

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of blue. The background is a dark blue gradient with faint, light blue text related to economics and development, such as 'valutazioni', 'risorse', 'innovazione', 'integrazione', 'SSN', 'generalismo', 'economicità', 'regioni', 'attività', 'economie', 'performance', 'accesso', 'appropriabilità', and 'cronicità'.

Capitolo 3

La spesa:

l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 3

La spesa: l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali

d'Angela D.¹, Ploner E.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.²

3.1. Il contesto internazionale e la sostenibilità del sistema italiano

La spesa sanitaria totale corrente italiana, nel 2016, risulta pari a € 2.464,3 pro-capite (OECD), con uno scarto del 31,2% rispetto a € 3.583,8 medio pro-capite dell'Europa occidentale (EU-OCC)³ (Figura 3.1).

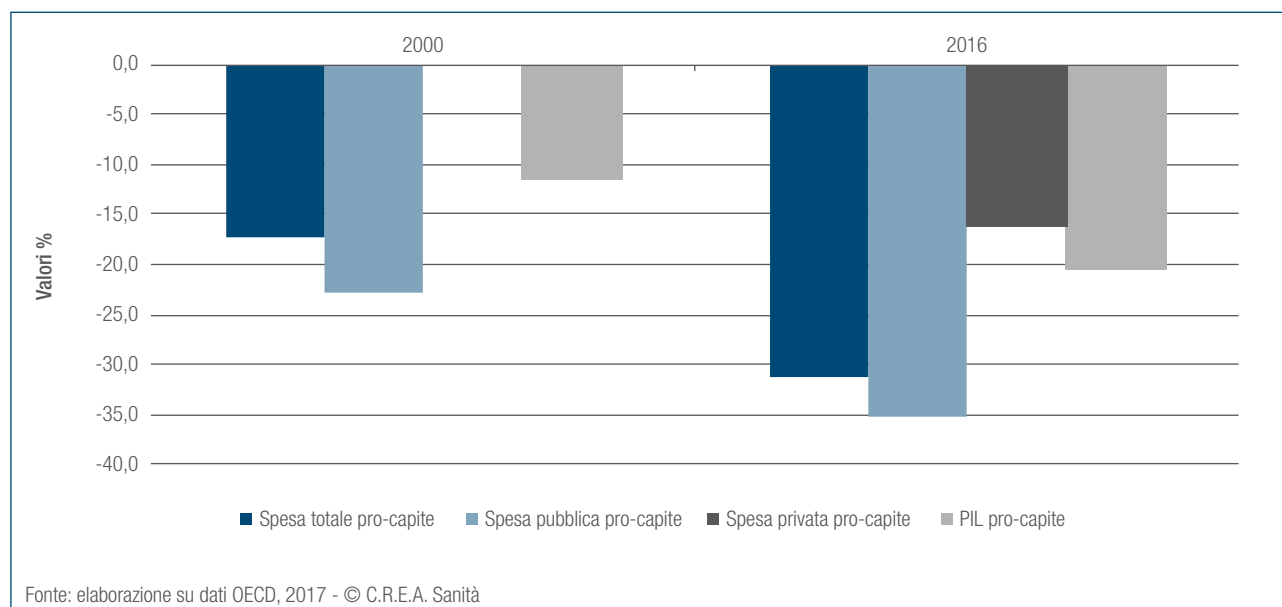
Va sottolineato, che, sebbene il *gap* risulti in diminuzione di 0,8 punti percentuali rispetto all'anno precedente, presenta comunque un incremento di 13,3 punti percentuali rispetto al 2000. Nel periodo 2000-2016 il *gap* in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e l'EU-OCC (EU-14⁴) è, quindi, quasi raddoppiato (17,9% vs 31,2%). Sebbene nell'ultimo anno, la spesa sanitaria to-

tale pro-capite del nostro Paese sia cresciuta dell'1,1% contro una decrescita dello -0,1% dell'EU-OCC, la crescita media annua tra il 2011 ed il 2016 è pari allo 0,2% dell'Italia vs una del 3,0% dell'EU-OCC al netto dell'Italia (EU-14) (Figura 3.2).

A ben vedere, però, questa inversione di tendenza del *gap* è solo "apparente" in quanto legata alla massiccia contrazione della spesa sanitaria che si è verificata sia in Grecia (in seguito alla grave crisi economica iniziata nel 2009 e tutt'ora in corso), che nel Regno Unito; in quest'ultimo Paese la riduzione della spesa per l'assistenza sanitaria è, in effetti, effetto della svalutazione della Sterlina.

I risultati si confermano ripetendo l'analisi in valori

Figura 3.1. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite in €. Gap Italia vs EU-14



¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

³ Fonte: *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*, database OECD.Stat, edizione luglio 2017.

⁴ EU-15 esclusa Italia

Figura 3.2. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite in €. Gap Italia vs EU-14

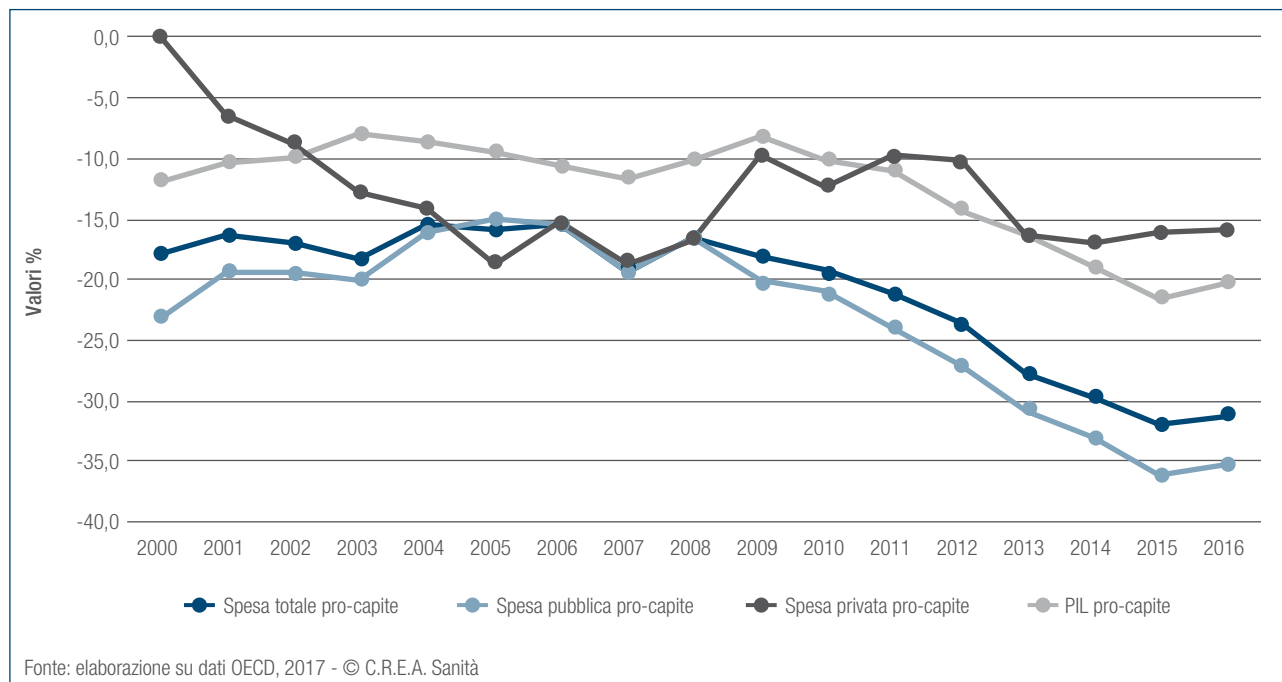
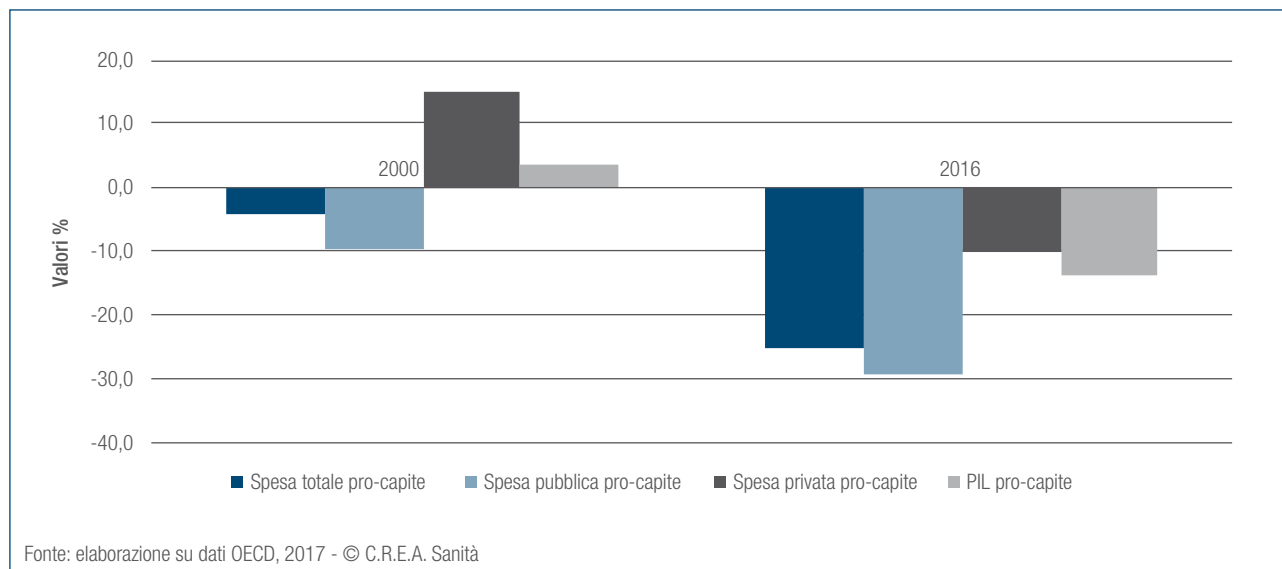


Figura 3.3. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite in \$-PPP. Gap Italia vs EU-14

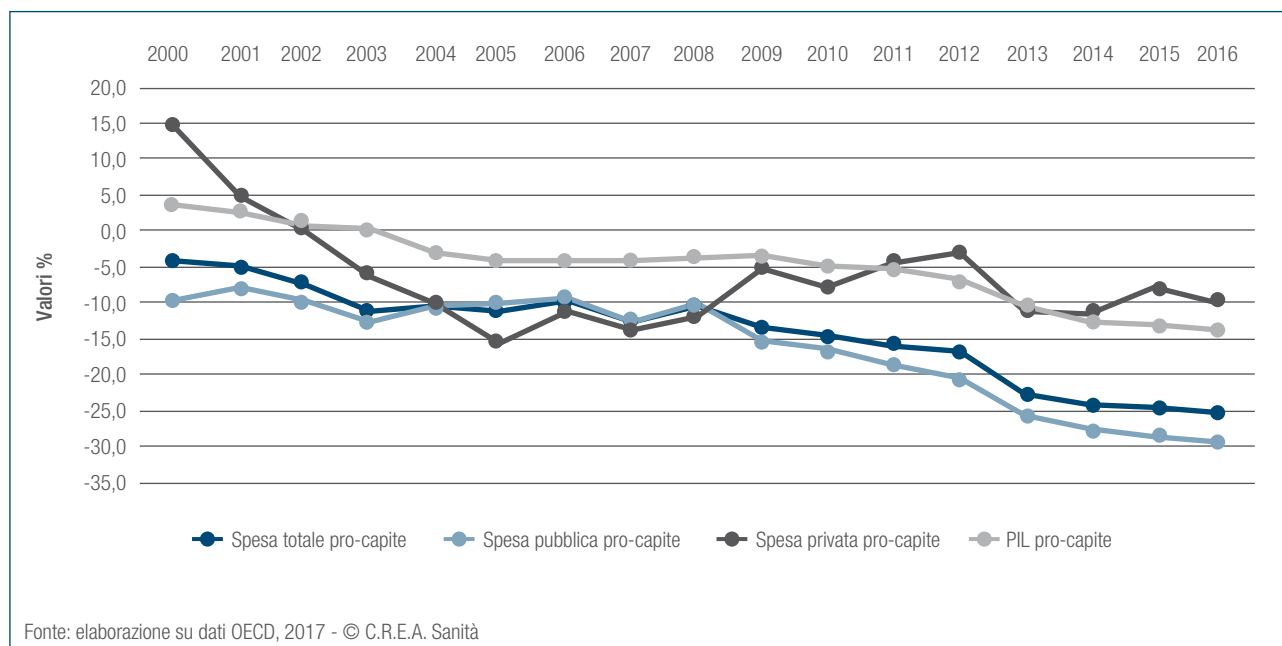


pro-capite in \$-PPP (*Purchasing Power Parity*); nel caso della spesa totale, lo scarto tra l'Italia ed i Paesi EU-14 tra il 2000 ed il 2016 è cresciuto di 21,3 punti percentuali passando dal 4,0% del 2000 al 25,3% del 2016: anche nell'ultimo anno il *gap* è cresciuto, comunque, di 1,0 punto percentuale (Figura 3.3).

Sul fronte della spesa pubblica, il divario tra l'Italia e EU-14 ha raggiunto il 35,2% (-0,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente); al pari di quanto verifica-

tosì per la spesa totale, va notato che nel 2000 il *gap* superava appena il 23,0% (in pratica, una crescita dello scarto, nel periodo considerato, di 12,0 punti percentuali). Nuovamente, qualora esprimessimo la variabile di interesse in \$-PPP, avremmo che la forbice tra l'Italia ed i Paesi dell'EU-14 ha continuato ad allargarsi in tutto l'arco temporale analizzato, passando dal 9,6% nel 2000 al 29,3% a fine 2016 e con un incremento di 0,7 punti percentuali nell'ultimo anno.

Figura 3.4. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite in \$-PPP. Gap Italia vs EU-14



Passando all'analisi della spesa sanitaria privata pro-capite, è possibile osservare che il *gap* si ferma al 16,0%, riportando peraltro una crescita assai consistente nel periodo 2000-2016 (basti considerare che nel 2000 lo scarto fra Italia ed EU-14 era praticamente nullo): la distanza tra l'Italia e EU-14 tra il 2015 ed il 2016 si è ridotta dello 0,2%. In termini di \$-PPP è possibile evidenziare come nell'ultimo anno il *gap* sia, invece, aumentato di circa 2,0 punti percentuali, sebbene tra il 2000 ed il 2002 lo scarto fosse a vantaggio dell'Italia e la variabile abbia avuto nell'intero periodo analizzato un andamento oscillante.

Parallelamente il *gap* del PIL pro-capite è diminuito nell'ultimo anno di 1,2 punti percentuali, sebbene il PIL pro-capite, tra il 2011 ed il 2016, abbia avuto una crescita media nulla in Italia contro un aumento del 2,3% medio annuo nei Paesi dell'EU-14. In \$-PPP lo scarto di PIL pro-capite fino al 2003 è a favore dell'Italia per poi subire un'inversione di tendenza, riportando una crescita di 0,9 punti percentuali tra il 2015 ed il 2016 (Figura 3.4).

In sintesi, quindi, nel 2016 il *gap* tra l'Italia ed i Paesi dell'EU-14:

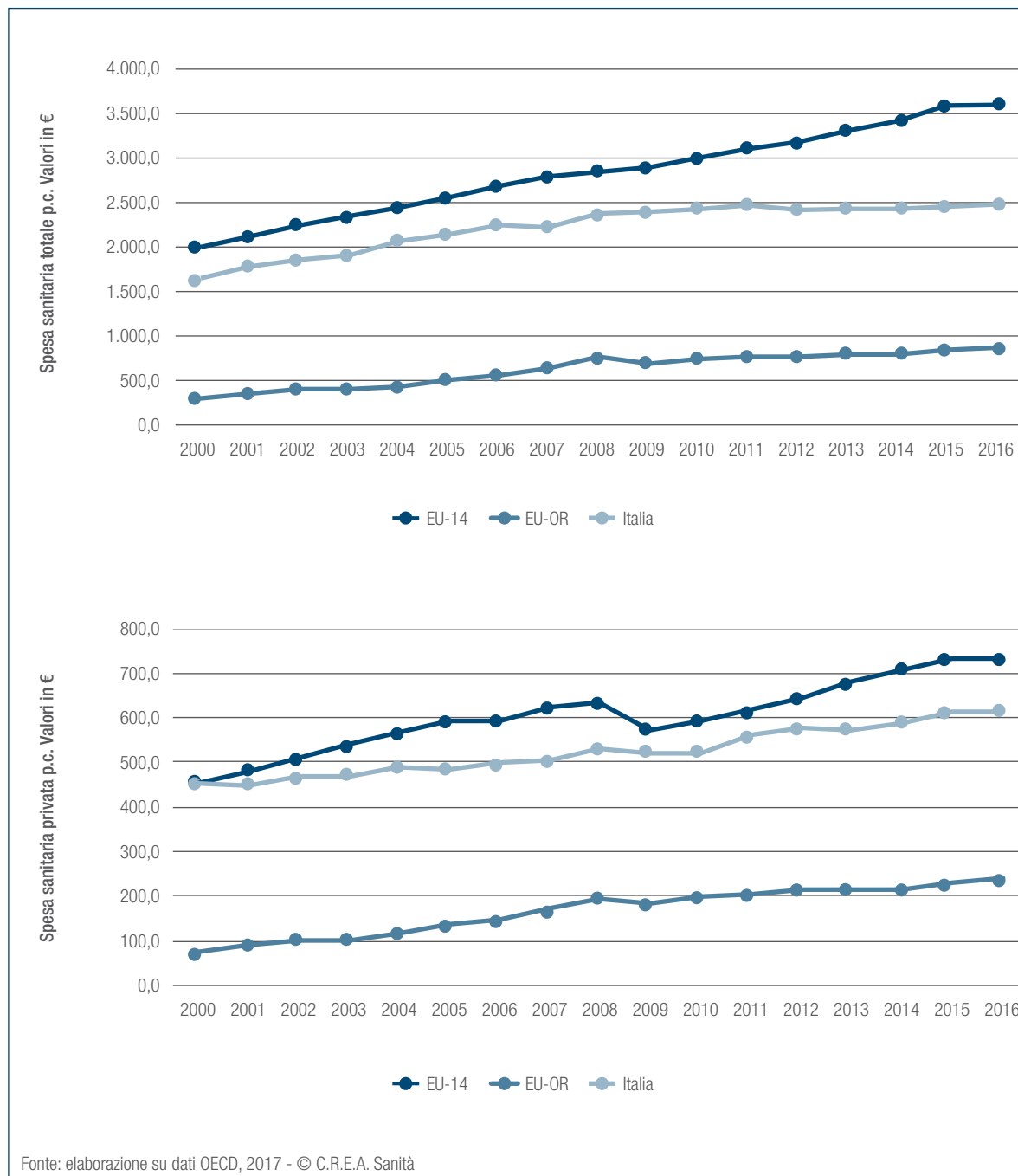
- in termini di spesa totale ha raggiunto il 31,2% qualora nell'analisi si faccia ricorso ai valori pro-capite espressi in €, mentre si ferma al 25,3% qualora si utilizzino i

valori espressi in \$-PPP. Data l'approssimazione della correzione in \$-PPP nel caso specifico della Sanità, possiamo, quindi, ragionevolmente sostenere che in termini di servizio il *gap* italiano è intermedio (quindi nel *range* 25%-31%) fra gli indicatori elaborati;

- in termini di spesa pubblica ha raggiunto il 35,2% qualora nell'analisi si faccia ricorso ai valori pro-capite espressi in €, mentre si ferma al 29,3% qualora si utilizzino i valori espressi in \$-PPP;
- in termini di spesa privata ha raggiunto il 16,0% qualora nell'analisi si faccia ricorso ai valori pro-capite espressi in €, mentre si ferma al 10,0% qualora si utilizzino i valori espressi in \$-PPP;
- in termini di PIL, ha raggiunto il 20,4% qualora nell'analisi si faccia ricorso ai valori pro-capite espressi in €, mentre si ferma al 13,8% qualora si utilizzino i valori espressi in \$-PPP.

Allargando l'analisi ai Paesi dell'Europa Orientale (EU-OR), osserviamo come la spesa sanitaria totale pro-capite abbia in questi Paesi una crescita assai più sostenuta che in EU-14 o in Italia (6,9% 3,7%, e 2,5% medio annuo rispettivamente per EU-OR, EU-14, e Italia). Analogo andamento ha caratterizzato tutte le altre variabili analizzate (crescita media annua della spesa pubblica pro-capite: 6,8%, 3,8%, e 2,7% rispettivamente per EU-OR, EU-14, e Italia; crescita media annua della

Figura 3.5. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite, Italia, EU-14 e EU-OR

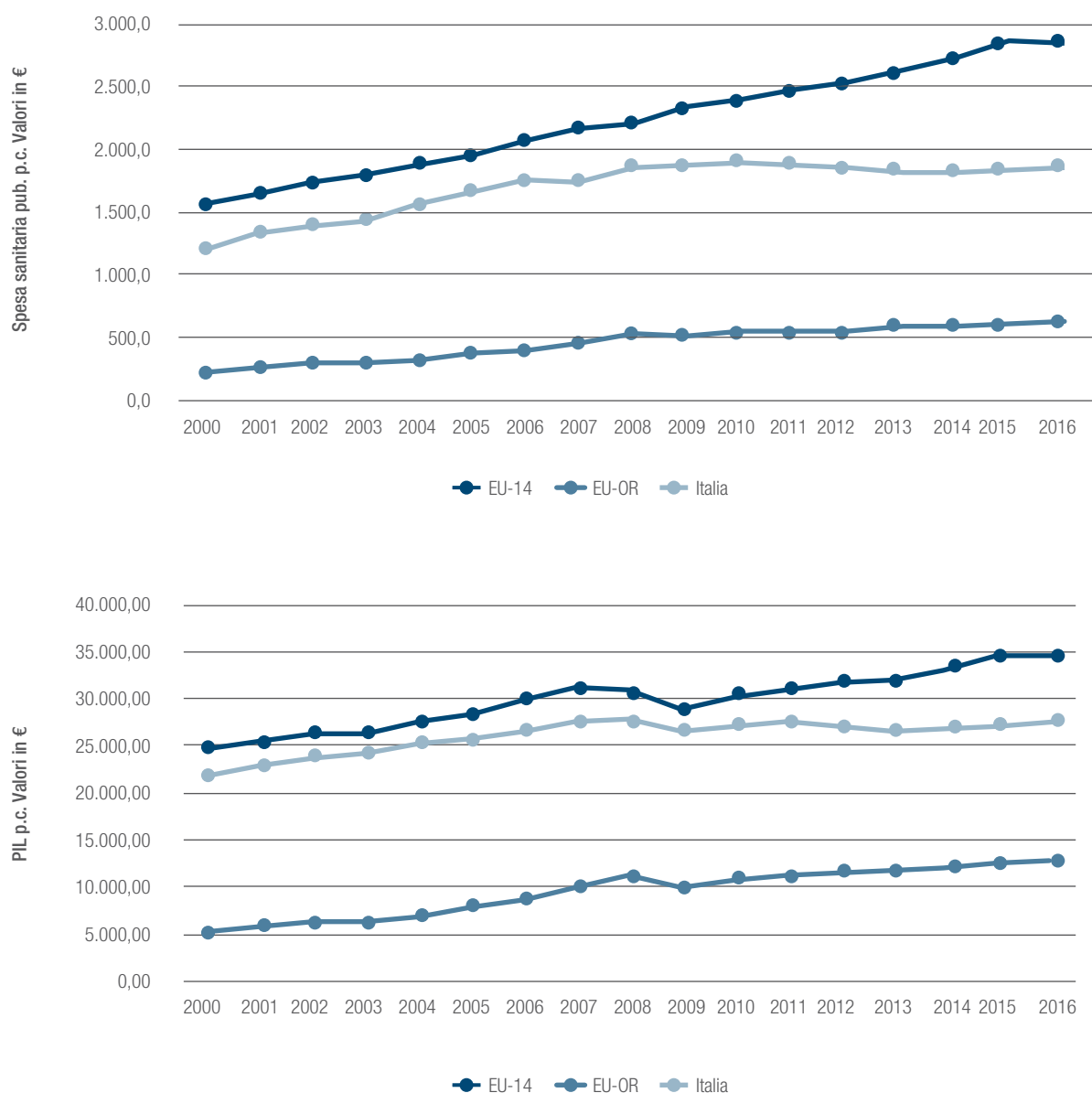


spesa privata pro-capite: 7,4%, 3,1% e 2,0% rispettivamente per EU-OR, EU-14 e Italia; crescita media annua del PIL pro-capite: 5,8%, 2,1%, e 1,5% rispettivamente per EU-OR, EU-14, e Italia).

Osserviamo, quindi, la tendenza ad un “progressivo avvicinamento” dell’Italia ai Paesi EU-OR e un altrettanto “progressivo allontanamento” da EU-OCC (Figura 3.5).

Un tema di grande interesse è rappresentato dall’e-

voluzione della spesa privata in Italia: nel periodo 2000-2015 la spesa privata pro-capite italiana ha registrato un valore inferiore a quello medio europeo, ed è anche cresciuta meno: nel quinquennio 2000-2005 è aumentata con un tasso medio annuo del +0,2% a fronte di un aumento del +6,5% dei Paesi EU-14 ed uno del +10,1% dei Paesi EU-OR; +3,6% dal 2005 al 2010 rispetto a +1,8% EU-14 ed +8,6% di EU-OR. Nel quinquennio

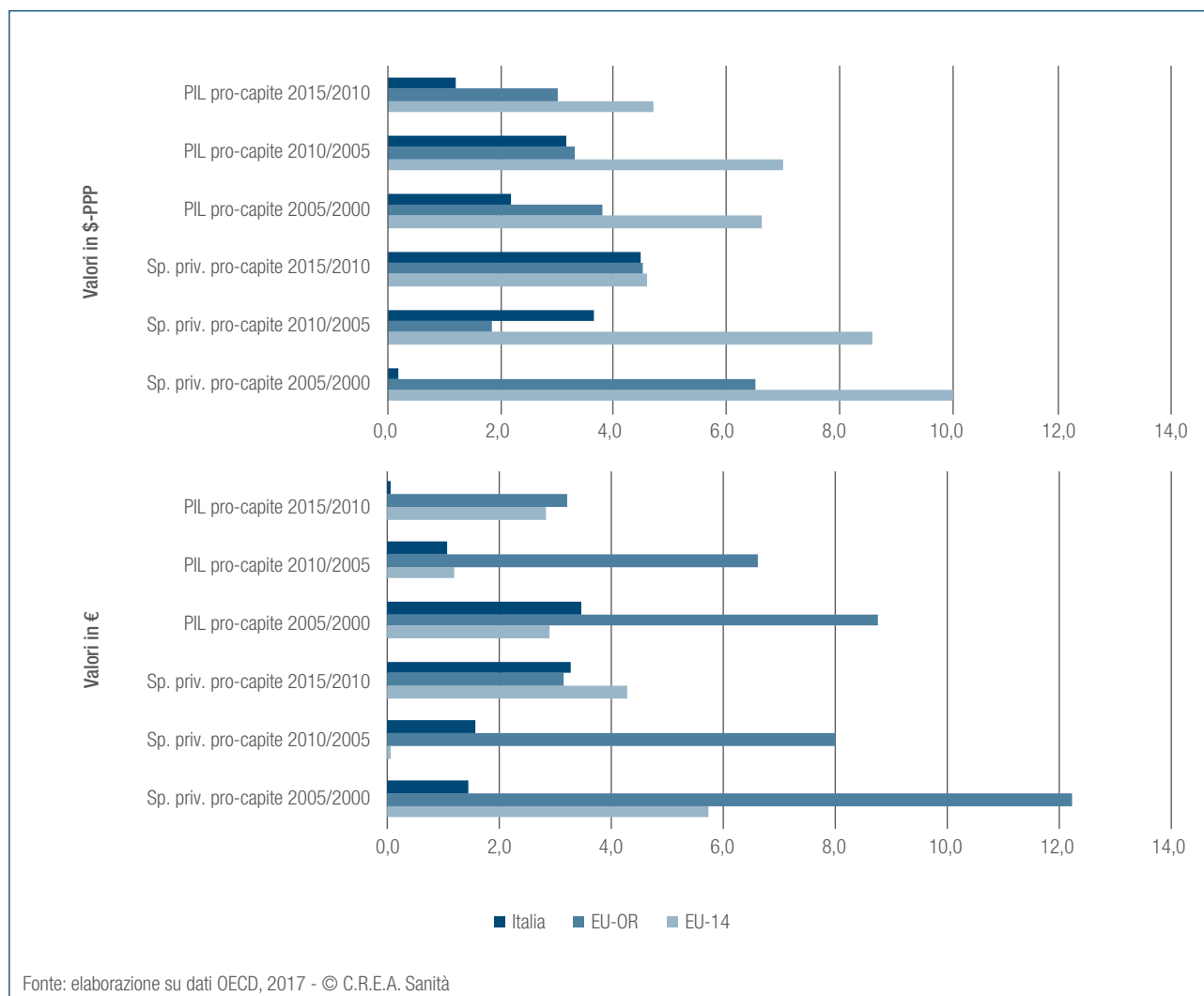


2010-2015 il tasso di crescita si è sostanzialmente allineato: +4,5% Italia ed EU-14 e +4,6% in EU-OR.

Il tasso di crescita annua della spesa privata delle famiglie è rimasto invariato nei due quinquenni 2000-2005 e 2005-2010 (+1,4%), mentre in quello successivo (2010-2015) è più che raddoppiato (+3,2%), allineandosi a quello riscontrato in EU-OR (+3,1%), e rimanendo inferiore di un punto percentuale a quello EU-14.

Si fa presente che l'incremento reale nell'ultimo quinquennio potrebbe essere inferiore, poiché a partire dal 2012 si riscontra un disallineamento tra la spesa sanitaria delle famiglie dichiarata da OECD e quella indicata nella contabilità nazionale dell'Istat (nella fonte OECD risultano circa € 1,6 mld. annui in più, presumibilmente attribuibili alla componente intermediata della spesa): considerando il dato di contabilità nazionale, l'incremen-

Figura 3.6. Spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite. Variazioni vs altri Paesi dell'EU-OCC (EU-14) e EU-OR



to nell'ultimo quinquennio sarebbe, quindi, di minore entità: +2,4% (0,8 punti percentuali in meno) (Figura 3.6).

3.2. La spesa sanitaria nelle Regioni

Da questa edizione del Rapporto, per le analisi riguardanti la spesa pubblica si è fatto riferimento ai dati di spesa pubblicati dall'Istat nell'ambito del *report "Il sistema dei conti della Sanità per l'Italia"*. Si osserva che il nuovo sistema dei conti della sanità pubblicato dall'Istat è costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) ed è in linea con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti (SEC 2010), migliorando quindi il livello di confrontabilità dei dati.

Nel 2016, secondo il nuovo approccio per l'assistenza

sanitaria sono stati spesi circa € 112,2 mld.: una crescita del +1,2% rispetto all'anno precedente; la somma in questione risulta inferiore di quasi 3,0 mld. rispetto a quella registrata per il medesimo anno dal Ministero della Salute; di contro, è tendenzialmente in linea con quella pubblicata dalla Ragioneria Generale dello Stato (si tratta, in questo caso di uno scarto di circa € 165,0 mln.) (Tabelle 3.1 e 3.2).

Appare doveroso evidenziare come la maggior parte della differenza tra i dati Istat e i dati del Ministero della Salute sia spiegata dalla diversa modalità di contabilizzazione di alcune voci di entrata.

I dati di spesa sanitaria pubblica diffusi dall'Istat il 4 luglio scorso, come citato, sono stimati secondo la metodologia SHA e sono coerenti con le regole del SEC 2010: la spesa considerata è quella secondo il SEC 2010 definita spesa per consumi finali – divisione

Tabella 3.1. Spesa sanitaria pubblica per fonte dei dati, valori assoluti in € mln.

Fonte dei dati	2012	2013	2014	2015	2016
Ragioneria Generale dello Stato	110.436,6	109.483,3	110.813,0	111.143,6	112.347,9
Corte dei Conti	113.106,2	111.916,1	113.101,2	n.d.	n.d.
Ministero della Salute	114.509,9	n.d.	112.513,0	113.907,1	115.168,8
Istat – SHA	110.001,0	109.254,0	110.556,0	110.830,0	112.182,0
Istat – <i>health for all</i>	109.892,0	109.290,0	110.566,0	111.653,0	n.d.

Fonte: Corte dei Conti, Istat, Ministero della Salute, Ragioneria Generale dello Stato, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3.2. Spesa sanitaria pubblica per fonte dei dati, differenza Istat vs altre fonti, valori assoluti in € mln.

Fonte dei dati	2012	2013	2014	2015	2016
Istat (SHA) vs Ragioneria Generale dello Stato	-435,6	-229,3	-257,0	-313,6	-165,9
Istat (SHA) vs Corte dei Conti	-3.105,2	-2.662,1	-2.545,2	n.d.	n.d.
Istat (SHA) vs Ministero della Salute	-4.508,9	n.d.	-1.957,0	-3.077,1	-2.986,8

Fonte: Corte dei Conti, Istat, Ministero della Salute, Ragioneria Generale dello Stato, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

“Sanità” della classificazione COFOG – sostenuta dagli enti della Pubblica Amministrazione che forniscono assistenza sanitaria. In particolare, la spesa per consumi finali include:

- il valore dei beni e dei servizi prodotti dalle amministrazioni pubbliche stesse, diversi dagli investimenti per uso proprio, la produzione di beni e servizi destinabili alla vendita ed i flussi monetari inerenti alla produzione di beni e servizi non destinabili alla vendita;
- il valore degli acquisti da parte delle amministrazioni pubbliche di beni e servizi, prodotti da produttori di beni e servizi destinabili alla vendita, forniti (senza alcuna trasformazione) alle famiglie a titolo di trasferimenti sociali in natura. I beni e i servizi forniti dai venditori alle famiglie sono pagati dalle amministrazioni pubbliche.

Nella stima della spesa per consumi finali si sottraggono dalle voci di costo (redditi, consumi intermedi, ecc.) la stima degli investimenti per uso proprio ed i ricavi che gli enti conseguono per la vendita di determinati beni e servizi, mentre nel caso delle elaborazioni prodotte dal Ministero della Salute tali ricavi non vengono contabilizzati a riduzione della spesa, essendo inclusi nel totale delle entrate, dando origine in tal modo ad un valore

della spesa pubblica più alto di quello stimato dall’Istat.

Con i caveat espressi, la spesa pubblica pro-capite, nel 2016, è quindi di € 1.849,2 (+1,4% rispetto al 2015) (Figura 3.7) con valori massimi nelle due PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 2.309,2 e € 2.160,2 pro-capite), in Valle d’Aosta (€ 2.084,3 pro-capite), e Liguria (€ 2.043,2 pro-capite); all’estremo opposto si collocano Campania, Puglia e Sicilia con una spesa pro-capite rispettivamente pari a € 1.757,6, € 1.763,8 e € 1.766,4.

La differenza tra la Regione con spesa massima pro-capite e quella con spesa minima è pari al 31,4%, ovvero € 551,5; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane significativa essendo pari al 16,2% (€ 285,5).

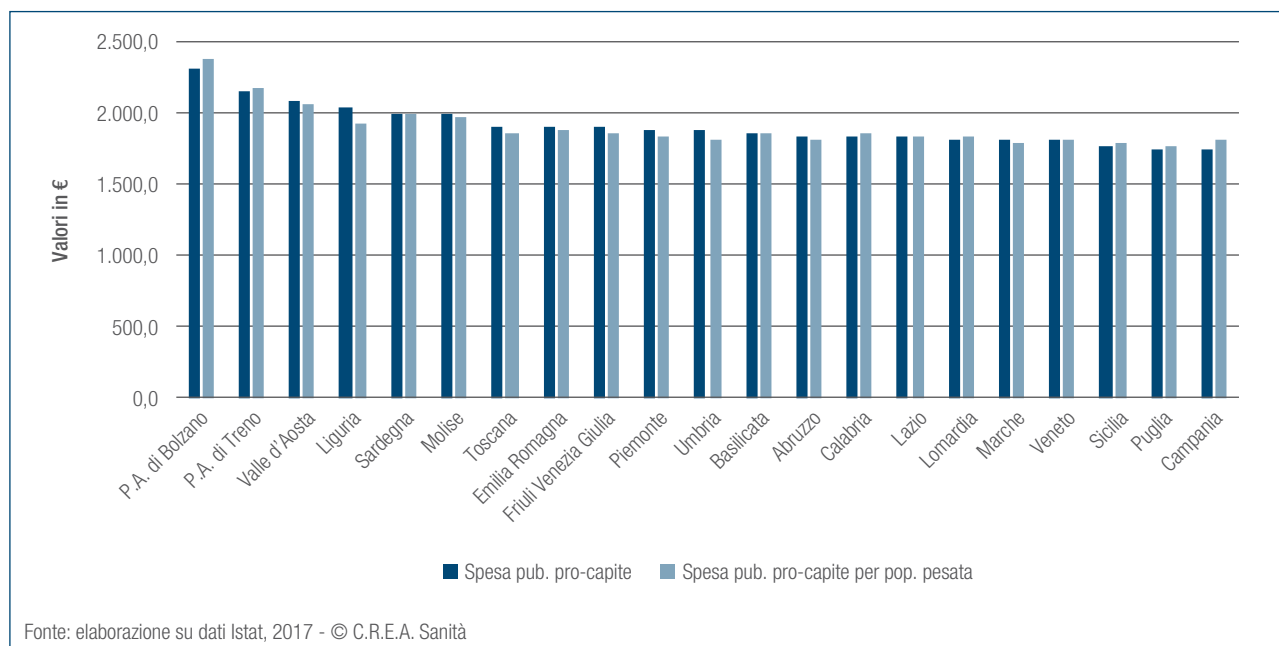
Utilizzando al posto della spesa effettiva quella standardizzata⁵, permane una differenza assolutamente importante tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, con uno scarto prossimo al 34,0% (€ 606,4).

Tra il 2012⁶ ed il 2016 la spesa pubblica pro-capite, in termini nominali, è aumentata dello 1,4% (variazione media annua pari allo 0,4%) (Tabella 3.3), che in termini reali si riduce allo 0,2% (ovvero € 3,6).

⁵ La spesa è stata standardizzata pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, come da relative delibere CIPE

⁶ Nel 2011 c’è stato un censimento che ha portato nei due anni successivi ad una ricostruzione intercensuaria. Questo ha fatto sì che la popolazione residente nel 2012 e nel 2013 fosse piuttosto sottostimata. Nella nostra analisi abbiamo pertanto effettuato una stima della popolazione residente nel 2012 e nel 2013

Figura 3.7. Spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione semplice e standardizzata



A livello regionale, in termini nominali, la Calabria ha riportato la crescita più sostenuta (+2,4% medio annuo) a cui fanno seguito la Campania con l'1,6% medio annuo, la Basilicata e la Sicilia rispettivamente con +1,5% e +1,4% medio annuo. All'estremo opposto si collocano il Friuli Venezia Giulia che ha riportato una contrazione della spesa pubblica pro-capite espressa in termini nominali del 1,5% medio annuo, il Lazio (Regione quest'ultima, ricordiamo, in Piano di Rientro), dove la diminuzione della spesa pubblica pro-capite ha raggiunto l'1,5% medio annuo ed, infine, la Valle d'Aosta ed il Molise dove la spesa ha riportato una decurtazione prossima all'1,0% medio annuo (0,9%).

Per quanto riguarda la spesa privata pro-capite a livello regionale⁷, nel 2016 risulta pari a € 596,7 (+1,2% rispetto al 2015) con valori massimi in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente € 827,4 e € 805,5), mentre all'estremo opposto si collocano Campania (€ 326,8) e Sardegna (€ 361,8).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 153,2%, pari a € 500,6; anche escludendo le Regioni a statuto speciale, la differenza rimane considerevole e pari a € 476,8 (145,9%).

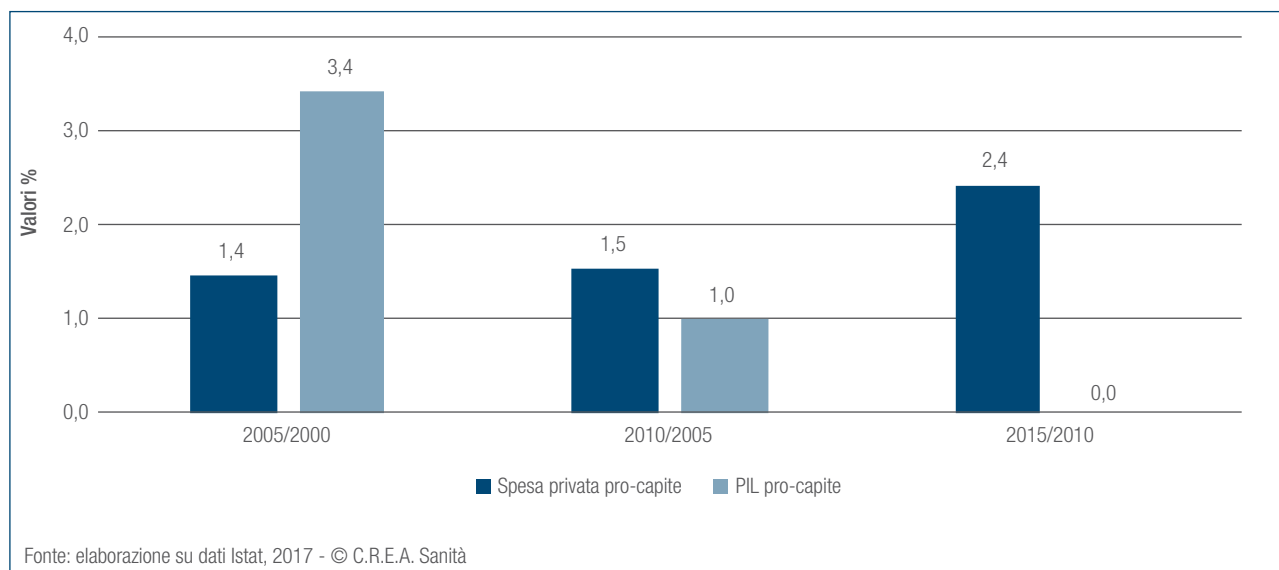
Tabella 3.3. Spesa sanitaria pubblica regionale

Regioni	Spesa pro-capite nominale Anno 2016 (€)	Var. media annua nominale (%) 2012-2016
Italia	1.849,2	0,4
Piemonte	1.881,1	-0,1
Valle d'Aosta	2.084,3	-0,9
Lombardia	1.831,4	-0,1
P.A. di Bolzano	2.309,2	0,8
P.A. di Trento	2.160,2	-0,0
Veneto	1.813,4	0,7
Friuli Venezia Giulia	1.904,2	-1,5
Liguria	2.043,2	0,9
Emilia Romagna	1.906,9	-1,0
Toscana	1.908,0	0,1
Umbria	1.880,2	0,7
Marche	1.825,3	1,1
Lazio	1.835,0	-1,3
Abruzzo	1.851,1	1,2
Molise	2.007,2	-0,9
Campania	1.757,7	1,6
Puglia	1.763,8	1,3
Basilicata	1.859,8	1,5
Calabria	1.850,1	2,4
Sicilia	1.766,4	1,4
Sardegna	2.008,9	1,0

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

⁷ Tale spesa è ottenuta come somma della spesa *Out of Pocket*, della spesa per polizze assicurative individuali e della spesa per Fondi Sanitari Integrativi

Figura 3.8. Variazione media annua della spesa sanitaria delle famiglie e del PIL pro-capite



Analizzando il *trend* della spesa sanitaria pro-capite delle famiglie dall'avvio dell'aziendalizzazione del SSN (D.L. 52/1992), si riscontra un notevole aumento, pari al +15,2% nel primo quinquennio (1995/1990), seguito da uno di minore entità, +7,3%, nel quinquennio successivo (2000/1995); nel periodo 2000-2010 il tasso di crescita medio annuo non ha riportato variazioni significative: +1,4% dal 2000 al 2005 e +1,5% dal 2005 al 2010; nell'ultimo quinquennio, invece, sembra esserci stata nuovamente una crescita maggiore, con un tasso medio annuo del +2,4%. Tale andamento porta ad ipotizzare che siano stati i Piani di Rientro ed il decreto "Spending review" (D.L. 135/2012) ad aver comportato una maggior compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, anche in considerazione del fatto che nel periodo considerato il PIL pro-capite è sostanzialmente rimasto invariato (variazione media annua del +0,01%), tendendo a deprimere i consumi volontari (Figura 3.8).

Dall'analisi della composizione dei consumi sanitari delle famiglie, si riscontra come in questi anni si sia ridotta la quota di spesa privata per farmaci, articoli sanitari e materiale terapeutico, passando dal 41,6% del 2000 al 38,0% del 2016, e sia invece aumentata quella per i servizi ospedalieri ed ambulatoriali (visite specialistiche, esami, odontoiatria, etc.), passata dal 58,4% al 62,0%.

Per i servizi ospedalieri si passa dal 13,4% nel 2000 al 14,0% nel 2016, con un picco nel quadriennio 2011-2014 (valore massimo del 15,2% nel 2011); per quelli

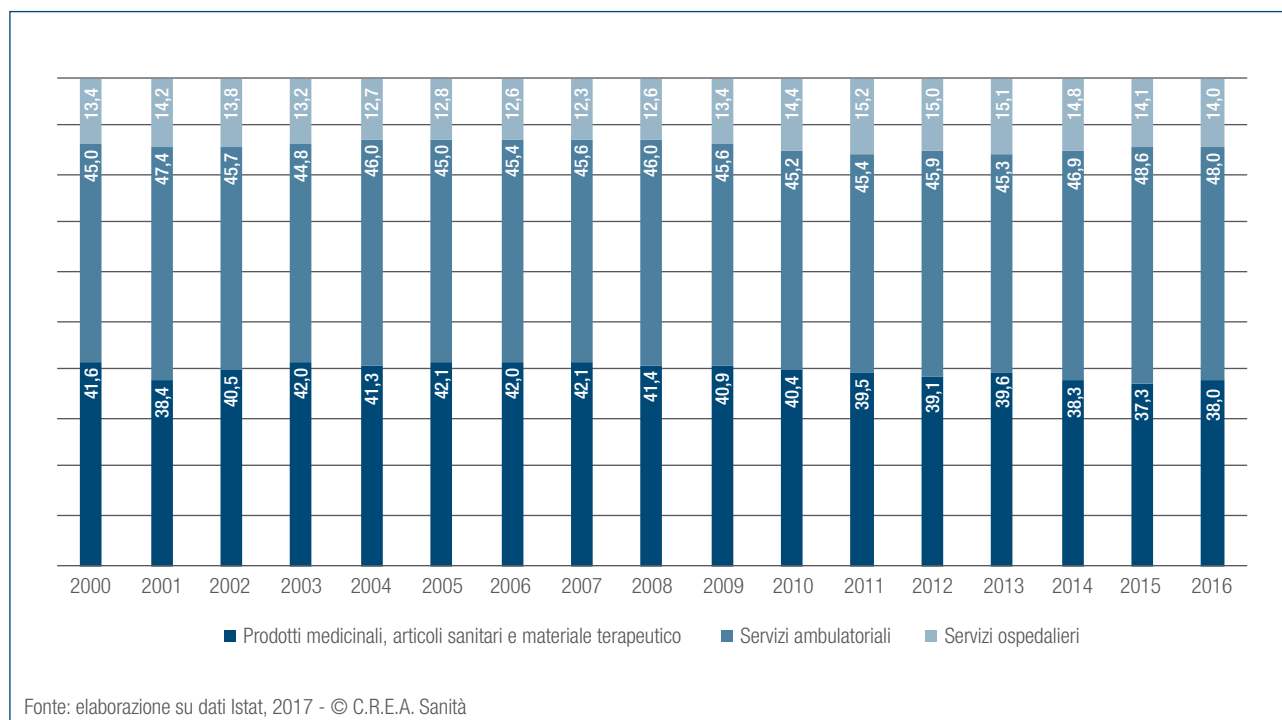
ambulatoriali l'aumento è di tre punti percentuali nello stesso periodo, rappresentando questi ultimi, nel 2016, quasi la metà (48,0%) della spesa sanitaria *Out of Pocket* delle famiglie (Figura 3.9).

Confrontando a livello regionale la dinamica della spesa sanitaria delle famiglie e quella del PIL pro-capite, osserviamo come, nel periodo 2005-2010, in 17 Regioni si sia registrato un aumento della spesa sanitaria privata media pro-capite delle famiglie con una variazione media annua del +3,1%. In tutte le Regioni entrate in Piano di Rientro negli anni 2007 e 2009 la spesa sanitaria privata è aumentata con un tasso medio annuo del +2,9%, ad eccezione della Campania, dove il livello di spesa sanitaria privata è rimasto sostanzialmente invariato (0,2% annuo) nel periodo considerato.

In Valle d'Aosta, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia (52,9% delle Regioni dove si è registrato un aumento della spesa sanitaria privata), l'aumento è stato pari o superiore alla media, e sei SSR su nove in Piano di Rientro nel periodo considerato appartengono a questo gruppo; in Abruzzo, in particolare, si è registrata nel periodo considerato anche una riduzione del PIL pro-capite (0,1%), già inferiore alla media nazionale: fenomeno questo che rende poco plausibile l'ipotesi che il ricorso alla spesa *Out of Pocket* sia stata una scelta legata alla maggior disponibilità a spendere delle famiglie.

In Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia l'aumento della

Figura 3.9. Composizione della spesa sanitaria delle famiglie (%)



spesa privata è stato importante (7,1% e 5,9% rispettivamente) e oltre otto volte superiore rispetto a quello del PIL pro-capite (che è superiore alla media nazionale).

Nel periodo 2005-2010, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sicilia le azioni intraprese per il contenimento della spesa pubblica, sanitaria e non, hanno comportato un onere per il cittadino, quasi sicuramente generato dall'aumento del livello di compartecipazione alla spesa sanitaria.

Analizzando il quinquennio successivo, 2010-2015, l'incremento medio annuo di spesa sanitaria pro-capite delle famiglie (+2,4%), ha coinvolto solo 11 Regioni, tra le quali il Piemonte (+4,1%), che è entrato in Piano di Rientro proprio nel 2010.

Ad eccezione di Puglia e Sicilia, si tratta di Regioni del Nord e del Centro. In Piemonte, Lombardia, Lazio e Liguria, l'aumento della spesa privata è risultato almeno otto volte maggiore a quello del PIL; nelle restanti, Campania, Puglia e Sicilia (+1,0%, +4,3% e +1,3% medio annuo rispettivamente), caratterizzate da un PIL pro-capite inferiore alla media nazionale, è plausibile pensare l'aggravio di spesa sia stato conseguenza delle "azioni"

adottate per il contenimento della spesa pubblica (Piano di Rientro, *Spending Review*) (Figura 3.10 e Figura 3.11).

La spesa sanitaria totale pro-capite (standardizzata), nel 2016, si è quindi attestata a € 2.445,9 pro-capite (€ 148,4 mld.) in aumento dell'1,3% rispetto al 2015 con valori massimi nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 3.095,5,0 e € 2.946,5), mentre all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.073,7) e Sicilia (€ 2.205,0).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 49,3%, ovvero € 1.021,8; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 563,7 (ovvero al 27,2%).

Utilizzando la popolazione standardizzata⁸, tra la Regione con la spesa totale pro-capite più elevata e quella con la spesa inferiore, la differenza rimane del 48,9%, corrispondente a € 1.049,2; escludendo dall'analisi le Regioni a statuto speciale la differenza pur riducendosi rimane molto significativa: 23,1% pari a € 496,2 (Figura 3.12).

⁸ Si rimanda alla lettura della nota 9

Figura 3.10. Spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite. Variazione media annua 2010/2005

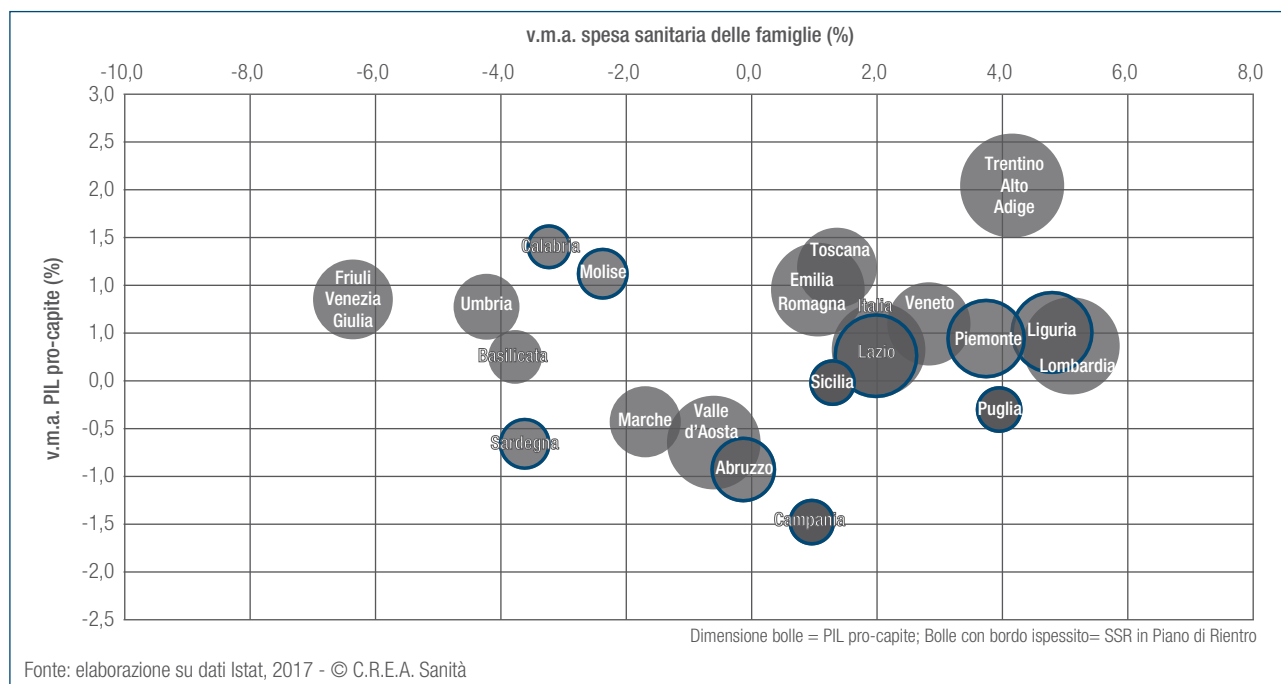
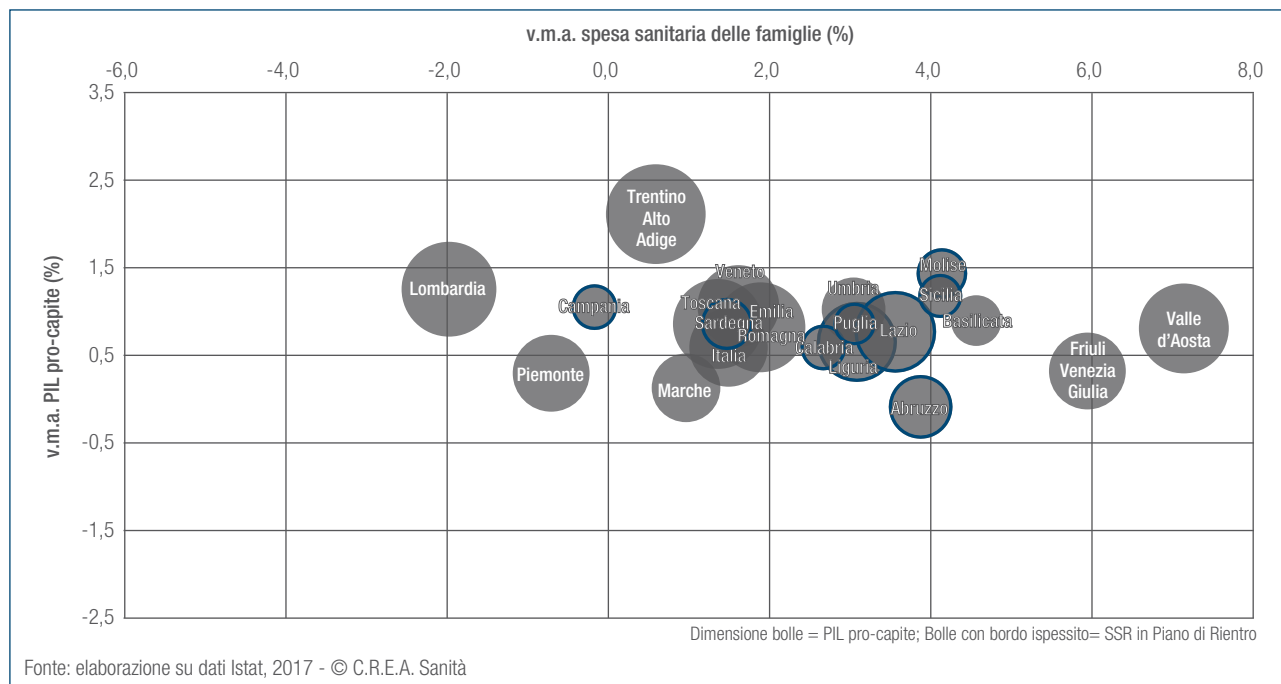


Figura 3.11. Spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite. Variazione media annua 2015/2010

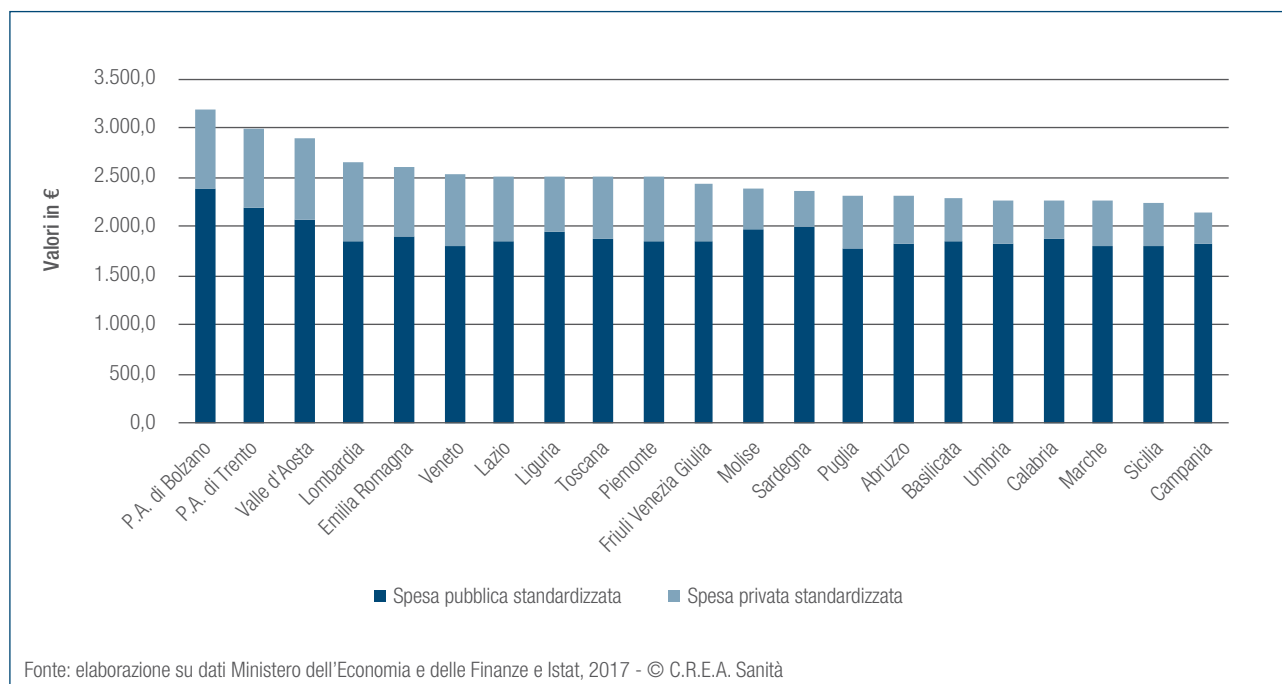


3.3. La spesa sanitaria per funzione

La crescita assai modesta della spesa sanitaria pubblica, tra il 2012 ed il 2015, è frutto del contenimento sia della spesa diretta che di quella convenzionata: nel periodo 2012-2015 la spesa diretta ha riportato una va-

riazione media annua positiva dello 0,2%; variazione che peraltro cambia segno nella ripartizione centrale (-0,2% medio annuo): risultato attribuibile, per buona parte, alla Regione Lazio, caratterizzata nel periodo analizzato da gravi squilibri finanziari. Anche la crescita della spesa convenzionata è stata tendenzialmente nulla: lo 0,4%,

Figura 3.12. Spesa sanitaria totale pro-capite



pari allo 0,1% medio annuo tra il 2012 ed il 2015 (Tabella 3.4).

Tra il 2012 ed il 2015 l'incidenza della spesa convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica si è quindi mantenuta sostanzialmente inalterata, passando dal 35,7% del 2012 al 35,6% del 2015, sebbene siano evidenziabili *trend* difformi tra le Regioni. La spesa convenzionata cresce, infatti, dell'1,2% in Campania e dell'1,1% nelle Marche; sul versante opposto si posizionano, invece, Friuli Venezia Giulia e Sicilia, dove la convenzionata si contrae rispettivamente dell'1,9% e dell'1,4%.

La spesa convenzionata ha un peso generalmente maggiore nelle Regioni meridionali, superando il 41,0% in Campania e Molise.

La ripartizione centrale registra l'incidenza della spesa convenzionata minima: risultato largamente ascrivibile alla Toscana dove la spesa convenzionata si ferma al 26,0% della spesa pubblica totale (Tabella 3.5).

Qualora dalla spesa convenzionata sottraessimo i costi relativi alla medicina generale, le Regioni meridionali continuano ad essere quelle nelle quali la spesa convenzionata ha un peso maggiore sulla spesa pubblica e la Campania rimane la Regione con la più alta quota di convenzionata (37,7%), seguita, in questo caso, dal Lazio (37,2%) (Figura 3.13).

Tabella 3.4. Spesa sanitaria diretta e convenzionata

Regioni	Var. 2012-2015	Var. media annua 2012-2015
Spesa diretta		
Italia	1,0%	0,2%
Nord	1,2%	0,3%
Centro	-0,7%	-0,2%
Sud e Isole	1,8%	0,4%
Spesa convenzionata		
Italia	0,4%	0,1%
Nord	-0,2%	-0,1%
Centro	0,8%	0,2%
Sud e Isole	1,0%	0,2%

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Sin dal 2011, con l'esclusione della voce "acquisto dei servizi di natura non sanitaria" (tra cui rientrano ad esempio le spese per la lavanderia, la pulizia, la mensa, il riscaldamento, le utenze telefoniche, etc.) e della spesa per la convenzione con la medicina di base, tutte le altre voci di spesa pubblica sono decresciute in maniera più o meno accentuata. A questo *trend* tendenzialmente generalizzato, nell'ultimo anno (2015), fanno eccezione la spesa farmaceutica totale che, per effetto degli acquisti di farmaci in "File F", ha riportato un valore in crescita rispetto al 2014 (98,7 vs 108,7 in numero indice), e la

Tabella 3.5. Quota spesa sanitaria pubblica convenzionata

Regioni	2012	2013	2014	2015
Italia	35,7%	36,0%	36,1%	35,6%
Nord	35,2%	35,4%	35,6%	34,9%
Centro	33,3%	33,5%	33,7%	33,6%
Sud e Isole	37,8%	38,3%	38,4%	37,6%
Piemonte	33,7%	33,4%	33,6%	33,0%
Valle d'Aosta	21,6%	22,8%	22,4%	21,4%
Lombardia	42,4%	43,0%	42,9%	41,9%
P.A. di Bolzano	24,8%	25,1%	24,8%	24,3%
P.A. di Trento	24,8%	25,1%	24,8%	24,3%
Veneto	34,1%	34,0%	33,9%	33,7%
Friuli Venezia Giulia	26,7%	25,9%	26,5%	24,8%
Liguria	32,1%	32,4%	32,2%	32,2%
Emilia Romagna	29,4%	29,6%	29,9%	29,5%
Toscana	26,1%	26,1%	26,4%	25,9%
Umbria	25,5%	25,7%	25,7%	26,1%
Marche	28,1%	29,0%	29,8%	29,2%
Lazio	40,0%	40,3%	40,4%	40,6%
Abruzzo	33,8%	33,6%	34,7%	33,4%
Molise	41,6%	39,6%	41,7%	41,4%
Campania	40,5%	41,4%	42,6%	41,7%
Puglia	39,3%	40,4%	40,1%	39,1%
Basilicata	32,2%	32,4%	32,5%	32,1%
Calabria	35,7%	35,9%	35,8%	35,2%
Sicilia	39,0%	38,9%	38,1%	37,6%
Sardegna	29,9%	30,2%	30,0%	29,0%

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.13. Quota spesa convenzionata al netto della spesa per la medicina generale, anno 2015

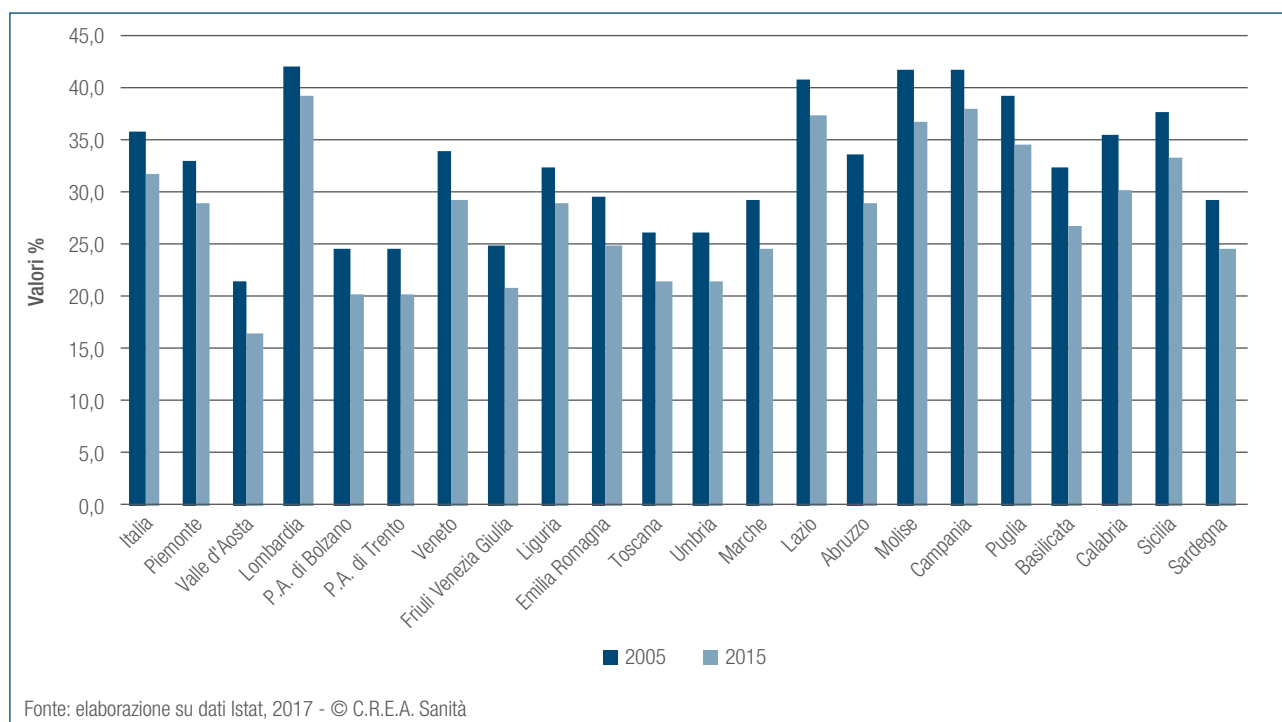
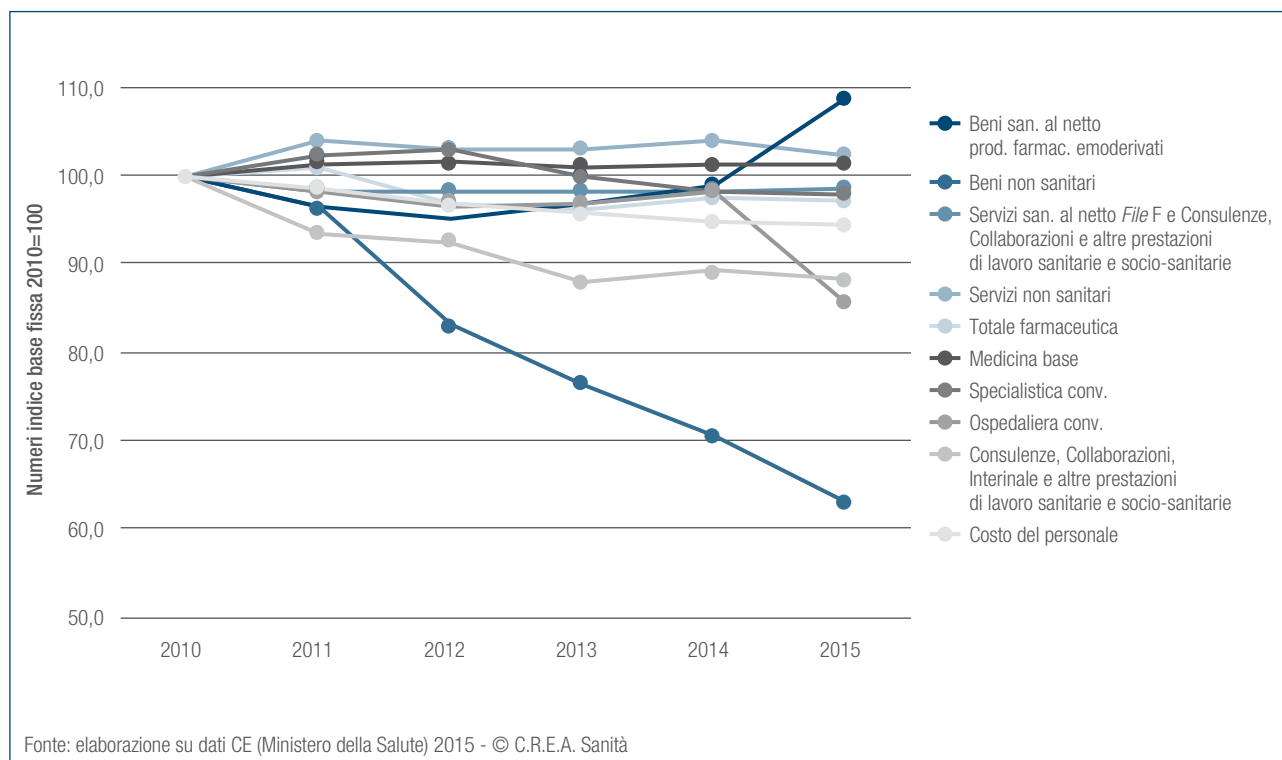


Figura 3.14. Spesa sanitaria pubblica per funzioni



voce relativa all'acquisto di servizi ospedalieri da privato, che, dopo essersi mantenuta essenzialmente stabile tra il 2011 ed il 2014, nel 2015 subisce un'importante riduzione (Figura 3.14).

La voce che si è contratta maggiormente è quella relativa all'acquisto dei beni non sanitari (-37,2% tra il 2010 ed il 2015), sebbene siano evidenziabili forti differenze tra le varie ripartizioni: si va da una riduzione del 43,2% nelle Regioni settentrionali, ad una del 24,2% in quelle meridionali. Anche la spesa totale per il personale, nel periodo analizzato, ha avuto un *trend* decrescente riportando una variazione del -5,7%; anche in questo caso sono apprezzabili differenze tra le ripartizioni: se nelle Regioni del Nord il valore dell'indicatore ha riportato una flessione del -2,8%, in quelle centromeridionali è diminuito in modo molto più considerevole e rispettivamente del -7,2% nelle Regioni del Centro e del -8,9% in quelle delle Sud.

Il dato relativo alla spesa per il personale risente del blocco del *turnover* nelle Regioni in Piano di rientro e delle politiche di contenimento delle assunzioni per le Regioni non in Piano, oltre che delle misure relative ai limiti retributivi, al nuovo regime del trattamento accessorio e al congelamento della vacanza contrattuale. Nel

periodo analizzato (2010-2015) anche le spese relative alle consulenze e alle collaborazioni sono state tagliate (-11,7%); in particolare, si passa dal valore massimo nelle Regioni meridionali (per lo più in Piano di Rientro) dove la spesa ha riportato una variazione del -16,2% a quello minimo delle Regioni Centrali dove la contrazione della citata voce ha toccato il -7,5%.

Anche la spesa per l'acquisto di beni sanitari (al netto di prodotti farmaceutici ed emoderivati) ha mostrato una *performance* piuttosto difforme tra le varie ripartizioni: è aumentata del 5,9% nel Sud, mentre si è ridotta nelle rimanenti ripartizioni (Nord -5,2%, Centro -8,5%).

Contrariamente alle precedenti voci di spesa, tra il 2010 ed il 2015, la spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica è aumentata in tutte le aree geografiche (Nord +9,5%, Centro +8,0% e Sud +8,1%); in particolare, se da un lato si è verificata una contrazione della spesa farmaceutica convenzionata (-22,3%), dall'altro hanno evidenziato incrementi assai significativi sia la spesa per l'acquisto da parte delle strutture pubbliche di farmaci ed emoderivati (+48,7%, che include la spesa farmaceutica ospedaliera e la distribuzione diretta), che quella per il *File F* (+219,6%).

Sul fronte del comparto accreditato, sia la specialistica ambulatoriale che l'assistenza ospedaliera sono entrambe arretrate: la spesa per l'assistenza specialistica accreditata si è ridotta di oltre due punti percentuali (-2,2%) evidenziando, peraltro, un *trend* difforme nella ripartizione centro-settentrionale rispetto a quella meridionale (Nord -6,6%, Centro -7,2% e Sud +4,4%); la spesa per l'assistenza ospedaliera, invece, è diminuita in maniera assai più sostenuta nelle Regioni della ripartizione centro-settentrionale che non in quelle del Sud (Italia -14,5%, Nord -19,2%, Centro -20,6% e Sud -3,5%).

Infine, la spesa per la medicina di base è cresciuta leggermente raggiungendo, in media, un +1,2% (Nord -0,4%, Centro +3,4% e Sud +1,9%).

Le forti differenze regionali non sembra possano essere attribuite solo all'esistenza di Regioni in Piano di Rientro o alla dimensione dei disavanzi. Prendendo, ad esempio Lazio e Campania (sebbene quest'ultima abbia avuto un risultato di esercizio positivo nel 2015) storicamente sono le due Regioni che hanno accumulato i maggiori disavanzi è possibile evidenziare come abbiano palesato un comportamento difforme in alcune voci di spesa: ad esempio, relativamente all'acquisto di servizi sanitari al netto del *File F*, collaborazioni, consulenze, etc. si osserva che la spesa, tra il 2010 ed il 2015, aumenta in Campania (+5,3%) ma diminuisce nel Lazio (-3,3%). Ulteriori discrepanze sono evidenziabili con riferimento all'acquisto di servizi non sanitari (-15,5% Lazio, +9,2% Campania), alla ospedaliera convenzionata (-17,5% Lazio, +1,7% Campania) etc.

In definitiva, l'analisi dell'evoluzione temporale delle voci di spesa ricavate dai Conti Economici palesa che a partire dal 2011, buona parte dei cennati aggregati economici ha smesso di crescere, o si è addirittura contratta in maniera più o meno considerevole, sebbene con effetti regionali difformi (Tabella 3.6).

Per quanto concerne la composizione per funzioni della spesa privata, è qui analizzata in termini di quota OOP (o non intermediata) e di intermediata; quest'ultima, a sua volta, è stata ripartita in spesa per polizze assicurative individuali e spesa per fondi integrativi, casse, mutue etc. In premessa va osservato che i dati disponibili evidenziano significative carenze.

Citiamo, fra tutti, l'aspetto della potenziale duplica-

zione di spesa derivante dalle coperture (assicurative e non) erogate in forma indiretta e la non rilevazione del crescente fenomeno dei fondi sanitari complementari e integrativi.

Si è quindi deciso di tentare una ricostruzione quantitativa del fenomeno, in particolare della spesa *Out of Pocket*, che è stata rivalutata a partire dalla spesa per i servizi sanitari sostenuta dalle famiglie (Indagine sulla Spesa delle famiglie, Istat), nettandola dei rimborsi previsti nel caso di coperture "indirette"; prudenzialmente si è ipotizzato che vengano rimborsati i due terzi del valore delle coperture assicurative e la metà di quello relativo ai Fondi. Assumendo le ipotesi sopra riportate, si giunge ad una stima di spesa OOP effettiva di € 33,5 mld. (€ 32,3 mld. nel 2015).

Sul versante della spesa intermediata, è stata considerata quella delle polizze assicurative individuali relativa alle voci "Rimborso spese mediche" e "LTC", in base alle rilevazioni ANIA (€ 474,4 mln.), attribuendo il resto a polizze collettive, che attengono alla gestione dei Fondi.

Per i Fondi è stato infine considerato il dato relativo ai contributi, raccolto dall'anagrafe istituita presso il Ministero della Salute, che riporta € 2,2 mld., valore che è da ritenersi tendenzialmente sottostimato.

Per la distribuzione regionale della spesa intermediata, è stata considerata quella relativa alle polizze individuali rinveniente dall'Indagine sui consumi delle famiglie (anno 2015) dell'Istat; per le polizze collettive (Fondi) il dato raccolto presso esperti del settore, vede una distribuzione per il 38,9% nel Nord-Ovest, il 14,9% nel Nord-Est, il 33,4% nel Centro e per il 12,8% nel Mezzogiorno, con un incremento del ricorso nel Centro (20,1% nell'anno precedente) e di minore entità nel Sud (7,4% nell'anno precedente).

Ciò premesso, la stima indica che la spesa OOP, nel 2016, rappresenterebbe circa il 92,6% del totale della spesa privata, e quella intermediata il restante 7,4%, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 1,3% alle polizze individuali (Figura 3.15).

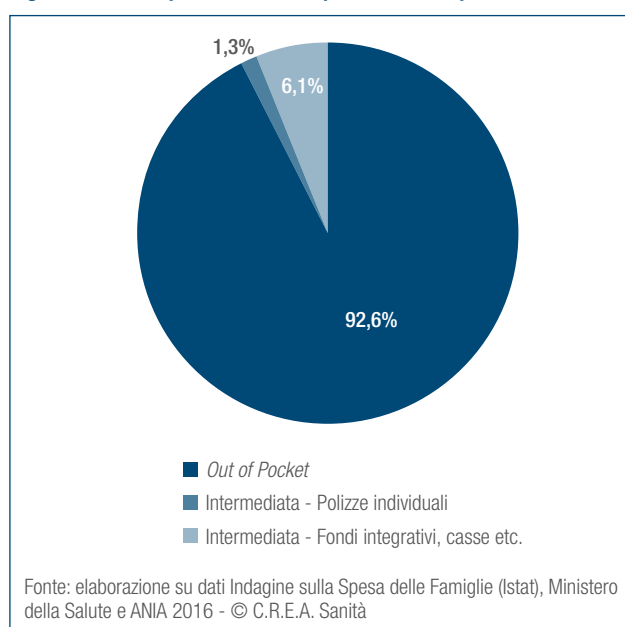
Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica è interessante osservare come la componente intermediata rappresenti il 7,1% della spesa privata nel Nord (8,7% nel Nord-Ovest e 4,9% nel Nord-Est), il 12,1% nel Centro e solo il 4,0% nel Sud

Tabella 3.6. Variazione (%) della spesa sanitaria pubblica per funzioni

Regioni	Beni sanit. al netto dei prodotti farma. ed emoder.	Beni non sanit.	Ser. sanit. al netto File F e Consulenze, Collaboraz., Interin. e prestaz. sanit. e socio-sanitarie	Acquis. Serv. non sanit.	Acquis. servizi al netto File F e Consulenze, Collaboraz., Interinale e prestaz. sanit. e socio-sanitarie
Italia	-2,7	-37,2	-1,6	2,2	-1,6
Nord	-5,2	-43,2	-3,3	3,1	-3,3
Centro	-8,5	-29,5	-2,0	-9,9	-2,0
Sud e Isole	5,9	-24,2	1,1	11,8	1,1
Piemonte	-4,2	-43,1	-11,1	5,4	-11,1
Valle d'Aosta	38,3	-37,9	-7,0	-21,0	-7,0
Lombardia	-0,7	-59,5	-2,4	12,1	-2,4
P.A. di Bolzano	29,1	-18,7	-1,5	-3,6	-1,5
P.A. di Trento	108,0	-14,1	6,7	11,4	6,7
Veneto	0,9	-29,7	-7,0	9,2	-7,0
Friuli Venezia Giulia	1,5	-35,6	-4,5	-29,7	-4,5
Liguria	-19,8	-33,1	-2,0	-9,9	-2,0
Emilia Romagna	-14,6	-18,5	5,6	-1,5	5,6
Toscana	-7,6	-36,6	-1,6	-4,5	-1,6
Umbria	5,1	-19,0	0,0	-7,1	0,0
Marche	-14,1	-25,8	2,8	-2,4	2,8
Lazio	-24,1	-25,8	-3,3	-15,5	-3,3
Abruzzo	27,6	-21,7	-0,9	14,7	-0,9
Molise	13,7	6,9	23,0	4,7	23,0
Campania	-32,3	-23,2	5,3	9,2	5,3
Puglia	-3,8	-23,0	-3,0	9,3	-3,0
Basilicata	-0,1	-42,7	-3,8	-13,7	-3,8
Calabria	-16,7	-16,2	17,9	32,0	17,9
Sicilia	-3,8	-24,3	-5,9	13,2	-5,9
Sardegna	-14,9	-33,0	0,7	13,4	0,7

Fonte: elaborazione su dati CE (Ministero della Salute) 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.15. Composizione della spesa sanitaria privata, anno 2016



e Isole, aggiungendo nuove forme di potenziale iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria (Figura 3.16).

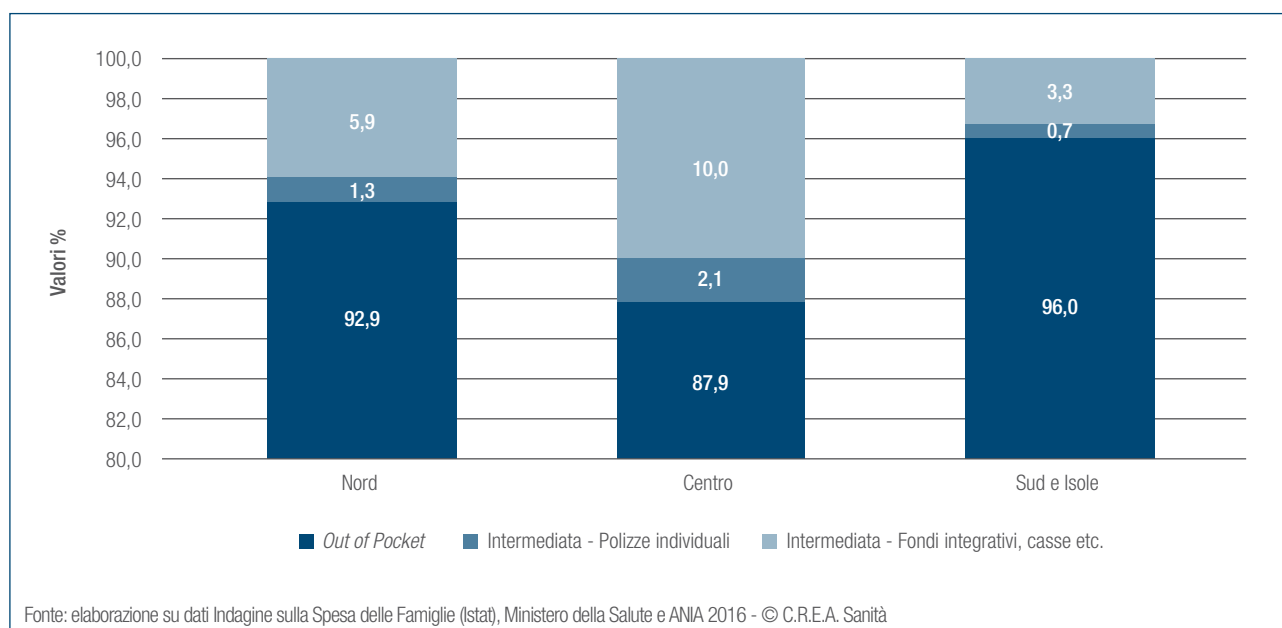
Basilicata, Campania, Calabria e Sardegna risultano essere le quattro Regioni con la quota maggiore di spesa privata OOP, che ivi supera il 97,0%.

Lazio, Liguria, Toscana e Piemonte risultano invece quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata, rispettivamente pari a 14,6%, 11,2%, 11,1%, e 11,0%. Infine, Lazio e Toscana sono le Regioni con la quota più elevata di spesa privata intermediata: tale spesa raggiunge rispettivamente il 2,6% e il 2,0%. All'opposto si collocano Basilicata e Molise: 0,1% e 0,3% rispettivamente.

Lazio e Liguria, con il 12,0% e 9,2% rispettivamente, risultano essere anche le Regioni con la quota più alta di spesa intermediata da Fondi contrattuali, società di mutuo soccorso, etc..

Tot. farmaceutica	Medicina di base da convenz.	Specialistica conv.	Osp. conv.	Consulenze, Collaboraz., Interinale e prestaz. sanit. e socio-sanit.	Personale
8,7	1,2	-2,2	-14,5	-11,7	-5,7
9,5	-0,4	-6,6	-19,2	-10,0	-2,8
8,0	3,4	-7,2	-20,6	-7,5	-7,2
8,1	1,9	4,4	-3,5	-16,2	-8,9
0,9	1,1	-16,2	-23,5	-25,8	-6,1
1,2	10,6	-34,4	102,7	-63,4	-1,3
26,0	-3,6	-6,4	-18,9	17,1	-2,9
14,4	2,6	32,3	-11,5	-37,7	6,4
5,7	2,7	6,4	-1,2	-29,0	4,1
3,3	1,2	-7,5	-8,2	-12,6	-1,6
1,0	-1,6	-9,5	-30,6	-18,1	-2,9
-4,0	-3,3	-18,2	31,6	-35,3	-7,8
2,1	2,5	13,2	-33,7	-12,6	-1,0
5,1	1,2	-9,3	-29,8	7,9	-3,6
10,5	4,4	22,5	-46,4	-5,8	0,1
7,4	2,6	3,8	-32,9	-37,8	-4,8
9,6	5,1	-8,5	-17,5	-6,3	-12,5
10,0	2,6	-5,5	-17,8	34,8	-3,1
9,8	-5,5	11,2	-56,4	-35,9	-10,4
13,8	0,1	0,3	1,7	1,8	-16,9
5,5	4,4	18,8	-4,0	-41,7	-9,1
3,9	-3,8	40,2	205,9	-22,1	-4,3
9,1	1,0	7,7	-5,6	11,7	-11,9
2,8	2,8	-0,1	-1,4	-33,9	-5,5
9,4	3,4	13,1	-6,5	-27,9	2,4

Figura 3.16. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica, anno 2016



3.4. La spesa sociale (LTC)

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, nel presente paragrafo, si tenta di stimare l'integrazione della spesa sanitaria, stimando gli oneri relativi alle prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza e disabilità, tipicamente riconducibili a spesa per *Long Term Care* (LTC), sebbene, dunque, non strettamente sanitarie.

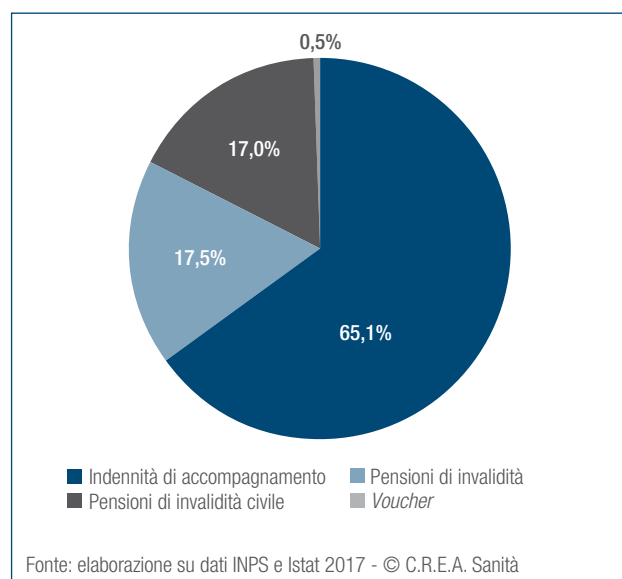
Si tratta di un insieme piuttosto eterogeneo di benefici, che comprendono prestazioni sia in natura che in denaro:

- prestazioni di competenza comunale, propriamente sociali a rilevanza sanitaria⁹;
- altre prestazioni in denaro, specificatamente erogate dall'INPS¹⁰;
- spese delle famiglie per l'assistenza agli anziani.

In altri termini, a livello pubblico, per la non-autosufficienza (o LTC) sono erogate prestazioni in natura e riconducibili alla assistenza residenziale o domiciliare, ma anche numerosi trasferimenti monetari, quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità (pensioni di invalidità civile, assegni di invalidità, pensioni di inabilità, pensioni di invalidità ante 1984), civile, permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 e *voucher*¹¹ (questi ultimi a carico dei Comuni).

Iniziando dalle provvidenze economiche, erogate dall'INPS per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, e dai Comuni per *voucher*¹² a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani), esse ammontano per il 2016 a

Figura 3.17. Spesa per indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, pensioni di invalidità e *voucher*, anno 2016



circa € 21.045,0 mln. La parte preponderante di queste provvidenze, il 65,1%, è rappresentato dalle indennità di accompagnamento, il 17,5% dalle pensioni di invalidità civile, il 17,0% dalle pensioni di invalidità ed il residuo 0,5% dai benefici economici offerti dai Comuni (Figura 3.17).

Se aggiungiamo la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 per i dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato, si arriva ad un totale pari a € 23.007,9 mln.¹³.

Il complessivo onere per il settore pubblico per l'assistenza LTC di tipo sociale ai non-autosufficienti (anziani e disabili), si può ipotizzare, quindi, che abbia

⁹ Hanno l'obiettivo di supportare le persone in stato di bisogno e con problemi di disabilità o di emarginazione e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico e di aiuto domestico

¹⁰ Ci riferiamo alle indennità di accompagnamento, alle pensioni sia di invalidità che di invalidità civile e ai costi della L. n. 104/1992

¹¹ Il *voucher* è uno strumento che, pur nascendo come provvidenza economica, ha una destinazione vincolata, ovvero è destinato all'acquisto di prestazioni in natura, quali ad esempio prestazioni di tipo domiciliare piuttosto che residenziale; l'indagine sugli "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati" dell'Istat, tuttavia, non dettaglia quali servizi debbano essere acquistati con i *voucher*: non è, quindi, possibile ripartire l'importo dei *voucher* tra i servizi al cui acquisto è "predestinato". In definitiva, si tratta di uno strumento che permette di mettere fine all'incertezza che caratterizza le erogazioni dirette di denaro ai beneficiari dei programmi pubblici di sostegno economico

¹² La spesa del 2016 dei Comuni relativa ai *voucher* è stata stimata supponendo che la variazione media annua osservata tra il 2011 ed il 2013 rimanesse invariata negli anni successivi

¹³ Per quanto riguarda il settore privato, la stima della spesa per permessi retribuiti è stata ottenuta moltiplicando il numero di giornate di permesso (abbiamo supposto che ciascun beneficiario goda di tre giorni al mese di permessi) per la retribuzione media giornaliera dei lavoratori dipendenti contribuenti INPS nell'anno 2015, ovvero per € 88,9. Per i dipendenti del settore pubblico, invece, è stato considerato il rapporto tra lo stipendio annuale medio 2015 (dato dalla somma di tutte le voci stipendiali) e il numero di giornate lavorative in un anno (260 giorni) ottenendo in tal modo la retribuzione media giornaliera; quest'ultima è stata quindi moltiplicata per il totale dei permessi retribuiti a norma della Legge 104. È stato altresì supposto che tra il 2015 ed il 2016 non vi siano state variazioni nei dati

Tabella 3.7. Spesa totale per LTC, anno 2016

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione
Spesa totale	26.675,0	100,0%
di cui pubblica per prestazioni in natura	588,6	2,2%
di cui pubblica per prestazioni in denaro	23.007,9	86,3%
di cui privata per badanti	3.078,5	11,5%

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2017 - © C.R.E.A. Sanità

raggiunto € 23,6 mld. di cui il 2,1% assorbito dall'assistenza domiciliare socio-assistenziale e lo 0,5% da quella integrata con servizi sanitari entrambe di competenza comunale.

Per quanto concerne la spesa privata sostenuta dalle famiglie per i servizi di assistenza a disabili e anziani, notiamo che sulla base dei dati forniti dall'INPS nel 2016, si avrebbero 379.326 badanti; applicando una retribuzione media annua di € 14.000,0 al netto dei contributi, si può immaginare una spesa almeno di € 5.310,6 mln., senza considerare il fenomeno del "sommerso" (Tabella 3.7).

È anche lecito ipotizzare, sebbene l'ottenimento dell'indennità di accompagnamento non implichi per il beneficiario obblighi circa il suo impiego, che tale provvidenza venga impiegata per coprire parte della spesa per le badanti: in definitiva, moltiplicando l'importo medio annuo che viene erogato a favore dei percettori di indennità di accompagnamento per il numero delle badanti, se ne ricava che della spesa totale per badanti il 42,0% (€ 2.232,1 mln.) è coperto tramite il gettito derivante dalle indennità di accompagnamento e il residuo 58,0% (€ 3.078,5 mln.) rimane a totale carico delle famiglie, ovvero costituisce la spesa privata delle famiglie per le badanti.

Andrebbe, poi, anche considerato il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da *caregiver* familiari.

In definitiva, secondo le nostre stime, alla spesa sanitaria si accompagna una ulteriore spesa per LTC di tipo sociale che supera € 26,0 mld., ovvero l'1,6% del PIL.

3.5. La spesa socio-sanitaria

Di seguito utilizzeremo la dizione "spesa socio-sanitaria"¹⁴ per riferirci al complesso della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più nonautosufficienti.

Si consideri che nel 2016 la spesa socio-sanitaria totale, la quale abbiamo stimato ammontasse a € 175.058,0 mln., è risultata essere composta per il 64,1% dalla spesa sanitaria pubblica, per il 20,7% dalla spesa sanitaria privata, per l'13,5% dalle prestazioni rientranti nella LTC sociale pubblica (provvidenze economiche¹⁵ per il 13,1% e servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale per lo 0,4%) e per l'1,8% dalla LTC sociale privata, ovvero dalla spesa privata per badanti (Tabella 3.8).

La spesa socio-sanitaria così stimata ha rappresentato, nel 2016, il 10,7% del PIL, di cui il 6,8% imputabile alla spesa sanitaria pubblica, il 2,2% a quella privata, l'1,4% ai servizi della LTC sociale pubblica ed il residuo 0,2% alla spesa privata per badanti (Tabella 3.9).

Per l'assistenza di tipo socio-sanitario, sono stati spesi mediamente, nel 2016, € 2.885,6 per ciascun residente.

3.6. Conclusioni

La spesa sanitaria (totale, pubblica e privata) italiana "non riesce a tenere il passo" con quella dell'EU-OCC, sebbene la considerazione delle variabili espresse in

¹⁴ In particolare, per la definizione di socio-sanitario da noi utilizzata, la spesa socio-sanitaria totale è ottenuta sommando la spesa sanitaria pubblica totale, la spesa sanitaria privata totale, il totale delle provvidenze economiche elargite a favore di soggetti non-autosufficienti, il servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale ed, infine, la spesa privata per servizi di assistenza ad anziani e disabili

¹⁵ Rimarchiamo che in questa categoria sono ricomprese le indennità di accompagnamento, le pensioni di invalidità civile, i *voucher* ed, infine, i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/92

Tabella 3.8. Spesa socio-sanitaria, anno 2016

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione (%)
Spesa socio-sanitaria totale	175.058,0	100,0
di cui spesa sanitaria pubblica	112.182,0	64,1
di cui spesa sanitaria privata	36.201,0	20,7
di cui LTC sociale pubblica	23.596,5	13,5
di cui LTC sociale privata	3.078,5	1,8

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, Inps e Istat

Tabella 3.9. Spesa socio-sanitaria, quota su PIL

Funzioni di spesa	2016
Spesa socio-sanitaria totale	10,4%
di cui spesa sanitaria pubblica	6,8%
di cui spesa sanitaria privata	2,2%
di cui LTC sociale pubblica	1,2%
di cui LTC sociale privata	0,2%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat - © C.R.E.A. Sanità

€ sembrerebbe indicare per il 2016 una “flebile” inversione di tendenza, sebbene provocata dalle vicissitudini del Regno Unito e quindi alla svalutazione della Sterlina.

La spesa sanitaria (totale, pubblica e privata) dei Paesi dell’EU-OR ha presentato nel periodo analizzato tassi di crescita più sostenuti di quelli osservabili sia in EU-OCC che in Italia. A tal proposito, i risultati sembrano indicare un progressivo avvicinamento dell’Italia ai Paesi dell’EU-OR piuttosto che a quelli dell’EU-OCC.

In aggiunta, l’analisi dettagliata della spesa privata ha evidenziato che tra il 2010 ed il 2015 il tasso di crescita è stato pari a quello riscontrato in media nell’EU-OR (+3,1%), ma inferiore di un punto percentuale a quello della media dei Paesi dell’EU-OCC.

In termini di “efficientamento” del sistema, notiamo che tra il 2012 ed il 2016 la spesa pubblica pro-capite, in termini nominali, è aumentata dello 1,4% (ovvero ha avuto una variazione media annua dello 0,4%), che in termini reali equivale ad un incremento di € 3,6 (0,2% ovvero una crescita media annua prossima allo zero).

Sin dal 2011, con l’esclusione della voce “acquisto dei servizi di natura non sanitaria” (tra cui rientrano ad esempio le spese per la lavanderia, la pulizia, la mensa, il riscaldamento, le utenze telefoniche, etc.) e della spesa per la convenzione con la medicina di base, tutte le altre voci di spesa pubblica sono decresciute in maniera più o meno accentuata. A questo *trend* tendenzialmente

generalizzato, nell’ultimo anno (2015), fanno eccezione la spesa farmaceutica totale e la voce relativa all’acquisto di servizi ospedalieri da privato, che, dopo essersi mantenuta essenzialmente stabile tra il 2011 ed il 2014, nel 2015 subisce un importante abbattimento.

Il fatto che la spesa privata abbia raggiunto il 24,4% della spesa totale, dimostra che la assoluta “supremazia” del servizio pubblico in Sanità è ormai non più riscontrabile nei numeri.

Pertanto, la componente OOP ha inciso in media per il 92,6% sulla spesa privata e quella intermediata solo per il restante 7,4%, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 1,3% alle polizze individuali.

Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica è interessante osservare come la componente intermediata rappresenti il 7,1% della spesa privata nel Nord (8,7% nel Nord-Ovest e 4,9% nel Nord-Est), il 12,1% nel Centro e solo il 4,0% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria.

Purtroppo, l’arretramento relativo della quota di spesa pubblica e il contemporaneo sviluppo delle forme integrative (siano esse polizze individuali o forme collettive) stanno provocando una ulteriore fonte di disparità fra Nord e Sud del Paese: evidentemente, non si tratta di contrastare il fenomeno, reso intrinsecamente necessario dalla carenza di risorse pubbliche, quanto governarlo meglio, onde evitare l’ampliarsi delle iniquità.

Riferimenti bibliografici

ANIA, Premi Danni (<http://www.ania.it/it/pubblicazioni/>)

Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it

Ministero dell’Economia e delle Finanze (anni vari), *Il monitoraggio della spesa sanitaria*

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

Ministero della Salute, *Fondi Sanitari Integrativi*

Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico*

OECD (2016), *Health Data Statistics*

SDA Bocconi, (anni vari), *Osservatorio sui consumi privati in Sanità*

ENGLISH SUMMARY

Health expenditure: international and national evolution

In 2016 the gap between the Italian current health expenditure and the one of the other Western European countries (EU-14) was considerable, namely over 31.2%. With reference to public expenditure, the gap between Italy and EU-14 reached 35.2% (- 0.9% as against the previous year). It should be noted that in 2000 the gap slightly exceeded 23% (practically a 12% increase was recorded in the period under consideration). With regard to current private expenditure, however, the gap amounted to “only” 16%, with a substantial increase in the period between 2000 and 2016 (suffice to consider that in 2000 the gap between Italy and EU-14 was virtually null).

Considering the Eastern European countries (EU-East), we note that the total per-capita health expenditure has grown much more in these countries than in EU-14 or in Italy. A similar trend has characterized all the other variables analyzed (per-capita current public and private expenditure).

Therefore the trend of recent years shows Italy’s “gradual moving away” from EU-West expenditure levels and a “gradual approaching” to EU-East ones.

Hence health expenditure in Italy amounts to € 148.4 billion, broken down in € 112.2 billion of public expenditure and € 36.2 billion of private expenditure. Furthermore, in 2016 the costs related to the social and Welfare benefits (not strictly healthcare ones) related to non self sufficiency and disability, typically falling within Long Term Care (LTC) expenditure, amounted to € 23 billion, of which the largest share were public money benefits (attendance and caregivers’ allowances, disability pensions, vouchers and paid leaves pursuant to Law 104/1992). Hence the total socio-healthcare expenditure amounted to € 171.5 billion.

In 2016 the total (standardized) per-capita health expenditure was equal to € 2,445.9, with a 1.3% per-capita increase as against 2015. The gap between

the Region with the highest expenditure and the Region with the lowest expenditure is 49.3%, equivalent to € 1.021.8. Also excluding the Regions having a special administrative status, the gap is still considerable, namely € 563.7 (27.2%). Conversely, the per-capita public expenditure amounts to € 1,849.2 (+ 1.4% compared to 2015): the gap between the Region recording the highest expenditure and the Region recording the lowest one is 31.4%, equal to € 551.5. Also excluding the Regions having a special administrative status, the gap is still remarkable, namely € 285.5 (16.2%).

The analysis of the trends of the per-capita public expenditure, has highlighted that the item recording the greatest reduction is the one relating to the purchase of non-sanitary goods (- 37.2% between 2010 and 2015). Over the same period we have also recorded a reduction of expenditure for consultancy and collaborations (- 11.7%) and for employees (- 5.7%).

It should be noted that also the expenditure for reimbursable drugs has decreased (- 22.3%) followed, however, by significant increases in both the purchase of medicines and blood products by public structures (+ 48.7%, including the hospital pharmaceutical expenditure and direct distribution), and in the one relating to the so-called File F (+ 219.6%). Also outpatient specialist care and hospital care have declined.

The per-capita private expenditure is estimated at € 596.7 (+ 1.2% as against 2015): the gap between the Region recording the highest expenditure and the Region recording the lowest one is 153.2%, equal to € 500.6. Also excluding the Regions having a special status, the gap is still considerable and is equal to € 476.8 (145.9%).

Therefore, in 2016, private expenditure accounted for 24.4% of total expenditure, thus showing that there is no longer full public health coverage.

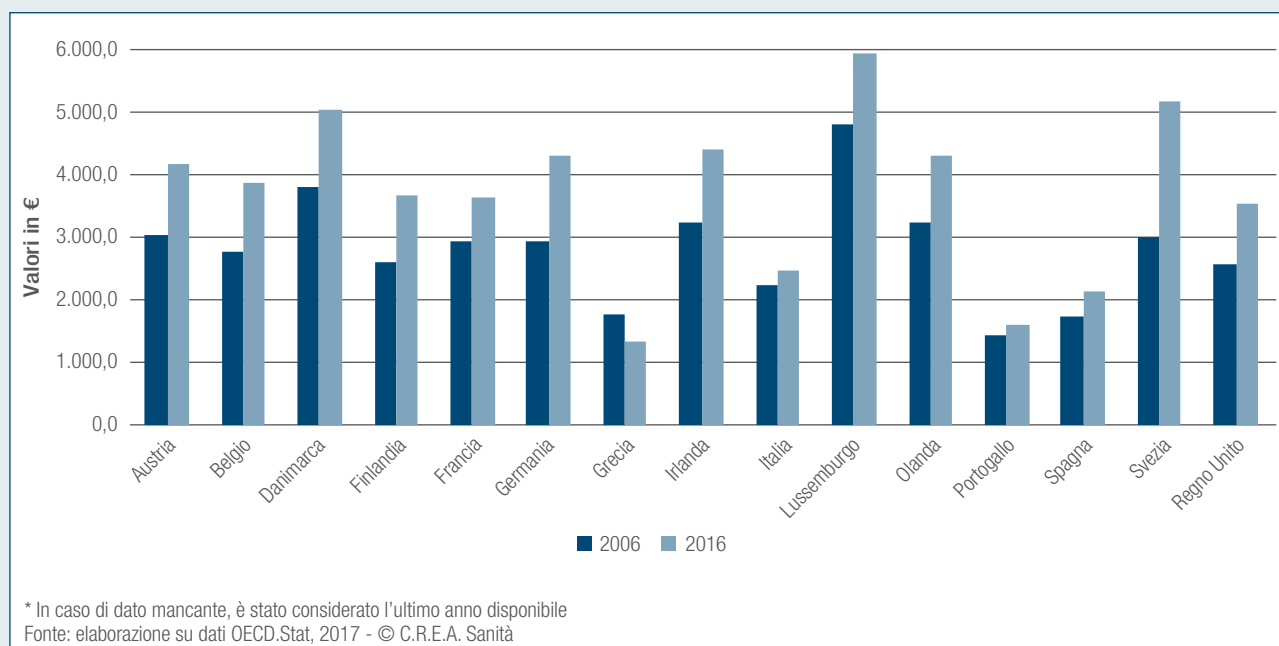
The Out of Pocket component of private expendi-

ture is 92.6% and the second and third pillar funds account for the remaining 7.4%, of which 6.1% is related to collective schemes (Funds) and 1.3% to individual policies.

While analyzing the geographical breaking down of private expenditure, we note that the second and

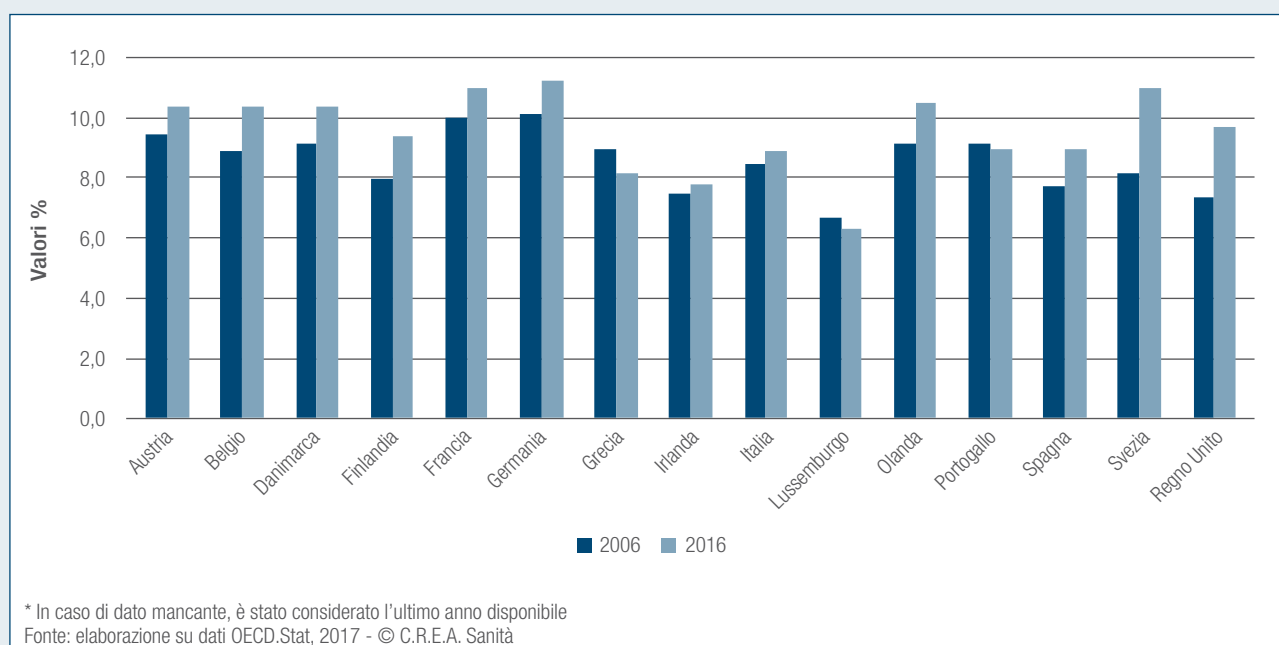
third pillar account for 7.1% of private expenditure in the North of Italy (8.7% in the North-West region and 4.9% in the North-East region), 12.1% in Central Italy and only 4% in the South and the Islands, thus adding new forms of injustice in the distribution of health expenditure.

KI 3.1. Spesa sanitaria totale pro-capite



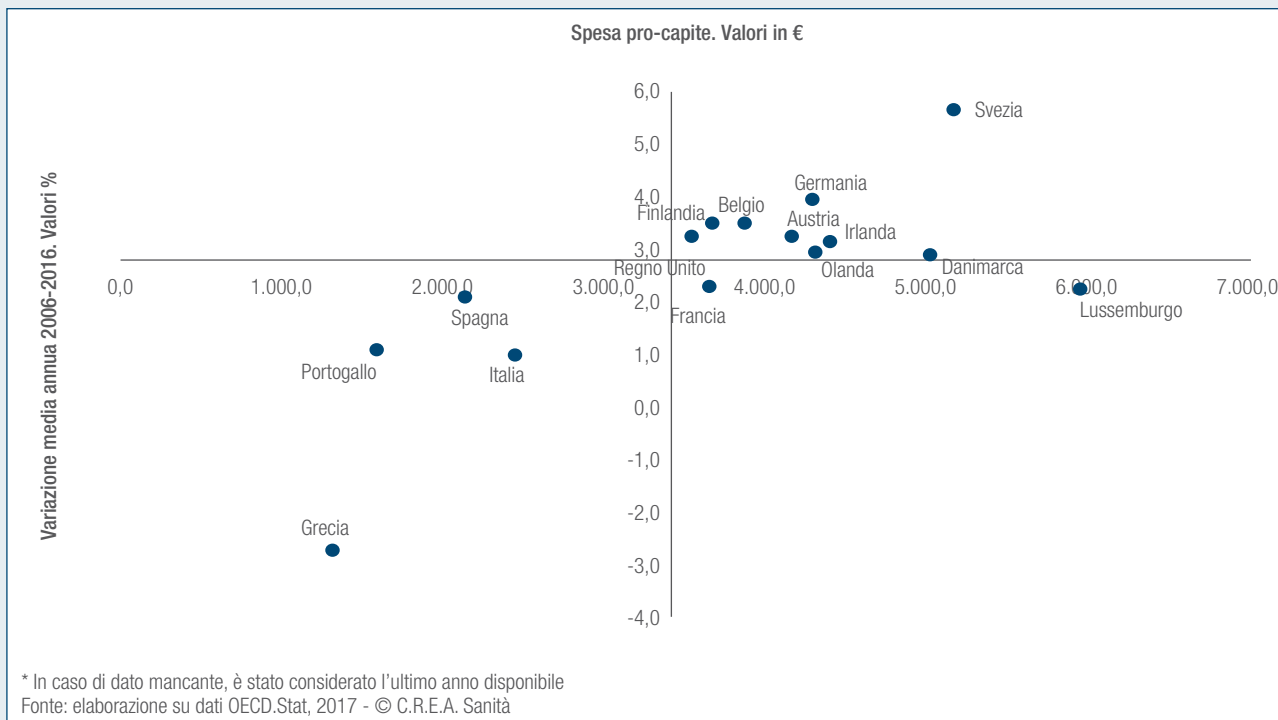
La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2016, in Italia si attesta a € 2.464,3 con uno scarto del 31,2% rispetto a € 3.583,84 medio pro-capite dell'EU-14. Sebbene il *gap* risulti in diminuzione di 0,8 punti percentuali rispetto all'anno precedente è comunque in aumento di 15,9 punti percentuali in confronto al 2006. Nel decennio 2006-2016 il *gap* in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e l'EU-14 è più che raddoppiato (15,3% vs 31,2%). Infine, sebbene nell'ultimo anno, la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese sia cresciuta dell'1,1% contro una decrescita dello -0,1% dell'EU-14, la crescita media annua tra il 2011 ed il 2016 è pari allo 0,2% dell'Italia vs una del 3,0% dell'EU-14.

KI 3.2. Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL



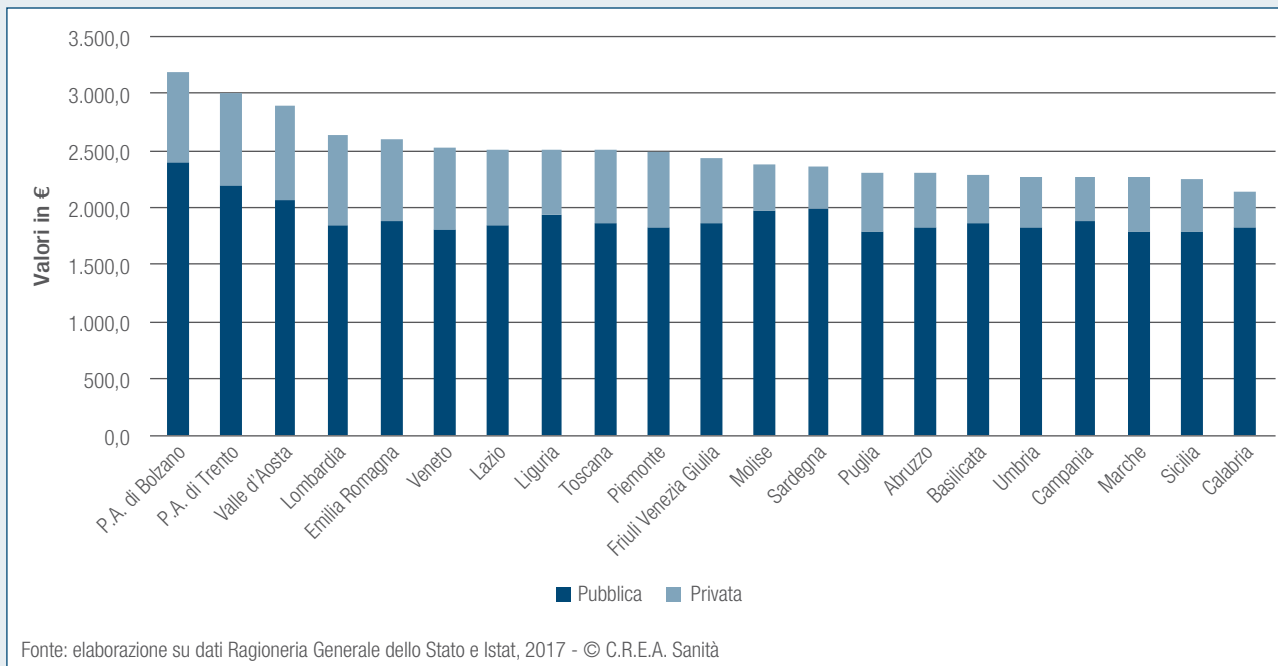
La spesa sanitaria totale (pubblica e privata) incide in Italia per l'8,9% sul PIL, valore in crescita di 0,4 punti percentuali rispetto a 10 anni prima. L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL italiana è nettamente inferiore di oltre un punto percentuale rispetto alla media dell'EU-14 (10,4%). Solo in Grecia, Irlanda e Lussemburgo l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL è inferiore a quella italiana e pari rispettivamente all'8,2%, al 7,8% ed al 6,3%. In Portogallo, invece, l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL è stata, nel 2016, identica a quella dell'Italia.

KI 3.3. Livello e dinamica della spesa sanitaria in EU



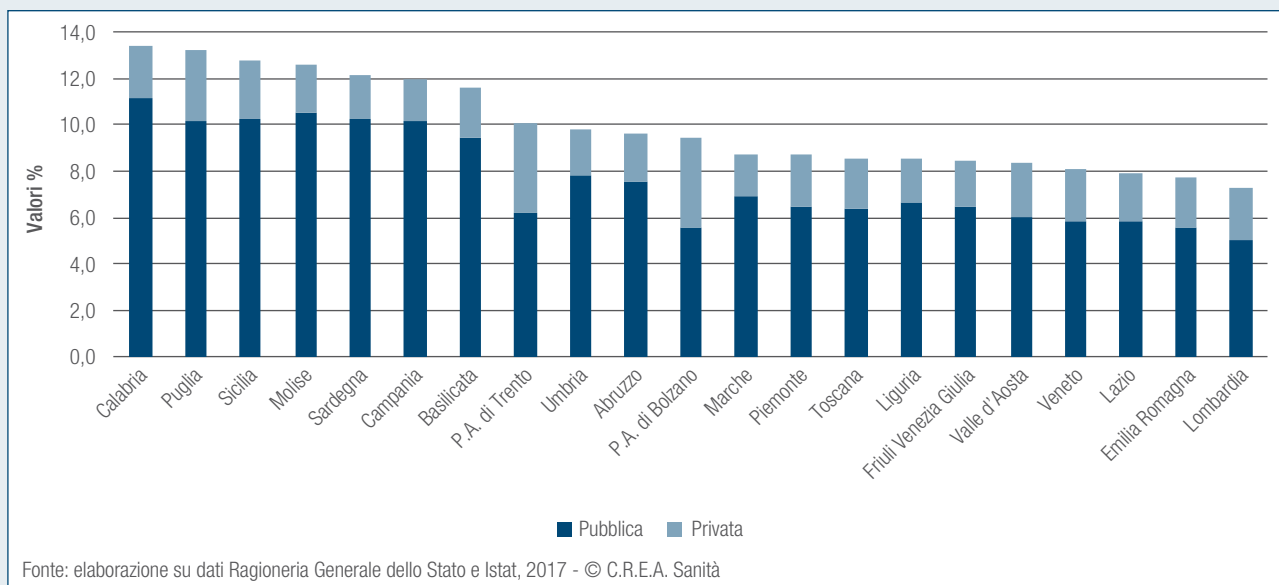
In media nell'EU-OCC la spesa sanitaria totale è cresciuta del 2,8% medio annuo nell'ultimo decennio (2006-2016) e la spesa sanitaria nel 2016 si attesta a € 3.416,5 pro-capite. I Paesi in cui la spesa è cresciuta più della media dell'EU-OCC a fronte di un incremento medio annuo superiore alla media sono Svezia, Germania, Danimarca, Irlanda, Austria, Olanda, Belgio e Regno Unito. La Francia e il Lussemburgo registrano una spesa pro-capite maggiore della media EU-OCC ma una crescita della stessa più lenta. Nei rimanenti Paesi (Grecia, Italia, Portogallo e Spagna) non solo il livello di spesa sanitaria è inferiore alla media EU-OCC ma la sua crescita media annua risulta più lenta.

KI 3.4. Spesa sanitaria pro-capite standardizzata, anno 2016



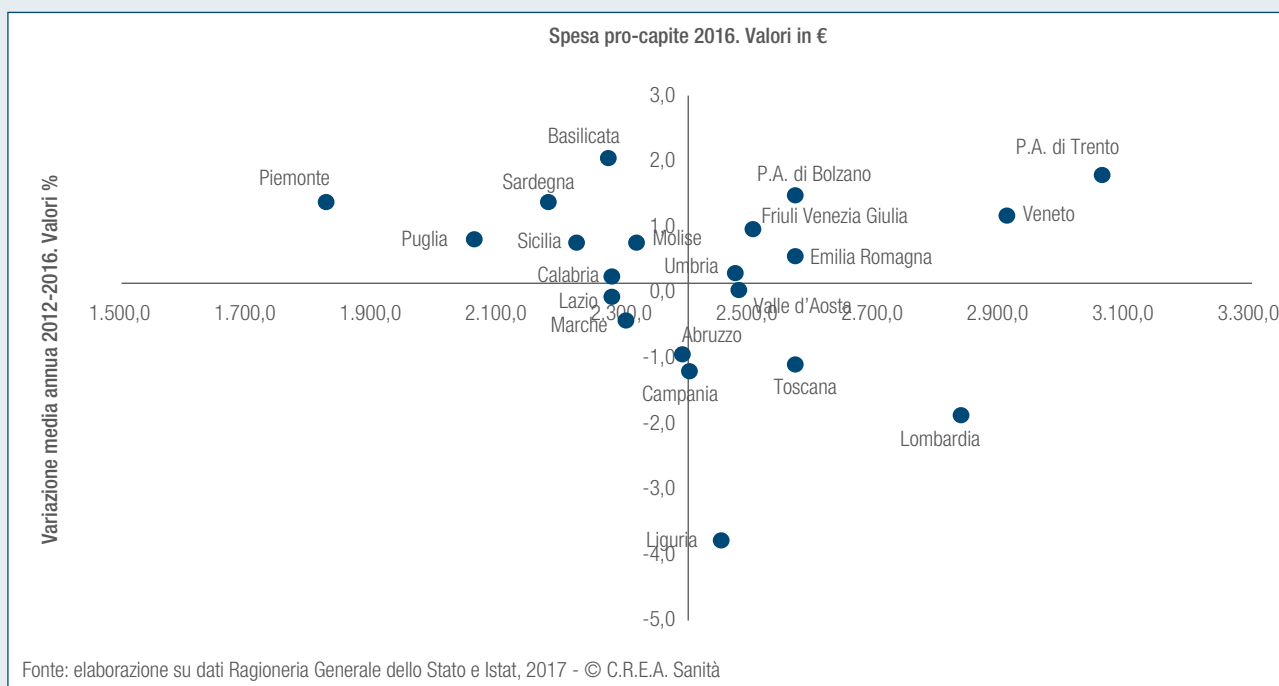
La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2016, si attesta a € 2.445,9 pro-capite (€ 148,4 mld.) in aumento dello 1,3% rispetto al 2015 con valori massimi nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 3.193,6 e € 2.998,4); all'estremo opposto si collocano Sicilia (€ 2.240,8) e Campania (€ 2.144,5). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 49,3%, ovvero € 1.021,8; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 563,7 (ovvero al 27,2%).

KI 3.5. Incidenza della spesa sanitaria sul PIL, anno 2016

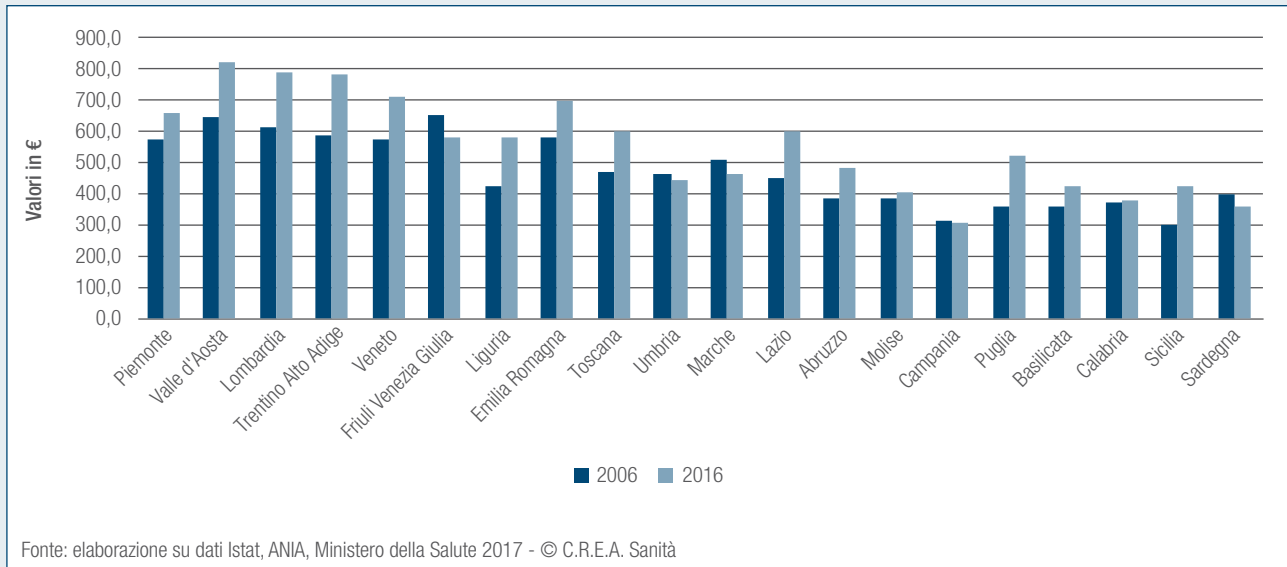


La spesa sanitaria pubblica pro-capite incide in Italia nel 2015 per il 6,8% sul PIL: si passa da un valore medio del 5,8% al Nord ad uno del 9,7% al Sud, segno che il meccanismo equitativo tra le Regioni fa sì che la spesa sanitaria pubblica sia poco legata ai livelli di reddito. Per quel che concerne la spesa sanitaria privata pro-capite questa incide per il 2,2% sul PIL; in questo caso le differenze tra le ripartizioni si attenuano essendo la spesa privata fortemente correlata ai livelli di reddito: 2,3% al Nord, 2,0% al Centro e 2,3% al Sud.

KI 3.6. Livello e dinamica della spesa sanitaria pubblica e Out of Pocket in Italia

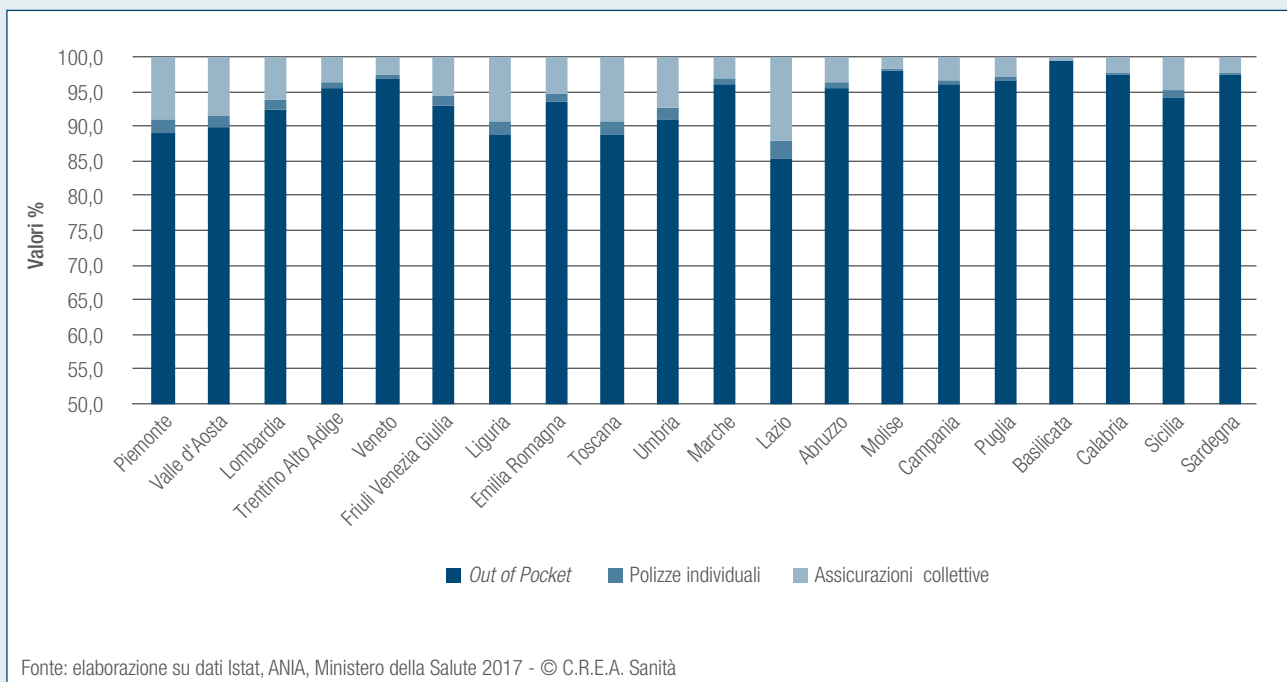


In media in Italia spesa sanitaria totale è cresciuta dello 0,4% medio annuo nell'ultimo quinquennio (2012-2016) e la spesa sanitaria nel 2016 si attesta a € 2.401,8 pro-capite. Le Regioni che hanno registrato una spesa pro-capite più elevata a fronte di una crescita superiore alla media sono tutte Regioni del Nord (P.A. di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Veneto ed Emilia Romagna); viceversa Calabria, Marche, Lazio, Abruzzo e Campania hanno fatto registrare una spesa pro-capite inferiore alla media italiana oltre che una crescita più lenta della stessa nell'ultimo quinquennio.

KI 3.7. Spesa sanitaria *Out of Pocket* pro-capite

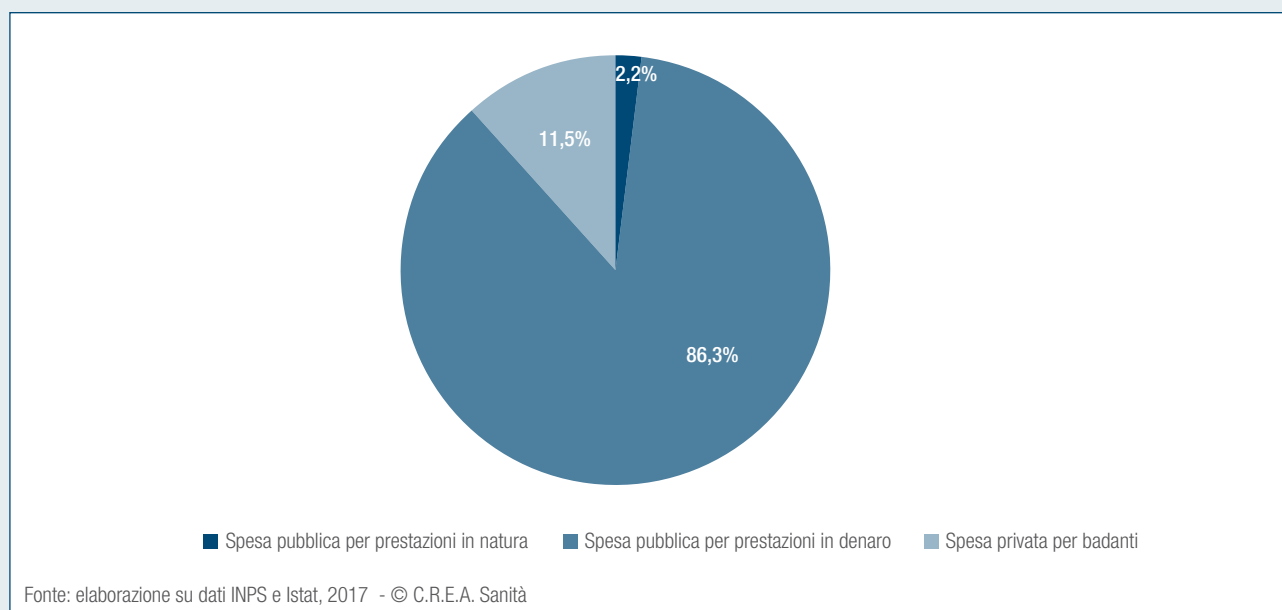
La spesa sanitaria *Out of Pocket* pro-capite, nel 2016, si attesta a € 588,2 pro-capite, in aumento del 18,4% rispetto al 2006 con valori massimi in Valle d'Aosta e Lombardia (rispettivamente € 827,3 e € 799,4); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 314,1) e Sardegna (€ 366,0). Ad eccezione di Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Calabria e Sardegna, in tutte le altre Regioni si è registrato un aumento rispetto al 2006: degno di nota è quello che ha interessato Puglia e Sicilia (+45,1% e +40,1% rispettivamente).

KI 3.8. Composizione spesa sanitaria privata, anno 2016



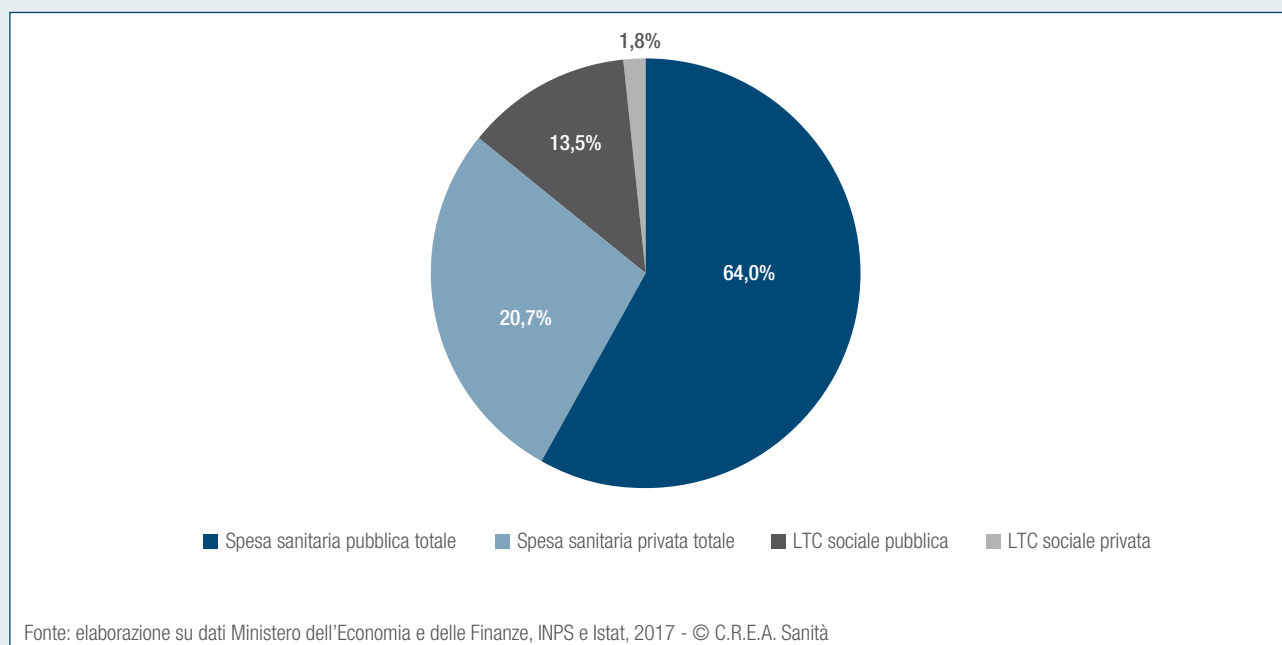
La spesa sanitaria privata, nel 2016, rappresenta circa il 92,6% del totale della spesa privata e quella intermediata il restante 7,4%, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e l'1,3% alle polizze individuali. La componente intermediata rappresenta il 7,1% della spesa privata nel Nord, il 12,1% nel Centro e solo il 4,0% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria. Basilicata, Molise, Calabria e Sardegna risultano essere le quattro Regioni con la quota maggiore di spesa OOP, che ivi supera il 97,0%. Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Toscana e Lazio risultano invece quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata, rispettivamente pari a 11,0%, 10,2%, 11,2%, 11,1% e 14,6%. Per quanto riguarda le polizze assicurative sanitarie, Liguria, Toscana e Lazio sono le Regioni con la quota più elevata di spesa intermediata per assicurazioni: raggiunge rispettivamente il 2,0% in Liguria e Toscana e il 2,6% nel Lazio. All'opposto si collocano Basilicata e Molise: 0,1% e 0,3% rispettivamente.

KI 3.9. Spesa sociale per LTC, anno 2016



Nel 2016, su un totale di € 26,7 mld. di spesa sociale per assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti, ovvero anziani e disabili, l'86,3% è rappresentato dalla spesa pubblica per prestazioni in denaro (ovvero dalle provvidenze economiche erogate dall'INPS quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile e permessi retribuiti a norma della L. 104/1992 e dai *voucher* erogati dai Comuni), il 2,2% dalla spesa pubblica per prestazioni in natura (servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari di competenza comunale) ed il rimanente 11,5% dalla spesa privata sostenuta direttamente dalle famiglie per l'assistenza a anziani e disabili.

KI 3.10. Composizione spesa socio-sanitaria, anno 2016



Nel 2016 la spesa socio-sanitaria totale, la quale abbiamo stimato ammontasse a € 175.058,0 mln., è risultata essere composta per il 64,1% dalla spesa sanitaria pubblica, per il 20,7% dalla spesa sanitaria privata, per il 13,5% dalle prestazioni rientranti nella LTC sociale pubblica (indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 e *voucher* per il 11,3% e servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale per lo 0,4%) e per l'1,8% dalla spesa per la LTC sociale privata (ovvero spesa privata per badanti).

