

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2005**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

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

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

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

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

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

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

Egea

3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

di Claudio Jommi e Francesca Lecci*

3.1 Premessa: le fonti dei dati

Il presente capitolo, aggiornamento dell'analisi effettuata nel precedente *Rapporto OASI* (Jommi, 2004), illustra i dati relativi alla spesa sanitaria nazionale e regionale. I dati nazionali sono confrontati con quelli degli altri paesi UE (Unione Europea), inclusi i paesi che hanno fatto il loro ingresso nell'Unione nel maggio 2004, di altri paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extraeuropei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone). È stata inoltre aggiunta una sezione dedicata all'analisi dei disavanzi a livello nazionale e regionale e delle misure implementate dalle Regioni a copertura di tali disavanzi.

Nel par. 3.6 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. Oltre alla RGSEP (Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese) (fonte per i dati di spesa sanitaria pubblica e privata corrente e di altri dati macroeconomici, quali il PIL – Prodotto Interno Lordo), sono utilizzati i dati di popolazione dell'ISTAT. In particolare, per il triennio 2002-2004 si è fatto riferimento alle «Previsioni della popolazione. Anno 2001-2051» contenuti sul sito demo.istat.it, in quanto coerenti con le precedenti pubblicazioni sul Rapporto OASI. Va tuttavia segnalato che, a seguito del Censimento 2001, è stata ricostruita dall'ISTAT la popolazione intercensuaria e che esistono nuovi dati successivi al Censimento 2001 (definitivi per il biennio 2002-2003; provvisori per il 2004). I dati di censimento evidenziano un valore leggermente diverso da quanto previsto: la proiezione «centrale» per il 2004 è di 58.145.356 abitanti a livello nazionale, contro i 57.888.245 al 1° gennaio 2004 e i 58.381.224 a fine novembre 2004.

* Per quanto il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i parr. 3.1-3.4 e 3.6 sono stati curati da Claudio Jommi e il par. 3.5 è stato curato da Francesca Lecci.

3.2 I dati di confronto internazionale

Il Database OCSE 2005 copre, per la maggior parte dei paesi, il periodo compreso tra il 1960 e il 2002, mentre sono presenti i dati 2003 solo per alcuni paesi (tra cui l'Italia).

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 2000-2003, i dati dei paesi UE (escluso il Lussemburgo), di altri paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extraeuropei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone);
- le grandezze monetarie sono state convertite in dollari PPA (Parità dei Poteri di Acquisto¹), 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 procapite UE è stata calcolata rapportando la spesa di tutti i quindici paesi UE (convertita in dollari PPA) alla popolazione complessiva dell'UE-15. Non sono stati inseriti nella media i nuovi paesi entrati nel maggio 2004, in quanto le relative serie storiche risultano meno complete. Si è comunque ritenuto opportuno confrontare i dati di tali paesi con quelli dei quindici già presenti;
- per spesa sanitaria «pubblica» si intende la spesa finanziata attraverso fondi pubblici (ossia tributi prelevati dagli enti pubblici territoriali e contributi di schemi assicurativi sociali), mentre la spesa privata include schemi assicurativi privati (ovvero volontari), compartecipazioni alla spesa, pagamenti diretti da parte del paziente. Per l'Italia nella spesa sanitaria pubblica è compresa tutta la spesa delle aziende sanitarie e la spesa per la sanità sostenuta da altri enti pubblici, inclusa la spesa del Ministero della Salute (cfr. par. 3.6);
- mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da analisi campionarie dei consumi delle famiglie, con una conseguente minore attendibilità, rispetto a quelli di spesa pubblica. Per esempio, la voce più importante di spesa privata per servizi sanitari in Italia è rappresentata dai prodotti medicinali e farmaceutici (cfr. par. 3.6). 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, 2005) evidenziano invece una spesa di 6,5 miliardi di euro;

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

- la spesa pubblica e quella privata comprendono le spese correnti e le spese per investimenti (cfr. par. 3.6). Si sottolinea come la quota della spesa per investimenti risulti molto variabile da paese a paese: per esempio, nel 2003 l'incidenza della spesa per investimenti sulla spesa sanitaria nell'UE-15 è compresa, con riferimento alla spesa totale (pubblica + privata), tra il 5,3 per cento dell'Italia e l'1,4 per cento del Portogallo², e con riferimento alla spesa pubblica, tra il 4,3 per cento della Finlandia e il 2,1 per cento del Portogallo³. L'analisi dei dati nazionali contenuta nel presente capitolo si riferisce alla sola spesa corrente;
- i dati di alcuni paesi non sono completi. In generale, i dati della Germania antecedenti al 1992 non sono stati utilizzati, in quanto non affidabili. La spesa sanitaria complessiva (pubblica + privata) non è disponibile per il 2003 in alcuni paesi (Austria, Irlanda, Svezia, Regno Unito, Ungheria, Polonia, 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 tale paese si è fatto poi riferimento al Database OCSE 2004, 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 nel par. 3.6;
- il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (Compound Average Growth Rate), 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 procapite in Italia (Tab. 3.1) risulta del 10 per cento circa inferiore al dato complessivo UE, come risultato di un tasso di crescita di due punti percentuali minore rispetto alla media dei quindici paesi. Il valore UE è a sua volta più basso sia rispetto agli altri paesi europei a più alto reddito, sia a gran parte dei principali paesi extraeuropei, con la rilevante eccezione del Giappone. In particolare, gli Stati Uniti mostrano di gran lunga il più elevato dato di spesa sanitaria procapite. Nei nuovi paesi UE, invece, la spesa procapite è decisamente più bassa. Tale fenomeno è da ascrivere, almeno in parte, alle minori disponibilità economiche.

² I dati 2003 sono incompleti. Nel 2002 altri paesi (Austria e Irlanda) presentavano valori superiori a quello dell'Italia.

³ Anche in questo caso, il dato 2003 è incompleto. Nel 2002 era l'Irlanda a presentare l'incidenza più alta degli investimenti pubblici in sanità sul totale della spesa sanitaria (5,8 per cento). Per l'Italia la percentuale 2002 era pari al 2,8 per cento.

Tabella 3.1 **Spesa sanitaria totale pro capite – dollari PPA (1990; 1995; 2000-2003)**

Aree e paesi	1990	1995	2000	2001	2002	2003	Variazione percentuale media (1990-2003)
UE (15)							
Austria	1.338	1.871	2.184	2.195	2.280	nd	4,5%
Belgio	1.345	1.820	2.279	2.424	2.607	2.827	5,9%
Danimarca	1.567	1.848	2.382	2.556	2.655	2.762	4,5%
Finlandia	1.423	1.433	1.718	1.857	2.013	2.118	3,1%
Francia	1.568	2.033	2.456	2.617	2.762	2.903	4,9%
Germania	nd	2.276	2.671	2.784	2.916	2.996	3,9%
Grecia	840	1.253	1.617	1.756	1.854	2.011	6,9%
Irlanda	793	1.216	1.804	2.089	2.386	nd	9,6%
Italia	1.391	1.535	2.049	2.154	2.248	2.258	3,8%
Olanda	1.438	1.826	2.259	2.520	2.775	2.976	5,8%
Portogallo	670	1.079	1.594	1.693	1.758	1.797	7,9%
Spagna	875	1.198	1.525	1.618	1.728	1.835	5,9%
Svezia	1.578	1.738	2.273	2.403	2.594	nd	4,2%
Regno Unito	986	1.374	1.833	2.032	2.231	nd	7,0%
<i>Totale UE (15)</i>	<i>1.231</i>	<i>1.726</i>	<i>2.155</i>	<i>2.295</i>	<i>2.436</i>	<i>nd</i>	<i>5,9%</i>
UE (nuovi paesi)							
Rep. Ceca	555	873	962	1.063	1.187	1.298	6,7%
Ungheria	586	676	857	975	1.115	nd	5,5%
Polonia	296	417	587	646	677	nd	7,1%
Rep. Slovacca	nd	nd	597	641	716	777	nd
Altri paesi europei							
Norvegia	1.396	1.897	2.784	3.287	3.616	3.807	8,0%
Svizzera	2.033	2.579	3.182	3.362	3.648	3.781	4,9%
Altri paesi non europei							
Australia	1.307	1.745	2.404	2.521	2.699	nd	6,2%
Canada	1.737	2.051	2.503	2.710	2.845	3.003	4,3%
Giappone	1.115	1.538	1.971	2.092	2.139	nd	5,6%
Stati Uniti	2.738	3.654	4.539	4.888	5.287	5.635	5,7%

Nota: il tasso di crescita medio per i paesi in cui manca il dato 2003 è stato calcolato considerando il 2002 come ultimo anno della serie storica. Il valore UE per il 1990 è stato calcolato escludendo la Germania. Il valore UE – 15 per il 2003 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per quattro paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data 2005)

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 (Di Matteo, 2003): i paesi proporzionalmente più ricchi tendono a spendere una quota di reddito maggiore per prestazioni sanitarie rispetto ai paesi più poveri e l'aumento della spesa sanitaria è nel tempo più che proporzionale rispetto a quello del reddito.

Anche con riferimento alla spesa procapite pubblica l'Italia presenta un dato inferiore dell'8 per cento circa al valore UE, per effetto di un tasso di crescita più basso nella prima metà degli anni Novanta e nel triennio 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 (7 per cento rispetto al 5,9 per cento) (Tab. 3.3).

L'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è in Italia inferiore al valore UE (6,3 per cento contro il 6,9 per cento).

Tuttavia, la notevole espansione della spesa sanitaria pubblica nella seconda metà degli anni Novanta (e in particolare nel biennio 2000-2001) e la contestuale inferiore crescita del PIL ha generato una sensibile riduzione della distanza dal valore UE (Tab. 3.4).

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 UE, per effetto del deciso aumento della spesa privata, soprattutto nella prima metà degli anni Novanta. In generale, comunque, tali misure non hanno, al momento, intaccato la natura «solidaristica» della maggior parte dei sistemi sanitari.

La copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia risulta inferiore al valore UE, ma soprattutto a quella di alcuni paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN – Servizio Sanitario Nazionale), quali Regno Unito e paesi Scandinavi.

Tabella 3.2 Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL (1990; 1995; 2000-2003)

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

Nota: il valore UE-15 per il 1990 è stato calcolato escludendo la Germania. Il valore UE-15 per il 2003 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per cinque paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data 2005)

Tabella 3.3 Spesa sanitaria pubblica procapite – dollari PPA (1990; 1995; 2000-2003)

Aree e paesi	1990	1995	2000	2001	2002	2003	Variazione media (1990-2003)	Variazione media (1995-2003)	Variazione media (1995-2001)
UE (15)									
Austria	983	1.326	1.521	1.505	1.593	nd	4,1%	2,7%	2,1%
Belgio	nd	1.308	1.613	1.743	1.790	nd	nd	4,6%	4,9%
Danimarca	1.296	1.526	1.963	2.113	2.202	2.292	4,5%	5,2%	5,6%
Finlandia	1.151	1.083	1.290	1.409	1.536	1.622	2,7%	5,2%	4,5%
Francia	1.201	1.552	1.862	1.987	2.101	2.214	4,8%	4,5%	4,2%
Germania	nd	1.833	2.098	2.182	2.291	2.343	3,6%	3,1%	3,0%
Grecia	451	652	850	952	956	1.032	6,6%	5,9%	6,5%
Irlanda	570	871	1.322	1.580	1.793	nd	10,0%	10,9%	10,4%
Italia	1.100	1.104	1.507	1.632	1.696	1.697	3,4%	5,5%	6,7%
Olanda	964	1.297	1.425	1.583	1.733	1.856	5,2%	4,6%	3,4%
Portogallo	439	676	1.107	1.195	1.240	1.253	8,4%	8,0%	10,0%
Spagna	689	864	1.092	1.152	1.232	1.306	5,0%	5,3%	5,2%
Svezia	1.419	1.506	1.929	2.039	2.213	nd	3,8%	5,7%	5,2%
Regno Unito	824	1.153	1.482	1.686	1.860	nd	7,0%	7,1%	6,5%
<i>Totale UE (15)</i>	<i>955</i>	<i>1.324</i>	<i>1.626</i>	<i>1.745</i>	<i>1.851</i>	<i>nd</i>	<i>5,7%</i>	<i>4,9%</i>	<i>4,7%</i>
UE (nuovi paesi)									
Rep. Ceca	541	809	879	971	1.082	1.170	6,1%	4,7%	3,1%
Ungheria	523	568	606	673	783	nd	3,4%	4,7%	2,9%
Polonia	271	304	411	465	490	nd	5,1%	7,1%	7,3%
Rep. Slovacca	nd	nd	533	572	638	686	nd	4,2%	2,8%
Altri paesi europei									
Norvegia	1.156	1.598	2.366	2.747	3.019	3.188	8,1%	9,0%	5,6%
Svizzera	1.065	1.387	1.770	1.920	2.113	2.213	5,8%	6,0%	5,6%
Altri paesi non europei									
Australia	877	1.163	1.648	1.709	1.821	nd	6,3%	6,6%	6,6%
Canada	1.295	1.464	1.761	1.900	1.983	2.100	3,8%	4,6%	4,4%
Giappone	865	1.277	1.602	1.708	1.743	nd	6,0%	4,5%	5,0%
Stati Uniti	1.085	1.657	2.008	2.190	2.375	2.503	6,6%	5,3%	4,8%

Nota: il tasso di crescita medio per i paesi in cui manca il dato 2003 è stato calcolato considerando il 2002 come ultimo anno della serie storica. Il valore UE per il 1990 è stato calcolato escludendo la Germania. Il valore UE-15 per il 2003 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per cinque paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data 2005)

Tabella 3.4 Incidenza della spesa pubblica sul PIL (1990; 1995; 2000-2003)

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

Nota: il valore UE-15 per il 1990 è stato calcolato escludendo la Germania. Il dato UE-15 per il 2003 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per cinque paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data 2005)

Tabella 3.5 Copertura pubblica della spesa sanitaria (1990; 1995; 2000-2003)

Aree e paesi	1990	1995	2000	2001	2002	2003
UE (15)						
Austria	73,5%	70,9%	69,6%	68,5%	69,9%	nd
Belgio	nd	71,9%	71,5%	72,8%	70,8%	nd
Danimarca	82,7%	82,5%	82,4%	82,7%	82,9%	83,0%
Finlandia	80,9%	75,6%	75,1%	75,9%	76,3%	76,6%
Francia	76,6%	76,3%	75,8%	75,9%	76,1%	76,3%
Germania	nd	80,5%	78,6%	78,4%	78,6%	78,2%
Grecia	53,7%	52,0%	52,6%	54,2%	51,6%	51,3%
Irlanda	71,9%	71,6%	73,3%	75,6%	75,2%	nd
Italia	79,1%	71,9%	73,5%	75,8%	75,4%	75,1%
Olanda	67,1%	71,0%	63,1%	62,8%	62,5%	62,4%
Portogallo	65,5%	62,6%	69,5%	70,6%	70,5%	69,7%
Spagna	78,7%	72,2%	71,6%	71,2%	71,3%	71,2%
Svezia	89,9%	86,6%	84,9%	84,9%	85,3%	nd
Regno Unito	83,6%	83,9%	80,9%	83,0%	83,4%	nd
<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>nd</i>
UE (nuovi paesi)						
Rep. Ceca	97,4%	92,7%	91,4%	91,4%	91,1%	90,1%
Ungheria	89,1%	84,0%	70,7%	69,0%	70,2%	nd
Polonia	91,7%	72,9%	70,0%	71,9%	72,4%	nd
Rep. Slovacca	nd	nd	89,4%	89,3%	89,1%	88,3%
Altri paesi europei						
Norvegia	82,8%	84,2%	85,0%	83,6%	83,5%	83,7%
Svizzera	52,4%	53,8%	55,6%	57,1%	57,9%	58,5%
Altri paesi non europei						
Australia	67,1%	66,6%	68,6%	67,8%	67,5%	nd
Canada	74,5%	71,4%	70,4%	70,1%	69,7%	69,9%
Giappone	77,6%	83,0%	81,3%	81,7%	81,5%	nd
Stati Uniti	39,6%	45,3%	44,2%	44,8%	44,9%	44,4%

Nota: il valore UE – 15 per il 1990 è stato calcolato escludendo la Germania. Il dato UE-15 per il 2003 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per cinque paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data 2005)

Tabella 3.6 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva (1990; 1995; 2000-2003)**

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

Nota: il valore UE-15 per il 1990 è stato calcolato escludendo la Germania. Il valore UE-15 per il 2003 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per cinque paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2005)

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): nei quindici paesi dell'UE tale incidenza è cresciuta dall'11,8 per cento del 1990 al 14,6 per cento del 2002. L'Italia mostra un valore inferiore alla media UE su tale indicatore, segno di un minore investimento di risorse pubblico sul SSN (cfr. anche la composizione della spesa per prestazioni di protezione sociale – Tab. 3.8). Peraltro la crescita dell'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa pubblica complessiva è stata piuttosto modesta se confrontata con altri paesi UE.

3.3 I dati nazionali: spesa, finanziamento e disavanzo

Nel 2004 si è assistito a una decisa ripresa del tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica: l'aumento è stato del 7 per cento, contro una media del 3,7 per cento nel biennio 2002-2003 (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, spesa per farmaceutica convenzionata e per costi diversi (essenzialmente collegati a operazioni di accantonamento da parte delle aziende sanitarie) sono i fattori della produzione che hanno subito il maggiore aumento⁴.

La spesa sanitaria privata corrente ha subito invece nel 2004 una sensibile contrazione del tasso di crescita. Il suo trend, esattamente speculare a quello della spesa pubblica (aumento dell'1,2 per cento nel 2004, contro il 5,5 per cento nel biennio 2002-2003) è in gran parte da ascrivere alla riduzione dello 0,5 per cento della spesa a carico dei pazienti per «prodotti medicinali e farmaceutici», secondo i dati ISTAT (cfr. par. 3.6), di cui la principale componente è rappresentata dalla spesa per farmaci, ridottasi del 3,4 per cento (Osservatorio Farmaci, 2005). La riduzione della spesa per farmaci a carico dei pazienti è stata in parte generata dalle contrazioni delle compartecipazioni alla spesa in alcune Regioni e dalla sensibile riduzione della spesa per farmaci senza obbligo di prescrizione.

Le disponibilità complessive per il SSN nel 2004 (86.350 milioni di euro) comprendono:

- le somme stanziati dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, pari a 81.825 milioni di euro, di cui circa 500 milioni per enti centrali, 78.750 per il finanziamento dei LEA e la restante quota assegnata alle Regioni ad altro titolo (obiettivi di piano, riequilibrio ecc.);
- 550 milioni di euro previsti per il rinnovo del contratto del personale del comparto;
- 566 milioni euro concordati per la copertura delle spese sanitarie sostenute a seguito della regolarizzazione degli immigrati;

⁴ Si rimanda, a tale proposito, all'analisi dei dati contenuti in Tab. 3.9.

Tabella 3.7 **Spesa SSN per la gestione corrente, relativo finanziamento (ricavi) e spesa sanitaria privata corrente (1990; 1995; 2000-2004) (milioni di euro)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Spesa sanitaria pubblica corrente	41.466	48.752	70.173	77.686	81.431	83.504	89.355
• Variazione percentuale	—	-0,6%	11,1%	10,7%	4,8%	2,5%	7,0%
• Percentuale sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	75,8%	78,5%	78,3%	77,9%	78,8%
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	22.364	21.317	22.618	23.748	24.036
• Variazione percentuale	—	13,0%	3,4%	-4,7%	6,1%	5,0%	1,2%
• Percentuale sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	24,2%	21,5%	21,7%	22,1%	21,2%
Finanziamento sanitario pubblico corrente	34.737	47.773	66.945	73.908	78.583	81.737	86.350
• Variazione percentuale	—	5,7%	12,7%	10,4%	6,3%	4,0%	5,6%
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-2.848	-1.767	-3.005
• Percentuale sul finanziamento	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-3,6%	-2,2%	-3,5%

Note:

(1) I dati relativi ai costi per la gestione corrente sono desunti dai CE (Conti Economici) delle aziende sanitarie e, prima dell'introduzione della contabilità economico-patrimoniale, dai flussi RND (Rendiconti Finanziari) (per il 1990 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 PA 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.

(2) A partire dal 2000 i costi di produzione vengono rettificati del saldo delle voci economiche (rappresentate da plusvalenze e minusvalenze, sopravvenienze e insussistenze, rimanenze e accantonamenti). In particolare, l'uso degli accantonamenti è molto vario da Regione a Regione e può riguardare somme per i rinnovi contrattuali o per il trattamento di fine rapporto o per indennizzo o per il rinnovo delle convenzioni con i MMG – Medici di Medicina Generale ecc. Si tratta di un elemento che rende più complessa la lettura del trend temporale dei costi, 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). A partire dal 2001 i costi di produzione vengono rettificati dell'importo relativo ai ricavi per attività libero-professionale intra-moenia.

(3) Il dato dei costi 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 2004).

(4) Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni *in itinere* o *ex post* rispetto alle assegnazioni iniziali. In particolare, sono comprese le integrazioni alle partecipazioni delle Regioni a statuto speciale, ai fini di copertura delle maggiori spese rispetto ai finanziamenti erogati (a norma delle leggi 724/1994 e 662/1996 le Regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia e le PA di Trento e Bolzano provvedono alla copertura dei propri disavanzi con quote interamente a carico dei bilanci regionali – cfr. Tab. 3.15 e Fig. 3.3).

(5) Per dettagli sulla fonte informativa della spesa sanitaria privata corrente si rimanda al par. 3.6.

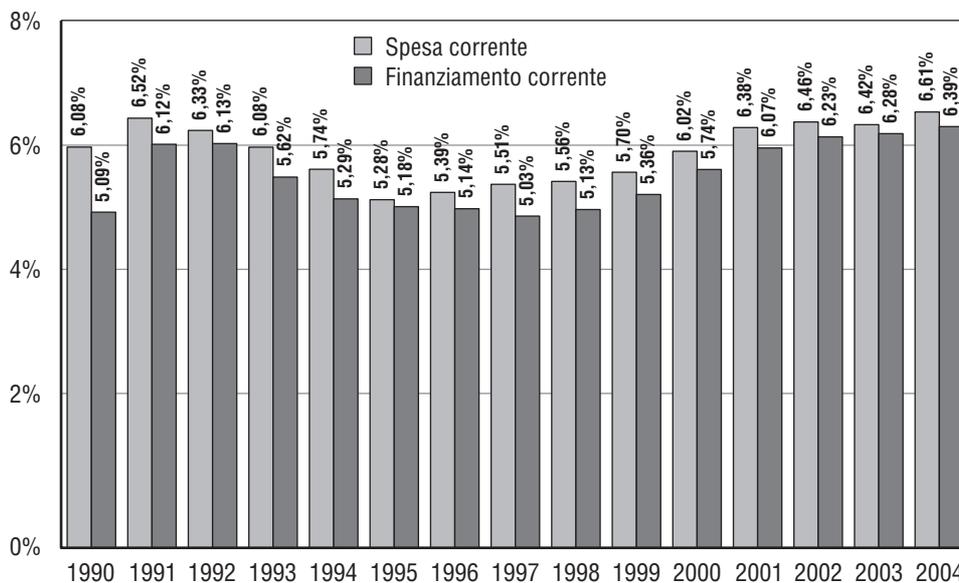
Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2005)

- ulteriori somme messe in campo dalle Regioni (in particolare quelle autonome⁵).

L'incremento di tali disponibilità rispetto al 2003 è stato nettamente superiore a quanto previsto nell'Accordo Stato-Regioni del 2001 (+5,6 per cento rispetto al + 3,5 per cento previsto). Ciò ha consentito, nonostante il considerevole incremento di spesa, di mantenere un certo controllo sull'aumento del disavanzo,

⁵ Per maggiori dettagli si rinvia alle note della Tab. 3.7.

Figura 3.1 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica corrente e del finanziamento corrente sul PIL (1990-2004)**



Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2005)

passato da 1,7 a 3 miliardi di euro. Tale disavanzo, a meno di provvedimenti di copertura da parte dello Stato, dovrebbe essere integralmente a carico delle Regioni, ai sensi della legge 405/2001. Considerando che i disavanzi pregressi per il triennio 2001-2003 ammontano a 8,4 miliardi di euro, che la Finanziaria per il 2005 (legge 311/2004) ha previsto un assegnazione di 2 miliardi di euro a titolo di copertura dei disavanzi (cfr. *infra*), di cui però solo 1,4 miliardi sono stati ripartiti tra le Regioni (i restanti devono essere utilizzati per la copertura dei disavanzi degli IRCCS – Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico – e dei policlinici universitari), il debito cumulato negli ultimi quattro anni ammonta a circa 10 miliardi di euro (cfr. Tab. 3.16).

Come noto il PIL nominale nel 2004 ha subito una crescita modesta, pari al 3,9 per cento. L'incidenza della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL è quindi aumentata portandosi al 6,6 per cento (Fig. 3.1). 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 circa⁶.

Nel 2004 si è avuta una decisa inversione di tendenza nell'incidenza della spesa

⁶ L'Accordo dell'8 agosto 2001 ha previsto che il finanziamento del SSN arrivi in un «arco di tempo ragionevole» al 6 per cento. Di fatto, già nel 2001, tale percentuale è stata superata, per effetto del minore tasso di crescita del PIL rispetto a quanto previsto.

Tabella 3.8 **Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000-2004)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Sanità							
Spesa (milioni euro)	38.174	43.815	63.141	69.879	73.676	75.694	82.516
Percentuale sul totale	26,2%	21,6%	24,1%	25,3%	25,2%	24,8%	25,7%
Variazione percentuale	—	-1,8%	12,6%	10,7%	5,4%	2,7%	9,0%
Previdenza							
Spesa (milioni euro)	96.891	143.531	182.180	188.211	197.326	206.444	215.619
Percentuale sul totale	66,4%	70,9%	69,5%	68,1%	67,5%	67,7%	67,0%
Variazione percentuale	—	6,1%	2,7%	3,3%	4,8%	4,6%	4,4%
Assistenza							
Spesa (milioni euro)	10.870	15.085	16.779	18.389	21.349	22.722	23.556
Percentuale sul totale	7,4%	7,5%	6,4%	6,7%	7,3%	7,5%	7,3%
Variazione percentuale	—	4,8%	5,8%	9,6%	16,1%	6,4%	3,7%
Totale	145.936	202.431	262.100	276.479	292.351	304.860	321.691

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2005)

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)⁷. Tale andamento riflette una tendenza storica, ovvero il fatto che:

1. in periodi di contenimento della spesa pubblica, l'assistenza sanitaria (e in particolare quella farmaceutica) rappresenti una delle voci maggiormente colpite nell'ambito delle diverse funzioni del *welfare state*;
2. dopo periodi di contenimento della spesa sanitaria pubblica, questa tenda a crescere più degli altri comparti di spesa.

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 i costi di produzione vengono rettificati del saldo delle voci economiche (rappresentate da plusvalenze e minusvalenze, sopravvenienze e insussistenze, rimanenze e accantonamenti).

⁷ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica, si rimanda al par. 3.6.

Tabella 3.9 Spesa sanitaria pubblica corrente regionale secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000-2004)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	Tasso crescita medio		Tasso crescita medio 2001-2004	
								1990-2004	1990-1995		
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	26.888	27.618	27.947	29.356	4,3%	4,8%	4,7%	
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	16.883	18.274	19.656	21.340	7,9%	4,8%	10,5%	
Medicina generale convenzionata	2.493	2.862	4.167	4.511	4.603	4.792	4.993	5,1%	2,8%	7,9%	
Farmacaceutica convenzionata	7.288	5.146	8.748	11.662	11.829	11.175	12.085	3,7%	-6,7%	14,6%	
Ospedaliera convenzionata	4.051	5.530	8.019	8.131	8.301	8.588	9.147	6,0%	6,4%	6,6%	
Specialistica convenzionata	1.847	1.238	2.273	2.485	2.694	2.818	2.974	3,5%	-7,7%	12,3%	
Altra assistenza convenzionata	1.807	3.145	4.433	6.025	6.543	6.837	7.391	10,6%	11,7%	11,4%	
Altri costi (c)	375	471	578	703	1.162	1.263	1.620	11,0%	4,7%	6,9%	
Enti non regionali (d)	74	637	509	398	407	428	449	13,8%	53,8%	-7,5%	
Totale	41.466	48.752	70.173	77.666	81.431	83.504	89.355	5,6%	3,3%	8,1%	
Totale al netto di (c) e (d)	41.017	47.644	69.085	76.585	79.862	81.813	87.286	5,5%	3,0%	8,2%	
<i>Fattori interni (a + b)</i>	23.530	29.724	41.445	43.771	45.892	47.603	50.696	5,6%	4,8%	6,7%	
<i>Fattori esterni</i>	17.487	17.920	27.640	32.814	33.970	34.210	36.590	5,4%	0,5%	10,6%	
Variazione percentuale	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004				
Personale (a)	—	1,4%	9,2%	5,0%	2,7%	1,2%	5,0%				
Beni e servizi (b)	—	-3,6%	11,3%	6,7%	8,2%	7,6%	8,6%				
Medicina generale convenzionata	—	-0,1%	11,6%	8,2%	2,0%	4,1%	4,2%				
Farmacaceutica convenzionata	—	-9,6%	14,8%	33,3%	1,4%	-5,5%	8,1%				
Ospedaliera convenzionata	—	2,0%	10,5%	1,4%	2,1%	3,5%	6,5%				
Specialistica convenzionata	—	-3,1%	10,3%	9,3%	8,4%	4,6%	5,5%				
Altra assistenza convenzionata	—	3,5%	8,8%	35,9%	8,6%	4,5%	8,1%				

Tabella 3.9 (segue)

Variazione percentuale	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Altri costi (c)		-36,5%	135,8%	21,6%	65,3%	8,7%	28,3%
Enti non regionali (d)		207,6%	6,6%	-21,9%	2,3%	5,2%	4,9%
Totale	—	-0,6%	11,1%	10,7%	4,8%	2,5%	7,0%
Totale al netto di (c) e (d)	—	-0,9%	10,7%	10,9%	4,3%	2,4%	6,7%
<i>Fattori interni (a + b)</i>	—	-0,2%	10,0%	5,6%	4,8%	3,7%	6,5%
<i>Fattori esterni</i>	—	-2,0%	11,7%	18,7%	3,5%	0,7%	7,0%
Incidenza percentuale su totale	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Personale (a)	39,1%	41,9%	36,5%	34,6%	33,9%	33,5%	32,9%
Beni e servizi (b)	17,7%	19,0%	22,6%	21,7%	22,4%	23,5%	23,9%
Medicina generale convenzionata	6,0%	5,9%	5,9%	5,8%	5,7%	5,7%	5,6%
Farmacaceutica convenzionata	17,6%	10,6%	12,5%	15,0%	14,5%	13,4%	13,5%
Ospedaliera convenzionata	9,8%	11,3%	11,4%	10,5%	10,2%	10,3%	10,2%
Specialistica convenzionata	4,5%	2,5%	3,2%	3,2%	3,3%	3,4%	3,3%
Altra assistenza convenzionata	4,4%	6,5%	6,3%	7,8%	8,0%	8,2%	8,3%
Altri costi (c)	0,9%	1,0%	0,8%	0,9%	1,4%	1,5%	1,8%
Enti non regionali (d)	0,2%	1,3%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Totale	100,0%						
Totale al netto di (c) e (d)	98,9%	97,7%	98,4%	98,6%	98,1%	98,0%	97,7%
<i>Fattori interni (a + b)</i>	56,7%	61,0%	59,1%	56,3%	56,4%	57,0%	56,7%
<i>Fattori esterni</i>	42,2%	36,8%	39,4%	42,2%	41,7%	41,0%	40,9%

Nota: cfr. note a Tab. 3.7.

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2005)

Sul saldo delle voci economiche (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 e 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 per il contratto dei dipendenti (e in misura minore 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. 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. Per la dirigenza medica, è stata stipulata una preintesa il 12 maggio 2005 tra ARAN e organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri. Su tale preintesa la Corte dei Conti ha però dato un parere non favorevole. Sui criteri di accantonamento esistono delle indicazioni da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, ma di fatto le Regioni hanno seguito criteri disomogenei (con diverse imputazioni in anni diversi). Questo spiega l'estrema variabilità intertemporale e interregionale del tasso di crescita della voce «altri costi di produzione». 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».

In generale si osserva come il trend dei costi complessivi rifletta quello dei costi di produzione esterni alle aziende sanitarie: in periodi di contenimento della spesa (1990-1995 e 2002-2003) 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 sui 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 32,9 per cento della spesa complessiva nel 2004, anno in cui la stessa ha subito un aumento del 5 per cento rispetto al 2003. L'incidenza di tale voce sulla spesa pubblica corrente complessiva per il SSN ha subito una continua riduzione dal 1995. Tale flessione è motivata essenzialmente dalle azioni di blocco del *turn-over* o delle assunzioni e/o dai maggiori controlli sui piani di assunzione del personale da parte sia dello stato centrale che, soprattutto negli ultimi anni, delle Regioni.

Va sottolineato come il 2005 e, soprattutto, il 2006, dovrebbero rappresentare anni di sostanziale incremento dei costi del personale dipendente, per effetto del rinnovo dei contratti della dirigenza, anche se una parte di tali aumenti è stata già assorbita dagli accantonamenti negli anni precedenti.

La seconda voce di spesa è rappresentata dall'acquisto di beni e servizi (23,9 per cento sul totale dei costi del SSN nel 2004). Tale incidenza, dopo una riduzione nel 2001, ha subito un nuovo sistematico aumento nel triennio 2002-2004 e nell'ultimo biennio è quella che ha subito l'aumento più consistente (esclusa la voce «altri costi di produzione»). A fronte di azioni di razionalizzazione dei processi di acquisto a livello regionale (centralizzazione degli acquisti) e interaziendale (consorzi di area vasta in Regione Toscana, unioni di acquisto in Emilia Romagna ecc.), si è assistito a un'estensione di particolari modalità distributive dei farmaci (distribuzione diretta o in accordo con le farmacie, di farmaci, distribuzione diretta di farmaci post-ricovero e nell'ambito di particolari *setting* assistenziali, quali assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare) (Osservatorio Farmaci, 2005). Tale fenomeno ha generato, oltre a un potenziale contenimento della spesa, derivante dal minore prezzo delle forniture pubbliche rispetto agli acquisti in convenzione (e dalla mancata o ridotta corresponsione dei margini alla distribuzione), un completo trasferimento contabile della spesa da altre voci (nello specifico «spesa farmaceutica convenzionata») alla voce «beni e servizi». In effetti, dal 2001 al 2004 quest'ultima ha 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, dove la spesa per beni e servizi è aumentata del 35 per cento, rispetto a una media nazionale del 26 per cento) o in tempi più recenti (per esempio, la Campania, interessata dell'incremento più alto, pari al 47 per cento) (RGSEP 2005). Nel 2005 tale voce di spesa da una parte potrebbe subire un'accelerazione per effetto dell'ulteriore attivazione di particolari modalità distributive dei farmaci⁸, dall'altra gli interventi di razionalizzazione degli acquisti potrebbero generare un contenimento dei prezzi unitari, con conseguenti 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

⁸ Oltre all'introduzione con Determinazione 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*, la distribuzione diretta potrebbe rappresentare uno strumento necessario per il contenimento della spesa (e il rispetto del tetto del 13 per cento, fissato per la spesa farmaceutica convenzionata) nelle Regioni con nuove Giunte di centro-sinistra (Piemonte, Liguria, Lazio, Puglia, Calabria), in cui è stata dichiarata la volontà di abolire le compartecipazioni alla spesa sui farmaci.

rappresenterebbe il 40,4 per cento dei costi complessivi a carico del SSN, che aggiunti al 10,2 per cento della spesa ospedaliera in strutture private accreditate, farebbe salire al 50,6 per cento l'incidenza complessiva della spesa per prestazioni ospedaliere. A un risultato superiore si arriva dai dati contenuti nel Conto delle prestazioni di protezione sociale (cfr. par. 3.6): la spesa per prestazioni ospedaliere sarebbe pari al 54,5 per cento, di cui il 45,4 per cento per prestazioni rese da operatori «non market» (pubblici) e il 9,1 per cento per prestazioni rese da produttori «market» (privati). Secondo un'indagine dell'ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 2004) riferita al 2002, i costi dell'assistenza ospedaliera sarebbero pari al 46,6 per cento dei costi complessivi per l'erogazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

La spesa per la medicina generale convenzionata (5,6 per cento della spesa sanitaria pubblica corrente) ha evidenziato nel 2004 tassi di crescita inferiori alla media nazionale. Nel 2005 e soprattutto nel 2006 tale spesa potrebbe subire un incremento più consistente, legato al rinnovo dell'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) con i MMG. Si osserva tuttavia che l'Accordo non è stato firmato da tutti i sindacati e che la Corte dei Conti ha espresso parere non favorevole allo stesso sotto il profilo della copertura finanziaria.

La spesa farmaceutica convenzionata ha subito una consistente crescita, di poco superiore al dato complessivo (+8 per cento). La sua incidenza sulla spesa sanitaria si è portata al 13,5 per cento, quella su finanziamento pubblico al 14 per cento e quella sul finanziamento garantito dalla stato centrale (ovvero al netto delle ulteriori entrate delle Regioni) al 14,6 per cento, ben al di sopra del corrispondente tetto del 13 per cento fissato dalla legge 405/2001 e rideterminato dalla legge 202/2004⁹ (Osservatorio Farmaci 2005). L'aumento della spesa farmaceutica convenzionata è da ascrivere a un incremento dei volumi (e non ai prezzi), generato da uno *shift* della copertura dal privato al pubblico: di fatto tutte le componenti di spesa privata per farmaci (acquisto di farmaci rimborsabili con ricetta non coperta dal SSN, compartecipazioni alla spesa sui farmaci, farmaci non rimborsabili) sono diminuite, a fronte dell'aumento della spesa pubblica. Nel 2005, la spesa farmaceutica convenzionata dovrebbe ridursi leggermente (Osservatorio Farmaci 2005), con una sensibile riduzione dell'incidenza sulla spesa sanitaria. L'incidenza sul finanziamento complessivo previsto dalla Finanziaria per il 2005 dovrebbe essere invece ancora leggermente superiore al 13 per cento. Il trend è legato alle misure di contenimento adottate nella seconda metà del 2004 (introduzione di uno sconto obbligatorio a carico delle

⁹ 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 province autonome di Trento e Bolzano in data 8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 6 settembre 2001, n. 207, come rideterminato da successivi provvedimenti legislativi».

imprese sui margini per i farmaci rimborsabili, taglio selettivo dei prezzi), che agiscono soprattutto sui prezzi, e a un previsto raffreddamento dei consumi, legato, soprattutto, a un inasprimento delle Note AIFA (note alla prescrizione dell'Agenzia Italiana del Farmaco che limitano la rimborsabilità pubblica di determinati farmaci).

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate ha subito un incremento analogo a quello della spesa sanitaria complessiva, portandosi a un 10,2 per cento¹⁰.

L'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) (Carbone *et al.* 2004) hanno consentito un sostanziale contenimento di tale spesa fino al 2003.

L'azione di controllo regionale è la principale motivazione anche della stabilità dell'incidenza della spesa a carico del SSN per prestazioni ambulatoriali erogate da strutture accreditate/convenzionate (3,3 per cento nel 2004). 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 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 2004. 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.

3.4 I dati di spesa regionali

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

¹⁰ Si ricorda che la spesa ospedaliera per strutture accreditate comprende la spesa per prestazioni acquistate dalle case di cura private accreditate, dagli ospedali classificati, dagli IRCCS di diritto pubblico e privato e dai Policlinici.

Tabella 3.10 Spesa sanitaria pubblica corrente regionale (1990; 1995; 2000-2004)

Valori assoluti (milioni di euro)	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Piemonte	2.974	3.560	5.572	5.970	6.032	6.343	6.969
Valle d'Aosta	87	104	167	182	193	201	213
Lombardia	6.268	7.738	10.746	12.105	12.930	12.953	13.611
Bolzano	314	445	735	776	864	913	936
Trento	328	418	624	727	769	813	838
Veneto	3.257	3.806	5.637	6.156	6.406	6.685	7.164
Friuli Venezia Giulia	876	1.034	1.462	1.608	1.695	1.759	1.956
Liguria	1.424	1.592	2.182	2.377	2.443	2.515	2.722
Emilia Romagna	3.340	3.824	5.105	5.701	6.061	6.308	6.717
Toscana	2.784	3.143	4.384	4.935	5.169	5.292	5.805
Umbria	620	712	1.045	1.134	1.222	1.301	1.334
Marche	1.186	1.277	1.808	1.993	2.088	2.119	2.245
Lazio	4.030	4.625	6.752	7.495	7.664	7.850	8.681
Abruzzo	900	964	1.638	1.744	1.846	1.915	1.971
Molise	224	258	376	446	455	530	499
Campania	3.883	4.267	6.650	7.423	7.847	7.910	8.570
Puglia	2.692	3.192	4.531	4.924	5.112	5.282	5.509
Basilicata	368	432	649	710	735	783	816
Calabria	1.219	1.498	2.317	2.533	2.592	2.539	2.624
Sicilia	3.480	3.799	5.361	6.242	6.665	6.773	7.302
Sardegna	1.138	1.427	1.922	2.107	2.238	2.294	2.424
Italia	41.392	48.115	69.663	77.288	81.025	83.077	88.905
<i>Nord</i>	<i>18.868</i>	<i>22.522</i>	<i>32.231</i>	<i>35.602</i>	<i>37.392</i>	<i>38.489</i>	<i>41.125</i>
<i>Centro</i>	<i>8.620</i>	<i>9.756</i>	<i>13.989</i>	<i>15.557</i>	<i>16.142</i>	<i>16.562</i>	<i>18.065</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>13.904</i>	<i>15.837</i>	<i>23.444</i>	<i>26.129</i>	<i>27.490</i>	<i>28.027</i>	<i>29.715</i>

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2005)

In primo luogo nelle Regioni del Centro-Nord la spesa sanitaria pubblica pro-capite è più elevata, con uno scostamento del 3-5 per cento rispetto alla media nazionale. Di fatto, con la sola eccezione di Lombardia 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 7 per cento rispetto al dato nazionale. Tale variabilità è rimasta costante dal 1990 a oggi: il tasso di cre-

Tabella 3.11 **Spesa sanitaria pubblica corrente regionale procapite (1990; 1995; 2000-2004)**

Valori assoluti (euro)	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	Tasso crescita medio 1990-2004	Tasso crescita medio 1990-1995	Tasso crescita medio 1995-2001	Tasso crescita medio 2001-2004
Piemonte	688	828	1.300	1.392	1.406	1.479	1.624	6,3%	3,8%	9,0%	5,3%
Valle d'Aosta	756	875	1.392	1.505	1.597	1.651	1.743	6,1%	3,0%	9,5%	5,0%
Lombardia	709	868	1.185	1.327	1.412	1.410	1.477	5,4%	4,1%	7,3%	3,6%
Bolzano	722	995	1.589	1.668	1.845	1.939	1.978	7,5%	6,6%	9,0%	5,8%
Trento	731	907	1.318	1.522	1.599	1.679	1.721	6,3%	4,4%	9,0%	4,2%
Veneto	746	861	1.249	1.356	1.405	1.460	1.559	5,4%	2,9%	7,9%	4,8%
Friuli Venezia Giulia	730	868	1.234	1.352	1.426	1.480	1.645	6,0%	3,5%	7,7%	6,8%
Liguria	841	957	1.342	1.466	1.514	1.566	1.702	5,2%	2,6%	7,4%	5,1%
Emilia Romagna	856	975	1.282	1.422	1.507	1.563	1.659	4,8%	2,6%	6,5%	5,3%
Toscana	788	891	1.240	1.391	1.456	1.489	1.632	5,3%	2,5%	7,7%	5,5%
Umbria	766	865	1.251	1.349	1.450	1.539	1.574	5,3%	2,5%	7,7%	5,3%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.416	1.432	1.512	4,3%	1,2%	7,4%	3,7%
Lazio	788	891	1.283	1.413	1.440	1.470	1.621	5,3%	2,5%	8,0%	4,7%
Abruzzo	724	761	1.281	1.361	1.438	1.489	1.530	5,5%	1,0%	10,2%	4,0%
Molise	678	776	1.145	1.363	1.394	1.625	1.531	6,0%	2,7%	9,8%	4,0%
Campania	692	743	1.150	1.284	1.355	1.364	1.475	5,6%	1,4%	9,5%	4,7%
Puglia	671	783	1.109	1.205	1.250	1.291	1.345	5,1%	3,1%	7,4%	3,7%
Basilicata	603	707	1.071	1.173	1.217	1.298	1.356	6,0%	3,3%	8,8%	4,9%
Calabria	586	721	1.130	1.240	1.271	1.246	1.290	5,8%	4,3%	9,4%	1,3%
Sicilia	700	747	1.054	1.230	1.314	1.335	1.440	5,3%	1,3%	8,7%	5,4%
Sardegna	695	860	1.163	1.278	1.358	1.393	1.473	5,5%	4,4%	6,8%	4,8%
Italia	730	840	1.208	1.336	1.398	1.431	1.529	5,4%	2,8%	8,0%	4,6%
<i>Nord</i>	<i>745</i>	<i>885</i>	<i>1.253</i>	<i>1.378</i>	<i>1.444</i>	<i>1.482</i>	<i>1.580</i>	<i>5,5%</i>	<i>3,5%</i>	<i>7,7%</i>	<i>4,7%</i>
<i>Centro</i>	<i>792</i>	<i>888</i>	<i>1.261</i>	<i>1.394</i>	<i>1.443</i>	<i>1.476</i>	<i>1.606</i>	<i>5,2%</i>	<i>2,3%</i>	<i>7,8%</i>	<i>4,8%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>678</i>	<i>760</i>	<i>1.123</i>	<i>1.253</i>	<i>1.318</i>	<i>1.343</i>	<i>1.423</i>	<i>5,4%</i>	<i>2,3%</i>	<i>8,7%</i>	<i>4,3%</i>
<i>Coefficiente variazione</i>	<i>9,6%</i>	<i>9,7%</i>	<i>9,7%</i>	<i>8,5%</i>	<i>9,5%</i>	<i>10,5%</i>	<i>9,9%</i>				
<i>Differenza max/min</i>	<i>46,2%</i>	<i>40,7%</i>	<i>50,8%</i>	<i>42,2%</i>	<i>51,6%</i>	<i>55,6%</i>	<i>53,4%</i>				

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

scita 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

Tabella 3.12 **Spesa sanitaria pubblica corrente pro capite al lordo e al netto della mobilità (2003)**

Regioni	Spesa pro capite (lordo mobilità)		Spesa pro capite (netto mobilità)		Saldo pro capite (euro)
	v.a. (euro)	n.i.	v.a. (euro)	n.i.	
Piemonte	1.479	103,3	1.483	103,0	4,6
Valle d'Aosta	1.651	115,4	1.767	122,7	116,3
Lombardia	1.410	98,5	1.366	94,8	-44,3
Bolzano	1.939	135,5	1.925	133,7	-13,8
Trento	1.679	117,3	1.706	118,5	27,1
Veneto	1.460	102,0	1.435	99,7	-24,5
Friuli Venezia Giulia	1.480	103,4	1.465	101,7	-14,4
Liguria	1.566	109,4	1.571	109,1	5,3
Emilia Romagna	1.563	109,2	1.501	104,2	-61,9
Toscana	1.489	104,0	1.465	101,7	-24,0
Umbria	1.539	107,5	1.497	103,9	-42,2
Marche	1.432	100,1	1.457	101,1	24,5
Lazio	1.470	102,7	1.461	101,4	-9,6
Abruzzo	1.489	104,1	1.477	102,5	-12,6
Molise	1.625	113,5	1.615	112,1	-10,6
Campania	1.364	95,3	1.409	97,8	45,5
Puglia	1.291	90,2	1.322	91,8	31,0
Basilicata	1.298	90,7	1.391	96,6	92,6
Calabria	1.246	87,1	1.341	93,1	94,5
Sicilia	1.335	93,3	1.375	95,5	40,2
Sardegna	1.393	97,4	1.424	98,8	30,2
Italia	1.431	100,0	1.440	100,0	9,1
<i>Nord</i>	1.482	103,6	1.468	101,9	-14,2
<i>Centro</i>	1.476	103,2	1.480	102,8	3,9
<i>Sud e Isole</i>	1.343	93,9	1.385	96,1	41,4
<i>Coefficiente variazione</i>	10,5%	—	9,9%	—	—
<i>Differenza max/min</i>	55,6%	—	45,7%	—	—

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2005)

residente (Tab. 3.12)¹¹. Il motivo è che il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle Regioni del Centro-Nord (a eccezione di Piemonte,

¹¹ L'ultimo dato disponibile si riferisce ancora al 2003. Il valore economico complessivo della mobilità interregionale (utilizzato ai fini di compensazione anche delle assegnazioni per il 2004) è stato di 873 milioni di euro (in lieve calo rispetto al 2001 e al 2002), pari all'1,1 per cento della spesa sanitaria pubblica complessiva.

Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria e Marche) e negativo (con un conseguente aumento della spesa procapite) in tutte le Regioni del Sud (escluso 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 servizi sanitari regionali. 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), rispetto alla media nazionale. Con riferimento al periodo 2000-2004 si osserva una generale riduzione dell'importanza relativa della spesa per strutture pubbliche (personale e beni e servizi) e un contestuale aumento dell'incidenza della spesa per fattori esterni alla produzione. Tale fenomeno non riguarda tanto l'assistenza ospedaliera e specialistica extra-ospedaliera (cfr. *supra*), quanto piuttosto l'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

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 50,9 per cento della spesa sanitaria complessiva. Nella stessa Regione la voce «altra assistenza convenzionata» è passata dal 3,3 per cento del 2000 all'11 per cento nel 2004 (Tab. 3.14).

Un altro importante fenomeno è l'ulteriore accentuazione delle differenziazioni regionali, dovuta alle diverse politiche di contenimento della spesa. Per esempio, alcune 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 nel privato accreditato (per esempio, Lazio e Campania) hanno evidenziato una riduzione dell'incidenza della spesa ospedaliera accreditata superiore alla media nazionale.

Come già osservato, 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. A questo proposito possono essere fatte due ipotesi. La prima è 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.

Tabella 3.13 Spesa sanitaria pubblica corrente regionale per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) Regione per Regione (1990; 1995; 2000; 2004) (milioni di euro)

Regione	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2004	1990	1995	2000	2004
Piemonte	1.871,4	2.306,8	3.583,3	4.222,7	1.088,6	1.213,4	1.911,2	2.513,8
Valle d'Aosta	60,5	80,4	127,0	155,7	23,7	22,9	42,3	56,2
Lombardia	3.537,2	4.561,2	6.403,1	6.880,4	2.690,2	3.147,4	4.334,0	6.632,9
Bolzano	222,7	327,2	552,0	652,4	90,0	111,6	178,5	262,8
Trento	213,9	285,3	407,4	514,6	112,7	130,9	217,7	304,7
Veneto	2.191,0	2.618,4	3.749,4	4.603,2	1.024,7	1.167,5	1.869,8	2.585,7
Friuli Venezia Giulia	602,9	700,0	934,2	1.219,2	261,2	322,4	487,0	701,3
Liguria	827,8	1.003,1	1.314,1	1.664,8	575,0	583,1	859,5	1.020,9
Emilia Romagna	2.195,4	2.684,4	3.506,2	4.357,3	1.121,9	1.106,9	1.591,6	2.257,3
Toscana	1.763,4	2.230,9	2.987,4	4.012,4	1.001,3	882,1	1.372,8	1.648,1
Umbria	420,0	526,8	728,0	933,8	193,2	182,7	306,0	384,2
Marche	777,2	912,2	1.241,1	1.491,1	374,0	345,1	546,3	704,0
Lazio	1.757,5	2.215,8	3.077,1	4.078,1	2.237,4	2.392,7	3.659,7	4.493,5
Abruzzo	526,7	623,9	968,1	1.176,0	365,8	334,8	631,9	776,5
Molise	138,7	179,2	259,6	299,9	82,6	74,8	119,6	188,7
Campania	1.801,1	2.410,9	3.290,1	4.377,0	2.054,6	1.850,9	3.329,5	3.922,5
Puglia	1.323,2	1.655,1	2.503,5	2.919,9	1.340,6	1.364,6	1.928,4	2.417,0
Basilicata	217,7	283,0	422,7	513,3	149,8	147,0	216,4	286,0
Calabria	721,1	932,3	1.344,3	1.541,6	492,3	558,7	910,5	1.051,9
Sicilia	1.697,2	2.260,2	2.797,3	3.581,0	1.749,3	1.513,8	2.509,9	3.504,8
Sardegna	663,7	926,8	1.249,3	1.501,8	457,6	466,9	617,2	876,3
Italia	23.530,5	29.724,0	41.445,2	50.696,0	17.486,6	17.920,1	27.640,0	36.589,1
<i>Nord</i>	<i>11.722,8</i>	<i>14.566,8</i>	<i>20.576,7</i>	<i>24.270,1</i>	<i>6.988,0</i>	<i>7.806,0</i>	<i>11.491,5</i>	<i>16.335,6</i>
<i>Centro</i>	<i>4.718,2</i>	<i>5.885,7</i>	<i>8.033,7</i>	<i>10.515,4</i>	<i>3.806,0</i>	<i>3.802,5</i>	<i>5.884,9</i>	<i>7.229,9</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>7.089,4</i>	<i>9.271,5</i>	<i>12.834,9</i>	<i>15.910,5</i>	<i>6.692,6</i>	<i>6.311,5</i>	<i>10.263,6</i>	<i>13.023,7</i>

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

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2005)

L'ipotesi alternativa è 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.

Tabella 3.14 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica corrente regionale, secondo la classificazione economica (2000; 2004)**

Regione Anno 2004	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacautica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Piemonte	35,4%	27,3%	5,5%	11,3%	8,8%	2,5%	9,3%	100,0%
Valle d'Aosta	43,7%	29,7%	4,7%	11,2%	3,0%	2,3%	5,3%	100,0%
Lombardia	28,7%	22,2%	5,2%	12,2%	16,7%	4,0%	11,0%	100,0%
Bolzano	42,4%	28,9%	4,4%	8,0%	1,9%	0,5%	13,9%	100,0%
Trento	37,9%	24,9%	5,8%	10,0%	5,8%	1,2%	14,3%	100,0%
Veneto	34,6%	29,4%	5,6%	11,1%	6,5%	3,2%	9,7%	100,0%
Friuli Venezia Giulia	36,7%	26,8%	5,1%	12,2%	5,0%	2,2%	12,0%	100,0%
Liguria	36,2%	25,8%	4,6%	14,2%	9,9%	1,8%	7,5%	100,0%
Emilia Romagna	36,1%	29,8%	5,0%	12,2%	6,7%	1,5%	8,8%	100,0%
Toscana	38,1%	32,8%	5,6%	12,0%	4,0%	1,8%	5,8%	100,0%
Umbria	39,1%	31,8%	5,4%	12,5%	2,8%	0,9%	7,5%	100,0%
Marche	38,8%	29,2%	6,2%	13,9%	3,6%	1,5%	6,8%	100,0%
Lazio	26,9%	20,7%	4,9%	16,4%	17,1%	4,4%	9,6%	100,0%
Abruzzo	34,7%	25,5%	5,9%	14,3%	8,3%	1,7%	9,6%	100,0%
Molise	37,3%	24,0%	6,5%	14,6%	7,1%	2,8%	7,6%	100,0%
Campania	33,3%	19,4%	7,1%	15,7%	10,7%	6,0%	7,8%	100,0%
Puglia	32,0%	22,7%	6,2%	16,3%	11,3%	3,6%	7,9%	100,0%
Basilicata	36,7%	27,5%	7,7%	16,2%	0,6%	2,0%	9,3%	100,0%
Calabria	41,0%	18,5%	7,5%	17,4%	6,8%	2,9%	6,0%	100,0%
Sicilia	32,9%	17,7%	6,4%	17,6%	13,3%	5,8%	6,3%	100,0%
Sardegna	38,1%	25,0%	6,3%	16,1%	5,7%	2,9%	5,8%	100,0%
Italia	33,6%	24,4%	5,7%	13,9%	10,2%	3,4%	8,7%	100,0%
<i>Nord</i>	<i>33,5%</i>	<i>26,3%</i>	<i>5,2%</i>	<i>11,8%</i>	<i>10,3%</i>	<i>2,8%</i>	<i>10,0%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>32,8%</i>	<i>26,4%</i>	<i>5,3%</i>	<i>14,4%</i>	<i>10,2%</i>	<i>2,9%</i>	<i>7,9%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>34,3%</i>	<i>20,7%</i>	<i>6,7%</i>	<i>16,4%</i>	<i>10,2%</i>	<i>4,5%</i>	<i>7,3%</i>	<i>100,0%</i>

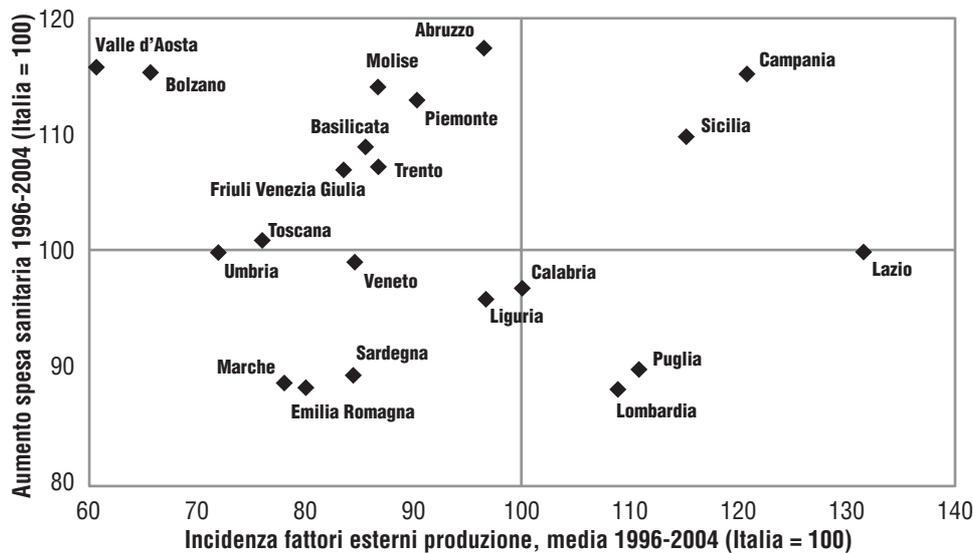
Tabella 3.14 (segue)

Regione Anno 2000	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacautica 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%
Bolzano	46,0%	29,5%	4,6%	7,4%	5,1%	0,7%	6,7%	100,0%
Trento	41,5%	23,7%	5,7%	8,4%	5,9%	1,1%	13,7%	100,0%
Veneto	38,1%	28,6%	6,1%	10,5%	5,7%	2,5%	8,5%	100,0%
Friuli Venezia Giulia	40,7%	25,0%	6,7%	11,0%	6,1%	5,7%	4,9%	100,0%
Liguria	36,6%	23,9%	4,0%	13,0%	12,7%	1,8%	8,1%	100,0%
Emilia Romagna	39,7%	29,1%	5,7%	10,6%	7,2%	1,4%	6,3%	100,0%
Toscana	42,6%	25,9%	6,8%	11,5%	4,9%	1,7%	6,5%	100,0%
Umbria	43,7%	26,7%	5,8%	13,1%	3,1%	1,1%	6,5%	100,0%
Marche	42,8%	26,7%	7,3%	12,3%	4,3%	2,9%	3,8%	100,0%
Lazio	29,7%	15,9%	5,9%	13,6%	25,6%	4,5%	4,8%	100,0%
Abruzzo	37,0%	23,5%	5,5%	13,3%	11,6%	1,4%	7,6%	100,0%
Molise	43,7%	24,7%	4,2%	12,8%	4,9%	2,6%	7,0%	100,0%
Campania	34,3%	15,4%	5,9%	14,9%	13,3%	6,0%	10,3%	100,0%
Puglia	35,4%	21,1%	5,9%	14,5%	13,4%	3,3%	6,5%	100,0%
Basilicata	39,4%	26,8%	7,4%	14,5%	0,9%	3,0%	8,2%	100,0%
Calabria	43,3%	16,3%	9,7%	14,4%	7,6%	3,8%	4,9%	100,0%
Sicilia	38,0%	14,7%	6,9%	16,3%	13,9%	4,7%	5,6%	100,0%
Sardegna	43,3%	23,6%	5,4%	13,0%	5,1%	3,2%	6,4%	100,0%
Italia	37,1%	22,9%	6,0%	12,7%	11,6%	3,3%	6,4%	100,0%
<i>Nord</i>	<i>37,1%</i>	<i>27,1%</i>	<i>5,6%</i>	<i>11,1%</i>	<i>10,2%</i>	<i>2,6%</i>	<i>6,2%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>36,5%</i>	<i>21,2%</i>	<i>6,3%</i>	<i>12,8%</i>	<i>14,7%</i>	<i>3,2%</i>	<i>5,3%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>37,5%</i>	<i>18,1%</i>	<i>6,4%</i>	<i>14,8%</i>	<i>11,6%</i>	<i>4,3%</i>	<i>7,3%</i>	<i>100,0%</i>

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

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2005)

Figura 3.2 **Posizionamento delle Regioni rispetto al tasso di crescita medio annuale della spesa sanitaria e incidenza media della spesa per fattori esterni della produzione (1996-2004)**



Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2005)

A tale proposito, la Fig. 3.1 vuole indagare l'eventuale correlazione tra tasso di crescita della spesa sanitaria dal 1996 (anno di introduzione a regime del meccanismo tariffario in molte Regioni) al 2004 e incidenza della spesa per fattori esterni della produzione (media dello stesso periodo). Dall'analisi dei dati si evince una debole correlazione negativa, che non risulta tuttavia significativa¹². Conseguentemente, i dati non sembrano avvalorare né l'una né l'altra ipotesi, evidenziando come il controllo della spesa non dipenda, almeno in modo determinante, dalla presenza più o meno rilevante di strutture private.

3.5 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

La legge 405/2001 ha attribuito alle Regioni l'onere di copertura dei disavanzi sanitari. In particolare l'art. 4 stabilisce che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati (...) sono coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...); variazioni dell'aliquota dell'addizionale

¹² Il coefficiente di correlazione (negativa) tra le due serie storiche è pari a 0,01; il test F, finalizzato alla valutazione della non casualità della correlazione, evidenzia valori superiori a quelli soglia.

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».

Al fine di vigilare rispetto all'adempimento delle indicazioni previste dalle leggi 405/2001 e 112/2002¹³ è stato istituito un tavolo tecnico di monitoraggio e di valutazione presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, cui partecipano, oltre ai rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, quelli della Salute, dell'ASSR, della segreteria della Conferenza dei presidenti delle Regioni e delle PA di Trento e di Bolzano, della segreteria della Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA di Trento e di Bolzano, del dipartimento per gli Affari regionali (della Presidenza del Consiglio dei ministri) e delle Regioni capofila del Coordinamento interregionale sanità e affari finanziari.

Il lavoro del tavolo tecnico per la valutazione delle iniziative adottate dalle Regioni per la copertura dei disavanzi e la loro coerenza rispetto al dettato della legge 405/2001 ha richiesto approfondimenti specifici che hanno allungato i tempi, ma che erano necessari dal momento che una parte delle assegnazioni per competenza (e per cassa) dipendeva proprio dal giudizio espresso dal tavolo tecnico.

Il 16 dicembre 2004 è stato sancito un Accordo tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano che ha recepito le misure considerate dal tavolo tecnico idonee e adeguate a essere utilizzate per la copertura dei disavanzi. Esse comprendono:

- variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF o altre misure fiscali previste dalla normativa vigente;
- misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi incluse le forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa (introduzione dei ticket sui farmaci e sul pronto soccorso);
- dismissione del patrimonio immobiliare e relativa cartolarizzazione, purché nel rispetto dei criteri Eurostat¹⁴;
- utilizzo di fondi regionali destinati ad altri settori di spesa non sanitari (grazie all'abolizione dal 2004 del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria);

¹³ La legge 112/2002 ha esteso le disposizioni della Finanziaria 2002 agli anni 2002, 2003 e 2004. Tale Legge aveva stabilito che lo Stato si impegnasse ad aumentare il concorso al finanziamento del SSN per l'anno 2001, a condizione che le Regioni si impegnassero a dare copertura finanziaria al disavanzo dello stesso anno.

¹⁴ In sintesi Eurostat ha stabilito che: le operazioni di cartolarizzazione su flussi di entrate future devono essere registrate nei Conti Nazionali come acquisizione di passività finanziarie da parte dell'ente pubblico che opera la cartolarizzazione e, pertanto, concorrono alla determinazione del debito pubblico; le operazioni di cartolarizzazione di attività patrimoniali (immobili) determinano effetti positivi sull'indebitamento della PA a condizione che non sia presente una forma di garanzia pubblica per la società veicolo e sia superata la soglia dell'85 per cento del rapporto tra pagamento iniziale e valore di mercato. In tale caso l'ammontare registrato è pari al valore del pagamento iniziale: gli eventuali pagamenti successivi previsti dall'accordo tra ente pubblico e società veicolo sono registrati, per il loro ammontare, nel momento in cui si verificano.

- finanziamenti relativi a esercizi precedenti, non ancora erogati, i cui costi risultino, però, non ancora sostenuti;
- distribuzione diretta di farmaci;
- adesione alle convenzioni Consip e centralizzazione degli acquisti;
- blocco delle assunzioni e razionalizzazione dell'organico;
- introduzione del budget in medicina generale;
- riduzione delle tariffe e introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica; fissazione di tetti per l'assistenza protesica; abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa;
- applicazione puntuale del D.P.C.M. (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) 29 novembre 2001 sui LEA.

Le prime cinque misure rappresentano forme di incremento delle entrate, le altre si configurano come iniziative di razionalizzazione della spesa.

Non sono state, invece, ritenute idonee in sede di tavolo tecnico, altre misure adottate da alcune Regioni quali: la copertura pluriennale del disavanzo¹⁵; la cartolarizzazione delle entrate future, perché non coerente con i criteri Eurostat; le operazioni meramente contabili quali la sterilizzazione di ammortamenti degli anni precedenti; l'utilizzo del fondo di riserva per le spese obbligatorie e d'ordine in termini pluriennali; l'utilizzo di risorse per obiettivi specifici (per esempio, fondi vincolati per l'Aids, borse di studio per gli specializzandi) relative a esercizi precedenti, i cui costi siano stati già sostenuti negli anni precedenti, in quanto la cogenza del vincolo richiede che l'imputazione del ricavo all'esercizio trovi corrispondenza quantitativa nei costi sostenuti nello stesso periodo per le medesime finalità.

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 influenzate da aspetti di natura contabile. Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo cumulato pari al 43 per cento di quello complessivo a livello nazionale (Tab. 3.15). A oggi la situazione non è cambiata in modo rilevante: l'incidenza delle due Regioni sul disavanzo complessivo nazionale è anzi aumentata al 45 per cento e sono Lazio e Campania ad avere il dato di disavanzo procapite più elevato (Fig. 3.3).

Le Regioni che nel 2004 sono arrivate a una situazione di equilibrio economico-finanziario, sono (oltre a Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento e

¹⁵ Il ricorso a forme d'indebitamento su base pluriennale per la copertura dei disavanzi non è consentito, anche perché rende più rigida la gestione di bilancio degli esercizi successivi e genera ulteriore disavanzo.

Tabella 3.15 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di euro (2001-2004)**

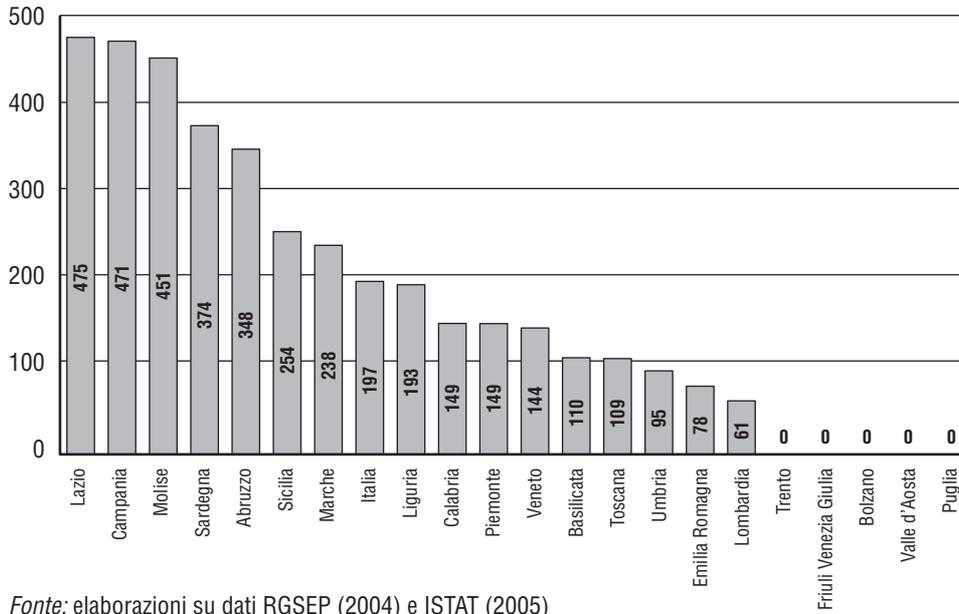
Regione	2001	2002	2003	2004
Piemonte	210	40	100	288
Valle d'Aosta	0	0	0	0
Lombardia	281	323	-45	-3
Bolzano	0	0	0	0
Trento	0	0	0	0
Veneto	304	204	145	0
Friuli Venezia Giulia	0	0	0	0
Liguria	77	44	44	148
Emilia Romagna	16	50	40	205
Toscana	88	44	-20	276
Umbria	7	10	46	18
Marche	125	98	72	55
Lazio	987	574	498	460
Abruzzo	76	136	127	107
Molise	37	19	73	19
Campania	629	638	553	902
Puglia	166	4	-109	-62
Basilicata	28	1	19	18
Calabria	226	148	-16	-53
Sicilia	415	342	100	432
Sardegna	106	175	139	197
Italia	3.778	2.848	1.767	3.005
<i>Nord</i>	<i>888</i>	<i>661</i>	<i>285</i>	<i>638</i>
<i>Centro</i>	<i>1.207</i>	<i>726</i>	<i>595</i>	<i>808</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.683</i>	<i>1.461</i>	<i>887</i>	<i>1.559</i>

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2005)

PA di Bolzano che, a norma delle leggi 724/1994 e 662/1996, devono provvedere alla copertura dei propri disavanzi con quote interamente a carico dei bilanci regionali e sono quindi per definizione in pareggio), la Lombardia, il Veneto, la Puglia e la Calabria (Tab. 3.15).

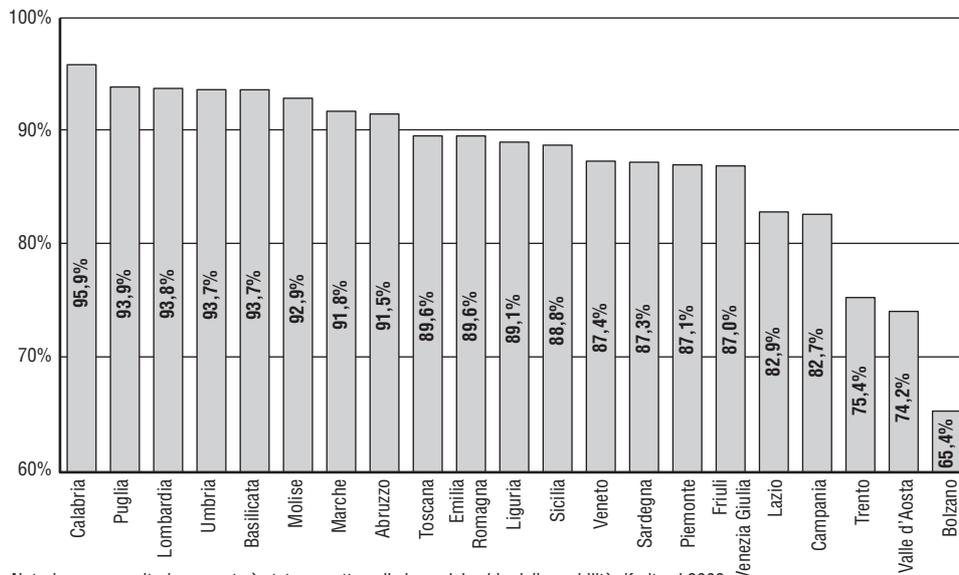
Per poter apprezzare meglio la differenza tra le Regioni a statuto speciale e quelle a statuto ordinario, la Fig. 3.4 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente per i residenti.

Figura 3.3 **Disavanzo sanitario pro capite cumulato (2001-2004)**



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

Figura 3.4 **Incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente riferita alla popolazione residente (2004)**



Nota: la spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2003.

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2005)

Si osserva come Valle d'Aosta, PA di Trento e PA di Bolzano presentino il minor livello di copertura della spesa per i LEA da parte delle relative assegnazioni (nonostante siano in equilibrio economico-finanziario, grazie agli interventi di copertura da bilancio regionale/provinciale). 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 corrente¹⁶.

Va segnalato che la Legge Finanziaria per il 2005 ha previsto una copertura parziale dei disavanzi per il triennio 2001-2003 da parte dello stato centrale. Lo stanziamento complessivo è di 2 miliardi di euro. Di questi, 50 milioni vengono 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 verranno ripartiti successivamente e andranno a copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari.

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 2004 (Tab. 3.2), 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.

Venendo alle forme di copertura dei disavanzi previsti dalla legge 405/2001 e, nello specifico, alle «variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF o altre misure fiscali previste dalla normativa vigente», bisogna tenere presente quanto stabilito dalla normativa:

- il D.lgs. 446/1997 ha previsto per le Regioni l'istituzione dell'addizionale regionale sull'IRPEF. Lo stesso decreto ha fissato l'aliquota di tale addizionale regionale in misura compresa tra lo 0,5 per cento e l'1 per cento. Il D.lgs. 56/2000 ha, poi, previsto, a decorrere dall'anno 2000, l'innalzamento dell'addizionale regionale allo 0,9-1,4 per cento. Contestualmente sono state ridotte le aliquote generali dell'IRPEF in misura pari allo 0,4 per cento;
- sempre il D.lgs. 446/1997 ha introdotto l'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive). L'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota del 4,25 per cento. Le Regioni hanno facoltà di variare l'aliquo-

¹⁶ Da notare solo il valore relativamente basso della Regione Veneto, nonostante la chiusura in pareggio del bilancio 2004: il pareggio è stato raggiunto anche grazie a rilevanti trasferimenti regionali (4,3 per cento sul totale dei ricavi al netto della mobilità rispetto a una media nazionale dell'1,43 per cento, esclusi i trasferimenti da parte delle Regioni e province autonome).

Tabella 3.16 Disavanzo sanitario e quota coperta dalle assegnazioni 2005
(valori assoluti, in euro)

Regione	Disavanzo cumulato 2001-2003	Assegnazioni per copertura disavanzi	Incidenza assegnazioni su disavanzi	Disavanzo da coprire 2001-2003
Piemonte	351	59	16,8%	580
Valle d'Aosta	0	0	—	0
Lombardia	559	117	21,0%	438
Bolzano	0	0	—	0
Trento	0	0	—	0
Veneto	654	76	11,6%	578
Friuli Venezia Giulia	0	0	—	0
Liguria	165	54	32,7%	259
Emilia Romagna	106	56	53,0%	255
Toscana	111	43	39,0%	344
Umbria	62	11	18,0%	69
Marche	295	21	7,0%	329
Lazio	2.058	238	11,6%	2.281
Abruzzo	339	18	5,3%	427
Molise	129	5	3,9%	143
Campania	1.820	338	18,6%	2.384
Puglia	62	131	213,0%	-132
Basilicata	48	14	30,0%	52
Calabria	358	83	23,1%	222
Sicilia	856	107	12,5%	1.180
Sardegna	420	28	6,6%	589
Italia	8.393	1.400	16,7%	9.998
<i>Nord</i>	1.835	406	22,1%	2.067
<i>Centro</i>	2.527	288	11,4%	3.048
<i>Sud e Isole</i>	4.031	706	17,5%	4.884

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2005)

ta fino a un massimo di un punto percentuale. Il D.lgs. 56/2000 ha, poi, previsto l'abolizione della compartecipazione dei comuni e delle province al gettito IRAP;

- il D.lgs. 56/2000 ha stabilito, a decorrere dall'anno 2001, un innalzamento della quota spettante alle Regioni a statuto ordinario dell'accisa sulle benzine, portandola da 242 a 250 lire per litro di benzina venduta¹⁷;
- infine, la Legge Finanziaria per il 2003 (legge 289/2002, art. 3, comma 1) ha disposto la sospensione delle maggiorazioni delle aliquote regionali IRPEF e IRAP deliberate dopo il 29 settembre 2002; il blocco delle maggiorazioni è stato rimosso con la Finanziaria per il 2005.

Le addizionali regionali IRPEF sono state prevalentemente introdotte dalle Regioni del Centro-Nord (Tab. 3.17).

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

Rispetto all'entità delle addizionali adottate bisogna rilevare come le Marche siano la Regione dove le stesse arrivano a toccare la punta più elevata (il 3,65 per cento per i redditi superiori a 70.000,00 euro nel 2005), registrando un valore che è praticamente più del doppio rispetto alla più alta tra le aliquote adottate dalle altre Regioni (1,4 per cento).

Rispetto a quanto stabilito dai D.lgs. 446/1997 e 56/2000 sembrerebbe che la posizione del Veneto per l'anno 2002 e quella della Marche per gli anni 2002, 2003 e 2004 siano contrarie al dettato legislativo. In realtà la legge 405/2001 all'art. 4, comma 3-bis, stabilisce che «limitatamente all'anno 2002, in deroga ai termini e alle modalità previste dall'art. 50, comma 3, secondo periodo, del D.lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, e all'art. 24, comma 1, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 504, le Regioni possono disporre la maggiorazione dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e determinare i tributi regionali di cui all'art. 23 del citato D.lgs. 504/1992 con propri provvedimenti da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale entro il 31 dicembre 2001. La maggiorazione dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche superiore all'aliquota dello 0,5 è determinata con legge regionale». Viene di fatto sancita la possibilità per le Regioni di determinare la propria addizionale (per legge fissata per tutte le Regioni in misura pari allo 0,9 per cento) in misura superiore allo 0,5 previsto dalla normativa.

Passando all'IRAP, Lazio, Lombardia, Marche, Sicilia e Veneto hanno deliberato degli aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (anche se, contemporaneamente, sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti).

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

¹⁷ L'aumento è finalizzato, in parte, alla compensazione dell'abolizione dei trasferimenti erariali.

Tabella 3.17 Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni

Regione	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	fino a 10.329,14	0,9	fino a 10.329,14	0,9	fino a 10.504,74	0,9	fino a 10.672,82	0,9
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
Lombardia	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
	fino a 10.329,14	1,2	fino a 10.400,00	0,9	fino a 10.400,00	0,9		
Veneto	da 10.329,15 a 15.493,71	1,3	da 10.400,01 a 15.000,00	1,2	da 10.400,01 a 15.000,00	1,2		
	da 15.493,72 a 69.721,68	1,4	da 15.000,01 a 29.000,00	1,3	da 15.000,01 a 29.000,00	1,3	fino a 29.000,00	0,9
	oltre	1,9	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
	fino a 10.329,14	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9
Umbria	oltre	1,1	oltre	1,1	oltre	1,1	oltre	1,1
	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.500,00	0,9
Marche	da 15.493,72 a 30.987,41	1,91	da 15.493,72 a 30.987,41	1,91	da 15.493,72 a 30.987,41	1,4	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2
	da 30.987,42 a 69.721,68	3,6	da 30.987,42 a 69.721,68	3,6	30.987,42 a 69.721,68	3,6	oltre 31.000,01	1,4
	oltre	4	oltre	4	oltre	4		
	Molise		per tutti i redditi		per tutti i redditi		per tutti i redditi	
								1,2
Puglia		per tutti i redditi		per tutti i redditi		per tutti i redditi		1,1
								1,1
Calabria		per tutti i redditi		per tutti i redditi		per tutti i redditi		1,4
								1,4

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2005)

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

- Veneto, Calabria, Campania e Abruzzo (2,84 euro per kW);
- Marche (2,79 euro per kW);
- Molise (2,76 euro per kW).

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 PA 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. 3.18), vuoi perché due misure esplicitamente previste dalla legge 405/2001 fanno riferimento a essa (compartecipazioni alla spesa e interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci), vuoi perché esiste un esplicito tetto di spesa sull'assistenza farmaceutica convenzionata, pari al 13 per cento delle assegnazioni complessive da parte dello stato centrale.

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 Finanziaria per il 2005 ha però stabilito che tale obbligo non sussista nel caso di raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario complessivo. 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.

Nelle Regioni del centro-sinistra ha invece prevalso l'opzione dell'intervento sui meccanismi distributivi dei farmaci (Osservatorio Farmaci 2005).

Una terza misura di copertura dei disavanzi riconosciuta dall'Accordo del 16 dicembre 2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione. Quest'ultima consiste essenzialmente in un'operazione di conversione di *asset* di bilancio in titoli: essa consente di convertire parte delle proprie attività in valori negoziabili (titoli), con la finalità di smobilizzarli presso terzi investitori.

Il processo di cartolarizzazione si divide in due fasi successive: la cessione dei crediti, o degli immobili, che producono flussi finanziari positivi e la successiva emissione di titoli negoziabili, che incorporano il valore degli *asset* ceduti. Tale tecnica di finanziamento sta trovando ampi consensi all'interno delle pubbliche amministrazioni, soprattutto con riferimento al patrimonio immobiliare.

Tabella 3.18 Le compartecipazioni alla spesa farmaceutica nelle diverse Regioni

Regione	Compartecipazioni alla spesa (2004)				Spesa farmaceutica convenzionata per farmaci in Allegato 2 al D.M. 22 dicembre 2000 / spesa farmaceutica convenzionata lorda					
	2004	Anno introduzione (abolizione)		Compartecipazioni alla spesa / spesa farmaceutica convenzionata lorda						
			2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003
Piemonte	2 euro per ogni confezione prescritta (max di 4 euro per ricetta)	Aprile 2002	7,0%	9,3%	8,9%	8,3%	8,3%	7,6%	6,0%	6,0%
Valle d'Aosta			0,4%	0,7%	0,7%	3,5%	0,6%	0,6%	0,4%	0,4%
Lombardia	2 euro per ogni confezione prescritta (max di 4 euro per ricetta)	Dicembre 2002	1,1%	9,4%	8,6%	10,6%	11,2%	9,7%	9,7%	9,7%
Bolzano	2 euro per ogni confezione prescritta (max di 4 euro per ricetta)	Luglio 2002	3,0%	5,7%	5,3%	12,2%	13,5%	12,3%	12,3%	12,3%
Trento			1,5%	0,8%	0,7%	7,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Veneto	2 euro per ogni confezione prescritta (max di 4 euro per ricetta)	Marzo 2002	4,3%	7,2%	6,7%	5,9%	4,3%	3,7%	3,7%	3,7%
Friuli Venezia Giulia			0,6%	0,8%	0,7%	6,6%	5,7%	4,4%	4,4%	4,4%
Liguria	2 euro per ogni confezione prescritta (max di 4 euro per ricetta)	Aprile 2002	8,4%	9,8%	9,0%	10,2%	10,8%	8,3%	8,3%	8,3%
Emilia Romagna			0,5%	0,9%	0,8%	2,3%	1,4%	0,8%	0,8%	0,8%
Toscana			0,5%	0,8%	0,8%	2,2%	1,3%	1,1%	1,1%	1,1%
Umbria			0,5%	0,9%	0,8%	1,2%	1,0%	0,9%	0,9%	0,9%
Marche			0,7%	0,8%	0,8%	7,1%	4,8%	3,3%	3,3%	3,3%
Lazio	1 euro per confezione, esclusi farmaci con prezzo inferiore a 5 euro	Febbraio 2002	3,1%	3,4%	3,1%	12,3%	12,4%	11,5%	11,5%	11,5%

Tabella 3.18 (segue)

Regione	Compartecipazioni alla spesa (2004)			Spesa farmaceutica convenzionata per farmaci in Allegato 2 al D.M. 22 dicembre 2000 / spesa farmaceutica convenzionata lorda				
	2004	Anno introduzione (abolizione)	Compartecipazioni alla spesa / spesa farmaceutica convenzionata lorda	2002		2003		2004
				2002	2003	2002	2003	2004
Abruzzo		Agosto 2002 (Novembre 2002)	1,8%	0,8%	0,8%	9,0%	6,6%	4,0%
Molise	1 euro per farmaco di marca, 0,5 euro per farmaco generico	Novembre 2002	2,4%	4,6%	4,5%	13,5%	14,5%	12,9%
Campania		—	1,1%	1,2%	1,2%	9,2%	5,8%	4,6%
Puglia	2 euro per ogni confezione prescritta (max di 5,5 euro per ricetta)	Agosto 2002	3,3%	7,7%	6,7%	13,2%	14,5%	13,9%
Basilicata		—	0,7%	1,0%	0,9%	12,5%	11,1%	4,4%
Calabria	1 euro per confezione	Febbraio 2002	3,9%	6,2%	5,6%	11,6%	12,5%	11,8%
Sicilia	2 euro per ogni confezione prescritta (max di 4 euro per ricetta) (ridotte per fasce di reddito basse)	Luglio 2002	3,8%	7,4%	4,2%	11,0%	11,7%	10,8%
Sardegna		Agosto 2002 (Aprile 2004)	2,1%	2,7%	1,0%	10,8%	8,6%	4,5%
Italia			2,7%	5,2%	4,5%	8,7%	7,6%	4,7%

Nota: l'entità dei ticket sui farmaci è calcolata come incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda, che è pari al valore dei farmaci dispensati dalle farmacie convenzionate in prezzi al pubblico. I ticket sono rappresentati da quote fisse per ricetta o confezione dispensata a carico del SSN (introdotti solo in alcune Regioni, ai sensi della legge 405/2001, come indicato in tabella) e dall'eventuale differenza tra prezzo della prescrizione e prezzo di riferimento applicato ai principi attivi per i quali sia disponibile almeno un generico nel normale ciclo distributivo regionale, prezzo di riferimento applicato in tutte le Regioni (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. 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 della farmacia aperta al pubblico.

Fonte: elaborazioni su dati Osservatorio Farmaci (2005)

Le possibilità di cartolarizzazione immobiliare, per gli enti pubblici, dipendono da elementi di natura economica e di natura giuridica:

- dal punto di vista economico, le attività cartolarizzabili sono costituite da ogni tipo di attivo che generi flussi di cassa, stimabili con una certa attendibilità, stabili nel tempo, e liberamente cedibili;
- dal punto di vista giuridico, la cartolarizzazione si può effettuare su *asset* patrimoniali. Per le aziende sanitarie questi sono costituiti principalmente da immobili dismessi (il processo di ristrutturazione del SSN ha generato un accorpamento delle strutture ospedaliere e, di conseguenza, una considerevole quantità di immobili non più utilizzati per le funzioni originarie).

Il Lazio è stata la prima Regione ad aver puntato sull'alienazione delle strutture ospedaliere, creando, nel 2000, una società *ad hoc*, la Gepra, che ha acquistato l'intero patrimonio immobiliare delle ASL (56 ospedali).

Nello specifico, la Regione Lazio si è mossa con tre operazioni differenti:

- con l'operazione «Cartesio Serie 2-2001» è stata avviata la cartolarizzazione dei crediti vantati dalla Regione Lazio nei confronti dello Stato ai sensi della legge 130/1999;
- attraverso l'Operazione «SAN.IM Serie 1-2003» ha preso l'avvio un processo di *sale and leaseback* degli ospedali. La Regione ha continuato a utilizzare le strutture vendute, dietro il pagamento di un canone di leasing;
- con il «Fondo Immobiliare Lazio-2004» è stata originata un'operazione di cartolarizzazione delle quote di un Fondo Immobiliare chiuso realizzato mediante apporto di 926 immobili non strumentali delle ASL.

Anche la Sicilia, la Sardegna e l'Abruzzo stanno avviando operazioni di *sale and leaseback* con l'alienazione, da parte delle aziende sanitarie e ospedaliere, dei propri immobili, compresi gli ospedali, tramite un'asta internazionale. L'ente che si aggiudicherà l'asta non potrà cambiare la destinazione d'uso e dovrà lasciare la gestione, in affitto o in leasing, alle aziende sanitarie, che si impegnano a rimborsare in 10 anni il valore dell'immobile, compresi gli interessi, e a riscattarlo con il pagamento dell'ultima rata.

In altra direzione vanno, invece, le cartolarizzazioni dei crediti: con queste operazioni le aziende sanitarie cedono i crediti che vantano nei confronti di altri enti pubblici¹⁸, per esempio la Regione, con lo scopo non di ridurre il disavanzo (anche perché l'Accordo del 16 dicembre 2004 non prevede la cartolarizzazione dei crediti tra gli strumenti di copertura dei disavanzi), ma di generare quello

¹⁸ 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.

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.

Completamente differenti sono, infine, le operazioni di cessione dei crediti dei fornitori condotti in alcune Regioni. Contrariamente a quanto dichiarato, esse non hanno lo scopo di ridurre i disavanzi ma di rilevare i debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori. Di conseguenza:

- i fornitori cessano di essere creditori delle aziende sanitarie;
- le aziende sanitarie allentano le proprie tensioni di cassa nel breve periodo;
- la Regione per pagare i debiti si finanzia emettendo titoli negoziabili, che poi ripagherà attraverso i flussi di cassa mediante i quali, su un arco di tempo pluriennale, le aziende sanitarie ripagheranno i debiti ceduti.

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'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) nei confronti delle ASL, accumulati nel corso del 2004, e dalla Regione Abruzzo, 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.

L'operazione è stata avviata con l'acquisto di 337 milioni di euro di crediti certificati di fornitori, che FI.R.A. a sua volta ha venduto a un secondo soggetto, Cartesio, di proprietà di Merrill Lynch.

In attesa della definitiva collocazione dei titoli, è stato, infine, negoziato un «finanziamento ponte» messo a disposizione da Banca Intesa, Cassa di Risparmio di Pescara e Banca Popolare dell'Emilia per un importo pari a 208 milioni di euro, grazie al quale sono stati già avviati i pagamenti più urgenti. Per gli altri si aspetterà la data di scadenza dei titoli, che saranno rimborsati dalle ASL in 10 anni.

La Tab. 3.19 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate dalle Regioni¹⁹.

¹⁹ Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consip, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le Regioni, e l'applicazione puntuale del D.P.C.M. 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle Regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).

Tabella 3.19 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni**

Regione	Maggiorazione addizionale IRPEF	Maggiorazione IRAP	Maggiorazione bollo auto	Ticket farmaci	Cartolariz- zazione	Ticket Pronto Soccorso
Piemonte	✓			✓		Aboliti 2004
Valle d'Aosta						✓
Lombardia	✓	✓		✓		✓
Bolzano				✓		✓
Trento						
Veneto	✓	✓	✓	✓		✓
Friuli Venezia Giulia						✓
Liguria				✓		✓
Emilia Romagna						✓
Toscana						✓
Umbria	✓					Aboliti 2004
Marche	✓	✓	✓			Aboliti 2004
Lazio		✓		✓	✓	
Abruzzo			✓	Solo 2002	✓	✓
Molise			✓	✓		✓
Campania			✓			✓
Puglia	✓			✓		✓
Basilicata						✓
Calabria	✓		✓	✓		
Sicilia		✓		✓	✓	✓
Sardegna				Aboliti 2004	✓	✓

Fonte: confronto delle tabelle precedenti

3.6 I dati di spesa sanitaria pubblica e privata: analisi delle fonti

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 (Sistema Informativo Sanitario). 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, esclusa la Tab. 3.8 – cfr. *infra*).

Tali dati vengono rielaborati, ottenendo il Conto Economico Consolidato delle ASL e delle Aziende Ospedaliere (Tabella CN34 del Volume Primo della RGSEP) (dato non utilizzato nel presente capitolo); le principali elaborazioni sono rappresentate dalla:

1. valutazione delle uscite al netto delle entrate proprie delle aziende sanitarie;
2. rielaborazione dei dati secondo il sistema SEC95;
3. stima dei dati di ammortamento (stime derivanti dai dati di contabilità nazionale²⁰) e del risultato netto di gestione;
4. «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 (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:

1. 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);
2. dall'aggiunta dei costi sostenuti da altri enti pubblici (comuni, province, sta-

²⁰ 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).

- to) per servizi sanitari (quali, per esempio, costi per la profilassi di malattie infettive);
3. 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 (93,2 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, -0,8 per cento del totale); «servizi amministrativi» (5,1 per cento del totale), ovvero le spese per servizi amministrativi delle aziende sanitarie, ottenute sommando la spesa per il personale appartenente al ruolo amministrativo, una quota della spesa del personale appartenente al ruolo professionale 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 2004 a 2.158 milioni di euro, pari al 2,5 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 e

farmaceutici» (50,9 per cento del totale nel 2004), «spesa per servizi medici e paramedici non ospedalieri» (40,2 per cento del totale) e «spesa per servizi ospedalieri» (8,9 per cento del totale). Il dato complessivo della spesa sanitaria privata è usato in Tab. 3.7, 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. Tale spesa rappresenta nel 2004 circa il 15 per cento della spesa sanitaria privata complessiva.

Acronimi

- ACN** – Accordo Collettivo Nazionale
- AIFA** – Agenzia Italiana del Farmaco
- AIOP** – Associazione Italiana Ospedalità Privata
- AIR** – Accordi Integrativi Regionali (medicina generale)
- ARAN** – Agenzia per la Rappresentanza negoziale delle Pubbliche Amministrazioni
- ASSR** – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali
- CCNL** – Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro
- CAGR** – Compound Average Growth Rate
- CE** – Conti Economici
- CUF** – Commissione Unica sul Farmaco
- CV** – Coefficiente di Variazione
- D.lgs.** – Decreto legislativo
- D.M.** – Decreto Ministeriale
- D.P.C.M.** – Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
- IRAP** – Imposta regionale sulle attività produttive
- IRCCS** – Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
- IRPEF** – Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche.
- LEA** – Livelli Essenziali di Assistenza
- MMG** – Medici di Medicina Generale
- OCSE (OECD)** – Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (Organisation for Economic Cooperation and Development)
- PA** – Provincia Autonoma
- PIL** – Prodotto Interno Lordo
- PPA** – Parità dei Poteri di Acquisto
- RGSEP** – Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese

RND – Rendiconti Finanziari
SEC95 – Sistema dei conti nazionali
SESPROS96 – Sistema delle statistiche integrate della protezione sociale
SIS – Sistema Informativo Sanitario
SSN – Servizio Sanitario Nazionale
UE – Unione Europea

Bibliografia

- Agenzia per i Servizi Sanitarie 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 Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, pp. 487-527, Milano, Egea.
- Carbone C., Jommi C., Salvatore D. (2004), «I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Provincie Autonome (2005), *Sanità: le risorse per il 2005. Il confronto Stato-Regioni dopo la Finanziaria* (www.regioni.it).
- Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Provincie Autonome (2004), *Diritto alla salute: le risorse per il 2004* (www.regioni.it).
- Di Matteo L. (2003), «The Income Elasticity of Health Care Spending: A Comparison of Parametric and Non-Parametric Approaches», *European Journal of Health Economics*, n. 1, vol. 4, pp. 20-29.
- ISTAT (2005), *Previsioni della popolazione – Anno 2001-2051*, (demo. istat.it).
- Jommi C. (2004), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del paese*.
- OECD (2005), *OECD Health Data 2005*.
- Osservatorio Farmaci – CeRGAS (2005), Report n. 15. Rapporto annuale per il 2004.
- Otto M., Paruzzolo S., Torbica A. (2004), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica: le iniziative adottate nel 2003», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.