «prestazioni», ovvero uscite per l'erogazione di prestazioni sanitarie (93 per cento del totale delle uscite); «contribuzioni diverse» degli enti pubblici¹⁰ (0,8 per cento del totale); «servizi amministrativi»¹¹ (4,7 per cento del totale); «altre uscite», rappresentate in gran parte da interessi passivi (1 per cento 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).

Sommando al dato delle uscite della Tabella CN38 la stima ISTAT della spesa del ministero della Salute, si ottiene il dato trasmesso all'OCSE come «spesa sanitaria pubblica corrente».

Con riferimento alla spesa sanitaria pubblica per investimenti (Jommi e Lecci 2006), fino al 1996 il dato di spesa sanitaria pubblica in conto capitale veniva desunto dai Rendiconti Finanziari (RND) delle aziende sanitarie. Dal 1996, non essendo tale dato più disponibile, a partire dal Conto consolidato di cassa della sanità viene elaborata una stima (dati ministero dell'Economia e delle Finanze) (Tabella ES3, Volume Secondo della RGSEP, voce «Pagamenti di capitali»). Tale voce ammonta nel 2006 a 2.312 milioni di euro, pari al 2,3 per cento della spesa sanitaria pubblica totale. Il dato non viene esplicitamente riportato nel presente capitolo, se non per il fatto che è incluso nella spesa sanitaria complessiva del database OCSE.

3.3.2 I dati nazionali di spesa e finanziamento del SSN

La spesa sanitaria corrente a carico del SSN ha subito una crescita modesta nel 2006, pari al 2,5 per cento rispetto al 2005, confermando il rallentamento del trend di crescita del 2005 (Tab. 3.11). Dal 2001, anno di approvazione della legge 405/2001, legge che ha previsto la responsabilizzazione delle regioni sulla copertura dei disavanzi, al 2006 il tasso di crescita medio della spesa pubblica è stato del 5 per cento, a fronte di un 8,1 per cento nel 1995-2001. Spesa per il personale dipendente, per l'assistenza farmaceutica e specialistica convenzionata e per altri servizi non ospedalieri erogati in regime di convenzione sono i fattori della produzione che hanno subito il maggiore aumento¹².

¹⁰ Tali contribuzioni sono rappresentate dai finanziamenti a enti quali Croce Rossa Italiana, università per borse di studio specializzandi ecc.

¹¹ Le spese per servizi amministrativi delle aziende sanitarie sono ottenute sommando la spesa per il personale appartenente al ruolo amministrativo, una quota della spesa del personale appartenente al ruolo professionale e una quota della spesa per beni e servizi.

¹² Si rimanda, a tale proposito, all'analisi dei dati contenuti in Tab. 3.13.

Tabella 3.11 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; disavanzo (1990; 1995; 2000-2006; milioni di euro)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Tasso crescita medio 1990-2006	Tasso crescita medio 1995-2001	Tasso crescita medio 2001-2006
Spesa sanitaria pubblica corrente	41.466	48.752	70.173	77.686	79.549	82.290	90.528	96.785	99.167	5,6%	3,3%	8,1%
<i>Variazione percentuale</i>	—	-0,6%	11,1%	10,7%	2,4%	3,4%	10,0%	6,9%	2,5%			
<i>Perc. sulla spesa sanitaria corrente totale</i>	82,6%	73,8%	74,2%	76,7%	76,0%	76,0%	77,3%	78,2%	78,3%			
Finanziamento sanitario pubblico corrente	34.737	47.773	66.945	73.908	76.658	79.967	84.738	91.060	94.985	6,5%	6,6%	7,5%
<i>Variazione percentuale</i>	—	5,7%	12,7%	10,4%	3,7%	4,3%	6,0%	7,5%	4,3%			
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-2.891	-2.323	-5.790	-5.725	-4.182	-2,9%	-32,0%	25,2%
<i>Perc. sul finanziamento</i>	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-3,8%	-2,9%	-6,8%	-6,3%	-4,4%			
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	24.373	23.622	25.155	25.981	26.524	26.917	27.487	7,4%	14,7%	5,3%
<i>Variazione percentuale</i>	—	13,0%	2,7%	-3,1%	6,5%	3,3%	2,1%	1,5%	2,1%			
<i>Perc. sulla spesa sanitaria corrente totale</i>	17,4%	26,2%	25,8%	23,3%	24,0%	24,0%	22,7%	21,8%	21,7%			
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	94.546	101.308	104.704	108.271	117.052	123.702	126.654	6,0%	5,7%	7,4%
<i>Variazione percentuale</i>	—	2,7%	8,8%	7,2%	3,4%	3,4%	8,1%	5,7%	2,4%			4,6%

Note: I dati relativi alla spesa per la gestione corrente sono desunti dai CE delle aziende sanitarie e, prima dell'introduzione della contabilità economico-patrimoniale, dai flussi RND (per il 1990 e 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.

La spesa per il SSN include i costi di produzione delle funzioni assistenziali, il saldo della gestione straordinaria (ricavi straordinari, costi straordinari, costi stimati per accantonamenti non tipici, variazioni delle rimanenze, plusvalenze e minusvalenze, sopravvenienze e insussistenze) e il saldo relativo all'attività *intra moenia*. 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) dei 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 dei SSN (0,5 per cento nel 2006).

Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni *in itinere* o *ex post* rispetto alle assegnazioni iniziali. In particolare, sono comprese le integrazioni alle partecipazioni delle regioni a statuto speciale, ai fini di copertura delle maggiori spese rispetto ai finanziamenti erogati (a norma delle leggi 724/1994 e 662/1996 le Regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono alla copertura dei propri disavanzi con quote interamente a carico dei bilanci regionali). Tale dato non include, ovviamente, i ricavi straordinari e quelli per l'esercizio dell'attività libero-professionale (dato che viene evidenziato il saldo tra costi e ricavi per tali attività).

Per dettagli sulla fonte informativa della spesa sanitaria privata corrente si rimanda al par. 3.4.1.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

La spesa sanitaria privata corrente (cfr. *infra* per maggiori dettagli) mantiene tassi di crescita modesti. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa pubblica fino al 2002 (con tassi di crescita più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica) mostra invece dal 2003 al 2006 un tasso di crescita piuttosto basso e sistematicamente inferiore alla spesa pubblica.

Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica + privata) ha raggiunto nel 2006 i 127 miliardi di euro (pari all'8,9 per cento del PIL), con un incremento del 2,4 per cento rispetto al 2005 e una crescita media del 4,6 per cento negli ultimi cinque anni.

Il finanziamento complessivo del SSN è stato fissato dalla legge Finanziaria per il 2006 (legge 266/2005) in 91.173 milioni di euro, cui si aggiungono le integrazioni previste dalla legge Finanziaria per il 2007 (legge 296/2006; due miliardi di euro) e le ulteriori somme messe in campo dalle regioni, per un totale di 94,5 miliardi di euro circa, con un incremento del 4,3 per cento rispetto al 2005.

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 (...) 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». Il successivo D.L. 23/2007 convertito in legge 64/2007 ha previsto che le somme finalizzate alla riduzione del disavanzo strutturale e all'ammortamento del debito cumulato siano di 3 miliardi di euro. A oggi, comunque, è stato assegnato solo il miliardo previsto in Finanziaria.

L'aumento delle risorse è stato superiore a quello della spesa, con una conseguente contrazione del disavanzo da 5,7 a 4,2 miliardi di euro. Se a tale disavanzo si aggiungono quelli degli anni pregressi, il debito cumulato dalle regioni è di circa 24,7 miliardi di euro (Tab. 3.19). La quota effettiva a carico delle regioni dovrebbe però essere di 20,3 miliardi di euro (Tab. 3.20), considerando le assegnazioni previste dalla legge Finanziaria del 2005, 2006 e 2007.

Il PIL nominale nel 2006 ha subito una crescita più consistente rispetto al 2005 (+3,7 per cento contro un modesto +2,5 per cento nel 2005). L'incidenza della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL, dopo due anni di sensibile crescita, ha subito un calo dello 0,1 per cento circa, attestandosi al 6,7 per cento (Fig. 3.2).

Nel 2006, nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), i comparti della previdenza (sistema pensionistico) e dell'assistenza (ammortizzatori sociali) sono cresciuti in misura maggiore rispetto al 2005, ma non tale da invertire la tendenza generale degli ultimi quattro anni di incremento della quota della spesa sanitaria sulla spesa per il Welfare State (24,9 per cento nel 2006; Tab. 3.12)¹³.

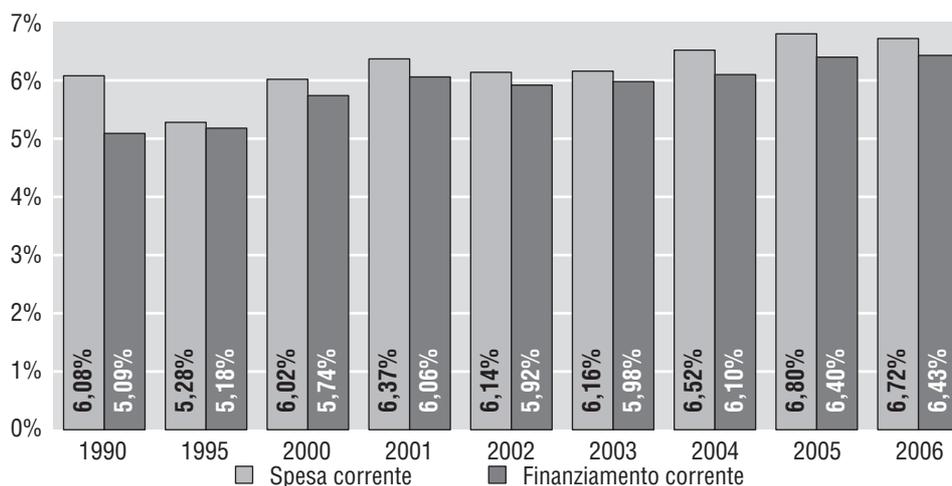
¹³ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica (e sulle differenze tra i dati inclusi nelle Tabb. 3.12 e 3.13, si rimanda al par. 3.2.1).

Tabella 3.12 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000-2006)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Tasso crescita medio 1990-2006	Tasso crescita medio 1995-2001	Tasso crescita medio 2001-2006
Sanità												
Spesa (milioni di euro)	38.174	43.815	63.141	69.879	74.027	76.467	84.181	89.591	94.727	5,8%	2,8%	8,1%
Percentuale sul totale	26,2%	21,6%	22,3%	23,4%	23,4%	23,0%	24,1%	24,7%	24,9%			
Variazione percentuale	—	-1,8%	12,6%	10,7%	5,9%	3,3%	10,1%	6,4%	5,7%			
Previdenza												
Spesa (milioni di euro)	96.891	143.531	201.209	208.331	216.276	228.206	236.104	243.570	253.893	6,2%	8,2%	6,4%
Percentuale sul totale	66,4%	70,9%	71,0%	69,6%	68,5%	68,7%	67,6%	67,1%	66,8%			
Variazione percentuale	—	6,1%	3,0%	3,5%	3,8%	5,5%	3,5%	3,2%	4,2%			
Assistenza												
Spesa (milioni di euro)	10.870	15.085	19.018	20.920	25.480	27.455	28.979	29.766	31.354	6,8%	6,8%	8,4%
Percentuale sul totale	7,4%	7,5%	6,7%	7,0%	8,1%	8,3%	8,3%	8,2%	8,3%			
Variazione percentuale	—	4,8%	4,8%	10,0%	21,8%	7,8%	5,6%	2,7%	5,3%			
Totale	145.936	202.431	283.368	299.130	315.783	332.128	349.264	362.927	379.974	6,2%	6,8%	6,7%
Variazione percentuale	—	4,1%	5,1%	5,6%	5,6%	5,2%	5,2%	3,9%	4,7%			

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

Figura 3.2 **Incidenza della spesa SSN per la gestione corrente e del finanziamento corrente sul PIL (1990-2006)**



Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica», ovvero per tipologia di fattori e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa.

Va sottolineato come l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale renda complessa la lettura del trend storico (e dei dati regionali). Come specificato in nota alla Tab. 3.11, a partire dal 2000 vengono aggiunte voci precedentemente non previste (accantonamenti, variazioni delle rimanenze, plusvalenze e minusvalenze, sopravvenienze e insussistenze) e inserite nella componente «altri costi». Sul saldo riferito a tali voci (a volte negativo, a volte positivo), influiscono in modo rilevante gli accantonamenti, ovvero l'imputazione a bilancio di poste, che avranno la loro manifestazione finanziaria:

- ▶ certa, per gli accantonamenti a fondi spese future;
- ▶ probabile, per quelli a fondi rischi in esercizi successivi, ma che sono di competenza economica dell'esercizio in corso.

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*). Inoltre il saldo delle voci economiche non può essere incluso né tra i fattori della produzione interni (alle aziende sanitarie), né tra quelli esterni.

Tabella 3.13 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000-2006)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Tasso crescita medio 1990-2006	Tasso crescita medio 1995-2001	Tasso crescita medio 1990-2006
	Valori assoluti (milioni di euro)											
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	26.888	27.618	27.945	29.505	31.758	33.355	4,6%	4,8%	4,6%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	16.883	17.980	19.846	22.511	26.623	26.574	8,4%	4,8%	10,5%
Medicina generale convenzionata	2.493	2.862	4.167	4.511	4.603	4.796	5.012	5.689	5.910	5,5%	2,8%	7,9%
Farmaceutica convenzionata	7.288	5.146	8.748	11.662	11.829	11.191	12.098	11.894	12.398	3,4%	-6,7%	14,6%
Ospedialiera accreditata	4.051	5.550	8.019	8.131	8.151	8.364	9.133	8.147	8.337	4,6%	6,4%	6,6%
Specialistica convenzionata	1.847	1.238	2.273	2.485	2.694	2.872	3.093	3.230	3.506	4,1%	-7,7%	12,3%
Altra assistenza convenzionata	1.807	3.145	4.433	6.025	6.543	6.902	7.406	7.939	8.390	10,1%	11,7%	11,4%
Altri costi (c)	375	471	578	703	-276	-53	1.320	1.044	213			
Enti non regionali (d)	74	637	509	398	406	427	449	459	485			
Totale	41.466	48.752	70.173	77.686	79.548	82.290	90.527	96.783	99.168	5,6%	3,3%	8,1%
Totale al netto di (c) e (d): (e)	41.017	47.644	69.085	76.585	79.418	81.916	88.758	95.280	98.470	5,6%	3,0%	8,2%
<i>Fattori interni (a + b)</i>	23.530	29.724	41.445	43.771	45.598	47.791	52.016	58.381	59.929	6,0%	4,8%	6,5%
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	17.487	17.920	27.640	32.814	33.820	34.125	36.742	36.899	38.541	5,1%	0,5%	10,6%
Variazione percentuale												
Personale (a)	—	1,4%	9,2%	5,0%	2,7%	1,2%	5,6%	7,6%	5,0%			
Beni e servizi (b)	—	-3,6%	11,3%	6,7%	6,5%	10,4%	13,4%	18,3%	-0,2%			
Medicina generale convenzionata	—	-0,1%	11,6%	8,2%	2,0%	4,2%	4,5%	13,5%	3,9%			
Farmaceutica convenzionata	—	-9,6%	14,8%	33,3%	1,4%	-5,4%	8,1%	-1,7%	4,2%			
Ospedialiera accreditata	—	2,0%	10,5%	1,4%	0,2%	2,6%	9,2%	-10,8%	2,3%			
Specialistica convenzionata	—	-3,1%	10,3%	9,3%	8,4%	6,6%	7,7%	4,4%	8,5%			
Altra assistenza convenzionata	—	3,5%	8,8%	35,9%	8,6%	5,5%	7,3%	7,2%	5,7%			

Tabella 3.13 (segue)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Tasso crescita medio 1990-2006	Tasso crescita medio 1995-2001	Tasso crescita medio 1991-2006
Altri costi (c)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Enti non regionali (d)	—	6,6%	-21,9%	2,0%	5,2%	5,2%	5,2%	2,2%	5,7%	—	—	—
Totale	—	-0,6%	11,1%	10,7%	2,4%	3,4%	10,0%	6,9%	2,5%	—	—	—
Totale al netto di (c) e (d): (e)	—	-0,9%	10,7%	10,9%	3,7%	3,1%	8,4%	7,3%	3,3%	—	—	—
<i>Fattori interni (a + b)</i>	—	-0,2%	10,0%	5,6%	4,2%	4,8%	8,8%	12,2%	2,7%	—	—	—
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	—	-2,0%	11,7%	18,7%	3,1%	0,9%	7,7%	0,4%	4,4%	—	—	—
Incidenza percentuale su totale												
Personale (a)	39,1%	41,9%	36,5%	34,6%	34,7%	34,0%	32,6%	32,8%	33,6%	—	—	—
Beni e servizi (b)	17,7%	19,0%	22,6%	21,7%	22,6%	24,1%	24,9%	27,5%	26,8%	—	—	—
Medicina generale convenzionata	6,0%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	5,8%	5,5%	5,9%	6,0%	—	—	—
Farmaceutica convenzionata	17,6%	10,6%	12,5%	15,0%	14,9%	13,6%	13,4%	12,3%	12,5%	—	—	—
Ospedaliera accreditata	9,8%	11,3%	11,4%	10,5%	10,2%	10,2%	10,1%	8,4%	8,4%	—	—	—
Specialistica convenzionata	4,5%	2,5%	3,2%	3,2%	3,4%	3,5%	3,4%	3,3%	3,5%	—	—	—
Altra assistenza convenzionata	4,4%	6,5%	6,3%	7,8%	8,2%	8,4%	8,2%	8,2%	8,5%	—	—	—
Altri costi (c)	0,9%	1,0%	0,8%	0,9%	-0,3%	-0,1%	1,5%	1,1%	0,2%	—	—	—
Enti non regionali (d)	0,2%	1,3%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	—	—	—
Totale	100,0%	—	—	—								
Totale al netto di (c) e (d): (e)	98,9%	97,7%	98,4%	98,6%	99,8%	99,5%	98,0%	98,4%	99,3%	—	—	—
<i>Fattori interni (a + b)</i>	56,7%	61,0%	59,1%	56,3%	57,3%	58,1%	57,5%	60,3%	60,4%	—	—	—
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	42,2%	36,8%	39,4%	42,2%	42,5%	41,5%	40,6%	38,1%	38,9%	—	—	—

Nota: cfr. note a Tab. 3.11.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

In quest'ultima voce sono infatti inserite componenti interne (accantonamenti per rinnovo del personale dipendente) ed esterne (accantonamenti per rinnovo convenzioni MMG). Ciò spiega il motivo per cui l'analisi dei costi per fattori interni ed esterni abbia escluso la voce «altri costi di produzione».

Inoltre nel 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». Ciò spiega, almeno in parte, la contrazione della spesa per assistenza ospedaliera in regime di accreditamento rilevata nel 2005 (Tab. 3.13, *supra*).

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 2002-2006) il tasso di crescita dei costi dei fattori esterni alla produzione è inferiore a quello degli interni; in periodi di espansione della spesa (1996-2001) i fattori esterni aumentano a un tasso più sostenuto. Il contenimento della spesa si è quindi focalizzato su tali fattori (in particolare sulla spesa farmaceutica convenzionata).

Venendo a una sintetica analisi del costo dei fattori della produzione, quello più importante sotto il profilo economico è il personale dipendente, che rappresenta il 33,6 per cento della spesa complessiva nel 2006, anno in cui la stessa ha subito un aumento del 5 per cento rispetto al 2005.

Dopo anni di contrazione sistematica del costo del personale, nell'ultimo triennio si è invece assistito a una ripresa dell'incidenza della spesa per il personale dipendente. Tale aumento è in parte generato dalla riclassificazione della spesa che le regioni sostengono per gli IRCCS pubblici e le AO universitarie integrate con il SSN (cfr. *supra*) e in parte dagli effetti del rinnovo dei contratti della dirigenza. Il contratto per la dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa 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 (26,8 per cento sul totale dei costi del SSN nel 2006). Tale incidenza, dopo diversi anni di crescita molto elevata, ha subito una battuta d'arresto nel 2006. La riduzione è da ascrivere, almeno in parte (oltre alla riclassificazione della spesa sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'università, di cui *supra*, nel 2005) alle iniziative di centralizzazione degli acquisti (con conseguenti contrazioni dei prezzi medi di acquisto dei beni) a livello regionale e interaziendale (cfr. Capitolo 13). Nello specifico, la crescita più sostenuta si è avuta nella spesa per:

- l'acquisto di beni (41,1 per cento della spesa per beni e servizi, con un incremento del 5,7 per cento rispetto al 2005). La principale voce relativa ai beni

sanitari è rappresentata dai farmaci (4,6 miliardi di euro nel 2006¹⁴). Tale voce di spesa ha subito un incremento dell'11 per cento nel 2006 e, in media, del 16 per cento annuo tra il 2002 e il 2006, per effetto dell'introduzione di nuovi farmaci utilizzati prevalentemente in ambito ospedaliero e, soprattutto, della sistematica estensione di particolari modalità distributive dei farmaci (cfr. Capitolo 8);

- ▶ l'acquisto di servizi non sanitari (15,6 per cento della spesa per beni e servizi; +8,7 per cento rispetto al 2005). L'aumento della spesa per servizi non sanitari appaltati è da collegare al sempre più frequente ricorso alle esternalizzazioni;
- ▶ interesse passivi e oneri finanziari (1,4 per cento della spesa per beni e servizi; +28,6 per cento nel 2006), aumento da collegare al ritardo nel pagamento di fornitori di beni e servizi.

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 per cento della spesa per il personale e il 70 per cento della spesa per beni e servizi. Secondo tale stima la spesa ospedaliera in strutture pubbliche rappresenterebbe il 42,8 per cento dei costi complessivi a carico del SSN, che aggiunti all'8,4 per cento della spesa ospedaliera in strutture private accreditate, farebbe salire al 51,2 per cento l'incidenza complessiva della spesa per prestazioni ospedaliere. A un risultato superiore si arriva dai dati contenuti nel Conto delle prestazioni di protezione sociale (cfr. par. 3.3.1): la spesa per prestazioni ospedaliere sarebbe pari al 55,2 per cento, di cui il 46,0 per cento per prestazioni rese da operatori *non market* (pubblici) e il 9,2 per cento per prestazioni rese da produttori *market* (privati).

La spesa per la medicina generale convenzionata (6 per cento della spesa sanitaria pubblica corrente) ha evidenziato un aumento contenuto (+3,9 per cento), anche se leggermente superiore alla media complessiva per la spesa sanitaria, ma di molto inferiore a quello del 2005 (+13,5 per cento), causato dal rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) con i MMG, siglato in data 23 marzo 2005.

La spesa farmaceutica convenzionata, ovvero la spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico su ricetta SSN, dopo il calo dell'1,7 per cento ha subito un aumento del 4,2 per cento, in linea con quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci del CERGAS e già pubblicato nel precedente Rapporto OASI (Jommi e Lecci 2006; Osservatorio Farmaci 2006). Peraltro tale spesa evidenzia un drastico calo nei primi quattro mesi del 2007 (-8,2 per cento secondo i dati pubblicati da Federfarma), per effetto delle tre misure di taglio prezzi attuate nel 2006, la

¹⁴ Secondo i dati AIFA contenuti nel Rapporto OSSMED 2007 (OSSMED 2007) la spesa per farmaci erogati da strutture sanitarie, sarebbe pari a 4.142 milioni di euro.

scadenza dei brevetti di importanti principi attivi e le iniziative regionali di contenimento della spesa (cfr. Capitolo 8). L'incidenza di tale spesa sul finanziamento pubblico complessivo per il SSN fissato nella legge Finanziaria per il 2006 è pari al 13,2 per cento, valore vicino al 13 per cento fissato dalla legge 405/2001 e riaffermato dalla legge 202/2004¹⁵. Peraltro nel 2007, dato il calo previsto della spesa farmaceutica convenzionata, il valore a consuntivo dovrebbe essere sensibilmente inferiore al 13 per cento (Osservatorio Farmaci 2007).

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate ha subito un leggero aumento (+2,3 per cento), dopo il sensibile calo del 2005, per effetto della riclassificazione della spesa per IRCCS e AO integrate con il SSN in altre voci di spesa (cfr. *supra*)¹⁶. L'andamento di tale spesa è quindi in linea con quella complessiva sanitaria, segno evidente dell'efficacia 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 (per esempio, l'abbattimento delle tariffe in caso di superamento del target o di avvicinamento al tetto) (Carbone, Jommi e Torbica 2006).

Meno sensibile è l'effetto delle azioni di controllo regionale sulla spesa a carico del SSN per prestazioni ambulatoriali erogate da strutture accreditate/convenzionate (+8,5 per cento nel 2006; 3,5 per cento l'incidenza sulla spesa sanitaria complessiva nel 2006).

Infine la spesa per altre prestazioni erogate da strutture convenzionate con il SSN (assistenza riabilitativa, assistenza agli anziani, assistenza a disabili psichici e psichiatrici, assistenza protesica, assistenza integrativa, assistenza termale), dopo il forte aumento nel 2001 (generato anche da una riclassificazione di alcune voci di costo dalla «spesa ospedaliera accreditata»), evidenzia una continua crescita della sua incidenza sul totale, arrivando all'8,5 per cento nel 2006. È probabile che tale voce di spesa continui a crescere in modo sostenuto, per effetto del potenziamento dei servizi territoriali. Tale potenziamento, oltre che previsto dalla programmazione nazionale e regionale, è anche funzionale ad altri interventi di razionalizzazione della spesa, come, per esempio, l'adozione di particolari modalità distributive dei farmaci nell'ambito di specifici *setting* assistenziali, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

¹⁵ La legge 202/2004 afferma che «Per l'anno 2004 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica convenzionata resta stabilito al 13 per cento dell'importo della spesa sanitaria corrispondente al livello con cui concorre lo Stato ai sensi dell'accordo tra governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001, come rideterminato da successivi provvedimenti legislativi».

¹⁶ 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 3.14 Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000-2006)

Valori assoluti (milioni di euro)	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Tasso crescita medio 1990-2006	Tasso crescita medio 1995-2001	Tasso crescita medio 1991-2006
	Piemonte	2.974	3.560	5.572	5.970	5.851	6.146	7.111	7.193	7.452	5,9%	3,7%
Valle d'Aosta	87	104	167	182	190	198	209	225	246	6,8%	3,7%	9,8%
Lombardia	6.268	7.738	10.746	12.105	12.711	12.716	13.397	14.777	15.353	5,8%	4,3%	7,7%
Bozano	314	445	735	776	861	908	937	982	1.023	7,7%	7,2%	9,7%
Trento	328	418	624	727	754	804	822	857	899	6,5%	5,0%	9,7%
Veneto	3.257	3.806	5.637	6.156	6.277	6.530	6.966	7.561	7.859	5,7%	3,2%	8,3%
Friuli Venezia Giulia	876	1.034	1.462	1.608	1.670	1.732	1.885	1.988	2.104	5,6%	3,4%	7,6%
Liguria	1.424	1.592	2.182	2.377	2.404	2.471	2.862	2.923	2.960	4,7%	2,3%	6,9%
Emilia Romagna	3.340	3.824	5.105	5.701	5.871	6.111	6.710	7.053	7.296	5,0%	2,7%	6,9%
Toscana	2.784	3.143	4.384	4.935	4.999	5.131	5.672	5.927	6.104	5,0%	2,5%	7,8%
Umbria	620	712	1.045	1.134	1.191	1.276	1.343	1.399	1.466	5,5%	2,8%	8,1%
Marche	1.186	1.277	1.808	1.993	2.038	2.084	2.277	2.345	2.441	4,6%	1,5%	7,7%
Lazio	4.030	4.625	6.752	7.495	7.485	8.072	9.698	10.107	10.299	6,0%	2,8%	8,4%
Abruzzo	900	964	1.638	1.744	1.823	1.972	1.953	2.246	2.213	5,8%	1,4%	10,4%
Molise	224	258	376	446	451	526	520	654	582	6,1%	2,8%	9,6%
Campania	3.883	4.267	6.650	7.423	7.561	7.788	8.766	9.664	9.120	5,5%	1,9%	9,7%

Tabella 3.14 Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000-2006)

Valori assoluti (milioni di euro)	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Tasso crescita medio 1990-2006	Tasso crescita medio 1995-2001	Tasso crescita medio 1991-2006
	Puglia	2.682	3.192	4.531	4.924	5.041	5.126	5.422	6.161	6.323	5,5%	3,5%
Basilicata	368	432	649	710	730	769	827	898	900	5,7%	3,2%	8,6%
Calabria	1.219	1.498	2.317	2.533	2.552	2.586	2.768	2.858	3.047	5,9%	4,2%	9,2%
Sicilia	3.480	3.799	5.361	6.242	6.472	6.643	7.495	7.825	8.381	5,6%	1,8%	8,6%
Sardegna	1.138	1.427	1.922	2.107	2.211	2.273	2.440	2.683	2.613	5,3%	4,6%	6,7%
Totale	41.392	48.115	69.663	77.288	79.143	81.862	90.080	96.326	98.683	5,6%	3,1%	8,2%
<i>Nord</i>	18.868	22.522	32.231	35.602	36.589	37.616	40.899	43.559	45.192	5,6%	3,6%	7,9%
<i>Centro</i>	8.620	9.756	13.989	15.557	15.713	16.563	18.990	19.778	20.311	5,5%	2,5%	8,1%
<i>Sud e Isole</i>	13.904	15.837	23.444	26.129	26.841	27.683	30.191	32.989	33.180	5,6%	2,6%	8,7%

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

Tabella 3.15 Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente pro capite (1990; 1995; 2000-2006)

Valori assoluti (euro)	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Tasso crescita medio 1990-2006	Tasso crescita medio 1995-1995	Tasso crescita medio 2001-2001	Tasso crescita medio 2001-2006
Piemonte	688	828	1.300	1.392	1.364	1.433	1.657	1.661	1.716	5,9%	3,8%	9,0%	4,3%
Valle d'Aosta	756	875	1.392	1.505	1.568	1.627	1.711	1.831	1.985	6,2%	3,0%	9,5%	5,7%
Lombardia	709	868	1.185	1.327	1.388	1.384	1.453	1.573	1.620	5,3%	4,1%	7,3%	4,1%
Bozano	722	995	1.589	1.668	1.840	1.929	1.980	2.058	2.119	7,0%	6,6%	9,0%	4,9%
Trento	731	907	1.318	1.522	1.568	1.661	1.688	1.722	1.789	5,8%	4,4%	9,0%	3,3%
Veneto	746	861	1.249	1.356	1.377	1.426	1.515	1.609	1.659	5,1%	2,9%	7,9%	4,1%
Friuli Venezia Giulia	730	868	1.234	1.352	1.405	1.457	1.586	1.650	1.742	5,6%	3,5%	7,7%	5,2%
Liguria	841	957	1.342	1.466	1.490	1.538	1.790	1.836	1.839	5,0%	2,6%	7,4%	4,6%
Emilia Romagna	856	975	1.282	1.422	1.459	1.514	1.657	1.699	1.742	4,5%	2,6%	6,5%	4,1%
Toscana	788	891	1.240	1.391	1.408	1.443	1.594	1.647	1.686	4,9%	2,5%	7,7%	3,9%
Umbria	766	865	1.251	1.349	1.413	1.510	1.585	1.629	1.689	5,1%	2,5%	7,7%	4,6%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.382	1.408	1.533	1.544	1.597	4,1%	1,2%	7,4%	3,3%
Lazio	788	891	1.283	1.413	1.407	1.512	1.811	1.918	1.942	5,8%	2,5%	8,0%	6,6%
Abruzzo	724	761	1.281	1.361	1.420	1.533	1.515	1.729	1.696	5,5%	1,0%	10,2%	4,5%
Molise	678	776	1.145	1.363	1.381	1.612	1.596	2.031	1.813	6,3%	2,7%	9,8%	5,9%
Campania	692	743	1.150	1.284	1.306	1.343	1.509	1.669	1.575	5,3%	1,4%	9,5%	4,2%

Tabella 3.15 (segue)

Valori assoluti (euro)	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Tasso crescita medio 1990-2006	Tasso crescita medio 1990-1995	Tasso crescita medio 1995-2001	Tasso crescita medio 2001-2006
Puglia	671	783	1.109	1.205	1.233	1.252	1.324	1.514	1.553	5,4%	3,1%	7,4%	5,2%
Basilicata	603	707	1.071	1.173	1.209	1.276	1.374	1.505	1.515	5,9%	3,3%	8,8%	5,2%
Calabria	586	721	1.130	1.240	1.251	1.270	1.360	1.422	1.520	6,1%	4,3%	9,4%	4,2%
Sicilia	700	747	1.054	1.230	1.275	1.310	1.478	1.561	1.670	5,6%	1,3%	8,7%	6,3%
Sardegna	695	860	1.163	1.278	1.342	1.381	1.483	1.626	1.578	5,3%	4,4%	6,8%	4,3%
Totale	730	840	1.208	1.336	1.366	1.410	1.549	1.648	1.660	5,3%	2,8%	8,0%	4,7%
<i>Nord</i>	745	885	1.253	1.378	1.413	1.449	1.572	1.646	1.694	5,3%	3,5%	7,7%	4,2%
<i>Centro</i>	792	888	1.261	1.394	1.404	1.476	1.689	1.759	1.794	5,2%	2,3%	7,8%	5,2%
<i>Sud e Isole</i>	678	760	1.123	1.253	1.287	1.327	1.446	1.590	1.598	5,5%	2,3%	8,7%	5,0%
<i>Coeff. di variazione</i>	9,6%	9,7%	9,7%	8,5%	9,8%	10,7%	10,1%	9,9%	9,1%				
<i>Differenza max/min</i>	46,2%	40,7%	50,8%	42,2%	52,1%	54,0%	49,6%	44,7%	39,9%				

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007) e ISTAT (2007b)

3.3.3 I dati di spesa regionali

Il dato 2006 di spesa regionale (Tab. 3.14 per il dato in valori assoluti; Tab. 3.15 per quello pro capite, entrambe *supra*), conferma fenomeni già evidenziati nei precedenti Rapporti OASI.

Nelle regioni del Centro-Nord la spesa sanitaria pubblica pro capite è più elevata della media nazionale, con la sola eccezione di Lombardia, Veneto e Marche; 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 e la variabilità interregionale¹⁷ si è, anche se di poco, ridotta nel tempo.

Anche il tasso di crescita della spesa è molto simile: se si guarda al dato pro capite a livello di singole regioni, la variazione media annuale dal 2001 al 2006 è oscillata tra il 3,3 per cento nella provincia autonoma di Trento e nelle Marche al 6,6 per cento in Regione Lazio.

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 (Tab. 3.16)¹⁸. Il motivo è che il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle regioni del Centro-Nord (a eccezione di Piemonte, Valle d'Aosta, provincia autonoma di Trento, Liguria e Marche) e negativo (con un conseguente aumento della spesa pro capite) in tutte le regioni del Sud (escluso l'Abruzzo e il Molise).

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie vengono confermate le sostanziali differenze a livello regionale (nella Tab. 3.17 è illustrata l'evoluzione del dato aggregato 1990-2006; in Tab. 3.18 viene riportato il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi).

Tali differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: per esempio, Lombardia e Lazio presentano dati di incidenza della spesa per il personale dipendente inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate. 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. Per esempio, alcune delle regioni che hanno adottato forme di distribuzione dei farmaci sul territorio alternative a quella convenzionata (si pensi a Toscana, Emilia Romagna e Umbria) hanno subito una maggiore accelerazione del trend di crescita della spesa per beni e servizi (ed evidenziano un'incidenza della spesa per farmaci a carico del SSN acquistati direttamente dalle strutture sanitarie ben superiore alla media nazionale; cfr. Capitolo 8).

¹⁷ Tale variabilità è misurata attraverso il coefficiente di variazione, ovvero dal rapporto tra deviazione standard e media.

¹⁸ L'ultimo dato disponibile si riferisce ancora al 2005.

Tabella 3.16 Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente pro capite al lordo (riferimento alle aziende del SSR) e al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2005)

	Spesa pro capite (lordo mobilità)		Spesa pro capite (netto mobilità)		Saldo pro capite mobilità
	v.a. (euro)	n.i.	v.a. (euro)	n.i.	v.a. (euro)
Piemonte	1.661	100,8	1.664	101,0	-2,5
Valle d'Aosta	1.831	111,1	1.974	119,8	-143,2
Lombardia	1.573	95,5	1.528	92,8	44,9
Bolzano	2.058	124,9	2.046	124,1	12,8
Trento	1.722	104,5	1.754	106,5	-31,8
Veneto	1.609	97,6	1.584	96,1	25,2
Friuli Venezia Giulia	1.650	100,2	1.638	99,4	12,7
Liguria	1.836	111,4	1.847	112,1	-11,7
Emilia Romagna	1.699	103,1	1.629	98,9	69,7
Toscana	1.647	100,0	1.618	98,2	28,9
Umbria	1.629	98,9	1.607	97,5	21,7
Marche	1.544	93,7	1.573	95,5	-28,9
Lazio	1.918	116,4	1.906	115,7	12,1
Abruzzo	1.729	104,9	1.718	104,3	10,2
Molise	2.031	123,3	2.012	122,1	19,7
Campania	1.669	101,3	1.716	104,1	-46,5
Puglia	1.514	91,9	1.557	94,5	-42,5
Basilicata	1.505	91,4	1.586	96,2	-80,4
Calabria	1.422	86,3	1.528	92,7	-105,4
Sicilia	1.561	94,7	1.600	97,1	-39,2
Sardegna	1.626	98,7	1.658	100,6	-31,5
Totale	1.648	100,0	1.648	100,0	0,0
<i>Nord</i>	<i>1.646</i>	<i>99,9</i>	<i>1.616</i>	<i>98,1</i>	<i>29,8</i>
<i>Centro</i>	<i>1.759</i>	<i>106,7</i>	<i>1.746</i>	<i>106,0</i>	<i>12,7</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.590</i>	<i>96,5</i>	<i>1.635</i>	<i>99,2</i>	<i>-44,9</i>
<i>Coeff. di variazione</i>	<i>9,9%</i>	—	<i>9,5%</i>	—	—
<i>Differenza max/min</i>	<i>44,7%</i>	—	<i>33,9%</i>	—	—

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

Tabella 3.17 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; 2006)

	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2006	1990	1995	2000	2006
Piemonte	1.871,4	2.306,8	3.583,3	4.876,6	1.088,6	1.213,4	1.911,2	2.575,6
Valle d'Aosta	60,5	80,4	127,0	182,9	23,7	22,9	42,3	63,2
Lombardia	3.537,2	4.561,2	6.403,1	8.426,6	2.690,2	3.147,4	4.334,0	6.926,5
Bolzano	222,7	327,2	552,0	730,0	90,0	111,6	178,5	292,7
Trento	213,9	285,3	407,4	563,1	112,7	130,9	217,7	335,9
Veneto	2.191,0	2.618,4	3.749,4	4.919,5	1.024,7	1.167,5	1.869,8	2.939,2
Friuli Venezia Giulia	602,9	700,0	934,2	1.476,8	261,2	322,4	487,0	627,6
Liguria	827,8	1.003,1	1.314,1	1.957,6	575,0	583,1	859,5	1.002,9
Emilia Romagna	2.195,4	2.684,4	3.506,2	4.978,3	1.121,9	1.106,9	1.591,6	2.317,3
Toscana	1.763,4	2.230,9	2.987,4	4.399,0	1.001,3	882,1	1.372,8	1.705,3
Umbria	420,0	526,8	728,0	1.034,2	193,2	182,7	306,0	431,6
Marche	777,2	912,2	1.241,1	1.708,7	374,0	345,1	546,3	732,5
Lazio	1.757,5	2.215,8	3.077,1	5.599,0	2.237,4	2.392,7	3.659,7	4.700,3
Abruzzo	526,7	623,9	968,1	1.343,5	365,8	334,8	631,9	870,0
Molise	138,7	179,2	259,6	346,3	82,6	74,8	119,6	235,4
Campania	1.801,1	2.410,9	3.290,1	5.236,7	2.054,6	1.850,9	3.329,5	3.883,7
Puglia	1.323,2	1.655,1	2.503,5	3.482,5	1.340,6	1.364,6	1.928,4	2.840,8
Basilicata	217,7	283,0	422,7	584,4	149,8	147,0	216,4	315,6
Calabria	721,1	932,3	1.344,3	1.750,4	492,3	558,7	910,5	1.296,8
Sicilia	1.697,2	2.260,2	2.797,3	4.653,5	1.749,3	1.513,8	2.509,9	3.727,5
Sardegna	663,7	926,8	1.249,3	1.688,1	457,6	466,9	617,2	924,5
Totale	23.530,5	29.724,0	41.445,2	59.937,8	17.486,6	17.920,1	27.640,0	38.744,9
<i>Nord</i>	<i>11.722,8</i>	<i>14.566,8</i>	<i>20.576,7</i>	<i>28.111,4</i>	<i>6.988,0</i>	<i>7.806,0</i>	<i>11.491,5</i>	<i>17.073,2</i>
<i>Centro</i>	<i>4.718,2</i>	<i>5.885,7</i>	<i>8.033,7</i>	<i>12.740,9</i>	<i>3.806,0</i>	<i>3.802,5</i>	<i>5.884,9</i>	<i>7.565,9</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>7.089,4</i>	<i>9.271,5</i>	<i>12.834,9</i>	<i>19.085,5</i>	<i>6.692,6</i>	<i>6.311,5</i>	<i>10.263,6</i>	<i>14.087,9</i>

Nota: dal dato sono esclusi gli altri costi, rappresentati in prevalenza dal saldo delle voci economiche.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

Tabella 3.18 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente regionale, secondo la classificazione economica (2000; 2006)**

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Anno 2006								
Piemonte	35,8%	28,9%	5,6%	10,7%	6,5%	2,6%	9,8%	100,0%
Valle d'Aosta	43,9%	30,7%	4,9%	9,4%	3,0%	2,4%	5,7%	100,0%
Lombardia	29,9%	25,1%	5,8%	11,0%	13,4%	3,9%	10,9%	100,0%
Bolzano	43,3%	28,6%	4,3%	6,3%	2,0%	0,5%	15,0%	100,0%
Trento	37,2%	26,2%	5,7%	9,4%	5,6%	1,3%	14,5%	100,0%
Veneto	32,2%	29,9%	5,8%	10,2%	6,7%	3,9%	11,3%	100,0%
Friuli Venezia Giulia	38,2%	31,8%	5,3%	11,3%	4,4%	2,5%	6,5%	100,0%
Liguria	36,7%	29,6%	4,9%	13,1%	5,9%	1,9%	7,9%	100,0%
Emilia Romagna	35,8%	31,3%	5,4%	10,7%	6,9%	1,8%	8,0%	100,0%
Toscana	38,1%	33,3%	6,2%	11,0%	3,5%	1,9%	6,0%	100,0%
Umbria	38,1%	33,2%	5,8%	11,9%	2,6%	0,9%	7,6%	100,0%
Marche	38,5%	31,1%	6,4%	12,6%	3,5%	1,5%	6,4%	100,0%
Lazio	28,3%	26,1%	5,1%	14,6%	13,6%	4,4%	7,9%	100,0%
Abruzzo	33,4%	27,6%	6,0%	13,1%	8,5%	2,1%	9,4%	100,0%
Molise	36,0%	24,2%	7,1%	12,2%	9,8%	3,3%	7,5%	100,0%
Campania	34,5%	23,6%	7,5%	13,5%	7,2%	6,5%	7,3%	100,0%
Puglia	30,9%	24,8%	6,3%	15,0%	12,0%	3,6%	7,3%	100,0%
Basilicata	38,1%	27,2%	8,3%	13,3%	0,4%	1,8%	10,9%	100,0%
Calabria	39,0%	19,4%	7,4%	17,4%	6,9%	3,7%	6,2%	100,0%
Sicilia	34,7%	22,1%	6,4%	16,0%	8,6%	5,1%	7,0%	100,0%
Sardegna	39,1%	26,4%	6,9%	14,6%	3,7%	3,5%	5,8%	100,0%
Totale	33,9%	27,0%	6,0%	12,6%	8,5%	3,6%	8,5%	100,0%
<i>Nord</i>	<i>33,6%</i>	<i>28,3%</i>	<i>5,6%</i>	<i>10,8%</i>	<i>8,7%</i>	<i>3,0%</i>	<i>10,1%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>33,2%</i>	<i>29,4%</i>	<i>5,6%</i>	<i>13,1%</i>	<i>8,5%</i>	<i>3,1%</i>	<i>7,1%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>34,7%</i>	<i>23,7%</i>	<i>6,8%</i>	<i>14,8%</i>	<i>8,1%</i>	<i>4,6%</i>	<i>7,2%</i>	<i>100,0%</i>

Tabella 3.18 (segue)

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Anno 2000								
Piemonte	38,5%	26,7%	5,3%	11,5%	8,1%	1,5%	8,3%	100,0%
Valle d'Aosta	45,2%	29,8%	5,8%	9,4%	0,1%	3,5%	6,1%	100,0%
Lombardia	33,2%	26,5%	5,7%	11,6%	16,0%	3,8%	3,3%	100,0%
Bolzano	46,0%	29,5%	4,6%	7,4%	5,1%	0,7%	6,7%	100,0%
Trento	41,5%	23,7%	5,7%	8,4%	5,9%	1,1%	13,7%	100,0%
Veneto	38,1%	28,6%	6,1%	10,5%	5,7%	2,5%	8,5%	100,0%
Friuli 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>

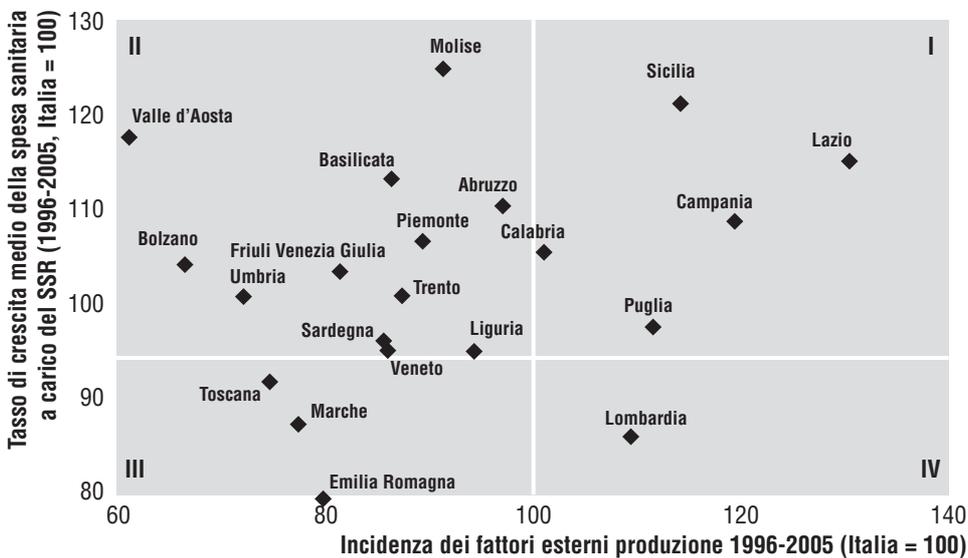
Nota: dal dato sono esclusi gli altri costi, rappresentati in prevalenza dal saldo delle voci economiche.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

Le regioni presentano un diverso mix pubblico/privato della spesa finanziata dal SSN. Tale diverso mix è generato da eredità storiche (si pensi alla funzione complementare del privato rispetto al pubblico in alcune realtà regionali, quali Lombardia, Lazio e Campania) e da scelte di politica regionale (si pensi ai rilevanti effetti potenziali di *shift* dal pubblico al privato generati da una forte spinta competitiva tra aziende).

Interessante è evidenziare l'impatto di tale mix sul tasso di crescita della spesa sanitaria. Il precedente Rapporto OASI aveva evidenziato una debole e non significativa correlazione negativa tra 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 2005 e differenziale (sempre rispetto al dato italiano) dell'incidenza della spesa per fattori esterni della produzione (incidenza media tra il 1996 e il 2005). La Fig. 3.3 illustra la mappatura delle regioni rispetto ai due indicatori aggiornati al 2006. La correlazione tra le due variabili è stata rielaborata utilizzando i dati del 2006 e ne è risultato un valore positivo, ma non significativo¹⁹.

Figura 3.3 **Posizionamento delle regioni rispetto al tasso di crescita medio annuale della spesa sanitaria per la gestione corrente e incidenza media della spesa per fattori esterni della produzione (differenziale rispetto all'Italia; 1996-2006)**



Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

¹⁹ Il coefficiente di determinazione (positivo) tra le due serie storiche è pari a 0,05.

I dati non sembrano avvalorare quindi:

- ▶ 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 l'ipotesi 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.

3.3.4 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Come noto, la legge 405/2001 ha attribuito alle regioni l'onere di copertura dei disavanzi sanitari. 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». Il 16 dicembre 2004 è stato sancito un accordo tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano che ha definito le iniziative considerate idonee per la copertura dei disavanzi (Jommi e Lecci 2005). Il principio di piena responsabilità delle regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle due ultime 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, e in particolare degli accantonamenti (Anessi Pessina 2005).

Esistono comunque sostanziali divergenze nei livelli di disavanzo che vengono solo in parte influenzate da aspetti di natura contabile. Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo cumulato pari al 43 per cento di quello complessivo a livello nazionale (Tab. 3.19). La situazione è peggiorata nel tempo: l'incidenza delle due regioni sul disavanzo complessivo nazionale è anzi aumentata quasi costantemente nel corso degli anni arrivando ad attestarsi al 62 per cento nel 2005. Nel 2006 la situazione campana si è invece modificata: il peso del disavanzo sanitario campano (15,7 per cento) si è ridotto, in valore assoluto e incidenza, e ha fatto sì che oggi siano Lazio (38,6 per cento) e Sicilia (21,7 per cento) le regioni con il disavanzo più elevato. Ed è sempre la Regione Lazio quella che fa registrare il dato di disavanzo cumulato (2001-2006) pro capite più elevato, seguita dal Molise e dalla Campania, che, nonostante gli

Tabella 3.19 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di euro (2001-2006)***

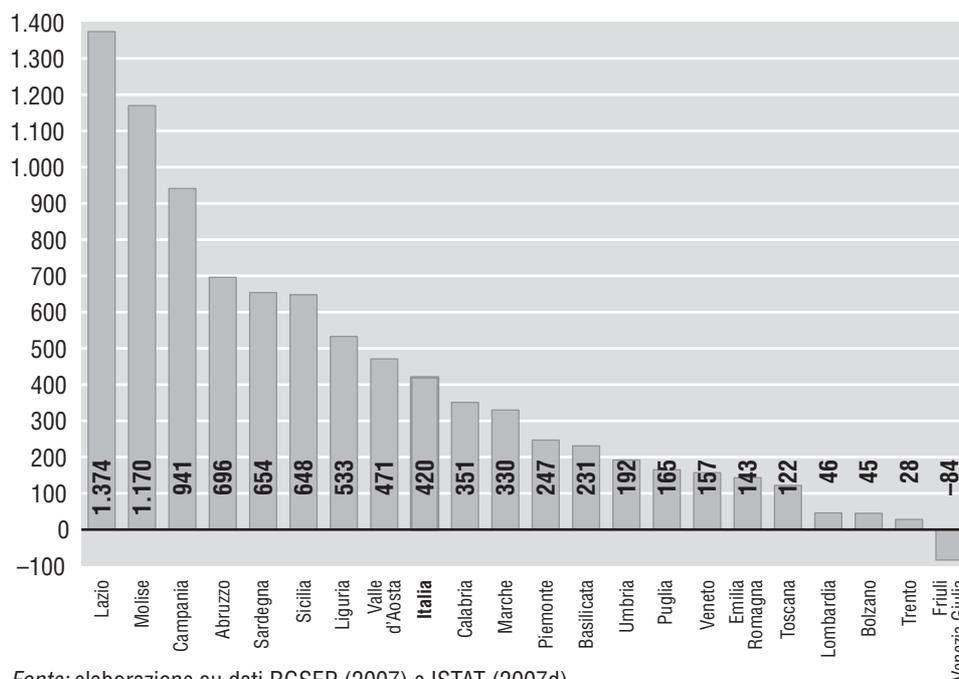
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2001-2006*
Piemonte	210	40	100	671	-1	52	1.072
Valle d'Aosta	0	7	10	13	14	14	58
Lombardia	281	323	-64	-131	14	13	435
Bolzano	0	71	25	-25	-28	-21	22
Trento	0	-1	5	9	3	-2	14
Veneto	304	204	145	-6	114	-16	746
Friuli Venezia Giulia	0	-34	-19	-9	-27	-12	-102
Liguria	77	44	48	329	253	107	859
Emilia Romagna	16	50	40	380	16	96	599
Toscana	88	44	-20	240	15	75	442
Umbria	7	10	46	52	8	43	166
Marche	125	98	71	163	18	29	504
Lazio	987	574	711	1.669	1.733	1.616	7.290
Abruzzo	76	136	216	104	241	136	908
Molise	37	19	73	44	139	63	375
Campania	629	638	556	1.182	1.788	658	5.451
Puglia	166	4	-109	-42	412	239	671
Basilicata	28	1	19	31	43	15	137
Calabria	226	148	57	128	79	66	704
Sicilia	415	342	264	748	574	909	3.251
Sardegna	106	175	143	240	317	102	1.083
Totale	3.778	2.891	2.320	5.790	5.725	4.183	24.687
<i>Nord</i>	<i>888</i>	<i>704</i>	<i>292</i>	<i>1.231</i>	<i>358</i>	<i>230</i>	<i>3.703</i>
<i>Centro</i>	<i>1.207</i>	<i>726</i>	<i>808</i>	<i>2.125</i>	<i>1.774</i>	<i>1.764</i>	<i>8.402</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.683</i>	<i>1.461</i>	<i>1.221</i>	<i>2.434</i>	<i>3.593</i>	<i>2.189</i>	<i>12.582</i>

* Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

sforzi fatti nel 2006, è caratterizzata da una pesante eredità degli anni pregressi (Fig. 3.4).

Le regioni che nel 2006 sono arrivate a una situazione di equilibrio economico-finanziario, sono la provincia autonoma di Bolzano, la provincia autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia e il Veneto, mentre Lombardia, Valle d'Aosta e Basilicata hanno fatto registrare livelli di disavanzo davvero minimi (Tab. 3.19).

Figura 3.4 **Disavanzo sanitario pro capite cumulado (2001-2006)**

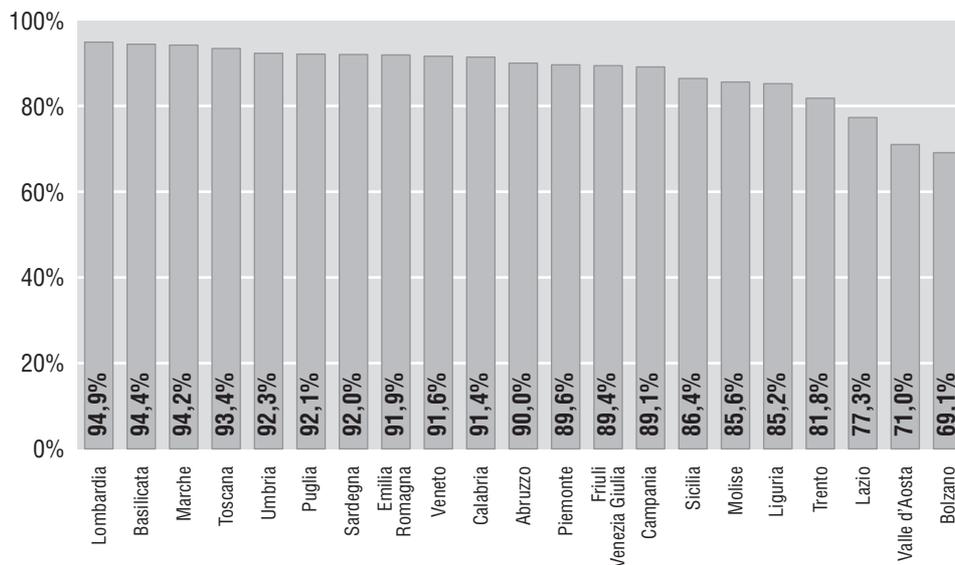
Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007) e ISTAT (2007d)

La Fig. 3.5 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente per i residenti. Si osserva come Valle d'Aosta e province autonome 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 corrente²⁰.

Va segnalato che le leggi Finanziarie del 2005 e del 2006, in deroga a quanto stabilito dalla legge 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 dei disavanzi per il triennio 2001-2003 da parte dello stato centrale per complessivi 2 miliardi di euro, di cui 50 milioni sono stati assegnati all'Ospedale Bambin Gesù di Roma, 550 milioni di euro sono stati ripartiti successivamente a copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari e 1,4 miliardi di euro sono stati assegnati alle regioni. Al contrario, la

²⁰ Da notare anche il valore relativamente basso del Lazio e del Molise, che hanno chiuso il bilancio 2006 con un consistente deficit sanitario pro capite. Particolarmente basso è anche il dato della Regione Liguria.

Figura 3.5 **Incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente riferita alla popolazione residente (2006)**



Nota: la spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2005.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

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, infine, 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.

Infine la legge Finanziaria per il 2007 ha previsto un fondo transitorio di 1 miliardo di euro già assegnato alle regioni interessate da elevati disavanzi e che hanno sottoscritto il relativo piano di rientro.

Dall'analisi del grado di copertura dei disavanzi pregressi da parte delle ulteriori assegnazioni e del disavanzo residuo cumulato, compreso quello del 2005 (Tab. 3.20), si nota, infatti, come le regioni più avvantaggiate dal ripiano in termini relativi (ovvero di incidenza del ripiano rispetto ai disavanzi pregressi) siano Emilia Romagna, Toscana e soprattutto Puglia. Quest'ultima, nonostante fosse in sostanziale pareggio/avanzo già dal 2002, ha comunque avuto accesso ai finanziamenti aggiuntivi.

Le leggi 311/2004 e 266/2005 (legge Finanziaria per il 2005 e il 2006) hanno previsto una procedura di diffida per le regioni che dai dati del monitoraggio del quarto trimestre avessero fatto registrare nel settore sanitario un disavanzo di gestione a fronte del quale non fossero stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non fossero sufficienti).

Tabella 3.20 **Disavanzo sanitario, quota coperta dalle assegnazioni 2005, 2006 e 2007 e disavanzo ancora a carico delle regioni (valori assoluti, euro)**

	Disavanzo cumulato 2001-2006 al netto delle assegnazioni della Finanziaria 2005 e della Finanziaria 2006	Ulteriori assegnazioni per regioni in accompagnamento (Finanziaria 2007) – Fondo transitorio	Disavanzo residuo
Piemonte	898		898
Valle d'Aosta	58		58
Lombardia	67		67
Bolzano	22		22
Trento	14		14
Veneto	545		545
Friuli Venezia Giulia	-102		-102
Liguria	762	50	712
Emilia Romagna	432		432
Toscana	303		303
Umbria	129		129
Marche	440		440
Lazio	6.684	378	6.306
Abruzzo	804	47	757
Molise	355	29	326
Campania	4.822	355	4.467
Puglia	431		431
Basilicata	107		107
Calabria	560		560
Sicilia	2.984	141	2.843
Sardegna	975		975
Italia	21.287	1.000	20.287
<i>Nord</i>	<i>2.695</i>	<i>50</i>	<i>2.645</i>
<i>Centro</i>	<i>7.555</i>	<i>378</i>	<i>7.177</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>11.037</i>	<i>572</i>	<i>10.465</i>

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

La procedura prevede che:

- il Presidente del Consiglio diffida le regioni a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento;

- ▶ il Presidente della Regione agisce da Commissario *ad acta* se la regione non interviene entro la fine di maggio;
- ▶ si procede con l'applicazione automatica sulle maggiorazioni delle aliquote fiscali se il Presidente della Regione non interviene.

Questo ha portato nel maggio 2006 all'individuazione di 6 regioni che nel 2005 avevano registrato un consistente disavanzo sanitario, ovvero Liguria, Sicilia, Abruzzo, Molise, Campania e Lazio.

Queste regioni, definite «in affiancamento», sono state ulteriormente interessate dalla legge 64/2007 (di conversione in legge del decreto 23/2007) che ha previsto che lo Stato, in deroga a quanto stabilito dalla legge 405/2001, concorre al parziale ripiano dei disavanzi del SSN per il periodo 2001-2005 con ulteriori assegnazioni per complessivi 3 miliardi di euro (di cui 1 miliardo già assegnato con la Finanziaria 2007, quasi interamente a favore di Lazio e Campania) nei confronti delle regioni che:

- ▶ sottoscrivono l'accordo con lo Stato per i piani di rientro (accedendo così al fondo transitorio di 1 miliardo, cfr. *supra*) al fine della riduzione strutturale del disavanzo nel settore sanitario;
- ▶ destinano al settore sanitario, con la finalità di ammortizzare il disavanzo accumulato fino al 31 dicembre 2005 e in via ulteriore rispetto all'incremento nella misura massima dell'addizionale regionale IRPEF e dell'aliquota IRAP, quote di manovre fiscali già adottate o quote di tributi erariali propri o ulteriori misure fiscali, in modo tale da assicurare complessivamente risorse superiori rispetto a quelle derivanti dall'incremento nella misura massima di IRPEF e IRAP.

Questa previsione deriva da un accordo tra livello centrale e regioni prevede che:

- ▶ 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 sia esplicitamente finalizzata al finanziamento delle inefficienze differenziali delle regioni meno virtuose. Questa seconda parte dovrà prevedere un percorso di rientro e sarà condizionata alla realizzazione effettiva delle azioni di efficientamento, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi e l'utilizzo pieno delle leve fiscali di competenza regionale. Per alcune regioni sarà inevitabile prevedere l'affiancamento da parte del livello di governo centrale fino al conseguimento degli obiettivi di rientro stabiliti;
- ▶ le regioni vengono richiamate a un'assunzione forte di autonomia e inderoga-

bile 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 (adottando, quindi, misure specifiche, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi).

Nello specifico, i piani di rientro, da sottoporre all'approvazione del livello centrale, devono contenere indicazioni in merito a:

- ▶ misure per la copertura dei disavanzi pregressi;
- ▶ misure per il raggiungimento di un equilibrio economico strutturale.

Questo garantisce, quanto meno per le regioni caratterizzate da livelli debitori consistenti, un quadro uniforme degli interventi di risanamento, caratterizzati, fino a questo momento, pur nel quadro di regole condivise (cfr. Jommi e Lecci 2005), da ampia autonomia a livello regionale.

L'autonomia e il principio di responsabilizzazione previsti dalla legge 405/2001, infatti, nel corso degli anni non hanno consentito il raggiungimento dell'equilibrio economico e hanno reso necessario, a partire dal 2005, l'intervento del livello centrale, che, a più riprese, ha previsto risorse ulteriori a copertura dei crescenti livelli di disavanzo, che solo in minima parte erano stati contenuti attraverso le misure di copertura previste dalla legge 405/2001.

Con riferimento alle forme di copertura previste dalla legge 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 13 regioni, prevalentemente del Centro-Nord (Tab. 3.21).

Le stesse regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Umbria e Marche) hanno, poi, optato per un'aliquota progressiva, mentre quelle meridionali (Molise, Campania, Calabria e Sicilia) insieme a Lazio e Abruzzo per un'aliquota proporzionale.

Tra tutte le regioni, solo la Puglia, che dal 2002 beneficiava del gettito derivante dall'addizionale regionale, ha deciso di abolire l'addizionale a partire dal 2006.

Rispetto all'entità delle addizionali adottate bisogna rilevare come le Marche siano la regione dove le stesse hanno toccato la punta più elevata (il 4 per cento per i redditi superiori a 69.721,68 euro nel 2004), registrando un valore che è praticamente quasi il triplo rispetto alla più alta tra le aliquote adottate dalle altre regioni (1,4 per cento).

Tra le novità rispetto al 2006 si segnalano:

- ▶ l'introduzione dell'addizionale regionale IRPEF in Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo e Sicilia;

Tabella 3.21 Le addizionali IRPEF nelle diverse regioni

	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004	
	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
	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
	Fino a 15.493,71	1,2	Fino a 15.493,71	1,2	Fino a 15.493,71	1,2
Lombardia	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
	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
Friuli Venezia Giulia	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
	Oltre	1,9	Oltre	1,4	Oltre	1,4
Liguria	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
Emilia Romagna	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	0,9

Tabella 3.21 (segue)

	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004	
	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 10.329,14	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
Marche	Fino a 15.493,71	0,9	Fino a 15.493,71	0,9	Fino a 15.493,71	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 30.987,42 a 69.721,68	3,6	Da 30.987,42 a 69.721,68	3,6	Da 30.987,42 a 69.721,68	3,6
	Oltre	4,0	Oltre	4,0	Oltre	4,0
Lazio	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
Molise	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	0,9
Campania	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
Basilicata	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
Sicilia	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

Nota: le righe vuote indicano la presenza di scaglioni di reddito presenti negli anni successivi, elencati nella seconda parte della tabella.

Tabella 3.21 (segue)

	Anno 2005		Anno 2006		Anno 2007	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	Fino a 10.672,82	0,9	Fino a 10.854,26	0,9	Fino a 11.071,35	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
	Fino a 15.493,71	1,2	Fino a 15.493,71	1,2	Fino a 15.493,71	1,2
Lombardia	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
	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						
Friuli Venezia Giulia	Fino a 29.000, 00	0,9	Fino a 29.000,00 (e nelle situazioni previste dalla L.R. 26 novembre 2005, n. 19, art. 1)	0,9	Fino a 28.000, 00 (e nelle situazioni previste dalla L.R. 21 dicembre 2006, n. 27, art. 1)	0,9
	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
Liguria	Per tutti i redditi	0,9	Fino a 13.000 euro	0,9	Fino a 13.000 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
Emilia Romagna	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	0,9	Fino a 15.000,00	1,1
					Tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2
					Tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3
Toscana	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	0,9	Superiori a 25.000,00	1,4
					Per tutti i redditi	0,9
						0,9

Tabella 3.21 (segue)

	Anno 2005		Anno 2006		Anno 2007	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Umbria	Fino a 15.000,00	0,9	Fino a 26.000,00	0,9	Fino a 26.000,00	0,9
	Oltre	1,1	Da 26.000 euro fino a 100.000,00 euro e oltre	1,1	Da 26.000 euro fino a 100.000,00 euro e oltre	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
	Oltre 31.000,01	1,4	Oltre 31.000,01	1,4	Oltre 31.000,01	1,4
Lazio	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	1,4
Abruzzo	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	1,4
Molise	Per tutti i redditi	1,2	Per tutti i redditi	1,2	Per tutti i redditi	1,4
Campania	Per tutti i redditi	0,9	Fino a 12.500,00 euro	1,1	Per tutti i redditi	1,4
			Da 12.501,00 euro a 15.000,00 euro	1,2		
			Oltre 15.000,00 euro	1,4		
			I redditi inferiori o uguali a 15.000,00 euro derivanti esclusivamente da pensione ed eventualmente da reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e sue pertinenze			0,9
Puglia	Per tutti i redditi	1,1	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	0,9
Basilicata	Per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Calabria	per tutti i redditi	1,4	Per tutti i redditi	1,4	Per tutti i redditi	1,4
Sicilia	Per tutti i redditi	0,9	Per tutti i redditi	0,9	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

Nota: le righe vuote indicano la presenza di scaglioni di reddito presenti negli anni precedenti, elencati nella prima parte della tabella.

Fonte: elaborazione su dati ministero dell'Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2007)

- ▶ il cambiamento di tipologia di imposta nella Regione Campania, che aveva istituito l'addizionale regionale IRPEF su base progressiva nel 2006 e l'ha trasformata in aliquota proporzionale nel 2007;
- ▶ 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 (rivisto in aumento) e in Veneto (rivisto in diminuzione).

Passando all'IRAP, introdotta con D.lgs. 446/1997, 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 a un massimo di 1,5 punti percentuali.

Nell'ambito di quest'autonomia (Tab. 3.22), 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 e 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 2007 bisogna segnalare l'introduzione di una maggiorazione in Emilia Romagna, Toscana e Abruzzo.

Infine solo alcune regioni (Veneto, Calabria, Campania, Abruzzo, Marche e Molise) hanno provveduto a un innalzamento delle tasse sulla circolazione, portandole a un livello di poco superiore al valore stabilito dalla normativa nazionale (pari a 2,58 euro per un KW).

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, bisogna rilevare che la legge 296/2006 (legge Finanziaria 2007) ha previsto, per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero²¹, che gli assistiti non esenti siano tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro, in tutto il territorio nazionale.

La quota fissa per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non è, comunque, dovuta dagli assistiti non esenti 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.

²¹ La cui condizione è stata codificata come codice bianco (a eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti).

Tabella 3.22 Le addizionali IRAP nelle diverse regioni

	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004	
	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica	Aliquota
Lombardia	Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione	5,75	Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione	5,25	Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione	5,25
Veneto	Banche, altri enti, società finanziarie e imprese di assicurazione	4,75	Banche, altri enti, società finanziarie e imprese di assicurazione	5,25	Banche, altri enti, società finanziarie e imprese di assicurazione	5,25
Liguria	Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni	4,75				
Emilia Romagna						
Toscana			Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione	4,40	Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione	4,40
Umbria	Banche, società finanziarie e imprese di assicurazione	4,75	Banche, società finanziarie e imprese di assicurazione	4,75	Banche, società finanziarie e imprese di assicurazione	4,75
Marche	Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste	5,15	Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste	5,15	Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste	5,15
Lazio	Banche ed enti assicurativi	5,75	Banche ed enti assicurativi	5,75	Banche ed enti assicurativi	5,75
	Estrazione di minerali energetici e non energetici, fabbricazione di coke, raffinazione di petrolio, trattamento di combustibili nucleari, produzione e distribuzione di energia elettrica, di gas, di vapore e acqua calda, commercio manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli, vendita al dettaglio di carburante per autotrazione, commercio all'ingrosso, esclusi intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli, trasporti aerei	5,00	Estrazione di minerali energetici e non energetici, fabbricazione di coke, raffinazione di petrolio, trattamento di combustibili nucleari, produzione e distribuzione di energia elettrica, di gas, di vapore e acqua calda, commercio manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli, vendita al dettaglio di carburante per autotrazione, commercio all'ingrosso, esclusi intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli, trasporti aerei	5,00	Estrazione di minerali energetici e non energetici, fabbricazione di coke, raffinazione di petrolio, trattamento di combustibili nucleari, produzione e distribuzione di energia elettrica, di gas, di vapore e acqua calda, commercio manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli, vendita al dettaglio di carburante per autotrazione, commercio all'ingrosso, esclusi intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli, trasporti aerei	5,00

Tabella 3.22 (segue)

	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004	
	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica	Aliquota
Lazio (segue)	Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali, poste e telecomunicazioni, attività ausiliarie dell'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	Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali, poste e telecomunicazioni, attività ausiliarie dell'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	Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali, poste e telecomunicazioni, attività ausiliarie dell'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	5,75	Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazione e i fondi pensione	5,25	Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazione e i fondi pensione	5,25
Molise	Banche		Banche	5,75	Banche	5,75
Campania			Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale	5,75	Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale	5,75
Calabria	Banche e altri enti finanziari, imprese di assicurazione	4,75				
Sicilia	Banche, società finanziarie, imprese di assicurazione	5,25	Banche, società finanziarie, imprese di assicurazione	5,25	Banche, società finanziarie, imprese di assicurazione	5,25
	Imprese di raffinazione di prodotti petroliferi	5,25	Imprese di raffinazione di prodotti petroliferi	5,25	Imprese di raffinazione di prodotti petroliferi	5,25

Nota: le righe vuote indicano la presenza di scaglioni di reddito presenti negli anni successivi, elencati nella seconda parte della tabella.

Tabella 3.22 (segue)

	Anno 2005		Anno 2006		Anno 2007	
	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica	Aliquota
Lombardia	Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione	5,25	Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione	5,25	Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione	5,25
Veneto	Banche, altri enti, società finanziarie e imprese di assicurazione	5,25	Banche, altri enti, società finanziarie e imprese di assicurazione	5,25	Banche, altri enti, società finanziarie e imprese di assicurazione	5,25
Liguria	Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni	5,25	Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni	5,25	Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni	5,25
Emilia Romagna					Imprese rientranti nei seguenti settori di attività secondo la classificazione ATECO-FIN dell'Agenzia delle Entrate	5,25
Toscana	Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione	4,40	Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione	4,40	Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione	5,25
Umbria	Banche, società finanziarie e imprese di assicurazione	4,75	Banche, società finanziarie e imprese di assicurazione	4,75	Raffinerie petrolifere, autostrade, telecomunicazioni e attività di intermediazione immobiliare	5,25
Marche	Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste	5,15	Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste	5,15	Banche, società finanziarie e imprese di assicurazione	4,75
Lazio	Estrazione di minerali energetici e non energetici, fabbricazione di coke, raffineria di petrolio, trattamento di combustibili nucleari, produzione e distribuzione di energia elettrica, di gas, di vapore e acqua calda, commercio manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli, vendita al dettaglio di carburante per autotrazione, commercio all'ingrosso, esclusi intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli, trasporti aerei	5,75	Banche ed enti assicurativi	5,75	Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste	5,15
		5,00	Estrazione di minerali energetici e non energetici, fabbricazione di coke, raffineria di petrolio, trattamento di combustibili nucleari, produzione e distribuzione di energia elettrica, di gas, di vapore e acqua calda, commercio manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli, vendita al dettaglio di carburante per autotrazione, commercio all'ingrosso, esclusi intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli, trasporti aerei	5,00	Banche ed enti assicurativi	5,75
		5,00	Estrazione di minerali energetici e non energetici, fabbricazione di coke, raffineria di petrolio, trattamento di combustibili nucleari, produzione e distribuzione di energia elettrica, di gas, di vapore e acqua calda, commercio manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli, vendita al dettaglio di carburante per autotrazione, commercio all'ingrosso, esclusi intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli, trasporti aerei	5,00	Estrazione di minerali energetici e non energetici, fabbricazione di coke, raffineria di petrolio, trattamento di combustibili nucleari, produzione e distribuzione di energia elettrica, di gas, di vapore e acqua calda, commercio manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli, vendita al dettaglio di carburante per autotrazione, commercio all'ingrosso, esclusi intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli, trasporti aerei	5,00

Tabella 3.22 (segue)

	Anno 2005			Anno 2006			Anno 2007		
	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica	Aliquota	
Lazio (segue)	Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali, poste e telecomunicazioni, attività ausiliarie dell'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	Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali, poste e telecomunicazioni, attività ausiliarie dell'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	Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali, poste e telecomunicazioni, attività ausiliarie dell'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	Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali, poste e telecomunicazioni, attività ausiliarie dell'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	
	Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazione e i fondi pensione	5,25	Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazione e i fondi pensione	5,25	Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazione e i fondi pensione	5,25	Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazione e i fondi pensione	5,25	
Abruzzo					Tutti i soggetti	5,25		5,25	
Molise	Banche	5,75	Banche	5,75	Banche	5,75	Banche	5,75	
	Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale	5,75	Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale	5,75	Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale	5,75	Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale	5,75	
Campania					Tutti i soggetti	4,55	Tutti i soggetti	4,55	
					Banche ed enti finanziari	4,75	Banche ed enti finanziari	4,75	
Calabria									
Sicilia	Banche, società finanziarie, imprese di assicurazione	5,25	Tutti i soggetti	5,25	Tutti i soggetti	5,25	Tutti i soggetti	5,25	
	Imprese di raffinazione di prodotti petroliferi	5,25							

Nota: le righe vuote indicano la presenza di scaglioni di reddito presenti negli anni precedenti, elencati nella prima parte della tabella.

Fonte: elaborazione su dati ministero dell'Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2007)

Rispetto all'assistenza farmaceutica convenzionata, si rileva come la stessa sia uno dei target preferenziali per le azioni di copertura dei disavanzi (Tab. 3.23),

Tabella 3.23 Le compartecipazioni alla spesa farmaceutica e l'adozione di particolari modalità distributive dei farmaci nelle diverse regioni

	Compartecipazioni alla spesa su farmaci		Farmaci a doppia via (PH-T)		
	Compartecipazioni alla spesa/spesa farmaceutica convenzionata lorda		Farmaci distribuiti da farmacie aperte al pubblico (incidenza su spesa farmaceutica convenzionata lorda)		Spesa pro capite a carico delle aziende sanitarie (euro)
	2005	2006	2005	I sem 2006	
Piemonte	7,9%	6,9%	9,6%	8,4%	16,1
Valle d'Aosta	0,7%	3,6%	2,8%	2,7%	16,1
Lombardia	7,1%	7,1%	12,4%	11,6%	10,1
Bolzano	5,3%	6,1%	15,8%	7,8%	16,6
Trento	0,8%	2,9%	5,1%	6,0%	13,9
Veneto	6,4%	6,5%	5,9%	4,5%	16,7
Friuli Venezia Giulia	0,8%	0,7%	7,5%	7,5%	14,1
Liguria	2,1%	2,1%	6,6%	6,1%	23,6
Emilia Romagna	0,9%	0,9%	2,8%	2,5%	22,2
Toscana	0,9%	0,9%	3,1%	3,7%	23,2
Umbria	0,9%	0,9%	3,9%	4,3%	21,9
Marche	0,9%	0,9%	4,0%	4,8%	15,0
Lazio	3,1%	0,5%	14,9%	13,8%	11,7
Abruzzo	0,9%	0,9%	9,6%	8,4%	21,5
Molise	4,8%	4,8%	15,8%	15,8%	12,5
Campania	1,1%	1,1%	7,5%	6,0%	22,4
Puglia	5,5%	2,8%	17,4%	15,5%	16,5
Basilicata	1,0%	5,1%	2,4%	1,6%	18,5
Calabria	3,6%	0,8%	15,5%	14,3%	5,5
Sicilia	4,6%	3,6%	14,1%	12,6%	12,0
Sardegna	0,7%	0,7%	10,5%	8,6%	16,3
Italia	3,8%	3,0%	10,3%	9,3%	15,9

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 (introdotti solo in alcune regioni, ai sensi della legge 405/2001, come indicato in tabella) e 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. Per la distribuzione diretta, l'Osservatorio sull'impiego dei medicinali dell'AIFA ha recentemente pubblicato la spesa per farmaci in PH-T acquistati dalle aziende sanitarie e distribuiti sul territorio.

Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Farmaci (2007) e OSSMED (2007)

vuoi perché due misure esplicitamente previste dalla legge 405/2001 fanno riferimento a essa (compartecipazioni alla spesa e interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci), vuoi perché esiste un esplicito tetto di spesa sull'assistenza farmaceutica convenzionata, pari al 13 per cento delle assegnazioni complessive da parte dello stato centrale per la spesa gestita dalle farmacie aperte al pubblico e al 16 per cento per la spesa farmaceutica totale (inclusiva dei farmaci dispensati sul territorio per canali alternativi a quello delle farmacie aperte al pubblico e dei farmaci per pazienti ricoverati).

Inoltre la legge 326/2003 ha previsto che le regioni siano tenute a coprire il 40 per cento dello sfondamento del tetto del 13 per cento. Per un'analisi generale sulle iniziative regionali di governo dell'assistenza farmaceutica si rimanda al Capitolo 8.

Una terza misura di copertura dei disavanzi riconosciuta dall'Accordo del 16 dicembre 2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione.

La Regione Lazio è stata la prima ad aver puntato sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Anche la Sicilia, la Sardegna e l'Abruzzo stanno avviando operazioni di *sale and lease back* con l'alienazione, da parte delle aziende sanitarie e ospedaliere, dei propri immobili, compresi gli ospedali, tramite un'asta internazionale (Jommi e Lecci 2005). Non sono invece riconosciute come forme di copertura dei disavanzi:

- ▶ le cartolarizzazioni dei crediti, finalizzate a recuperare liquidità, in grado di allentare le tensioni di cassa: con queste operazioni le aziende sanitarie cedono i crediti che vantano nei confronti di altri enti pubblici²², per esempio la regione, con lo scopo non di ridurre il disavanzo, ma di generare quello *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 dall'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) 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.

²² 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.

Il prospetto di Tab. 3.24 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le regioni²³.

Alle misure di copertura attuate ai sensi della legge 405/2001, si aggiungono, per le sei regioni in affiancamento, anche le ulteriori indicazioni contenute nei piani di rientro, approvati con sottoscrizione di uno specifico accordo delle regioni interessate con il ministero della Salute e il ministero dell'Economia e delle Finanze e finalizzati al raggiungimento entro il 2010 sia dell'equilibrio economico-finanziario, sia di un equilibrato assetto in grado di garantire i LEA. Il piano, di durata triennale, viene sottoposto a verifica annuale e, qualora nel procedimento di verifica si prefiguri il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, la regione interessata può proporre misure equivalenti che devono essere approvate dai ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze. In ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'applicazione oltre i livelli massimi dell'addizionale IRPEF e dell'aliquota IRAP fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi. La maggiorazione ha carattere generalizzato e non settoriale e non è suscettibile di differenziazioni per settori di attività e per categorie di soggetti passivi. Qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale IRPEF e l'aliquota IRAP per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. Gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei LEA, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi e amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria. Di seguito i Riquadri 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 e 3.5 riassumono le principali misure di rientro previste dai rispettivi piani formalmente approvati dalle Regioni Campania, Lazio, Abruzzo, Liguria e Molise. Alla data di redazione del presente capitolo, solo la Regione Sicilia non ha ancora formalizzato il piano di rientro.

²³ 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 MMG, 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 D.P.C.M. 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 3.24 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle regioni sul versante delle entrate**

	Maggiorazione addizionale IRPEF	Maggiorazione IRAP	Maggiorazione bollo auto	Ticket farmaci	Cartolariz- zazione	Ticket pronto soccorso
Piemonte	✓			✓		✓
Valle d'Aosta						✓
Lombardia	✓	✓		✓		✓
Bolzano				✓		✓
Trento						✓
Veneto	✓	✓	✓	✓		✓
Friuli Venezia Giulia						✓
Liguria	✓	✓		✓		✓
Emilia Romagna	✓	✓				✓
Toscana		✓				✓
Umbria	✓	✓				✓
Marche	✓	✓	✓			✓
Lazio	✓	✓		✓ (aboliti 2006)	Immobiliare*	✓
Abruzzo	✓	✓	✓	Solo 2002	*	✓
Molise	✓	✓	✓	✓		✓
Campania	✓	✓	✓		*	✓
Puglia	Fino al 2005			✓		✓
Basilicata						✓
Calabria	✓	✓	✓	✓ (aboliti 2006)		✓
Sicilia	✓	✓		✓	*	✓
Sardegna				Aboliti 2004		✓

* 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.

Fonte: confronto delle tabelle precedenti

Riquadro 3.1 **Le misure previste dalla Regione Campania**

La Campania ha approvato il suo piano di rientro con Del.G.R. 20 marzo 2007, n. 460.

Il piano si articola su una serie di misure, che si prevede porteranno all'azzeramento del disavanzo entro il 2010:

- interventi sulla riduzione dei costi del personale (blocco del turnover per l'anno 2007 e blocco totale per gli anni 2007, 2008 e 2009 delle assunzioni a tempo determinato o con altre forme di lavoro flessibile, riduzione dei fondi destinati alla contrattazione integrativa);

- ▶ tetti di spesa e rimodulazione di alcune tariffe (destinati alle ASL e ai loro rapporti con i convenzionati) (Del.G.R. 30 marzo 2007, n. 517);
- ▶ centralizzazione e razionalizzazione acquisti beni e servizi (Del.G.R. 30 marzo 2007, n. 515);
- ▶ piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera (previsto con L.R. 19 dicembre 2006, n. 24);
- ▶ misure per il contenimento della spesa farmaceutica (obbligo per i medici convenzionati del SSR di prescrivere i farmaci per principio attivo e non per nome commerciale, obbligo di prescrivere sul ricettario SSN solo per MMG e PLS, obbligo di inserire sul ricettario SSN il codice ICD9-CM che identifica le patologie, monitoraggio dei costi e delle prestazioni attraverso l'informatizzazione del sistema come prevista dal progetto «Tessera Sanitaria», compartecipazione all'acquisto di farmaci da parte dei cittadini non esenti pari a 1,5 euro per confezione, piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera per rientrare nella soglia del 3 per cento di spesa per la farmaceutica non convenzionata, estensione del budget di spesa per tutti i MMG e PLS, intensificazione della distribuzione diretta e apertura al pubblico delle farmacie ospedaliere e distrettuali).

Riquadro 3.2 Le misure previste dalla Regione Lazio

La Regione Lazio ha approvato il piano di rientro con Del.G.R. 6 marzo 2007, n. 149, identificando quattro fondamentali aree di azione:

- ▶ ridefinizione della rete e dell'offerta di servizi ospedalieri (individuazione dei fabbisogni e ridefinizione e riqualificazione dell'offerta, riconduzione del numero dei posti letto agli standard nazionali, riassetto organizzativo dell'attività assistenziale con effetti sul governo della dinamica dei costi);
- ▶ riorganizzazione del livello dell'assistenza territoriale e sviluppo del sistema delle cure primarie (potenziamento delle attività distrettuali per il governo della domanda orientato a garantire la continuità assistenziale e l'accesso alle cure appropriate, riorganizzazione delle attività territoriali per una diversa allocazione delle risorse, politica del farmaco);
- ▶ governo della dinamica dei costi di produzione delle prestazioni e dei servizi direttamente gestiti (contenimento dei costi diretti di produzione, controllo sull'andamento complessivo dei costi, riorganizzazione del debito commerciale);
- ▶ conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale (misura nazionale AIFA – delibera 28 settembre 2006 – effetto sul 13 per cento e sul 3 per cento; maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico; minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci *off label*, dispositivi medici e ticket presso strutture private; riduzione del costo del personale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale).

Riquadro 3.3 Le misure previste dalla Regione Abruzzo

Nella Regione Abruzzo il piano di rientro, approvato con Del.G.R. 13 marzo 2007, n. 224, si focalizza prevalentemente su sei aree di intervento, in parte dedicate a una razionalizzazione del sistema di offerta, in parte su interventi di contenimento dei costi a maggiore impatto sul bilancio e, in parte, sull'adozione di nuovi organi e strumenti di natura manageriale. Gli interventi previsti, nello specifico, fanno riferimento a:

- ▶ rimodulazione del macrolivello ospedaliero (riduzione del tasso di ospedalizzazione; riassetto della rete ospedaliera, riequilibrio dei regimi assistenziali ospedalieri e potenziamento e regolazione del-

- l'emergenza territoriale; sviluppo sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza dell'utilizzo dei regimi assistenziali di ricovero ordinario e diurno);
- ▶ rimodulazione della riabilitazione extraospedaliera (ampliamento della riabilitazione ospedaliera in grado di accogliere i pazienti attualmente classificati ad «alta intensità riabilitativa» presenti negli istituti *ex art. 26*, potenziamento delle RSA disabili per accogliere pazienti attualmente presenti all'interno della riabilitazione estensiva extraospedaliera; creazione delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP);
 - ▶ misure di contenimento della spesa farmaceutica (distribuzione diretta, monitoraggio prescrizioni ospedaliere e territoriali, utilizzo dei farmaci generici, recupero di economie nella fase di acquisto, introduzione di misure di compartecipazione alla spesa, istituzione di una Commissione tecnica di monitoraggio);
 - ▶ contenimento del costo del personale (blocco delle assunzioni per il personale a tempo indeterminato per l'anno 2007 e contestuale riduzione della spesa per il personale a tempo determinato e/o per il restante personale);
 - ▶ potenziamento degli acquisti centralizzati (istituzione dell'Ufficio unico degli acquisti);
 - ▶ integrazione sui sistemi di programmazione, controllo e valutazione (raccordo tra gli strumenti regionali e quelli aziendali).

Riquadro 3.4 Le misure previste dalla Regione Liguria

La Regione Liguria ha approvato il suo piano di rientro con Del.G.R. 9 marzo 2007, n. 243. Il piano prevede il raggiungimento e il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario attraverso la riduzione strutturale del disavanzo nel rispetto del mantenimento dei LEA e mediante interventi che riguardano le seguenti aree di intervento:

- ▶ rafforzamento della *governance* regionale sul SSR (ridefinizione ruoli, competenze e strumenti del SSR; monitoraggio del bisogno di salute dei cittadini; governo del rapporto tra domanda e offerta; miglioramento appropriatezza generica; miglioramento appropriatezza specifica; miglioramento del sistema di controllo; miglioramento della comunicazione e dell'informazione agli utenti);
- ▶ modifica organizzativa e strutturale della rete di prevenzione, cura e assistenza nell'ottica di una maggiore integrazione del sistema sociosanitario (riequilibrio tra offerta ospedaliera e territorio; riorganizzazione e riqualificazione delle funzioni dei dipartimenti di prevenzione; riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica e riorganizzazione dei servizi con contenimento della spesa);
- ▶ interventi diretti sul contenimento dei costi (contenimento costi dei beni e servizi; riduzione della mobilità extraregionale; contenimento costi del personale);
- ▶ conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale (misura nazionale AIFA – delibera 28 settembre 2006 – maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico; minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci *off label*, dispositivi medici e ticket presso strutture private; adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4 per cento rispetto al 2004).

Riquadro 3.5 Le misure previste dalla Regione Molise

Il piano di rientro della Regione Molise, approvato con Del.G.R. 30 marzo 2007, n. 362, si propone di perseguire l'equilibrio economico e finanziario attraverso la riduzione strutturale del disavanzo, nel rispetto del mantenimento dei LEA (ai sensi e per gli effetti delle leggi 311/2004 e 266/2005), e la

rimodulazione del sistema dell'offerta dei LEA, nel rispetto dei vincoli di cui alla legge 296/2006 (Finanziaria 2007). In quest'ottica, le aree di intervento fanno riferimento a:

- ▶ riorganizzazione del sistema di offerta (riassetto articolazione organizzativa dei distretti, potenziamento e regolazione del sistema delle cure primarie, riequilibrio e regolazione dell'assistenza riabilitativa, regolazione di assistenza specialistica ambulatoriale di diagnosi e cura, potenziamento e regolazione del sistema residenziale per assistenza anziani non autosufficienti, potenziamento del sistema delle cure domiciliari, riassetto della rete ospedaliera);
- ▶ aumento dell'appropriatezza (riduzione tasso di ospedalizzazione, sviluppo regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari, sviluppo sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza);
- ▶ contenimento dei costi (misure di contenimento della spesa per personale e beni e servizi, misure di razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito territoriale, misure di razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito ospedaliero, ottimizzazione dei processi di acquisto, conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale);
- ▶ introduzione di strumenti manageriali (implementazione contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, rafforzamento della struttura amministrativa e implementazione dei procedimenti amministrativi).

3.4 La spesa sanitaria privata

3.4.1 Le fonti e i dati sulla spesa sanitaria privata

Il dato relativo alla *spesa sanitaria privata corrente* è pubblicato nel prospetto della Spesa delle Famiglie COICOP a 3 cifre (Allegato CN-23 – Volume Primo della RGSEP). Come si evince dalla Tab. 3.25, la classificazione COICOP prevede la suddivisione delle prestazioni sanitarie in 3 sottovoci:

- ▶ spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico²⁴ (pari a 13.016 milioni di euro nel 2006);
- ▶ spesa per servizi ambulatoriali (pari a 9.882 milioni di euro nel 2006);
- ▶ spesa per servizi ospedalieri (pari a 4.589 milioni di euro nel 2006)²⁵.

La spesa privata per i servizi sanitari rappresenta una quota sistematicamente compresa tra il 3 per cento e il 3,5 per cento della spesa complessiva sostenuta dalle famiglie per consumi di beni e servizi. La voce più consistente è rappresentata dalla spesa per medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico. La composizione della spesa privata per i servizi sanitari è di fatto rimasta costante nel tempo.

²⁴ L'OCSE definisce tale voce come «Expenditure on pharmaceuticals and other medical non-durables», codice HC 5.1 dell'ICHA-HC (International Classification for Health Accounts), specificando che vengono inclusi «pharmaceuticals, such as medicinal preparations, branded and generic medicines, drugs, patent medicines, serums and vaccines, vitamins and minerals; bandages, elasticised stockings, incontinence articles, condoms and other mechanical contraceptive devices».

²⁵ Dati RGSEP 2006.

Tabella 3.25 **Spesa delle famiglie (2000-2006), valori a prezzi correnti, milioni di euro**

Spesa delle famiglie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Totale di cui	727.205	750.250	771.277	798.455	826.105	848.864	885.686
Totale sanità di cui	24.373	23.622	25.155	25.981	26.524	26.917	27.487
a. Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	11.714	10.655	11.801	12.362	12.760	12.722	13.016
b. Servizi ambulatoriali	8.467	8.669	8.896	9.143	9.410	9.697	9.882
c. Servizi ospedalieri	4.192	4.299	4.458	4.477	4.354	4.498	4.589
Sanità su totale	3,4%	3,1%	3,3%	3,3%	3,2%	3,2%	3,1%
Incidenza su totale sanità							
a. Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	48,1%	45,1%	46,9%	47,6%	48,1%	47,3%	47,4%
b. Servizi ambulatoriali	34,7%	36,7%	35,4%	35,2%	35,5%	36,0%	36,0%
c. Servizi ospedalieri	17,2%	18,2%	17,7%	17,2%	16,4%	16,7%	16,7%

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

Le fonti e i metodi di rilevazione utilizzati per la stima del consumo delle famiglie sono rappresentati dal *Metodo della Disponibilità* e dall'*Indagine Multiscopo* (ISTAT 2004).

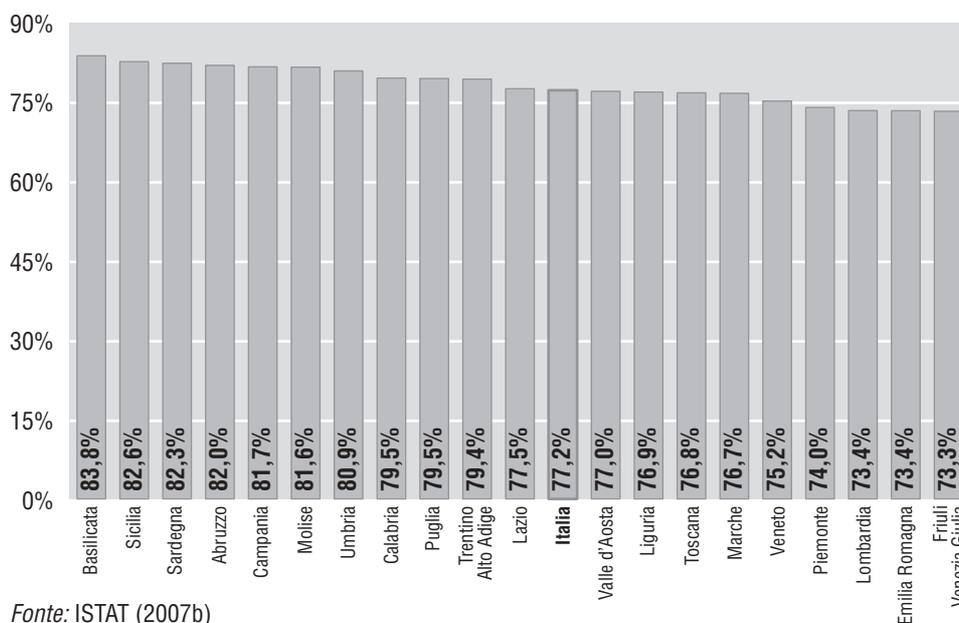
In breve, il Metodo della Disponibilità (MdD), consiste nel calcolare il valore della disponibilità interna dei beni di consumo e di quelli di investimento (ovvero per consumi e investimenti domestici). Ai fini della stima della spesa delle famiglie, il MdD non è il metodo più diffuso e utilizzato nel computo della spesa sanitaria (cfr. *infra*).

L'Indagine Multiscopo (IM) è invece un'indagine che fornisce informazioni sull'utilizzo dei servizi, sulla qualità della vita degli individui e sul grado di soddisfazione di alcuni servizi di pubblica utilità. Le aree tematiche considerate rispetto alla sanità (ISTAT 2007c) sono varie e considerano gli stili di vita e le condizioni di salute, il consumo di farmaci, l'utilizzo dei servizi sanitari e il funzionamento dei servizi di pubblica utilità. L'indagine è realizzata tramite intervista (*Health Interview Survey*, HIS) ed è stata avviata nel 1993. La popolazione di interesse dell'indagine – ossia l'insieme delle unità statistiche oggetto di indagine – è costituita dalle famiglie residenti in Italia e dagli individui che le compongono, al netto dei membri permanenti delle convivenze. L'indagine è di tipo campionario ed è condotta con cadenza quinquennale, mediante quattro distinte rilevazioni a cadenza trimestrale, anche per tenere conto dell'effetto stagionale dei fenomeni, di particolare rilievo per le problematiche della salute.

Venendo al dettaglio delle fonti informative sulla spesa sanitaria privata, i dati sui prodotti medicinali hanno come fonte Farindustria, che, a sua volta, utilizza i dati di mercato provenienti da IMS Health, società attiva da anni nel

campo della rilevazione delle vendite di farmaci. Per quanto concerne gli articoli sanitari e il materiale terapeutico i dati provengono dalla contabilità nazionale e sono rilevati tramite il MdD (cfr. *supra*). La stima inerente le visite mediche (generiche e specialistiche), gli accertamenti diagnostici e i ricoveri ospedalieri in strutture private (tutte le prestazioni) e private accreditate (prestazioni a carico dell'assistito), è effettuata utilizzando i risultati dell'IM, indagine che ha l'obiettivo di analizzare i comportamenti relativi alla salute e all'utilizzo dei servizi sanitari e porli in relazione alle caratteristiche demografiche e socioeconomiche dei cittadini. Con riferimento a visite e prestazioni diagnostiche, tale indagine si riferisce alle prestazioni ricevute e alla relativa spesa sostenuta nelle ultime quattro settimane precedenti l'indagine. Le dichiarazioni di spesa sostenuta vengono confrontate con i consumi dichiarati valorizzati ai prezzi delle relative prestazioni, dove i prezzi utilizzati sono quelli elaborati dall'Ufficio Prezzi dell'ISTAT per il calcolo dell'indice dei prezzi al consumo. Per quanto concerne le prestazioni di ricovero in strutture private e private accreditate, i volumi (giornate di degenza e interventi chirurgici) sono rilevati attraverso l'IM. La valorizzazione degli stessi è effettuata utilizzando tabelle di rimborso, fornite da alcune delle maggiori società di assicurazioni, applicate come tariffe piene alle prestazioni erogate dalle strutture private e come tariffe abbattute di due terzi per quelle relative alle strutture accreditate. La spesa a carico dell'assi-

Figura 3.6 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria complessiva per regione (anno 2003)**



**Tabella 3.26 Composizione della spesa sanitaria privata
(milioni di euro, Italia, 2000-2005)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pagamenti dei pazienti	23.556	22.491	23.462	24.947	25.435	25.424
Assicurazione privata	843	910	973	1.035	1.097	1.163
Tutte le altre fonti finanziamento	2.603	3.004	3.417	3.519	3.604	3.708

* Per pagamenti pazienti si intende la spesa out of pocket (cfr. nota 26).

Fonte: OECD (2006) e RGSEP (2006)

stato in strutture pubbliche viene invece direttamente ricavata dai dati dei CE del ministero della Salute.

L'ISTAT fornisce anche il dato di spesa sanitaria privata per regione. Tale dato è un'ulteriore elaborazione effettuata a posteriori e non presenta la stessa articolazione nelle tre voci riportate in precedenza. Il disallineamento temporale è dovuto in parte alle revisioni dei conti nazionali che l'ISTAT effettua periodicamente, in parte alla necessità di attendere tutti i dati dai vari CE regionali (di contabilità nazionale) al fine di evitare errori previsivi e di stima. La Fig. 3.6 (*supra*) illustra il dato di copertura pubblica della spesa sanitaria per regione.

Per quanto riguarda la *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. par. 3.3.1): la restante quota viene divisa tra sanità e servizi sociali, sulla base di stime dell'ISTAT (Tab. 3.26).

3.4.2 Le fonti e i dati sul finanziamento della spesa sanitaria privata

Considerando il finanziamento della spesa privata²⁶, l'OCSE²⁷ distingue tra:

- ▶ pagamenti diretti dei pazienti (cosiddetto *out-of-pocket*);

²⁶ Con riferimento alle modalità di finanziamento della spesa sanitaria è possibile distinguere tra finanziamento della spesa pubblica e finanziamento della spesa privata. In relazione al finanziamento della spesa pubblica, le fonti principali di finanziamento sono:

- finanziamento della spesa da parte delle amministrazioni pubbliche;
- finanziamento da parte dei sistemi di protezione sociale.

Quest'ultima voce include la copertura di prestazioni effettivamente erogate a carico del SSN da parte di sistemi assicurativi sociali, per alcune categorie professionali. Un esempio di assicurazione sociale è riconducibile all'attività di tipo sanitario svolta dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, INAIL (per esempio l'assistenza per le protesi).

²⁷ L'OCSE definisce nel seguente modo le voci considerate (OECD 2006b):

- out-of-pocket payment: household out-of-pocket expenditure comprise cost-sharing, self-medi-

Tabella 3.27 **Fonti di finanziamento della spesa privata**
(milioni di euro, Italia, 2000-2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Spesa sanitaria privata di cui:	27.002	26.405	27.852	29.501	30.136	30.295
Spesa sanitaria privata corrente	24.373	23.622	25.155	25.981	26.524	26.917
Percentuale sulla spesa sanitaria privata	90,3%	89,5%	90,3%	88,1%	88,0%	88,8%
Spesa privata per investimenti	2.603	3.004	3.417	3.519	3.604	3.708
Percentuale sulla spesa sanitaria privata	9,6%	11,4%	12,3%	11,9%	12,0%	12,2%

Fonte: OECD (2006)

- ▶ spesa privata intermediata da assicurazioni private a scopo di lucro;
- ▶ spesa privata intermediata da fondi mutualistici volontari e altre fonti di finanziamento (cfr. Tab. 3.26).

L'ISTAT non effettua una rilevazione sistematica delle fonti di finanziamento della spesa privata. Il dato sulla spesa privata finanziata da assicurazioni private è fornito dall'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici – ANIA – (ANIA, 2005 e 2006; ANIA, Servizio Statistiche e Studi Attuariali, 2005 e 2006) e coincide con gli indennizzi delle assicurazioni per la spesa sanitaria sostenuta dai propri assicurati. Il dato di spesa a carico del paziente si ricava per differenza tra spesa sanitaria corrente (consumi delle famiglie, che comprendono anche le spese sostenute e poi rimborsate) e indennizzi delle imprese assicuratrici. Non viene invece rilevato il dato riferito ai fondi mutualistici volontari (sui quali esistono rilevazioni *ad hoc* – cfr. *infra*, non considerate dall'ISTAT). In questo senso la spesa *out-of-pocket* è sovrastimata, in quanto include quella in realtà intermediata da fondi mutualistici privati. Nel database OCSE si ritrova per l'Italia un dato attribuito alla terza voce di spesa inserita in Tab. 3.26 (spesa privata intermediata da fondi mutualistici volontari e altre fonti di finanziamento), ma si tratta in realtà della stima sulla spesa per investimenti privati in sanità e non ha quindi nulla a che vedere con il finanziamento della spesa corrente intermediata da soggetti mutualistici.

Come sopra specificato, le forme integrative di assistenza sanitaria possono

-
- cation and other expenditure paid directly by private households, irrespective of whether the contact with the health care system was established on referral or on the patient's own initiative;
 - private insurance: expenditure on health incurred by private insurance funds (both private social insurance and all other private insurance funds);
 - all other private funds (including rest of the world): health expenditure incurred by corporations and private employers providing occupational health services and other unfunded medical benefits to employees plus expenditure by non-profit institutions serving households (excluding social insurance); benefits provided for free by medical care providers plus health expenditure incurred by the rest of the world.

essere realizzate da imprese di assicurazione e da fondi sanitari²⁸. All'interno di questi ultimi sono compresi:

- ▶ le società di mutuo soccorso che erogano prestazioni sanitarie;
- ▶ i fondi di categoria²⁹ (per esempio la Cassa Autonoma di Assistenza Integrativa dei Giornalisti Italiani, CASAGIT);
- ▶ le casse aziendali e interaziendali (per esempio il FIS-ENI, fondo integrativo sanitario per i dipendenti del gruppo ENI);
- ▶ le casse di previdenza professionali³⁰;
- ▶ le casse edili.

Non esistono dati sistematici di rilevazione dei contributi versati e della spesa sostenuta dai fondi mutualistici per le prestazioni sanitarie. La più recente pubblicazione in tal senso (Rebba e Marcomini 2003), ha stimato introiti annuali relativi al 2000 tra i 360 e i 520 milioni di euro. Se tale cifra si aggiunge ai premi delle assicurazioni malattia che gestiscono polizze individuali e collettive (quantificato nel 2000 in 1.255 milioni di euro), la raccolta complessiva assicurativa annua si attesta nel 2000 tra i 1.600 e i 1.800 milioni di euro (tra il 7 per cento e il 7,7 per cento circa della spesa sanitaria privata dello stesso anno).

Si rileva anche che non esiste un dato che sistematicamente colleghi le tre fonti di finanziamento della spesa privata alle tre tipologie di prestazioni riconducibili all'assistenza sanitaria a carico dell'assistito (medicinali e altri beni non durevoli, visite e accertamenti diagnostici e ricoveri). Dallo studio di Rebba e Marcomini è possibile desumere che le prestazioni di rimborso maggiormente rilevanti sono concentrate nell'area delle prestazioni erogabili dal servizio pubblico, ma fruite in regime privato. A tali prestazioni sanitarie seguono quelle non rientranti nei LEA, le prestazioni rientranti nei LEA ed erogate dai servizi accreditati, per la quota a carico dell'assistito e gli indennizzi per giorni di malattia. In questo quadro risultano essere marginali gli interventi di rimbor-

²⁸ Le imprese di assicurazione realizzano forme integrative di assistenza sanitaria attraverso lo strumento delle polizze individuali sottoscritte dai singoli cittadini o tramite le polizze collettive, sottoscritte dal datore di lavoro o dal titolare dell'ente collettivo di riferimento.

²⁹ I fondi di categoria nascono a seguito di un accordo tra sindacati di categoria e associazioni dei datori di lavoro; sono destinati esclusivamente ai lavoratori dipendenti o autonomi appartenenti a uno specifico settore industriale (come, per esempio, il metalmeccanico), a una regione o a una particolare categoria professionale. La contribuzione al fondo di categoria è definito nel contratto e può essere modificata solo a opera delle parti stipulanti i contratti collettivi nazionali di lavoro. Le aziende destinatarie dei contratti hanno l'obbligo di iscrivere tutti i dipendenti con contratto di lavoro a tempo indeterminato, il cui rapporto sia regolato dai medesimi contratti collettivi nazionali di lavoro (ADEPP, 2007).

³⁰ Le casse di previdenza professionali, sono casse di previdenza volontarie per i liberi professionisti che esercitano la libera professione in forma individuale o associata e che garantiscono la copertura per i grandi eventi chirurgici o per gravi malattie invalidanti.

Tabella 3.28 La composizione della spesa sanitaria privata intermediata da fondi mutualistici

Prestazioni sanitarie erogabili dal SSN ma fruite in regime privato	55,33%
Ricoveri	13,25%
Interventi chirurgici	16,22%
Visite specialistiche	13,45%
Prestazioni diagnostiche	12,41%
Prestazioni sanitarie nei LEA erogate da strutture accreditate (copertura quota assistito)	6,89%
Ricoveri	0,62%
Interventi chirurgici	1,70%
Visite specialistiche	1,27%
Prestazioni diagnostiche	3,30%
Prestazioni sanitarie non LEA e non erogate dal SSN	29,56%
Chirurgia estetica e refrattiva con laser	9,68%
Prestazioni odontoiatriche	17,05%
Medicina non convenzionale	2,63%
Farmaci in classe C	0,20%
Lungoassistenza	0,25%
Diarie	6,51%
Altro	1,46%

Fonte: elaborazione su dati Rebba e Marcomini (2003)

so per prestazioni di lungoassistenza (Tab. 3.28). Il dato evidenzia, quindi, come di fatto i fondi mutualistici non forniscano propriamente forme di copertura integrativa o complementare, bensì finanzino le stesse prestazioni incluse nei LEA che, per motivi di tempi di attesa e volontà di scelta del professionista e servizi, vengono acquistate privatamente dal cittadino.

Allegato 1. La Classificazione Internazionale dei Conti della Sanità. International Classification for Health Accounts – ICHA

Classification of Functions of Health Care – HC	Classification of Providers of Health Care – HP	Classification of Sources of Funding – HF
HC 1 Services of curative care	HP 1 Hospitals	HF 1 General government
HC 2 Services of rehabilitative care	HP 2 Nursing and residential care facilities	HF 1.1 General government excluding social security funds
HC 3 Services of long-term nursing care	HP 3 Providers of ambulatory healthcare	HF 1.2 Social security funds
HC 4 Ancillary services to health care	HP 4 Retail sale and other providers of medical goods	HF 2 Private sector
HC 5 Medical goods dispensed to out-patients	HP 5 Provision and administration of public health programmes	HF 2.1 Private social insurance
HC 6 Prevention and public health services	HP 6 General health administration and insurance	HF 2.2 Private insurance enterprises (other than social insurance)
HC 7 Health administration and health insurance	HP 7 Other industries (rest of the economy)	HF 2.3 Private household out-of-pocket expenditure
	HP 8 Rest of the world	HF 2.4 Non-profit institutions serving households (other than social insurance)
		HF 2.5 Corporations (other than health insurance)
		HF 3 Rest of the world

Fonte: OECD (2006b)

Bibliografia

- ADEPP, Associazione Degli Enti di Previdenza Privati (2007), «Il CCNL e la Giurisprudenza», in www.adepponline.it.
- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- ANIA (2005), *L'Assicurazione Italiana 2004/2005*.
- ANIA (2006), *L'Assicurazione Italiana 2005/2006*.
- ANIA, Servizio Statistiche e Studi Attuariali (2005), *L'Assicurazione Italiana in cifre (edizione 2004)*.

- ANIA, Servizio Statistiche e Studi Attuariali (2006), *L'Assicurazione Italiana in cifre (edizione 2005)*.
- Carbone C., Jommi C., Torbica A. (2006), «Tariffe e finanziamento dell'innovazione tecnologica: analisi generale e focus su due casi regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Guerrucci D. (2003), «La spesa sanitaria in Italia. Raccordo e confronto tra fonti disponibili e metodologie utilizzate nell'ambito della statistica ufficiale», VI Conferenza della Società italiana di Economia Pubblica.
- ISTAT (2004) «Metodologie di stima degli aggregati di contabilità nazionale a prezzi correnti», *Metodi e Norme*, n. 21.
- ISTAT (2005), *Previsioni della popolazione – Anno 2001-2051*, <http://demo.istat.it/>.
- ISTAT (2007a), *Indicatori socio-sanitari regionali, Note Metodologiche*, in <http://www.istat.it/sanita/sociosan/metadati.pdf>.
- ISTAT (2007b), *Conti economici regionali*, in www.istat.it.
- ISTAT (2007c), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari, anno 2005*.
- ISTAT (2007d), «Statistiche demografiche» in <http://demo.istat.it>, ultimo accesso, 5 luglio 2007.
- ISTAT (2007e), *Conti economici nazionali 1970-2006*.
- Jommi C., Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Jommi C., Lecci F. (2006), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*.
- OECD (2006a), *OECD Health Data 2006*.
- OECD (2006b), «Definitions, Sources and Method», *OECD Health Data 2006*.
- OECD (2007), «Developments on Health Work at the OECD Relevant to SHA Implementation», in www.oecd.org/dataoecd/41/43/35822975.ppt.
- Osservatorio Farmaci (2006), *Report 17. Report annuale per il 2005. Osservatorio Farmaci*, CERGAS Bocconi.
- Osservatorio Farmaci (2007), *Report 19. Report annuale per il 2006. Osservatorio Farmaci*, CERGAS Bocconi.
- OSSMED (2007), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006*.
- Pagano E., Guerrucci D. (2001), «La formazione del conto economico consolidato delle ASL ed aziende ospedaliere», *Politiche sanitarie*, 1(2), pp. 57-67.
- Rebba V., Marcomini C. (2003), «L'assistenza sanitaria pubblica e la previdenza sanitaria integrativa in Italia: un'analisi della situazione esistente», in Nomi-

sma (a cura di), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità Italiana?*, Fondazione Pfizer, Roma, Angeli.

WHO (2006), WHOSIS, National Health Accounts, in www.who.int/nha/country/ita/en/.

WHO (2007), *WHOSIS, WHO Statistical Information System*, in www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm e www.who.int/infobase/report.aspx.