

a cura di  
Eugenio Anessi Pessina  
Elena Cantù

# Rapporto OASI 2006

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

## 3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

di Claudio Jommi e Francesca Lecci\*

### 3.1 Premessa: le fonti dei dati

Il presente capitolo rappresenta un aggiornamento dell'analisi effettuata nel precedente Rapporto OASI (Jommi e Lecci 2005) e illustra i dati relativi alla spesa sanitaria nazionale e regionale, i dati dei disavanzi regionali e le misure implementate dalle regioni a parziale copertura di tali disavanzi. I dati nazionali sono confrontati con quelli degli altri paesi dell'Unione Europea (UE), inclusi i paesi che hanno fatto il loro ingresso nell'Unione nel maggio 2004, di altri paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extraeuropei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone).

In Allegato viene fornito un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria: spesa sanitaria pubblica e privata, spesa corrente e per investimenti. Si rimanda a tale paragrafo per un'analisi dettagliata delle fonti sulla spesa sanitaria.

Nello specifico, i dati di spesa sanitaria pubblica sono tratti dal Rapporto Sanità della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP) nell'attuale versione disponibile sul sito del ministero dell'Economia e delle Finanze. Tali dati sono desunti dal Sistema Informativo Sanitario (SIS): l'aggiornamento (dati relativi al quarto trimestre 2005) è datato 27 febbraio 2006. Prima di commentare il trend della spesa sanitaria, è importante rilevare come i dati di contabilità nazionale siano stati rivisti dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT) a partire da dicembre 2005<sup>1</sup>, con conseguente sensibile variazione delle risultanze degli ultimi due esercizi finanziari. La RGSEP 2004, infatti, aveva fissato il livello di

---

\* Per quanto il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i parr. 3.3 e 3.4 sono stati curati da Claudio Jommi e i parr. 3.2 e 3.5 sono stati curati da Francesca Lecci. Il par. 3.1 è a cura di entrambi gli autori.

<sup>1</sup> Le innovazioni introdotte fanno riferimento:

- alla sostituzione del metodo di valutazione in termini reali degli aggregati della contabilità nazionale annuale, basato sui prezzi di un anno base (l'ultimo anno era stato il 1995), con metodo degli indici a catena per il quale si prendono a riferimento in ciascun anno i prezzi dell'anno precedente;

disavanzo per il 2004 a poco più di 3 miliardi di euro, mentre la RGSEP 2005 rettificata il dato, portandolo a più di 6 miliardi di euro e definendo, per il 2005, un disavanzo sanitario superiore a 4,5 miliardi di euro.

### 3.2 I dati di confronto internazionale

Il database OCSE 2006 copre, per la maggior parte dei paesi, il periodo compreso tra il 1960 e il 2004.

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

- nelle Tab. 3.1-3.6 vengono riportati, per il 1990, il 1995 e il periodo 2000-2004, i dati dei paesi UE, di altri paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extraeuropei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone);
  - le grandezze monetarie sono state convertite in dollari in Parità del Potere di Acquisto (PPA<sup>2</sup>), 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 riferimento 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 15 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 (cfr. Allegato);
  - mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci
- 
- all'introduzione, in applicazione dei regolamenti del Consiglio UE 448/1998 e 1889/2002, di una nuova metodologia per il calcolo dei SIFIM5 che, per la prima volta, vengono allocati ai settori utilizzatori finali e non più a una branca fittizia. L'attribuzione dei SIFIM ai diversi operatori che effettivamente li utilizzano comporta un aumento dei consumi finali delle famiglie, dei consumi intermedi delle singole branche produttrici, dei costi intermedi e quindi della produzione dei servizi *non-market*, delle esportazioni e delle importazioni totali.

<sup>2</sup> La PPA è uno strumento di conversione di dati, espressi in valuta nazionale, che incorporano i differenziali di potere d'acquisto delle valute stesse.

delle aziende sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da analisi campionarie dei consumi delle famiglie, con una conseguente minore attendibilità rispetto a quelli di spesa pubblica. Per esempio, la voce più importante di spesa privata per servizi sanitari in Italia è rappresentata dai prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico (cfr. Allegato). 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 2006) 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 (cfr. Allegato). 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 7 per cento dell'Irlanda e dell'Italia e il 2 per cento del Lussemburgo<sup>3</sup>, e con riferimento alla spesa pubblica, tra il 6,8 per cento dell'Irlanda e lo 0,3 per cento dell'Austria<sup>4</sup>. 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 2004 in alcuni paesi (Belgio, Germania, Repubblica Slovacca, 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 il Belgio si è fatto poi riferimento al database OCSE 2005, non essendo disponibile alcun dato sulla spesa sanitaria pubblica nel nuovo database;
- per l'Italia i dati OCSE non coincidono con quelli riportati nelle tabelle nazionali, per le ragioni esposte nell'Allegato;
- il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come *Compound Average Growth Rate* (CAGR), ovvero come tasso di crescita annuale composto. Per esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a:

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

La spesa sanitaria totale pro capite in Italia (Tab. 3.1) risulta, nel 2003, del 13 per cento circa inferiore al dato complessivo UE, come risultato di un tasso di crescita di 1,3 punti percentuali minore rispetto alla media dei 15 paesi.

<sup>3</sup> I dati 2004 sono incompleti.

<sup>4</sup> Anche in questo caso, il dato 2004 è incompleto. Per l'Italia la percentuale 2004 è pari al 2 per cento.

Tabella 3.1 Spesa sanitaria totale pro capite, dollari PPA (1990; 1995; 2000-2004)

Area/Paesi	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	Variazione percentuale media (1990-2004)	Variazione percentuale media (1995-2001)	Variazione percentuale media (2001-2004)
UE-15										
Austria	1.328	2.229	2.667	2.748	2.857	2.958	3.124	6,3	10,9	3,6
Belgio	1.341	1.828	2.277	2.425	2.612	3.044	n.d.	6,5	6,4	4,8
Danimarca	1.522	1.844	2.380	2.555	2.656	2.743	2.881	4,7	3,9	5,6
Finlandia	1.419	1.430	1.716	1.857	2.012	2.104	2.235	3,3	0,2	4,5
Francia	1.532	2.028	2.450	2.611	2.886	3.048	3.159	5,3	5,8	4,3
Germania	1.738	2.271	2.670	2.785	2.918	3.005	n.d.	4,3	5,5	3,5
Grecia	844	1.250	1.616	1.805	1.971	2.141	2.162	6,9	8,2	6,3
Irlanda	794	1.216	1.809	2.099	2.395	2.455	2.596	8,8	8,9	9,5
Italia	1.387	1.534	2.039	2.139	2.236	2.261	2.392	4,0	2,0	5,7
Lussemburgo	1.533	2.033	2.982	3.263	3.729	4.611	5.089	8,9	5,8	8,2
Olanda	1.435	1.822	2.257	2.519	2.775	2.909	3.041	5,5	4,9	5,5
Portogallo	674	1.096	1.624	1.681	1.783	1.717	1.813	7,3	10,2	7,4
Spagna	873	1.193	1.520	1.613	1.723	1.952	2.094	6,4	6,4	5,2
Svezia	1.589	1.734	2.271	2.404	2.593	2.745	2.825	4,2	1,8	5,6
Regno Unito	987	1.385	1.858	2.029	2.228	2.347	2.546	7,0	7,0	6,6
Totale UE-15	1.316	1.734	2.167	2.304	2.470	2.591	n.d.	5,3	5,7	4,8

Tabella 3.1 (segue)

Area/Paesi	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	Variazione percentuale media (1990-2004)	Variazione percentuale media (1990-1995)	Variazione percentuale media (1995-2001)	Variazione percentuale media (2001-2004)
<b>UE (nuovi paesi)</b>											
Repubblica Ceca	561	902	980	1.089	1.188	1.296	1.361	6,5	10,0	3,2	7,7
Ungheria	594	685	856	975	1.115	1.259	1.323	5,9	2,9	6,1	10,7
Polonia	300	423	590	646	734	748	805	7,3	7,1	7,3	7,6
Repubblica Slovacca	n.d.	n.d.	595	641	716	777	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Altri paesi europei</b>											
Norvegia	1.393	1.893	3.080	3.286	3.616	3.769	3.966	7,8	6,3	9,6	6,5
Svizzera	2.029	2.573	3.179	3.364	3.650	3.847	4.077	5,1	4,9	4,6	6,6
<b>Altri paesi non europei</b>											
Australia	1.306	1.741	2.400	2.531	2.700	2.876	n.d.	6,3	5,9	6,4	n.d.
Canada	1.737	2.055	2.503	2.718	2.861	2.998	3.165	4,4	3,4	4,8	5,2
Giappone	1.116	1.541	1.967	2.082	2.138	2.249	n.d.	5,5	6,7	5,1	n.d.
Stati Uniti	2.752	3.670	4.588	4.933	5.324	5.711	6.102	5,9	5,9	5,1	7,3

Nota: il tasso di crescita medio per i paesi in cui manca il dato 2004 è stato calcolato considerando il 2003 come ultimo anno della serie storica. Il valore UE-15 per il 2004 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per due paesi.

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2006)

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. 3.2) il differenziale tra nuovi e vecchi paesi UE si abbassa sensibilmente, in quanto, si rapporta la spesa sanitaria alle disponibilità economiche della popolazione. Peraltro, rimangono differenze consistenti, legate all'elevata elasticità della domanda di prestazioni sanitarie al reddito: i paesi proporzionalmente più ricchi tendono a spendere una quota di reddito maggiore per prestazioni sanitarie rispetto ai paesi più poveri e l'aumento della spesa sanitaria è nel tempo più che proporzionale rispetto a quello del reddito.

Anche con riferimento alla spesa pro capite pubblica l'Italia presenta un dato inferiore del 14 per cento circa al valore UE 2003, per effetto di un tasso di crescita più basso nella prima metà degli anni Novanta e nel periodo 2001-2003. Dal 1996 al 2001, anni di espansione della spesa sanitaria pubblica, il tasso di crescita medio in Italia è stato superiore a quello UE (6,6 per cento rispetto al 4,7 per cento; Tab. 3.3).

L'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è in Italia (6,4 per cento nel 2004) inferiore al valore UE (7,2 per cento nel 2003). Tuttavia, la notevole espansione della spesa sanitaria pubblica nella seconda metà degli anni Novanta e la contestuale inferiore crescita del PIL ha generato una sensibile riduzione della distanza dal valore UE (Tab. 3.4).

La copertura pubblica della spesa sanitaria (Tab. 3.5) 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). Tale 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 Olanda) 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 dell'Unione, 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.

**Tabella 3.2 Incidenza percentuale della spesa sanitaria totale sul PIL  
(1990; 1995; 2000-2004)**

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

*Nota:* il valore UE-15 per il 2004 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per due paesi.

*Fonte:* elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2006)

Tabella 3.3 Spesa sanitaria pubblica pro capite, dollari PPA (1990; 1995; 2000-2004)

Area/Paesi	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	Variazione percentuale media (1990-2004)	Variazione percentuale media (1990-1995)	Variazione percentuale media (1995-2001)	Variazione percentuale media (2001-2004)
UE-15											
Austria	976	1.544	1.863	1.910	2.015	2.080	2.207	6,0	9,6	4,3	4,9
Belgio	n.d.	1.434	1.726	1.852	1.959	2.165	n.d.	n.d.	n.d.	5,2	n.d.
Danimarca	1.259	1.522	1.962	2.112	2.203	n.d.	n.d.	4,8	3,9	6,8	n.d.
Finlandia	1.148	1.080	1.289	1.409	1.532	1.602	1.712	2,9	-1,2	5,5	6,7
Francia	1.174	1.548	1.858	1.982	2.254	2.388	2.475	5,5	5,7	5,1	7,7
Germania	1.325	1.829	2.098	2.184	2.292	2.350	n.d.	4,5	6,7	3,6	n.d.
Grecia	453	651	849	1.002	1.067	1.148	1.141	6,8	7,5	9,0	4,4
Irlanda	571	870	1.326	1.587	1.800	1.914	2.063	9,6	8,8	12,8	9,1
Italia	1.097	1.103	1.499	1.621	1.687	1.699	1.828	3,7	0,1	8,0	4,1
Olanda	962	1.294	1.424	1.582	1.733	1.832	1.894	5,0	6,1	4,1	6,2
Portogallo	441	686	1.178	1.203	1.288	1.246	1.304	8,1	9,2	11,9	2,7
Spagna	687	861	1.088	1.148	1.228	1.373	1.484	5,7	4,6	5,9	8,9
Svezia	1.428	1.503	1.928	2.040	2.207	2.344	2.399	3,8	1,0	6,3	5,6
Regno Unito	825	1.161	1.502	1.684	1.857	2.005	2.176	7,2	7,1	7,7	8,9
Totale UE-15	955	1.332	1.639	1.755	1.892	1.981	n.d.	5,8	6,9	4,7	n.d.

Tabella 3.3 (segue)

Area/Paesi	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	Variazione percentuale media (1990-2004)	Variazione percentuale media (1990-1995)	Variazione percentuale media (1995-2001)	Variazione percentuale media (2001-2004)
<b>UE (nuovi paesi)</b>											
Repubblica Ceca	547	820	887	979	1.066	1.164	1.214	5,9	8,4	3,6	7,4
Ungheria	n.d.	576	606	672	783	911	959	n.d.	n.d.	3,1	12,6
Polonia	275	308	413	464	522	523	552	5,1	2,3	8,5	6,0
Repubblica Slovacca	n.d.	n.d.	532	572	638	687	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Altri paesi europei</b>											
Norvegia	1.153	1.594	2.541	2.746	3.019	3.155	3.311	7,8	6,7	11,5	6,4
Svizzera	1.063	1.383	1.768	1.921	2.113	2.250	2.382	5,9	5,4	6,8	7,4
<b>Altri paesi non europei</b>											
Australia	876	1.161	1.652	1.716	1.840	1.940	n.d.	6,3	5,8	8,1	n.d.
Canada	1.295	1.466	1.760	1.901	1.990	2.103	2.210	3,9	2,5	5,3	5,1
Giappone	866	1.279	1.599	1.700	1.742	1.832	n.d.	5,9	8,1	5,9	n.d.
Stati Uniti	1.093	1.664	2.017	2.212	2.387	2.548	2.727	6,7	8,8	5,9	7,2

Nota: il tasso di crescita medio per i paesi in cui manca il dato 2004 è stato calcolato considerando il 2003 (e, nel caso della Danimarca, il 2002) come ultimo anno della serie storica. Il valore UE-15 per il 2004 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre paesi.

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2006)

Tabella 3.4 **Incidenza percentuale della spesa pubblica sul PIL (1990; 1995; 2000-2004)**

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

*Nota:* il dato UE-15 per il 2004 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre paesi.

*Fonte:* elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2006)

**Tabella 3.5 Copertura pubblica percentuale della spesa sanitaria (1990; 1995; 2000-2004)**

Aree/Paesi	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
<b>UE-15</b>							
Austria	73,5	69,3	69,9	69,5	70,5	70,3	70,7
Belgio	n.d.	78,5	75,8	76,4	75	71,1	n.d.
Danimarca	82,7	82,5	82,4	82,7	82,9	n.d.	n.d.
Finlandia	80,9	75,6	75,1	75,9	76,1	76,2	76,6
Francia	76,6	76,3	75,8	75,9	78,1	78,3	78,4
Germania	76,2	80,5	78,6	78,4	78,6	78,2	n.d.
Grecia	53,7	52,0	52,6	55,5	54,1	53,6	52,8
Irlanda	71,9	71,6	73,3	75,6	75,2	78,0	79,5
Italia	79,1	71,9	73,5	75,8	75,4	75,1	76,4
Olanda	67,1	71,0	63,1	62,8	62,5	63,0	62,3
Portogallo	65,5	62,6	72,5	71,5	72,2	72,6	71,9
Spagna	78,7	72,2	71,6	71,2	71,3	70,4	70,9
Svezia	89,9	86,6	84,9	84,9	85,1	85,4	84,9
Regno Unito	83,6	83,9	80,9	83	83,4	85,4	85,5
<i>Totale UE-15</i>	<i>78,3</i>	<i>77,2</i>	<i>75,9</i>	<i>76,5</i>	<i>76,5</i>	<i>76,5</i>	<i>n.d.</i>
<b>UE (nuovi paesi)</b>							
Repubblica Ceca	97,4	90,9	90,5	89,9	89,7	89,8	89,2
Ungheria	n.d.	84,0	70,7	69,0	70,2	72,4	72,5
Polonia	91,7	72,9	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6
Repubblica Slovacca	n.d.	n.d.	89,4	89,3	89,1	88,3	n.d.
<b>Altri paesi europei</b>							
Norvegia	82,8	84,2	82,5	83,6	83,5	83,7	83,5
Svizzera	52,4	53,8	55,6	57,1	57,9	58,5	58,4
<b>Altri paesi non europei</b>							
Australia	67,1	66,7	68,9	67,8	68,1	67,5	n.d.
Canada	74,5	71,4	70,3	69,9	69,6	70,1	69,8
Giappone	77,6	83,0	81,3	81,7	81,5	81,5	n.d.
Stati Uniti	39,7	45,3	44,0	44,8	44,8	44,6	44,7

*Nota:* il dato UE-15 per il 2004 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre paesi.

*Fonte:* elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2006)

**Tabella 3.6 Incidenza percentuale della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva (1990; 1995; 2000-2004)**

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

*Nota:* il valore UE-15 per il 2004 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre paesi.

*Fonte:* elaborazione su dati OCSE (OECD Health Data 2006)

La copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia risulta inferiore al valore UE, ma soprattutto a quella di alcuni paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN), quali il Regno Unito e i 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. 3.6, *supra*): nei quindici paesi dell'UE tale incidenza è cresciuta dall'11,8 per cento del 1990 al 15 per cento del 2003.

L'Italia mostra un valore inferiore alla media UE su tale indicatore, segno di un minore investimento di risorse pubbliche sul SSN (cfr. anche la composizione della spesa per prestazioni di protezione sociale; Tab. 3.8). Peraltro la crescita dell'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa pubblica complessiva è stata piuttosto modesta, confrontata con altri paesi UE, se si considera il periodo 1990-2004.

### 3.3 I dati nazionali: spesa, finanziamento e disavanzo

Dopo una decisa ripresa nel 2004 (+9,9 per cento contro il 7 per cento indicato nel precedente Rapporto OASI; cfr. par. 3.1) la spesa complessiva sostenuta dal SSN è cresciuta nel 2005 del 5,2 per cento, esattamente in linea con il tasso di crescita medio dal 2001 al 2005 (Tab. 3.7). Si tratta comunque di un dato di crescita inferiore a quello medio dell'8 per cento dal 1996 al 2001. Spesa per beni e servizi, per la medicina generale e per l'assistenza convenzionata (specialistica e altra assistenza) sono i fattori della produzione che hanno subito il maggiore aumento<sup>5</sup>.

La spesa sanitaria privata corrente evidenzia una sensibile ulteriore contrazione del tasso di crescita nel 2005. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa pubblica fino al 2001 (con tassi di crescita più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica) mostra invece dal 2002 al 2005 una continua riduzione della variazione percentuale (dal 6,5 allo 0,2 per cento), con un tasso di crescita medio del 3 per cento.

L'andamento della spesa sanitaria privata dipende in gran parte dalla spesa a carico dei pazienti per «spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico», che, secondo i dati ISTAT, rappresenta il 48 per cento circa della spesa sanitaria privata e che è aumentata solo dello 0,4 per cento nel 2005 (cfr. Allegato).

Il finanziamento complessivo del SSN è stato fissato dalla legge Finanziaria per il 2005 (legge 311/2004) in 88.195 milioni di euro, cui si aggiungono le ulteriori somme messe in campo dalla regioni, per un totale di 90.033 milioni di euro, con un incremento del 7,5 per cento rispetto al 2004.

L'aumento delle risorse è stato superiore a quello della spesa, con una conseguente contrazione del disavanzo da 6,1 a 4,6 miliardi di euro.

<sup>5</sup> Si rimanda, a tale proposito, all'analisi dei dati contenuti nella Tab. 3.9.

Tabella 3.7 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; disavanzo (1990; 1995; 2000-2005) (milioni di euro)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Tasso di crescita di crescita medio 1990-2005	Tasso di crescita di crescita medio 1995-2001	Tasso di crescita di crescita medio 2001-2005
Spesa sanitaria pubblica corrente	41.466	48.752	70.173	77.686	79.549	82.220	90.349	95.069	5,7	3,3	8,1
Variazione percentuale	—	-0,6	11,1	10,7	2,4	3,4	9,9	5,2			
Percentuale sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6	73,8	74,2	76,7	76,0	76,0	77,3	78,1			
Finanziamento sanitario pubblico corrente	34.737	47.773	66.945	73.908	76.658	79.968	84.206	90.492			
Variazione percentuale	—	5,7	12,7	10,4	3,7	4,3	5,3	7,5			
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-2.891	-2.252	-6.143	-4.577			
Percentuale sul finanziamento	-19,4	-2,0	-4,8	-5,1	-3,8	-2,8	-7,3	-5,1			
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	24.373	23.622	25.155	25.981	26.533	26.587	7,7	14,7	5,3
Variazione percentuale	—	13,0	2,7	-3,1	6,5	3,3	2,1	0,2			
Percentuale sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4	26,2	25,8	23,3	24,0	24,0	22,7	21,9			
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	94.546	101.308	104.704	108.201	116.882	121.656	6,1	5,7	7,4
Variazione percentuale	—	2,7	8,8	7,2	3,4	3,3	8,0	4,1			

**Note:**

I dati relativi alla spesa per la gestione corrente sono desunti dai Conti Economici (CE) delle aziende sanitarie e, prima dell'introduzione della contabilità economico-patrimoniale, dai flussi dei Rendiconti Finanziari (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). Nel 2000 la Regione Sicilia e la provincia autonoma di Bolzano avevano ancora un sistema di contabilità finanziaria. Dal 2001 tutte le regioni hanno avviato per le aziende sanitarie la contabilità economico-patrimoniale. Dal 2002 tutte le regioni inviano i CE al ministero della Salute. Il dato di spesa per il SSN include i costi di produzione, il saldo della gestione straordinaria (ricavi straordinari, costi straordinari, costi stimati per accantonamenti, variazioni delle rimanenze, plusvalenze e minusvalenze, sopravvenienze e insussistenze) con il saldo relativo all'attività *intra moenia*. L'uso degli accantonamenti è molto vario da regione a regione e può riguardare somme per i rinnovi contrattuali/per il TFR/per indennizzo o per il rinnovo delle convenzioni con i MMG ecc. Si tratta di un elemento che rende più complessa la lettura del trend temporale della spesa, il confronto interregionale e il trend del mix per fattori produttivi (cfr. Tab. 3.9). Nel saldo delle voci economiche non è incluso il dato degli ammortamenti: tale esclusione è motivata dalla sostanziale non comparabilità delle informazioni provenienti dai bilanci delle aziende sanitarie (dovuta alle differenti strategie in materia di sterilizzazione degli ammortamenti e ai diversi criteri di stima del valore delle immobilizzazioni in sede di costituzione dello stato patrimoniale iniziale; Anessi Pessina 2002). Sono esclusi anche la «Svalutazione attività finanziarie» e la «Svalutazione crediti».

Tabella 3.7 (segue)

Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) del SSN per gli altri enti (Croce Rossa Italiana, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, università per borse di studio specializzandi ecc.), che rappresentano una quota limitata delle spese correnti del SSN (0,5 per cento nel 2005).

Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni *in itinere* o *ex post* rispetto alle assegnazioni iniziali. In particolare, sono comprese le integrazioni alle partecipazioni delle regioni a statuto speciale, ai fini di copertura delle maggiori spese rispetto ai finanziamenti erogati (a norma della legge 724/1994 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 dal saldo tra costi e ricavi per tali attività).

Per dettagli sulla fonte informativa della spesa sanitaria privata corrente si rimanda all'Allegato.

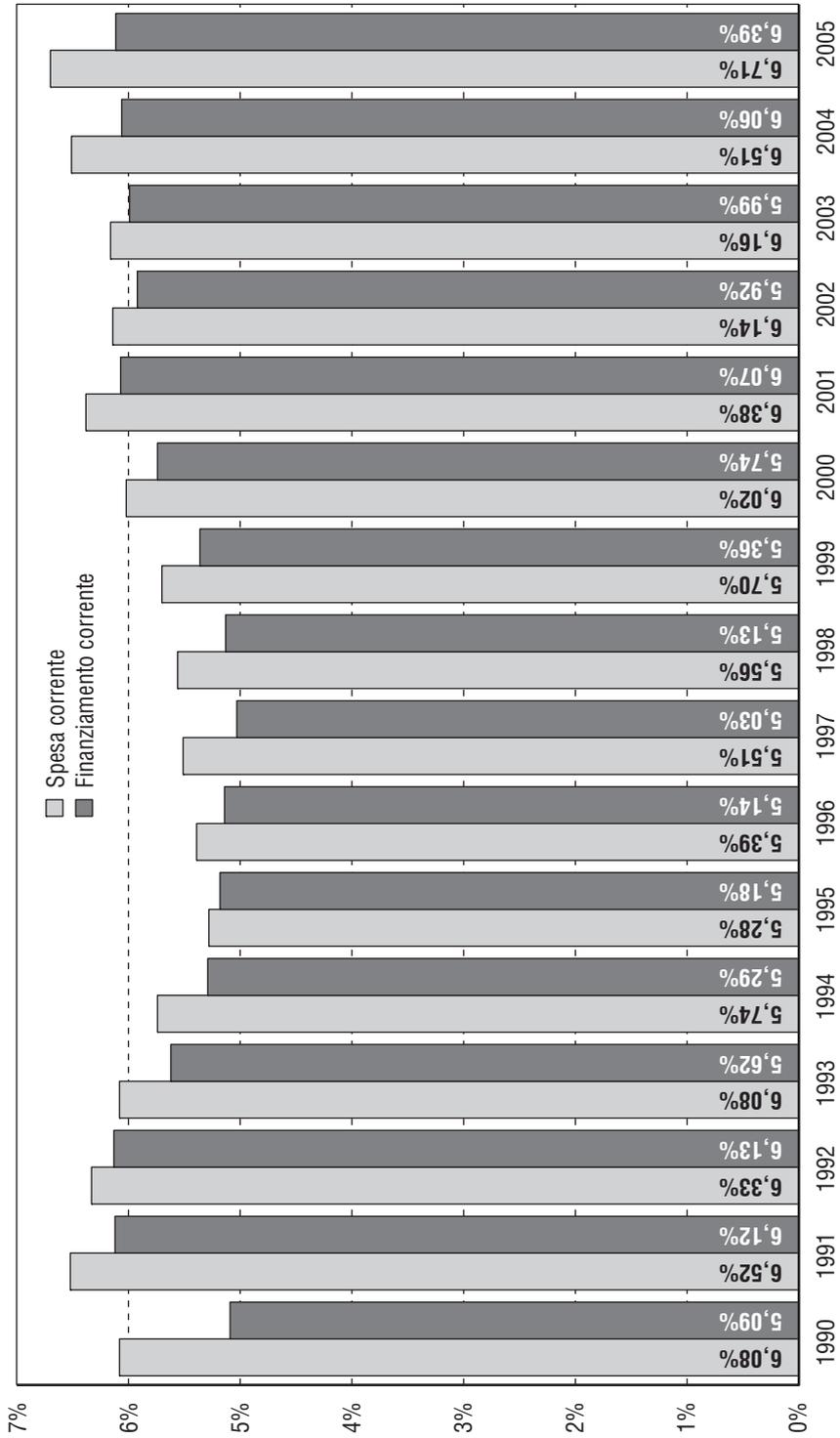
Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

Tale disavanzo, a meno di nuovi provvedimenti di copertura da parte dello Stato (oltre a quelli di seguito indicati), dovrebbe essere integralmente a carico delle regioni, ai sensi della legge 405/2001. Se a tale disavanzo si aggiungono quelli degli anni pregressi, il debito cumulato dalle regioni è di circa 19,6 miliardi di euro. La quota effettiva a carico delle regioni dovrebbe però essere di 16,2 miliardi di euro, considerando che:

- la Finanziaria per il 2005 (legge 311/2004) ha previsto un'assegnazione di 2 miliardi di euro a titolo di copertura dei disavanzi, di cui però solo 1,4 miliardi sono stati a oggi ripartiti tra le regioni (i restanti devono essere ancora utilizzati per la copertura dei disavanzi degli IRCCS e delle AO integrate con le università);
- la legge Finanziaria per il 2006 (legge 266/2005) ha previsto ulteriori 2 miliardi di euro a copertura dei disavanzi 2001-2003 (di cui 50 milioni integralmente stanziati a favore della Regione Lazio a ripiano dei disavanzi per il 2003, derivati dal finanziamento dell'Ospedale Bambin Gesù), la cui assegnazione è però subordinata:
  - a un'intesa tra Stato e regioni sul Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008 e sugli interventi previsti per la riduzione dei tempi di attesa (intesa già raggiunta prima della scadenza prevista);
  - all'adozione di interventi per la copertura dei disavanzi residui 2002-2004;
  - a un accordo specifico tra regione e ministeri della Salute e dell'Economia, in caso di disavanzi medi superiori al 5 per cento nel 2000-2005 o di un aumento superiore al 200 per cento dal 2001 al 2005 (cfr. Tab. 3.16).

Sempre la legge Finanziaria per il 2006 ha previsto che il finanziamento base (ovvero il livello complessivo di spesa cui concorre lo Stato) aumenti da 88.195 milioni di euro a 91.173 (+3,4 per cento) per il 2006 e a 92.759 per il 2007 (+1,4 per cento). Si tratta, quindi, di incrementi piuttosto modesti, se si tiene conto che si collocano in un contesto di squilibrio pregresso tra risorse disponibili e spesa e di crescita piuttosto sostenuta prevista per il 2006 di alcune voci di spesa (segnatamente la spesa farmaceutica convenzionata).

Figura 3.1 Incidenza della spesa SSN per la gestione corrente e del finanziamento corrente sul PIL (1990-2005)



Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

Come noto il PIL nominale nel 2005 ha subito una crescita molto contenuta, pari al 2 per cento: si tratta del più basso tasso di crescita dal 1990. L'incidenza della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL è quindi aumentata portandosi al 6,7 per cento (Fig. 3.1, *supra*). Anche il finanziamento corrente (incluse le integrazioni regionali) ha subito una crescita superiore all'economia nel suo complesso: l'incidenza sul PIL si è attestata al 6,4 per cento circa.

Nel 2005 si è consolidata l'inversione di tendenza avviata nel 2004 nell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa complessiva per la protezione sociale che, oltre alla sanità, include la previdenza (il sistema pensionistico) e l'assistenza (gli ammortizzatori sociali; Tab. 3.8)<sup>6</sup>. Tale incidenza è aumentata dal 25,9 al 26,2 per cento, riportandosi sui valori del 1990.

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. 3.7, 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».

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

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Sanità</b>								
Spesa (milioni euro)	38.174	43.815	63.141	69.879	74.027	76.366	83.932	88.064
Percentuale sul totale	26,2	21,6	24,1	25,3	25,2	24,9	25,9	26,2
Variazione percentuale	—	-1,8	12,6	10,7	5,9	3,2	9,9	4,9
<b>Previdenza</b>								
Spesa (milioni euro)	96.891	143.531	182.180	188.211	197.334	206.482	215.570	222.369
Percentuale sul totale	66,4	70,9	69,5	68,1	67,2	67,3	66,4	66,2
Variazione percentuale	—	6,1	2,7	3,3	4,8	4,6	4,4	3,2
<b>Assistenza</b>								
Spesa (milioni euro)	10.870	15.085	16.779	18.389	22.225	23.925	25.177	25.648
Percentuale sul totale	7,4	7,5	6,4	6,7	7,6	7,8	7,8	7,6
Variazione percentuale	—	4,8	5,8	9,6	20,9	7,6	5,2	1,9
<b>Totale</b>	<b>145.936</b>	<b>202.431</b>	<b>262.100</b>	<b>276.479</b>	<b>293.586</b>	<b>306.773</b>	<b>324.679</b>	<b>336.081</b>
<b>Variazione percentuale</b>	<b>—</b>	<b>4,1</b>	<b>5,2</b>	<b>5,5</b>	<b>6,2</b>	<b>4,5</b>	<b>5,8</b>	<b>3,5</b>

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

<sup>6</sup> Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica, si rimanda all'Allegato.

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, scaduti nel 2001, 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. In tale 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 e delle AO 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 (Tab. 3.9).

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, in misura minore, 2002-2005) 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). Tuttavia, tale contenimento ha avuto efficacia nel breve periodo: venute meno le misure di taglio della spesa, questa ha ripreso a crescere in modo consistente.

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 32,7 per cento della spesa complessiva nel 2005, anno in cui la stessa ha subito un aumento del 5,8 per cento rispetto al 2004. L'incidenza di tale voce sulla spesa SSN per la gestione corrente ha subito una continua riduzione dal 1995 al 2004. Tale flessione è motivata essenzialmente dalle azioni di blocco del *turnover* o delle assunzioni e/o dai maggiori controlli sui piani di assunzione del personale da parte sia dello stato centrale sia, soprattutto negli ultimi anni, delle regioni.

Tabella 3.9 Spesa sanitaria pubblica regionale per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000-2005)  
(valori assoluti, milioni euro)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Tasso di crescita medio 1990-2005	Tasso di crescita medio 1995-2001	Tasso di crescita medio 2001-2005
	Personale (a)	16.193	20.446	25.619	26.888	27.618	27.934	29.385	31.101	4,4	4,8
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	16.883	17.980	19.815	22.360	25.141	8,6	4,8	10,5
Medicina generale convenzionata	2.493	2.862	4.167	4.511	4.603	4.795	5.010	5.588	5,5	2,8	7,9
Farmacautica convenzionata	7.288	5.146	8.748	11.662	11.829	11.192	12.100	11.990	3,4	-6,7	14,6
Ospedalliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.131	8.151	8.366	9.230	8.674	5,2	6,4	6,6
Specialistica convenzionata	1.847	1.238	2.273	2.485	2.694	2.857	3.091	3.316	4,0	-7,7	12,3
Altra assistenza convenzionata	1.807	3.145	4.433	6.025	6.543	6.900	7.397	7.931	10,4	11,7	11,4
Altri costi (c)	375	471	578	703	-276	-66	1.328	869			
Enti non regionali (d)	74	637	509	398	406	427	449	459			
<b>Totale</b>	<b>41.466</b>	<b>48.752</b>	<b>70.173</b>	<b>77.686</b>	<b>79.548</b>	<b>82.220</b>	<b>90.350</b>	<b>95.069</b>	<b>5,7</b>	<b>3,3</b>	<b>8,1</b>
<b>Totale al netto di (c) e (d): (e)</b>	<b>41.017</b>	<b>47.644</b>	<b>69.085</b>	<b>76.585</b>	<b>79.418</b>	<b>81.859</b>	<b>88.573</b>	<b>93.741</b>	<b>5,7</b>	<b>3,0</b>	<b>8,2</b>
Fattori interni (a + b)	23.530	29.724	41.445	43.771	46.598	47.749	51.745	56.242	6,0	4,8	6,7
Fattori esterni: (e) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	32.814	33.820	34.110	36.828	37.499	5,2	0,5	10,6
	41.392	48.115	69.663	77.288	79.143	81.793	89.900	96.405			
<b>Variazione percentuale</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>			
Personale (a)	—	1,4	9,2	5,0	2,7	1,1	5,2	5,8			
Beni e servizi (b)	—	-3,6	11,3	6,7	6,5	10,2	12,8	12,4			
Medicina generale convenzionata	—	-0,1	11,6	8,2	2,0	4,2	4,5	11,5			
Farmacautica convenzionata	—	-9,6	14,8	33,3	1,4	-5,4	8,1	-0,9			
Ospedalliera accreditata	—	2,0	10,5	1,4	0,2	2,6	10,3	-6,0			
Specialistica convenzionata	—	-3,1	10,3	9,3	8,4	6,1	8,2	7,3			

Tabella 3.9 (segue)

<b>Variazione percentuale</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Altra assistenza convenzionata	—	3,5	8,8	35,9	8,6	5,5	7,2	7,2
Altri costi (c)	—	—	—	—	—	—	—	—
Enti non regionali (d)	207,6	207,6	6,6	-21,9	2,0	5,2	5,2	2,2
<b>Totale</b>	<b>—</b>	<b>-0,6</b>	<b>11,1</b>	<b>10,7</b>	<b>2,4</b>	<b>3,4</b>	<b>9,9</b>	<b>5,2</b>
<b>Totale al netto di (c) e (d): (e)</b>	<b>—</b>	<b>-0,9</b>	<b>10,7</b>	<b>10,9</b>	<b>3,7</b>	<b>3,1</b>	<b>8,2</b>	<b>5,8</b>
<i>Fattori interni (a + b)</i>	—	-0,2	10,0	5,6	4,2	4,7	8,4	8,7
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	—	-2,0	11,7	18,7	3,1	0,9	8,0	1,8
<b>Incidenza percentuale sul totale</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Personale (a)	39,1	41,9	36,5	34,6	34,7	34,0	32,5	32,7
Beni e servizi (b)	17,7	19,0	22,6	21,7	22,6	24,1	24,7	26,4
Medicina generale convenzionata	6,0	5,9	5,9	5,8	5,8	5,8	5,5	5,9
Farmacaceutica convenzionata	17,6	10,6	12,5	15,0	14,9	13,6	13,4	12,6
Ospedaliera accreditata	9,8	11,3	11,4	10,5	10,2	10,2	10,2	9,1
Specialistica convenzionata	4,5	2,5	3,2	3,2	3,4	3,5	3,4	3,5
Altra assistenza convenzionata	4,4	6,5	6,3	7,8	8,2	8,4	8,2	8,3
Altri costi (c)	0,9	1,0	0,8	0,9	-0,3	-0,1	1,5	0,9
Enti non regionali (d)	0,2	1,3	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>							
<b>Totale al netto di (c) e (d): (e)</b>	<b>98,9</b>	<b>97,7</b>	<b>98,4</b>	<b>98,6</b>	<b>99,8</b>	<b>99,6</b>	<b>98,0</b>	<b>98,6</b>
<i>Fattori interni (a + b)</i>	56,7	61,0	59,1	56,3	57,3	58,1	57,3	59,2
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	42,2	36,8	39,4	42,2	42,5	41,5	40,8	39,4

Nota: cfr. note alla Tab. 3.7.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

Nel 2005 si è invece assistito a una lieve 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 e le AO integrate con il SSN (cfr. *supra*).

Un'altra causa di incremento del costo del personale dipendente, con effetti importanti anche nel 2006, è il rinnovo dei contratti, scaduti nel 2001. Il contratto del comparto per il quadriennio 2002-2005 (parte normativa) e per il biennio 2002-2003 (parte economica) è stato rinnovato il 19 aprile 2004. 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 (26,4 per cento sul totale dei costi del SSN nel 2005). Tale incidenza, dopo una riduzione nel 2001, ha subito un nuovo sistematico aumento e nell'ultimo biennio è quella che ha evidenziato l'aumento più consistente.

Nella RGSEP vengono identificate le componenti a maggiore crescita. Si tratta, nello specifico, dell'acquisto di beni (39,5 per cento di tale voce di spesa, con un incremento del 12 per cento), di servizi non sanitari (14,5 per cento della spesa per beni; +12,3 per cento rispetto al 2004). A fronte di azioni di razionalizzazione dei processi di acquisto a livello regionale (centralizzazione degli acquisti nelle Regioni Friuli Venezia Giulia, Marche e Umbria) e interaziendale (Veneto, Toscana ed Emilia Romagna), il sensibile aumento delle due voci di spesa è stato generato (oltre che dalla riclassificazione della spesa sostenuta per IRCCS e AO integrate con l'università, di cui *supra*):

- dall'estensione di particolari modalità distributive dei farmaci, a seguito dell'introduzione con determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) 29 ottobre 2004 del PH-T, ovvero del prontuario della distribuzione diretta, che estende la possibilità di attivare forme particolari di distribuzione da parte delle regioni senza una norma regionale *ad hoc*, con conseguente passaggio contabile dalla voce «farmaceutica convenzionata» alla voce «beni e servizi» (Osservatorio Farmaci 2006); non è un caso che, dal 2001 al 2005, quest'ultima voce abbia avuto un aumento più sensibile nelle regioni dove maggiori sono stati gli interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci già dal 2001 (per esempio, Umbria e Toscana) o in tempi più recenti (per esempio, Campania);
- dall'aumento della spesa per farmaci e dispositivi medici negli ospedali, collegati all'introduzione di tecnologie innovative, si pensi all'introduzione sul mercato di numerosi farmaci oncologici nella seconda metà del 2005.

L'aumento della spesa per servizi non sanitari appaltati è invece da collegare al sempre più frequente ricorso alle esternalizzazioni.

Esistono poi minori voci di spesa, che hanno subito un consistente incremento, significativo è il caso:

- degli interessi passivi (+16,7 per cento nel 2005), probabilmente per effetto del sistematico e crescente ritardo nel pagamento di fornitori di beni e servizi;
- degli accantonamenti tipici (+35,8 per cento nel 2005), quali accantonamenti per Trattamento di Fine Rapporto (TFR) e, ai sensi del D.L. 203/2005, accantonamenti per i rinnovi contrattuali dei contratti di competenza 2004-2005.

Nel 2006 la voce di spesa «beni e servizi» potrebbe subire un'accelerazione per effetto dell'ulteriore attivazione di particolari modalità distributive dei farmaci. D'altra parte gli interventi di razionalizzazione degli acquisti potrebbero generare un contenimento dei prezzi unitari, con conseguente effetto di freno della spesa.

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 42,1 per cento dei costi complessivi a carico del SSN, che aggiunti al 9,1 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. Allegato): la spesa per prestazioni ospedaliere sarebbe pari al 54,7 per cento, di cui il 45,5 per cento per prestazioni rese da operatori *no market* (pubblici) e il 9,2 per cento per prestazioni rese da produttori *market* (privati). Secondo un'indagine dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) riferita al 2002 (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali 2004), i costi dell'assistenza ospedaliera sarebbero pari al 46,6 per cento dei costi complessivi per l'erogazione dei LEA.

La spesa per la medicina generale convenzionata (5,9 per cento della spesa sanitaria pubblica corrente) ha evidenziato, come era stato previsto nel precedente Rapporto OASI, un sensibile aumento (+11,5 per cento) per effetto del rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) con i MMG, siglato in data 23 marzo 2005, accordo non sottoscritto da tutti i sindacati (per esempio, il Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani – SNAMI – non ha firmato l'accordo).

La spesa farmaceutica convenzionata, dopo un incremento dell'8,1 per cento nel 2004, ha subito un calo dello 0,9 per cento nel 2005. Se si guarda al tasso di crescita medio negli ultimi 15 anni, tale voce di spesa è quella che ha evidenziato il più basso tasso di crescita. La sua incidenza sulla spesa sanitaria, come previsto nel precedente Rapporto OASI, si è portata nel 2005 al 12,6 per cento, l'incidenza sul finanziamento pubblico complessivo per il SSN (incluse le inte-

grazioni regionali) al 13,2 per cento e quella sul finanziamento garantito dallo Stato centrale (ovvero al netto delle ulteriori entrate delle regioni) al 13,6 per cento, valore vicino al 13 per cento fissato dalla legge 405/2001 e rideterminato dalla legge 202/2004<sup>7</sup> (Osservatorio Farmaci 2006). La riduzione della spesa farmaceutica convenzionata è da ascrivere alle azioni di contenimento prezzi (taglio selettivo dei prezzi dei prodotti che nel 2004 hanno subito i maggiori incrementi di spesa, introdotto a inizio anno con la revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale, PFN), all'introduzione di uno sconto a carico delle imprese farmaceutiche a copertura del 60 per cento dello sfondamento del tetto di spesa del 13 per cento (sconto del 4,12 per cento sul prezzo al pubblico in vigore dal 26 giugno 2004 e prorogato dall'AIFA al 31 ottobre 2005 con Determinazione 26 luglio 2005) e alla diffusione di forme alternative di distribuzione dei farmaci (cfr. *supra* e *infra*).

Nel 2006, la spesa farmaceutica convenzionata dovrebbe subire un aumento piuttosto consistente (superiore al 5 per cento secondo l'Osservatorio Farmaci 2006), nonostante le nuove misure di taglio generalizzato dei prezzi (4,4 per cento introdotto a metà gennaio con Determinazione AIFA 30 dicembre 2005 e aumentato al 5 per cento con Determinazione AIFA 3 luglio 2006) e di taglio selettivo dei prezzi per i farmaci a maggiore crescita a volumi (Determinazione AIFA 3 luglio 2006).

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate ha subito una sensibile riduzione (-6 per cento), essenzialmente per effetto della riclassificazione della spesa per IRCCS e AO integrate con l'università in altre voci di spesa (cfr. *supra*)<sup>8</sup>. Non va però escluso che vi siano stati benefici, dal punto di vista della spesa, derivanti dall'introduzione in diverse regioni 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; cfr. Capitolo 7).

L'azione di controllo regionale è la principale motivazione anche della sostanziale stabilità dell'incidenza della spesa a carico del SSN per prestazioni ambulatoriali erogate da strutture accreditate/convenzionate (3,5 per cento nel 2005). Anche sulle prestazioni ambulatoriali, remunerate a tariffa per prestazione, sono stati infatti introdotti tetti/target sui volumi o sulla spesa complessiva.

Infine, la spesa per altre prestazioni erogate da strutture accreditate (assistenza

<sup>7</sup> 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».

<sup>8</sup> La spesa ospedaliera per strutture accreditate comprende quindi dal 2005 solo la spesa per prestazioni acquistate dalle case di cura private accreditate e dagli ospedali classificati.

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'8,3 per cento nel 2005. 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).

### 3.4 I dati di spesa regionali

L'analisi dei dati di spesa regionale, in valori pro capite (Tab. 3.11; la Tab. 3.10 riporta i valori assoluti della spesa sanitaria pubblica corrente regionale), conferma alcuni fenomeni già evidenziati nei precedenti Rapporti OASI.

In primo luogo nelle regioni del Centro-Nord la spesa sanitaria pubblica pro capite è mediamente più elevata, con uno scostamento dell'1-4 per cento rispetto alla media nazionale. Di fatto, con la sola eccezione di Lombardia, Veneto e Marche tutte le regioni del Centro-Nord presentano una spesa sanitaria pubblica superiore alla media nazionale. Nel Sud la spesa pro capite è invece inferiore del 4,7 per cento rispetto al dato nazionale. Di fatto tale variabilità è rimasta costante dal 1990 a oggi: il tasso di crescita medio in tale periodo è stato infatti sostanzialmente analogo nelle tre aree geografiche (di poco superiore al 5 per cento).

La variabilità interregionale si riduce se si prende in considerazione la spesa al netto della mobilità, ossia il dato di spesa sanitaria riferito alla popolazione residente (Tab. 3.12)<sup>9</sup>. 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 (esclusi l'Abruzzo e il Molise).

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie (Tab. 3.13), vengono confermate le sostanziali differenze a livello regionale, legate al diverso assetto dei SSR. Nelle regioni del Centro-Nord, caratterizzate da una maggiore presenza di presidi ospedalieri pubblici (con la rilevante eccezione di Lombardia e Lazio, dove è maggiore, rispetto alle altre regioni, la presenza di strutture private accreditate), è più rilevante la spesa per fattori interni della produzione (personale e beni e servizi),

<sup>9</sup> L'ultimo dato disponibile si riferisce ancora al 2004.

Tabella 3.10 **Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000-2005) (valori assoluti in milioni euro)**

Regioni	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	2.974	3.560	5.572	5.970	5.851	6.146	7.111	7.081
Valle d'Aosta	87	104	167	182	190	198	209	228
Lombardia	6.268	7.738	10.746	12.105	12.711	12.716	13.397	14.765
Provincia di Bolzano	314	445	735	776	861	908	937	990
Provincia di Trento	328	418	624	727	754	804	822	856
Veneto	3.257	3.806	5.637	6.156	6.277	6.530	6.966	7.596
Friuli Venezia Giulia	876	1.034	1.462	1.608	1.670	1.732	1.885	1.997
Liguria	1.424	1.592	2.182	2.377	2.404	2.471	2.694	2.918
Emilia Romagna	3.340	3.824	5.105	5.701	5.871	6.111	6.710	7.000
Toscana	2.784	3.143	4.384	4.935	4.999	5.131	5.672	5.891
Umbria	620	712	1.045	1.134	1.191	1.276	1.343	1.390
Marche	1.186	1.277	1.808	1.993	2.038	2.084	2.277	2.341
Lazio	4.030	4.625	6.752	7.495	7.485	8.073	9.659	9.571
Abruzzo	900	964	1.638	1.744	1.823	1.972	1.953	2.193
Molise	224	258	376	446	451	526	520	597
Campania	3.883	4.267	6.650	7.423	7.561	7.788	8.766	9.279
Puglia	2.692	3.192	4.531	4.924	5.041	5.126	5.422	5.821
Basilicata	368	432	649	710	730	769	827	880
Calabria	1.219	1.498	2.317	2.533	2.552	2.516	2.766	2.821
Sicilia	3.480	3.799	5.361	6.242	6.472	6.643	7.523	7.800
Sardegna	1.138	1.427	1.922	2.107	2.211	2.273	2.441	2.593
<b>Totale</b>	<b>41.392</b>	<b>48.115</b>	<b>69.663</b>	<b>77.288</b>	<b>779.143</b>	<b>81.793</b>	<b>89.900</b>	<b>94.610</b>
<i>Nord</i>	<i>18.868</i>	<i>22.522</i>	<i>32.231</i>	<i>35.602</i>	<i>36.589</i>	<i>37.616</i>	<i>40.731</i>	<i>43.433</i>
<i>Centro</i>	<i>8.620</i>	<i>9.756</i>	<i>13.989</i>	<i>15.557</i>	<i>15.713</i>	<i>16.564</i>	<i>18.951</i>	<i>19.193</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>13.904</i>	<i>15.837</i>	<i>23.444</i>	<i>26.129</i>	<i>26.841</i>	<i>27.613</i>	<i>30.218</i>	<i>31.984</i>

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

rispetto alla media nazionale. Con riferimento al periodo 2000-2005 si osserva una generale riduzione dell'importanza relativa della spesa per strutture pubbliche (con riferimento, soprattutto, al personale; la spesa per beni e servizi è invece aumentata anche in modo consistente) e un contestuale aumento dell'incidenza della spesa per fattori esterni alla produzione. Tale fenomeno non riguarda tanto l'assistenza ospedaliera e specialistica extraospedaliera (cfr. *supra*), quanto piuttosto l'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

**Tabella 3.11 Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente pro capite (1990; 1995; 2000-2005) (valori assoluti in euro)**

Regioni	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Tasso di crescita medio 1990-2005	Tasso di crescita medio 1990-1995	Tasso di crescita medio 1995-2001	Tasso di crescita medio 2001-2005
Piemonte	688	828	1.300	1.392	1.364	1.433	1.657	1.635	5,9%	3,8%	9,0%	3,3%
Valle d'Aosta	756	875	1.392	1.505	1.568	1.627	1.711	1.854	6,2%	3,0%	9,5%	4,3%
Lombardia	709	868	1.185	1.327	1.388	1.384	1.453	1.572	5,4%	4,1%	7,3%	3,4%
Provincia di Bolzano	722	995	1.589	1.668	1.840	1.929	1.980	2.076	7,3%	6,6%	9,0%	4,5%
Provincia di Trento	731	907	1.318	1.522	1.568	1.661	1.688	1.721	5,9%	4,4%	9,0%	2,5%
Veneto	746	861	1.249	1.356	1.377	1.426	1.515	1.616	5,3%	2,9%	7,9%	3,6%
Friuli Venezia Giulia	730	868	1.234	1.352	1.405	1.457	1.586	1.658	5,6%	3,5%	7,7%	4,2%
Liguria	841	957	1.342	1.466	1.490	1.538	1.685	1.833	5,3%	2,6%	7,4%	4,6%
Emilia Romagna	856	975	1.282	1.422	1.459	1.514	1.657	1.686	4,6%	2,6%	6,5%	3,5%
Toscana	788	891	1.240	1.391	1.408	1.443	1.594	1.637	5,0%	2,5%	7,7%	3,3%
Umbria	766	865	1.251	1.349	1.413	1.510	1.585	1.618	5,1%	2,5%	7,7%	3,7%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.382	1.408	1.533	1.542	4,2%	1,2%	7,4%	2,6%
Lazio	788	891	1.283	1.413	1.407	1.512	1.803	1.816	5,7%	2,5%	8,0%	5,1%
Abruzzo	724	761	1.281	1.361	1.420	1.533	1.515	1.688	5,8%	1,0%	10,2%	4,4%
Molise	678	776	1.145	1.363	1.381	1.612	1.596	1.854	6,9%	2,7%	9,8%	6,3%
Campania	692	743	1.150	1.284	1.306	1.343	1.509	1.603	5,8%	1,4%	9,5%	4,5%
Puglia	671	783	1.109	1.205	1.233	1.252	1.324	1.431	5,2%	3,1%	7,4%	3,5%
Basilicata	603	707	1.071	1.173	1.209	1.276	1.374	1.475	6,1%	3,3%	8,8%	4,7%
Calabria	586	721	1.130	1.240	1.251	1.235	1.359	1.404	6,0%	4,3%	9,4%	2,5%
Sicilia	700	747	1.054	1.230	1.275	1.310	1.483	1.556	5,5%	1,3%	8,7%	4,8%
Sardegna	695	860	1.163	1.278	1.342	1.381	1.483	1.572	5,6%	4,4%	6,8%	4,2%
<b>Totale</b>	<b>730</b>	<b>840</b>	<b>1.208</b>	<b>1.336</b>	<b>1.366</b>	<b>1.409</b>	<b>1.546</b>	<b>1.618</b>	<b>5,4%</b>	<b>2,8%</b>	<b>8,0%</b>	<b>3,9%</b>
<i>Nord</i>	<i>745</i>	<i>885</i>	<i>1.253</i>	<i>1.378</i>	<i>1.413</i>	<i>1.449</i>	<i>1.565</i>	<i>1.641</i>	<i>5,4%</i>	<i>3,5%</i>	<i>7,7%</i>	<i>3,6%</i>
<i>Centro</i>	<i>792</i>	<i>888</i>	<i>1.261</i>	<i>1.394</i>	<i>1.404</i>	<i>1.477</i>	<i>1.685</i>	<i>1.707</i>	<i>5,2%</i>	<i>2,3%</i>	<i>7,8%</i>	<i>4,1%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>678</i>	<i>760</i>	<i>1.123</i>	<i>1.253</i>	<i>1.287</i>	<i>1.324</i>	<i>1.448</i>	<i>1.542</i>	<i>5,6%</i>	<i>2,3%</i>	<i>8,7%</i>	<i>4,2%</i>
<i>Coefficiente di variazione</i>	<i>9,6%</i>	<i>9,7%</i>	<i>9,7%</i>	<i>8,5%</i>	<i>9,8%</i>	<i>10,9%</i>	<i>9,7%</i>	<i>9,6%</i>				
<i>Differenza max/min</i>	<i>46,2%</i>	<i>40,7%</i>	<i>50,8%</i>	<i>42,2%</i>	<i>52,1%</i>	<i>56,2%</i>	<i>49,6%</i>	<i>47,8%</i>				

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2004) e ISTAT (2005)

**Tabella 3.12 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 (2004)**

Regioni	Spesa pro capite (lordo mobilità)		Spesa pro capite (netto mobilità)		Saldo pro capite
	v.a. (euro)	n.i.	v.a. (euro)	n.i.	v.a. (euro)
Piemonte	1.657	107,2	1.662	107,5	4,4
Valle d'Aosta	1.711	110,7	1.844	119,3	133,3
Lombardia	1.453	94,0	1.406	90,9	-47,6
Provincia di Bolzano	1.980	128,1	1.966	127,2	-13,9
Provincia di Trento	1.688	109,2	1.720	111,2	31,6
Veneto	1.515	98,0	1.490	96,4	-25,3
Friuli Venezia Giulia	1.586	102,6	1.573	101,7	-13,1
Liguria	1.685	109,0	1.697	109,7	11,9
Emilia Romagna	1.657	107,2	1.590	102,9	-66,9
Toscana	1.594	103,1	1.565	101,2	-29,1
Umbria	1.585	102,5	1.553	100,5	-32,2
Marche	1.533	99,2	1.564	101,1	30,3
Lazio	1.803	116,6	1.795	116,1	-7,9
Abruzzo	1.515	98,0	1.502	97,1	-13,5
Molise	1.596	103,2	1.595	103,2	-0,8
Campania	1.509	97,6	1.554	100,5	44,9
Puglia	1.324	85,6	1.361	88,0	37,5
Basilicata	1.374	88,8	1.463	94,6	89,6
Calabria	1.359	87,9	1.463	94,6	103,5
Sicilia	1.483	95,9	1.522	98,4	38,5
Sardegna	1.483	95,9	1.514	97,9	30,4
<b>Totale</b>	<b>1.546</b>	<b>100,0</b>	<b>1.546</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>
<i>Nord</i>	<i>1.565</i>	<i>101,2</i>	<i>1.535</i>	<i>99,3</i>	<i>-29,9</i>
<i>Centro</i>	<i>1.685</i>	<i>109,0</i>	<i>1.674</i>	<i>108,3</i>	<i>-11,4</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.448</i>	<i>93,6</i>	<i>1.491</i>	<i>96,4</i>	<i>43,4</i>
<i>Coefficiente di variazione</i>	<i>9,7%</i>	—	<i>9,3%</i>	—	—
<i>Differenza max/min</i>	<i>49,6%</i>	—	<i>44,5%</i>	—	—

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

**Tabella 3.13 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; 2005)**

Regioni	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Piemonte	1.871,4	2.306,8	3.583,3	4.756,3	1.088,6	1.213,4	1.911,2	2.488,3
Valle d'Aosta	60,5	80,4	127,0	168,1	23,7	22,9	42,3	62,5
Lombardia	3.537,2	4.561,2	6.403,1	8.200,4	2.690,2	3.147,4	4.334,0	6.616,6
Provincia di Bolzano	222,7	327,2	552,0	708,1	90,0	111,6	178,5	282,8
Provincia di Trento	213,9	285,3	407,4	555,6	112,7	130,9	217,7	310,0
Veneto	2.191,0	2.618,4	3.749,4	4.767,3	1.024,7	1.167,5	1.869,8	2.813,4
Friuli Venezia Giulia	602,9	700,0	934,2	1.430,9	261,2	322,4	487,0	591,6
Liguria	827,8	1.003,1	1.314,1	1.947,4	575,0	583,1	859,5	985,3
Emilia Romagna	2.195,4	2.684,4	3.506,2	4.836,5	1.121,9	1.106,9	1.591,6	2.278,1
Toscana	1.763,4	2.230,9	2.987,4	4.309,2	1.001,3	882,1	1.372,8	1.743,2
Umbria	420,0	526,8	728,0	988,9	193,2	182,7	306,0	399,2
Marche	777,2	912,2	1.241,1	1.641,4	374,0	345,1	546,3	733,7
Lazio	1.757,5	2.215,8	3.077,1	4.560,7	2.237,4	2.392,7	3.659,7	5.036,7
Abruzzo	526,7	623,9	968,1	1.330,8	365,8	334,8	631,9	829,3
Molise	138,7	179,2	259,6	328,5	82,6	74,8	119,6	222,3
Campania	1.801,1	2.410,9	3.290,1	5.012,2	2.054,6	1.850,9	3.329,5	4.057,1
Puglia	1.323,2	1.655,1	2.503,5	3.257,6	1.340,6	1.364,6	1.928,4	2.560,2
Basilicata	217,7	283,0	422,7	562,6	149,8	147,0	216,4	299,5
Calabria	721,1	932,3	1.344,3	1.653,6	492,3	558,7	910,5	1.158,5
Sicilia	1.697,2	2.260,2	2.797,3	4.429,2	1.749,3	1.513,8	2.509,9	3.368,5
Sardegna	663,7	926,8	1.249,3	1.668,6	457,6	466,9	617,2	868,1
<b>Totale</b>	<b>23.530,5</b>	<b>29.724,0</b>	<b>41.445,2</b>	<b>57.113,7</b>	<b>17.486,6</b>	<b>17.920,1</b>	<b>27.640,0</b>	<b>37.701,7</b>
<i>Nord</i>	<i>11.722,8</i>	<i>14.566,8</i>	<i>20.576,7</i>	<i>27.370,5</i>	<i>6.988,0</i>	<i>7.806,0</i>	<i>11.491,5</i>	<i>16.427,5</i>
<i>Centro</i>	<i>4.718,2</i>	<i>5.885,7</i>	<i>8.033,7</i>	<i>11.500,1</i>	<i>3.806,0</i>	<i>3.802,5</i>	<i>5.884,9</i>	<i>7.911,8</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>7.089,4</i>	<i>9.271,5</i>	<i>12.834,9</i>	<i>18.243,0</i>	<i>6.692,6</i>	<i>6.311,5</i>	<i>10.263,6</i>	<i>13.362,4</i>

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

*Fonte:* elaborazione su dati RGSEP (2006)

Il caso più evidente di tale *shift* di spesa è la Regione Lombardia, dove negli ultimi quattro anni, la spesa sostenuta nelle aziende pubbliche è passata dal 59,6 per cento al 55,3 per cento della spesa sanitaria complessiva. Nella stessa regione la voce «altra assistenza convenzionata» è passata dal 3,3 per cento del 2000 al 10,5 per cento nel 2005 (Tab. 3.14).

**Tabella 3.14 Incidenza delle voci di spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente regionale, secondo la classificazione economica (2000; 2005)**

Anno 2005	Personale	Beni e servizi	Medicina generalista convenzionata	Farmacaceutica convenzionata	Ospedaliere accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Piemonte	35,3%	30,4%	5,6%	10,5%	6,8%	2,5%	9,0%	100,0%
Valle d'Aosta	42,3%	30,6%	5,4%	9,7%	3,4%	3,0%	5,7%	100,0%
Lombardia	29,3%	26,0%	5,9%	11,4%	13,1%	3,7%	10,5%	100,0%
Provincia di Bolzano	41,8%	29,6%	4,2%	7,0%	2,0%	0,5%	14,9%	100,0%
Provincia di Trento	36,0%	28,2%	5,7%	9,1%	5,7%	1,3%	14,1%	100,0%
Veneto	31,9%	30,9%	5,8%	10,3%	7,0%	3,7%	10,4%	100,0%
Friuli Venezia Giulia	38,1%	32,7%	5,4%	11,1%	4,0%	2,3%	6,4%	100,0%
Liguria	37,3%	29,1%	4,7%	12,9%	6,2%	1,9%	7,9%	100,0%
Emilia Romagna	35,2%	32,7%	5,0%	11,0%	6,0%	1,7%	8,4%	100,0%
Toscana	36,7%	34,5%	6,1%	11,0%	3,9%	1,9%	5,9%	100,0%
Umbria	37,1%	34,1%	5,6%	12,0%	2,8%	0,9%	7,5%	100,0%
Marche	37,2%	32,0%	6,4%	12,7%	3,6%	1,5%	6,6%	100,0%
Lazio	25,8%	21,7%	4,6%	14,6%	18,5%	5,6%	9,3%	100,0%
Abruzzo	32,9%	28,7%	5,9%	12,7%	8,0%	1,9%	9,9%	100,0%
Molise	35,4%	24,2%	7,1%	12,1%	10,7%	3,6%	6,8%	100,0%
Campania	31,2%	24,1%	7,0%	13,3%	10,7%	5,8%	8,0%	100,0%
Puglia	30,8%	25,2%	6,4%	15,6%	10,5%	3,6%	7,9%	100,0%
Basilicata	37,7%	27,6%	8,3%	14,5%	0,5%	1,7%	9,8%	100,0%

Tabella 3.14 (segue)

Anno 2005	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Calabria	39,3%	19,5%	7,8%	17,1%	6,9%	2,7%	6,6%	100,0%
Sicilia	32,9%	23,9%	6,4%	15,9%	8,9%	5,2%	6,9%	100,0%
Sardegna	38,0%	27,8%	6,5%	14,8%	4,1%	3,1%	5,8%	100,0%
<b>Totale</b>	<b>32,8%</b>	<b>27,4%</b>	<b>5,9%</b>	<b>12,6%</b>	<b>9,1%</b>	<b>3,5%</b>	<b>8,6%</b>	<b>100,0%</b>
<i>Nord</i>	33,1%	29,3%	5,5%	10,9%	8,5%	2,9%	9,7%	100,0%
<i>Centro</i>	31,4%	27,8%	5,4%	13,0%	11,0%	3,6%	7,8%	100,0%
<i>Sud e Isole</i>	33,2%	24,5%	6,7%	14,8%	8,9%	4,3%	7,6%	100,0%
Anno 2000	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
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%
Provincia di Bolzano	46,0%	29,5%	4,6%	7,4%	5,1%	0,7%	6,7%	100,0%
Provincia di 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%

Tabella 3.14 (segue)

Anno 2000	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliere accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
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%
<b>Totale</b>	<b>37,1%</b>	<b>22,9%</b>	<b>6,0%</b>	<b>12,7%</b>	<b>11,6%</b>	<b>3,3%</b>	<b>6,4%</b>	<b>100,0%</b>
<i>Nord</i>	37,1%	27,1%	5,6%	11,1%	10,2%	2,6%	6,2%	100,0%
<i>Centro</i>	36,5%	21,2%	6,3%	12,8%	14,7%	3,2%	5,3%	100,0%
<i>Sud e Isole</i>	37,5%	18,1%	6,4%	14,8%	11,6%	4,3%	7,3%	100,0%

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

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

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 e Umbria) hanno subito una maggiore accelerazione del trend di crescita della spesa per beni e servizi.

Le regioni che hanno introdotto tetti sulle prestazioni tariffate dal privato accreditato (per esempio, Lazio e Liguria) mostrano una riduzione dell'incidenza della spesa ospedaliera accreditata superiore alla media nazionale.

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 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 2004 e differenziale (sempre rispetto al dato italiano) dell'incidenza della spesa per fattori esterni della produzione (incidenza media tra il 1996 e il 2004). La Fig. 3.2 illustra la mappatura delle regioni rispetto ai due indicatori aggiornati al 2005. La correlazione tra le due variabili è stata rielaborata utilizzando i dati del 2005 e ne è risultato un valore positivo, ma non significativo<sup>10</sup>.

I dati non sembrano avvalorare quindi:

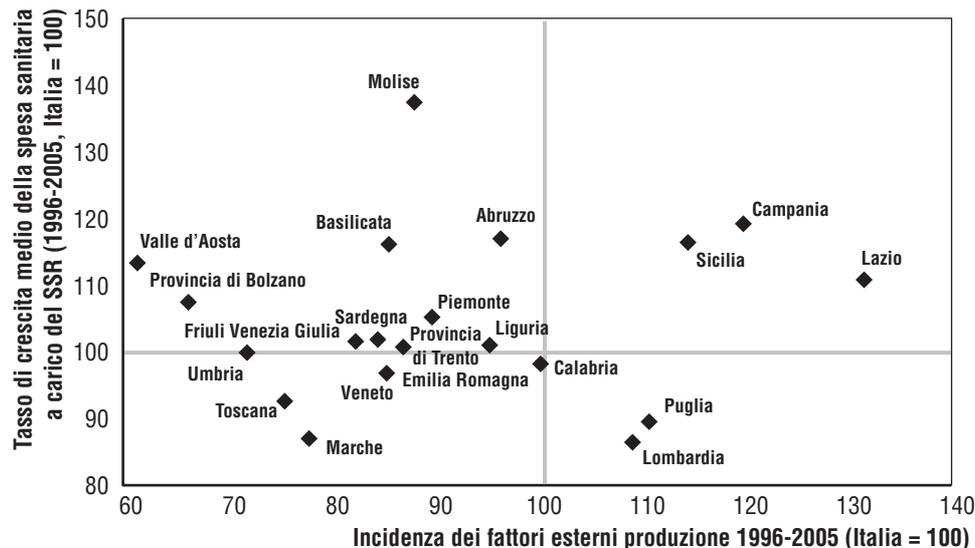
- né l'ipotesi che i sistemi che contano maggiormente sulle strutture pubbliche abbiano una maggiore potenzialità di controllo della spesa, mentre la presenza di rilevanti strutture private genererebbe una minore possibilità di controllo, soprattutto nel momento in cui vengono introdotti meccanismi di competizione pubblico-privato;
- 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.

### 3.5 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

<sup>10</sup> Il coefficiente di determinazione (positivo) tra le due serie storiche è pari a 0,02.

Figura 3.2 **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; 1996-2005)**



Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

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.

Esistono comunque sostanziali divergenze nei livelli di disavanzo che vengono solo in parte influenzati da aspetti di natura contabile. Nel 2001 Lazio e

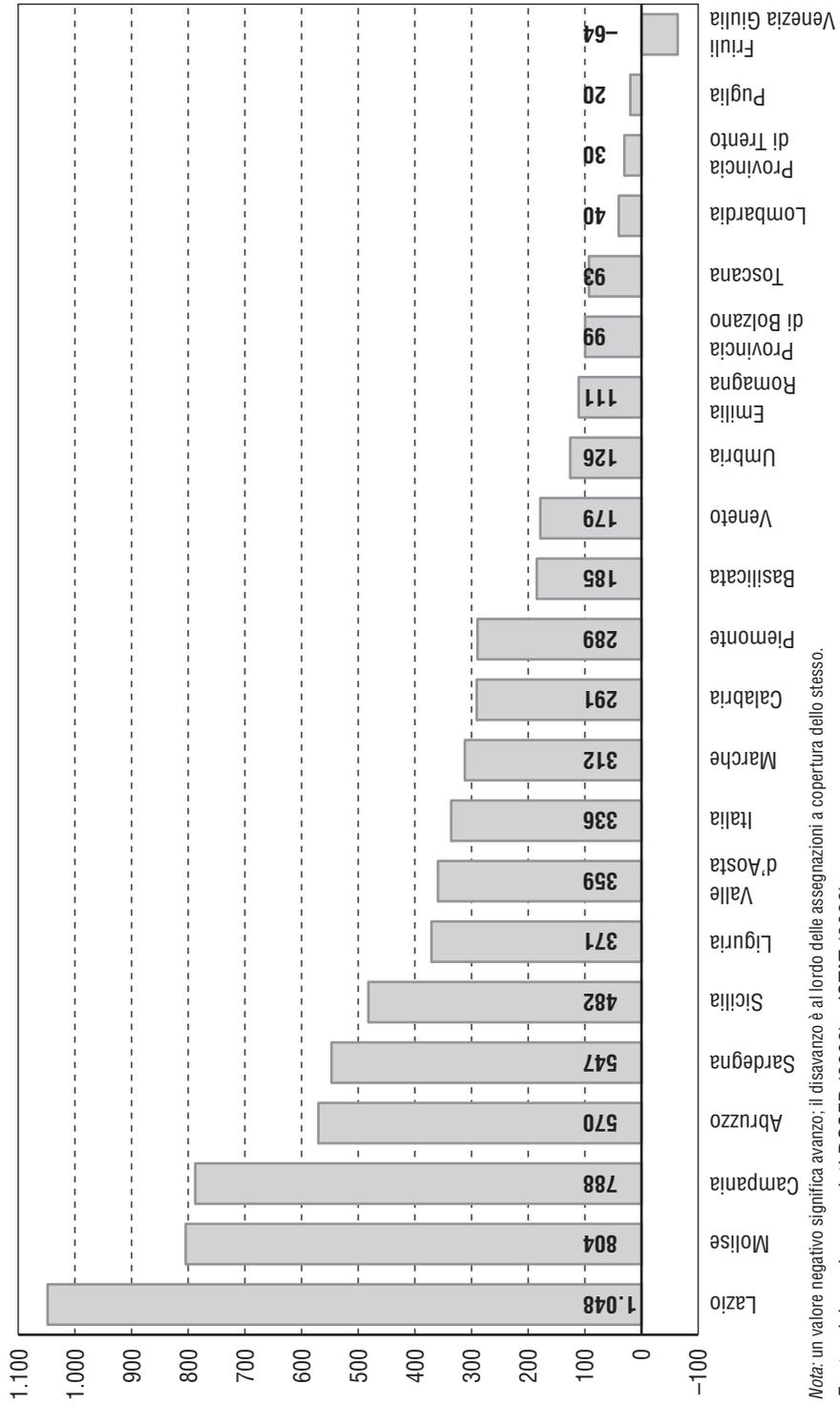
Tabella 3.15 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di euro (2001-2005)**

<b>Regioni</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Piemonte	210	40	100	671	232
Valle d'Aosta	0	7	10	13	14
Lombardia	281	323	-64	-131	-31
Provincia di Bolzano	0	71	25	-25	-23
Provincia di Trento	0	-1	5	9	2
Veneto	304	204	145	-6	191
Friuli Venezia Giulia	0	-34	-19	-9	-14
Liguria	77	44	48	168	253
Emilia Romagna	16	50	40	380	-26
Toscana	88	44	-20	240	-18
Umbria	7	10	46	52	-7
Marche	125	98	72	163	16
Lazio	987	574	711	1.855	1.397
Abruzzo	76	136	216	130	183
Molise	37	19	73	51	79
Campania	629	638	556	1.303	1.433
Puglia	166	4	-109	-42	60
Basilicata	28	1	19	31	31
Calabria	226	148	-12	169	54
Sicilia	415	342	264	879	516
Sardegna	106	175	143	242	237
<b>Totale</b>	<b>3.778</b>	<b>2.891</b>	<b>2.252</b>	<b>6.143</b>	<b>4.577</b>
<i>Nord</i>	<i>888</i>	<i>704</i>	<i>292</i>	<i>1.070</i>	<i>596</i>
<i>Centro</i>	<i>1.207</i>	<i>726</i>	<i>808</i>	<i>2.310</i>	<i>1.388</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.683</i>	<i>1.461</i>	<i>1.152</i>	<i>2.763</i>	<i>2.593</i>

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

Campania, insieme, presentavano un disavanzo cumulato pari al 43 per cento di quello complessivo a livello nazionale (Tab. 3.15). A oggi la situazione non è cambiata in modo rilevante: l'incidenza delle due regioni sul disavanzo complessivo nazionale è anzi aumentata quasi costantemente nel corso degli anni arrivando ad attestarsi, nel 2005, al 62 per cento e sono sempre Lazio e Campania ad avere il dato di disavanzo cumulato (2001-2005) pro capite più elevato (Fig. 3.3).

Figura 3.3 Disavanzo sanitario pro capite cumulado (2001-2005)



Nota: un valore negativo significa avanzo; il disavanzo è al lordo delle assegnazioni a copertura dello stesso.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006) e ISTAT (2006)

Le regioni che nel 2005 sono arrivate a una situazione di equilibrio economico-finanziario sono la provincia autonoma di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia, la Lombardia, l'Emilia Romagna, la Toscana e l'Umbria (Tab. 3.15).

La Fig. 3.4 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente per i residenti.

Si osserva come Valle d'Aosta e provincia autonoma di Bolzano (entrambe 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 corrente<sup>11</sup>.

Va segnalato che la legge Finanziaria per il 2005 aveva previsto una copertura parziale dei disavanzi per il triennio 2001-2003 da parte dello Stato centrale. Lo stanziamento complessivo è stato di 2 miliardi di euro. Di questi, 50 milioni sono stati assegnati all'Ospedale Bambin Gesù di Roma. Il 23 marzo 2005 è stato raggiunto un Accordo Stato-Regioni per l'assegnazione di 1,4 miliardi di euro. I restanti 550 milioni di euro avrebbero dovuto essere ripartiti successivamente a copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari, ma a oggi non è stato ancora raggiunto l'accordo. Il riparto tra le regioni 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.

Dall'analisi del grado di copertura dei disavanzi pregressi da parte delle ulteriori assegnazioni e del disavanzo residuo cumulato, compreso quello del 2005 (Tab. 3.16), 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.

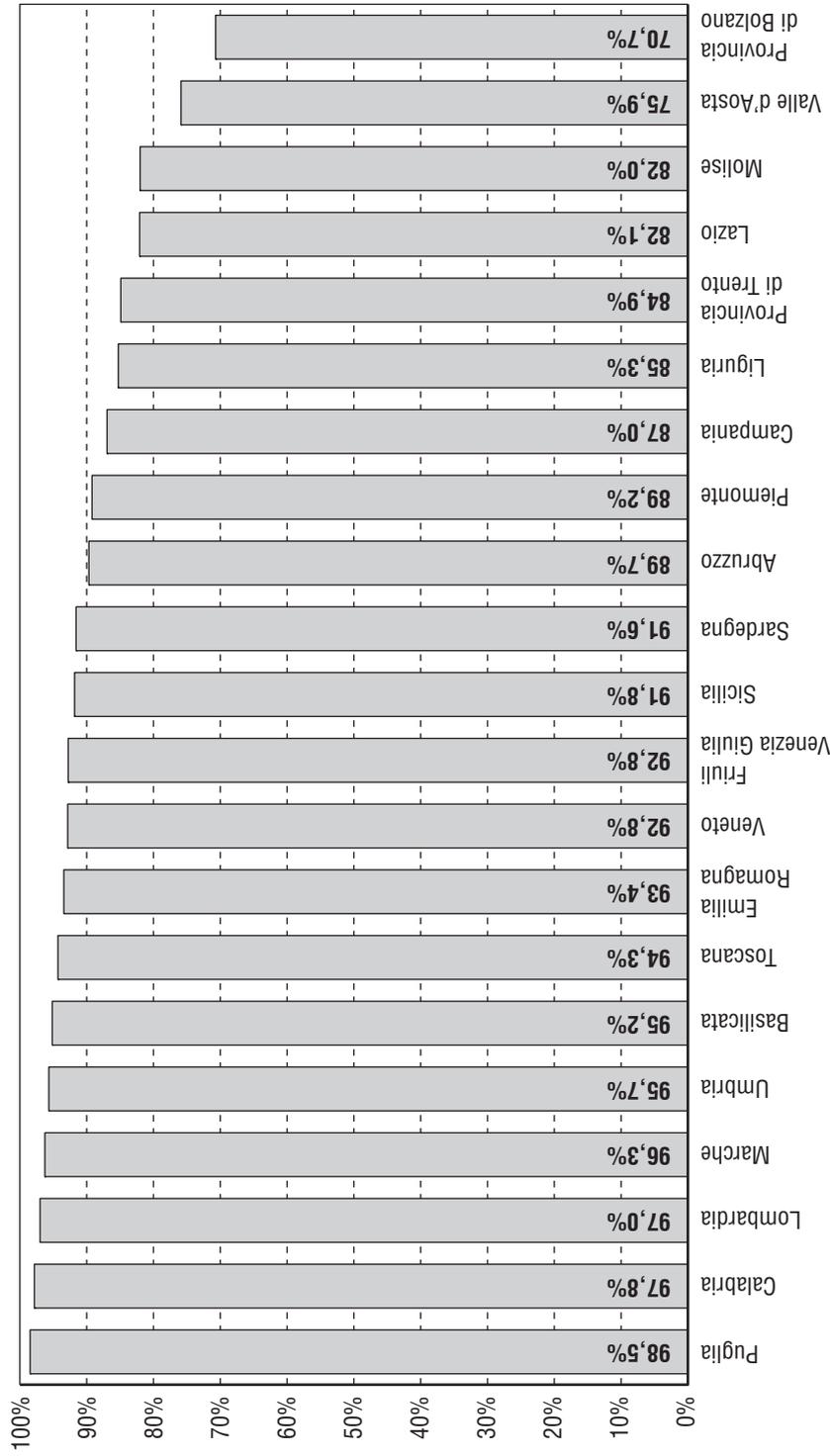
La legge Finanziaria per il 2006 ha previsto ulteriori fondi (2 miliardi di euro) a copertura dei disavanzi pregressi 2001-2003. Il ministero della Salute ha predisposto una proposta tecnica di riparto, ma l'Accordo Stato-Regioni sul riparto non è stato però ancora raggiunto.

Venendo alle forme di copertura dei disavanzi previsti dalla legge 405/2001, un primo provvedimento è rappresentato dalle misure fiscali. Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF sono state introdotte da 10 regioni, prevalentemente del Centro-Nord (Tab. 3.17).

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

<sup>11</sup> Da notare anche il valore relativamente basso del Lazio e del Molise, che hanno chiuso il bilancio 2005 con un consistente deficit sanitario pro capite.

Figura 3.4 Incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente riferita alla popolazione residente (2005)



Nota: la spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2004.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

Tabella 3.16 **Disavanzo sanitario, quota coperta dalle assegnazioni 2005 e 2006 e disavanzo ancora a carico delle regioni (valori assoluti in euro)**

Regioni	Disavanzo cumulato 2001-2003	Assegnazioni per copertura disavanzi (Finanziaria 2005)	Assegnazioni per copertura disavanzi (Finanziaria 2006)	Disavanzo da coprire 2001-2005
Piemonte	351	59	116	1.078
Valle d'Aosta	17	0		44
Lombardia	540	117	251	9
Provincia di Bolzano	96	0		47
Provincia di Trento	4	0		15
Veneto	654	76	125	638
Friuli Venezia Giulia	-53	0		-77
Liguria	170	54	43	493
Emilia Romagna	106	56	111	293
Toscana	111	43	96	194
Umbria	62	11	26	71
Marche	295	21	44	409
Lazio	2.271	238	368	4.917
Abruzzo	428	18	86	637
Molise	129	5	15	239
Campania	1.823	338	291	3.930
Puglia	62	131	109	-160
Basilicata	48	14	16	80
Calabria	362	83	62	440
Sicilia	1.021	107	160	2.149
Sardegna	424	28	81	794
<b>Totale</b>	<b>8.920</b>	<b>1.400</b>	<b>2.000</b>	<b>16.241</b>
<i>Nord</i>	<i>159</i>	<i>406</i>	<i>742</i>	<i>-1.422</i>
<i>Centro</i>	<i>2.100</i>	<i>288</i>	<i>524</i>	<i>2.841</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>2.969</i>	<i>706</i>	<i>734</i>	<i>4.408</i>

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)

Inoltre, a partire dal 2006, anche la Regione Campania ha provveduto a istituire un'addizionale regionale IRPEF basata su aliquota progressiva, mentre la Regione Puglia, che dal 2002 beneficiava del gettito derivante dall'addizionale regionale, ha deciso di non usufruirne a partire dal 2006.

Tabella 3.17 Le addizionali IRPEF nelle diverse regioni

Regioni	2002			2003			2004			2005			2006		
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota									
<i>Piemonte</i>	Fino a 10.329,14	0,90	Fino a 10.329,14	0,90	Fino a 10.504,74	0,90	Fino a 10.672,82	0,90	Fino a 10.672,82	0,90	Fino a 10.672,82	0,90	Fino a 10.672,82	0,90	
	Oltre	1,40	Oltre	1,40	Oltre	1,40									
<i>Valle d'Aosta</i>	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90									
	Fino a 15.493,71	1,20	Fino a 15.493,71	1,20	Fino a 15.493,71	1,20									
<i>Lombardia</i>	Da 15.493,72 a 30.987,41	1,30	Da 15.493,72 a 30.987,41	1,30	Da 15.493,72 a 30.987,41	1,30									
	Oltre	1,40	Oltre	1,40	Oltre	1,40									
<i>Veneto</i>	Fino a 10.329,14	1,20	Fino a 10.400,00	0,90	Fino a 10.400,00	0,90	Fino a 10.400,00	0,90							
	Da 10.329,15 a 15.493,71	1,30	Da 10.400,01 a 15.000,00	1,20	Da 10.400,01 a 15.000,00	1,20	Da 10.400,01 a 15.000,00	1,20							
	Da 15.493,72 a 69.721,68	1,40	Da 15.000,01 a 29.000,00	1,30	Fino a 29.000,00 (e nelle situazioni previste dalla legge regionale 26 novembre 2005, n. 19, art. 1)	0,90	Fino a 29.000,00 (e nelle situazioni previste dalla legge regionale 26 novembre 2005, n. 19, art. 1)	0,90							
<i>Friuli Venezia Giulia</i>	Oltre	1,90	Oltre	1,40	Oltre	1,40	Oltre	1,40	Oltre	1,40	Oltre	1,40	Oltre	1,40	
	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90									
<i>Liguria</i>	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90	Fino a 13.000,00 euro	0,90									
													Oltre 13.000,00 euro e fino a 20.000,00 euro	1,25	
<i>Emilia Romagna</i>	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90	Oltre 20.000,00 euro	1,40									
<i>Toscana</i>	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90									
<i>Umbria</i>	Fino a 10.329,14	0,90	Fino a 15.000,00	0,90	Fino a 26.000,00 euro	0,90									
	Oltre	1,10	Oltre	1,10	Da 26.000,00 euro fino a 100.000,00 euro e oltre	1,10									

Tabella 3.17 (segue)

Regioni	2002		2003		2004		2005		2006	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota						
Marche	Fino a 15.493,71	0,90	Fino a 15.493,71	0,90	Fino a 15.493,71	0,90	Fino a 15.500,00	0,90	Fino a 15.500,00	0,90
	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	1,40	Da 15.500,01 a 31.000,00	1,20	Da 15.500,01 a 31.000,00	1,20
	Da 30.987,42 a 69.721,68	3,60	Da 30.987,42 a 69.721,68	3,60	30.987,42 a 69.721,68	3,60	Oltre 31.000,01	1,40	Oltre 31.000,01	1,40
	Oltre	4,00	Oltre	4,00	Oltre	4,00				
Lazio	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90						
Abruzzo	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90						
Molise	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	1,20	Per tutti i redditi	1,20
Campania	Per tutti i redditi	0,90	Fino a 12.500,00 euro	1,10						
									Da 12.501,00 euro a 15.000,00 euro	1,20
									Oltre euro 15.000,00	1,40
									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	0,90
Puglia (fino al 2005)	Per tutti i redditi	1,40	Per tutti i redditi	1,20	Per tutti i redditi	1,10	Per tutti i redditi	1,10	Per tutti i redditi	0,90
Basilicata	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90						
Calabria	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	1,40	Per tutti i redditi	1,40	Per tutti i redditi	1,40	Per tutti i redditi	1,40
Sicilia	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90						
Sardegna	Per tutti i redditi	0,90	Per tutti i redditi	0,90						

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

Passando all'IRAP (Tab. 3.18), Lombardia, Liguria, Toscana, Marche, Lazio, Campania e Sicilia hanno deliberato degli 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.

L'aliquota IRAP è fissata nella misura massima del 4,25 per cento, ma può essere innalzata dalle regioni di un massimo di 1,5 punti percentuali: innalzamenti così elevati sono stati registrati solo nel 2002 (quando Lazio e Lombardia hanno fissato l'aliquota IRAP al 5,75 per cento per i soggetti bancari e finanziari), ma già dal 2003 l'aumento massimo è stato nell'ordine dell'1 per cento in quasi tutte le regioni che hanno attivato addizionali IRAP.

Infine solo alcune regioni hanno provveduto a un innalzamento delle tasse sulla circolazione, portandole a un livello di poco superiore al valore stabilito dalla normativa nazionale.

In sintesi, l'importo annuo del bollo per un KW è pari a 2,58 euro tranne che per i residenti delle seguenti regioni:

- 2,84 euro per il Veneto, la Calabria, la Campania e l'Abruzzo;
- 2,79 euro per le Marche;
- 2,76 euro per il Molise.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria. Oltre al ticket sul pronto soccorso, che allo stato attuale è presente in quasi tutte le regioni (con l'eccezione della provincia autonoma di Trento, del Lazio, della Calabria e, dal 2004, di Piemonte, Umbria e Marche), le politiche di compartecipazione si sono focalizzate sui farmaci.

In generale, l'assistenza farmaceutica convenzionata è uno dei target preferenziali per le azioni di copertura dei disavanzi (Tab. 3.19), 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, 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. La legge Finanziaria per il 2005 ha però stabilito che tale obbligo non sussista nel caso di raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario complessivo.

Tabella 3.18 Le addizionali IRAP nelle diverse regioni

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006
	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica	Aliquota	Soggetti a cui si applica
<i>Lombardia</i>	Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione	5,75	Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione	5,25	Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione
<i>Liguria</i>					Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni
<i>Toscana</i>	Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione	4,4	Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione	4,4	Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione
<i>Marche</i>	Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste	5,25	Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste	5,25	Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste
<i>Lazio</i>	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	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	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

Tabella 3.18 (segue)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	
	Soggetti a cui si applica	Aliquota applica	Soggetti a cui si applica	Aliquota applica	Soggetti a cui si applica	Aliquota applica
<i>Lazio</i>	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 assicurazioni e i fondi pensione	5,75	Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazioni e i fondi pensione	5,25	Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazioni e i fondi pensione	5,25
<i>Campania</i>					Tutti i soggetti	4,55
					Banche ed enti finanziari	4,75
<i>Sicilia</i>	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

Fonte: elaborazione su dati ministero dell'Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2006)

Tabella 3.19 Le compartecipazioni alla spesa farmaceutica e l'adozione di particolari modalità distributive dei farmaci nelle diverse regioni

Regione	Farmaci a doppia via distribuiti da farmacie aperte al pubblico (incidenza su spesa farmaceutica convenzionata lorda)						PH-T	
	Compartecipazioni alla spesa su farmaci			Allegato 2				
	Anno introduzione (abolizione)	Compartecipazioni alla spesa/spesa farmaceutica convenzionata lorda		Allegato 2				
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2005	
Piemonte	Aprile 2002	9,3%	8,9%	7,9%	7,6%	6,0%	4,7%	9,6%
Valle d'Aosta		0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,4%	0,2%	2,8%
Lombardia	Dicembre 2002	9,4%	8,6%	7,1%	11,2%	9,7%	6,6%	12,4%
Provincia di Bolzano	Luglio 2002	5,7%	5,3%	5,3%	13,5%	12,3%	10,5%	15,8%
Provincia di Trento		0,8%	0,7%	0,8%	0,1%	0,1%	0,7%	5,1%
Veneto	Marzo 2002	7,2%	6,7%	6,4%	4,3%	3,7%	2,1%	5,9%
Friuli Venezia Giulia		0,8%	0,7%	0,8%	5,7%	4,4%	3,1%	7,5%
Liguria	Aprile 2002	9,8%	9,0%	2,1%	10,8%	8,3%	1,7%	6,6%
Emilia Romagna		0,9%	0,8%	0,9%	1,4%	0,8%	0,5%	2,8%
Toscana		0,8%	0,8%	0,9%	1,3%	1,1%	0,9%	3,1%
Umbria		0,9%	0,8%	0,9%	1,0%	0,9%	1,2%	3,9%
Marche		0,8%	0,8%	0,9%	4,8%	3,3%	1,0%	4,0%
Lazio	Febbraio 2002-gennaio 2006	3,4%	3,1%	3,1%	12,4%	11,5%	9,3%	14,9%
Abruzzo	Agosto 2002-novembre 2002	0,8%	0,8%	0,9%	6,6%	4,0%	3,6%	9,6%
Molise	Novembre 2002	4,6%	4,5%	4,8%	14,5%	12,9%	10,5%	15,8%

Tabella 3.19 (segue)

Regione	Farmaci a doppia via distribuiti da farmacie aperte al pubblico (incidenza su spesa farmaceutica convenzionata lorda)						PH-T	
	Compartecipazioni alla spesa su farmaci			Allegato 2				
	Anno introduzione (abolizione)	Compartecipazioni alla spesa/spesa farmaceutica convenzionata lorda		Allegato 2		PH-T		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2005	
Campania		1,2%	1,0%	1,1%	5,8%	4,6%	3,4%	7,5%
Puglia	Agosto 2002	7,7%	6,7%	5,5%	14,5%	13,9%	12,0%	17,4%
Basilicata		1,0%	0,9%	1,0%	11,1%	4,4%	1,4%	2,4%
Calabria	Febbraio 2002-gennaio 2006	6,2%	5,6%	3,6%	12,5%	11,8%	10,1%	15,5%
Sicilia	Luglio 2002	7,4%	4,2%	4,6%	11,7%	10,8%	8,6%	14,1%
Sardegna	Agosto 2002-aprile 2004	2,7%	1,0%	0,7%	8,6%	8,6%	6,2%	10,5%
<b>Italia</b>		<b>5,2%</b>	<b>4,4%</b>	<b>3,8%</b>	<b>8,7%</b>	<b>7,6%</b>	<b>5,7%</b>	<b>10,3%</b>

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 Tab. 3.19) 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 (Otto *et al.*, 2004). Per la distribuzione diretta, non essendoci dati *ad hoc* per tutte le regioni, si è utilizzata l'incidenza della spesa per farmaci in Allegato 2 al D.M. 22 dicembre 2000 dispensati tramite le farmacie convenzionate sul totale della spesa farmaceutica convenzionata lorda. Dal 2005 è disponibile anche il dato riferito al PH-T (che ha esteso l'elenco dei farmaci in Allegato 2). Si tratta di un indicatore di mancata introduzione della distribuzione diretta: tanto più è alta tale percentuale, tanto maggiore è la quota di farmaci potenzialmente a distribuzione diretta che passano attraverso il canale tradizionale dell'assistenza in regime di convenzione.

Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Farmaci (2006)

In generale, nelle regioni governate dal centro-destra (prima delle elezioni regionali del 2005) sono state introdotte compartecipazioni alla spesa. I ticket sui farmaci si sono però ridotti nel 2004, principalmente per effetto dell'aumento delle esenzioni. Nel 2006 le compartecipazioni alla spesa sono state completamente abolite nelle Regioni Lazio e Calabria. Nelle regioni del centro-sinistra ha invece prevalso l'opzione dell'intervento sui meccanismi distributivi dei farmaci.

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 l'unica ad aver puntato sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Anche la Sicilia, la Sardegna e l'Abruzzo hanno dichiarato la volontà di avviare 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 pubblici<sup>12</sup>, 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.

Le leggi 311/2004 e 266/2005 (legge Finanziaria per il 2005 e il 2006) hanno previsto che qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si registri nel settore sanitario un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non sono sufficienti):

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

<sup>12</sup> 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 Presidente della Regione agisce da Commissario *ad acta* se la regione non interviene entro la fine di maggio;
- l'applicazione automatica sulle maggiorazioni delle aliquote fiscali se il Presidente della Regione non interviene.

Di fatto tale normativa è stata applicata in modo flessibile nel 2006: le regioni che nel 2005 hanno registrato un consistente disavanzo sanitario (Liguria, Sicilia, Abruzzo, Molise, Campania e Lazio) entro fine giugno avrebbero dovuto presentare adeguati piani di rientro. Al momento della redazione del capitolo, delle sei regioni coinvolte, solo la Sicilia non ha presentato un piano di recupero. Le altre regioni hanno presentato dei piani di rientro focalizzati sull'appropriatezza (riduzione dei ricoveri e riconversione dei posti letto superflui) e sul controllo dei volumi delle prestazioni.

Il Riquadro 3.1 riassume le principali misure di rientro previste da Campania, Lazio, Abruzzo, Liguria e Molise.

### Riquadro 3.1 Le misure adottate da alcune regioni

#### Campania

La Regione Campania ha articolato il suo piano di rientro su una serie di misure, che coprono tutto il ventaglio delle opzioni di copertura del disavanzo individuate dall'accordo del 16 dicembre 2004:

- sono state deliberate nuove misure fiscali e risorse aggiuntive dal bilancio regionale 2005;
- sono stati previsti altri fondi dal bilancio 2006, che riporterà la spesa sanitaria all'interno del trasferimento statale, anche grazie a una consistente operazione di cartolarizzazione degli immobili;
- sono stati definiti nuovi e più stringenti tetti di spesa e budget su tutti i maggiori aggregati di costo con un risparmio previsto nel triennio 2006-2008 pari al 18,5 per cento;
- sono state approvate una serie di misure per il contenimento della spesa farmaceutica, vale a dire la distribuzione diretta dei farmaci dalle farmacie ospedaliere, l'incentivazione all'uso dei generici e la riduzione della prescrizione a due confezioni per ricetta;
- sono stati individuati ulteriori provvedimenti relativamente al contenimento della mobilità ospedaliera passiva, alla determinazione del piano annuale dei volumi delle prestazioni in regime di accreditamento provvisorio e dei relativi limiti di spesa, alla razionalizzazione dell'utilizzo di beni e servizi e al controllo dei costi del personale con il blocco del 50 per cento del *turnover*.

#### Lazio

La Regione Lazio ha presentato un piano di rientro che prevede un risparmio a preventivo di 1.560 miliardi di euro (200 dalla farmaceutica, 500 dagli ospedali, 100 da beni e servizi, 360 dai controlli sull'appropriatezza e 400 dalle valorizzazioni patrimoniali) da conseguire attraverso una serie di interventi, vale a dire:

- contenimento dei costi di produzione diretti e per l'acquisto di prestazioni sanitarie da pubblico e da privato nel triennio 2006-2008 del 12 per cento;

### Riquadro 3.1 (segue)

---

- distribuzione diretta dei farmaci e applicazione di indici di appropriatezza delle prescrizioni;
  - applicazione di un sistema di tariffe e tetti di produzione per le strutture sanitarie private per ridurre entro il 2007 il tasso di ospedalizzazione e raggiungere 180 ricoveri per 1.000 abitanti;
  - programmazione della spesa per le prestazioni sanitarie con un finanziamento predefinito e potenziamento dell'assistenza ambulatoriale con il *day service*;
  - revisione della rete ospedaliera;
  - razionalizzazione dell'utilizzo di beni e servizi;
  - valorizzazione del patrimonio del SSR.
- 

#### **Abruzzo**

Nella Regione Abruzzo si sta conducendo un duplice tentativo, ossia di trovare le risorse per colmare i disavanzi di cassa e per porre un freno alle condizioni che conducono a un aumento della spesa sanitaria.

In questo senso sono state previste nuove regole finalizzate a:

- il riequilibrio della spesa (attualmente spostate per il 60 per cento sul macrolivello ospedaliero);
  - la riduzione del tasso di ospedalizzazione per acuti, che nel 2004 è stato pari al 190 per mille, con un valore del 240 per mille nel totale infraregionale;
  - la regolamentazione delle attività ospedaliere a ciclo diurno, con l'obbligo per strutture pubbliche e private di ridurre i ricoveri del 13 per cento nel 2006.
- 

#### **Liguria**

Il piano di rientro presentato dalla Regione Liguria (che tuttavia è stato giudicato insufficiente dal governo) prevede:

- misure di contenimento della spesa, con riferimento specifico ai costi per la farmaceutica, gli acquisti e il personale sanitario;
  - interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera (con la trasformazione di 900 posti letto per acuti in altrettanti posti per la riabilitazione);
  - nuove manovre fiscali (tuttavia ancora non ben identificate);
  - la valorizzazione (attraverso il cambio di destinazione d'uso) e la vendita di una parte del patrimonio immobiliare delle ASL.
- 

#### **Molise**

La Regione Molise ha deciso di procedere su due aree di intervento:

- una consistente operazione di cartolarizzazione, che però al momento sembra riguardare solo i debiti nei confronti dei fornitori e, come tale, non andrebbe a impattare sulla riduzione del disavanzo sanitario;
  - la razionalizzazione dei posti letto, che partirebbe da un taglio di circa 400 posti letto su 1.850, per ricondurre il numero di quelli per acuti allo standard di 3,725 per 1.000 abitanti.
-

**Tabella 3.20 Quadro riassuntivo delle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle regioni**

Regioni	Maggiorazione addizionale IRPEF	Maggiorazione IRAP	Maggiorazione bollo auto	Ticket farmaci	Cartolariz- zazioni effettuate	Ticket pronto soccorso
Piemonte	✓			✓		Aboliti 2004
Valle d'Aosta						✓
Lombardia	✓	✓		✓		✓
Provincia di Bolzano				✓		✓
Provincia di Trento						
Veneto	✓		✓	✓		✓
Friuli Venezia Giulia						✓
Liguria	✓	✓		✓		✓
Emilia Romagna						✓
Toscana		✓				✓
Umbria	✓					Aboliti 2004
Marche	✓	✓	✓			Aboliti 2004
Lazio		✓		✓ (aboliti 2006)	Immobiliare e dei crediti	
Abruzzo			✓	solo 2002	Dei crediti	✓
Molise	✓		✓	✓		✓
Campania	✓	✓	✓		Dei crediti	✓
Puglia	Fino al 2005			✓		✓
Basilicata						✓
Calabria	✓		✓	✓ (aboliti 2006)		
Sicilia		✓		✓	Dei crediti	✓
Sardegna				Aboliti 2004		✓

Il prospetto di Tab. 3.20 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le regioni<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> 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).

## Allegato

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

Nel prosieguo vengono identificati, per ogni categoria di spesa (spesa sanitaria pubblica e privata, corrente e per investimenti), le fonti e le modalità di elaborazione dei dati trasmessi all'OCSE.

### Spesa sanitaria pubblica corrente

Il punto di partenza è rappresentato dai dati provenienti dai flussi informativi del ministero della Salute. Tali dati nello specifico vengono forniti dalla «Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema» del ministero della Salute e rilevati tramite i modelli CE, nell'ambito del SIS. I dati derivanti dal SIS, pubblicati nella Sezione Sanità del Volume Secondo e Terzo della RGSEP, sono in linea di massima quelli utilizzati nel presente capitolo per le serie storiche nazionali sulla spesa sanitaria corrente pubblica (ovvero dalla Tab. 3.7 in poi; cfr. *infra*).

Tali dati vengono rielaborati, ottenendo il Conto Economico Consolidato delle ASL e delle AO (Tabella CN34 del Volume Primo della RGSEP) (dato non utilizzato nel presente capitolo). 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 (stime derivanti dai dati di contabilità nazionale<sup>14</sup>) 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; il totale di tali voci rimane comunque identico a quello dei dati originari di bilancio).

Successivamente viene elaborato il Conto Economico Consolidato della Sanità

<sup>14</sup> Il dato degli ammortamenti non è infatti preso in considerazione dal ministero della Salute. Ciò è motivato dalla disomogeneità (maggiore rispetto ad altre voci) delle informazioni provenienti dai bilanci delle aziende sanitarie, dovuta alle differenti strategie in materia di sterilizzazione degli stessi e alla differente valutazione del patrimonio iniziale (cfr. anche note alla Tab. 3.7; Anessi Pessina 2002).

(Tabella CN38 del Volume Primo della RGSEP) (dato non utilizzato nel presente capitolo), che di fatto rileva tutta la spesa sanitaria pubblica corrente riferita al complesso della Pubblica Amministrazione (esclusa la spesa sostenuta dal ministero della Salute).

Le principali elaborazioni sono rappresentate:

- 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).

Le uscite in Tabella CN38 vengono classificate in tre voci: «prestazioni», ovvero uscite per l'erogazione di prestazioni sanitarie (94 per cento del totale delle uscite); «contribuzioni diverse» degli enti pubblici, rappresentate dai finanziamenti a enti quali Croce Rossa Italiana, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, università per borse di studio specializzandi ecc.; cfr. nota a Tab. 3.7 (1,2 per cento del totale); «servizi amministrativi» (4,8 per cento del totale), ovvero le spese per i servizi amministrativi delle aziende sanitarie, ottenute sommando la spesa per il personale appartenente al ruolo amministrativo, una quota della spesa del personale appartenente al ruolo professionale e una quota della spesa per beni e servizi; «altre uscite», rappresentate in gran parte da interessi passivi (0,9 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) (dato utilizzato nella Tab. 3.8 del presente capitolo, in cui si sono confrontate le diverse voci di spesa pubblica per prestazioni legate al sistema di *welfare*).

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

### Spesa sanitaria pubblica per investimenti

Fino al 1996 il dato di spesa sanitaria pubblica in conto capitale veniva desunto dagli RND delle aziende sanitarie. Dal 1996, non essendo tale dato più disponibile, viene elaborata una stima a partire dal Conto consolidato di cassa della sanità (dati ministero dell'Economia e delle Finanze) (Tabella ES3, Volume Secondo della RGSEP, voce «Pagamenti di capitali»). Tale voce ammonta nel 2005 a 2.204 milioni di euro, pari al 2,3 per cento della spesa sanitaria pubblica totale. Il dato

non viene riportato nel presente capitolo, se non per il fatto che è incluso nella spesa sanitaria complessiva del database OCSE.

### Spesa sanitaria privata corrente

I dati sono desunti da rilevazioni campionarie dei consumi delle famiglie, integrati da informazioni *ad hoc* su alcune prestazioni sanitarie (quali l'acquisto di farmaci). Tali dati sono contenuti nella Tabella CN23 del Volume Primo della RGSEP: la spesa privata per prestazioni sanitarie si distingue in «spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico» (47,7 per cento del totale nel 2005), «spesa per servizi ambulatoriali» (35 per cento del totale) e «spesa per servizi ospedalieri» (17,3 per cento del totale). Il dato complessivo della spesa sanitaria privata è usato in Tab. 3.8, sotto la voce «spesa sanitaria privata corrente».

### Spesa sanitaria privata per investimenti

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

### Bibliografia

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2004), «Quali livelli di assistenza sanitaria?», *Monitor*, n. 10, pp. 8-66.
- Anessi Pessina E. (2002), «L'equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche nel periodo 1998-2000», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- ISTAT (2005), *Previsioni della popolazione. Anno 2001-2051*, <http://demo.istat.it>.
- Jommi C., Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione generale sulla situazione economica del paese*.
- OECD (2006), *OECD Health Data 2006*.
- Osservatorio Farmaci (2006), *Report 17. Report annuale per il 2005. Osservatorio farmaci*, Milano, CERGIS Bocconi.
- Otto M., Paruzzolo S., Torbica A. (2004), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica: le iniziative adottate nel 2003», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.