



Dipartimento Welfare e Nuovi Diritti  
Politiche della Salute

---

# **Sanità: *si danno i numeri***

## ***Tra finanziaria, libro verde e federalismo***

La manovra finanziaria del Governo taglia le risorse per la sanità, il libro verde annuncia scenari catastrofici per la spesa sanitaria futura, il federalismo fiscale implica il passaggio dalla finanziamento basato sulla spesa storica a quello calcolato sui costi standard. Il tutto è accompagnato da una campagna mediatica sui presunti “eccessi” della spesa sanitaria.

Ma le cose stanno così ?

Con questa scheda “*si danno i numeri*”, illustrando, seppur schematicamente: l’andamento effettivo, quindi in rapporto al PIL, della spesa sanitaria e del finanziamento, le differenze (notevoli) fra le regioni, la spesa sanitaria italiana rispetto a OCSE e a UE, la spesa attesa per i prossimi anni, il peso della spesa sanitaria pubblica e di quella privata.

Per il federalismo, in attesa dei costi standard che nessuno ha ancora elaborato, ci si limita per ora a segnalare che le simulazioni presentate dal Governo (anticipate ripetutamente su “il sole 24 ore”) sulla virtuosità di Veneto e Lombardia quali “regioni modello” per stabilire i costi standard sono fuorvianti. Invece che fare un confronto serio fra le migliori pratiche (che includerebbe Emilia Romagna e Toscana ad esempio), si indica un costo standard senza spiegare come lo si è calcolato. In realtà altro non è che un diverso modo di ripartire il finanziamento tra le regioni. Non viene indicato infatti qual è il “costo giusto” per garantire i livelli essenziali, che implicherebbe una seria “pesatura” dei bisogni rapportata al quadro epidemiologico, demografico e sociale. Si tenta di dimostrare che la spesa può essere tagliata e, soprattutto, se guardiamo a “chi ci guadagna e chi ci perde” con le simulazioni di Sacconi, si vede come vengano favorite alcune regioni (al nord e al sud), a prescindere dalla loro virtuosità e da una seria analisi dei bisogni.

# I conti della sanità

Tabella 1 Andamento 1992-2006 e 2007

Andamento Spesa pubblica, Finanziamento, Disavanzo e Pil							
(miliardi di euro)							
Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	Pil	Spesa / Pil	Finanz / Pil	Disavanzo / Pil
1992	49,637	48,049	-1,588	783,774	6,33%	6,13%	-0,20%
1993	48,939	45,376	-3,563	807,362	6,06%	5,62%	-0,44%
1994	49,041	45,179	-3,862	853,911	5,74%	5,29%	-0,45%
1995	48,465	47,427	-1,038	923,052	5,25%	5,14%	-0,11%
1996	52,585	50,438	-2,147	982,443	5,35%	5,13%	-0,22%
1997	57,014	51,975	-5,039	1.026,285	5,56%	5,06%	-0,49%
1998	59,640	55,065	-4,575	1.073,019	5,56%	5,13%	-0,43%
1999	63,134	59,404	-3,730	1.107,994	5,70%	5,36%	-0,34%
2000	70,173	66,945	-3,228	1.166,548	6,02%	5,74%	-0,28%
2001	75,999	71,878	-4,121	1.218,535	6,24%	5,90%	-0,34%
2002	79,549	76,658	-2,891	1.295,226	6,1%	5,9%	-0,22%
2003	82,290	79,967	-2,323	1.335,354	6,2%	6,0%	-0,17%
2004	90,528	84,738	-5,790	1.390,539	6,5%	6,1%	-0,42%
2005	96,785	91,060	-5,725	1.423,048	6,8%	6,4%	-0,40%
2006	99,167	94,985	-4,183	1.475,401	6,7%	6,4%	-0,28%
2007	102,290	98,688	-3,602	1.534,520	6,6%	6,4%	-0,23%

Fonte: Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio IV *Ultimo aggiornamento: settembre 2007 (dato 2007 elaborazione Cgil su dati Ministero salute)*

I dati sull'andamento della spesa sanitaria, relativi al periodo 1992- 2006 (e 2007), segnalano:

- una crescita costante della spesa sanitaria assoluta
- al contrario, una maggiore stabilità del rapporto fra spesa e PIL, tornato solo nel corso degli ultimi anni tra il 6,5 e il 6,8% del PIL, cioè nella media dell'UE
- una crescita del finanziamento meno costante della spesa (va considerato che una parte del finanziamento è assicurata dal riparto nazionale (ex fondo sanitario nazionale) un'altra da risorse proprie delle singole regioni)
- un disavanzo in rapporto al PIL che, pur consistente, scende notevolmente nel 2006 e 2007 rispetto al 2005 (0,28%, 0,23% rispetto allo 0,40% del 2005).
- i dati sul disavanzo variano in maniera notevolissima tra le regioni (figura 4). Fino al 2006 il disavanzo è stato coperto in parte da ripiani statali e in parte dalle singole regioni (tabella 2). Dal 2007 in avanti il disavanzo è a carico esclusivo delle singole regioni (fatto salvo il Fondo transitorio per le regioni con i piani di rientro).

Tabella 2 Finanziamento: Quota da riparto nazionale e quota da ricavi regioni

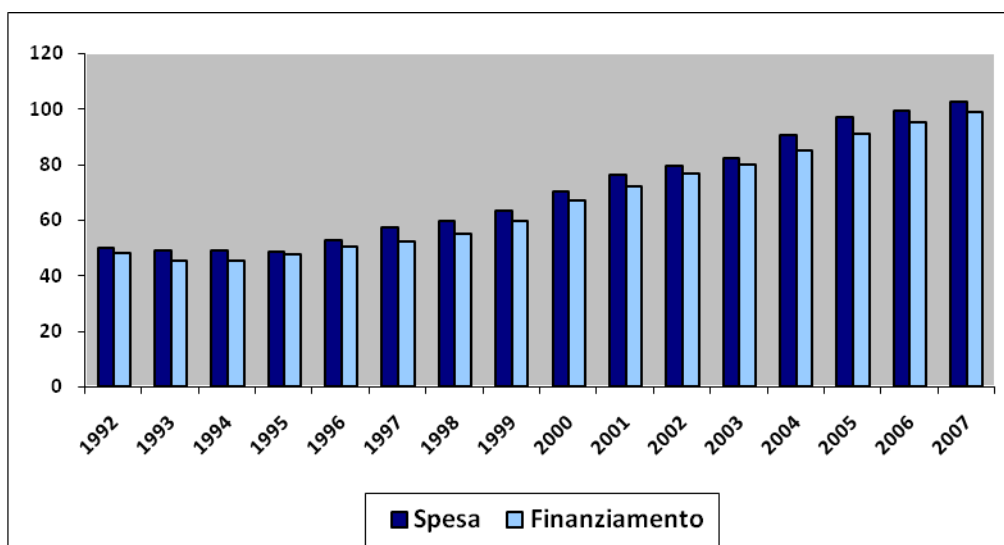
Anno	Spesa	Finanziamento	di cui Riparto nazionale	Di cui ricavi regioni	Disavanzo	Di cui a carico Stato
2001	75,999	71,878	67,574	4,304	-4,121	1,450
2002	79,549	76,658	75,601	1,057	-2,891	2,000
2003	82,290	79,967	78,403	1,564	-2,323	*
2004	90,528	84,738	81,287	3,451	-5,790	*
2005	96,785	91,060	88,195	2,865	-5,725	*
2006	99,167	94,985	93,730	1,255	-4,183	3,000*
2007	102,290	98,688	96,551	2,137	-3,602	1,000**

Fonte: elaborazione CGIL su dati Ministero della Salute (da modelli CE)

\* 3 miliardi disavanzo 2001 - 2005 per regioni con piani di rientro \*\*Fondo transitorio per regioni con piani di rientro

## Il boom della spesa sanitaria ?

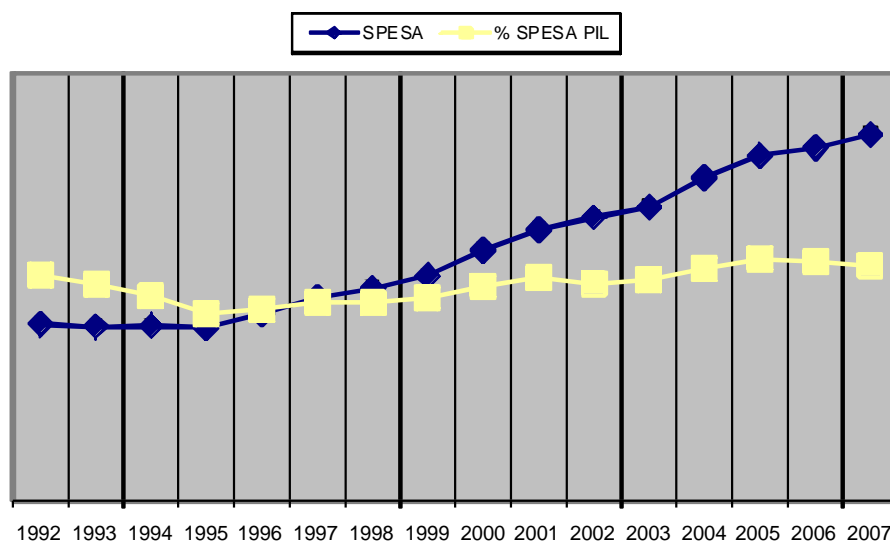
Figura 1 - andamento della spesa sanitaria pubblica e del finanziamento negli anni dal 1992 al 2007



La figura 1 illustra i numeri della tabella 1: come la spesa pubblica e il finanziamento siano cresciuti costantemente nel corso degli anni. Come si vedrà più avanti (tabella e figura 3) il disavanzo annuo (differenza fra spesa e finanziamento) varia ma è in calo. Tuttavia la figura, utilizzata spesso per denunciare il “boom della spesa sanitaria”, non ha particolare significato, perché non è rapportata all’andamento del PIL. La figura successiva è invece più significativa perché illustra l’andamento della spesa pubblica anche in rapporto al PIL.

## La spesa in rapporto al PIL è stabile (anzi in discesa)

Figura 2 - andamento spesa sanitaria pubblica: assoluta e in rapporto al PIL



(La figura 2 illustra i dati della Tabella 1) Si può vedere come *la spesa pubblica in rapporto al PIL* (linea chiara) sia cresciuta, ovviamente, meno di quella assoluta (linea scura). Non c’è stato dunque alcun boom della spesa sanitaria, che si è mantenuta relativamente costante in rapporto al PIL e che anzi è diminuita nel 2006 e 2007.

## Il disavanzo c'è ma i conti stanno (faticosamente) migliorando

Il disavanzo in rapporto al PIL - anni dal 2000 al 2007 - ha avuto un andamento variabile (vedi tabella 3 e Figura 3). Come si diceva, quanto il disavanzo sia imputabile a eccesso di costo e quanto a sottofinanziamento è discussione aperta e, come è noto, ragione di scontro istituzionale e sociale.

Quello che si può notare è una crescita del disavanzo in valori assoluti e in rapporto al PIL negli anni 2004 e 2005, mentre cala nel 2006 e ancor più nel 2007. La stessa Corte dei Conti riconosce che il Patto per la salute ha avuto un impatto positivo sulla spesa sanitaria<sup>1</sup>.

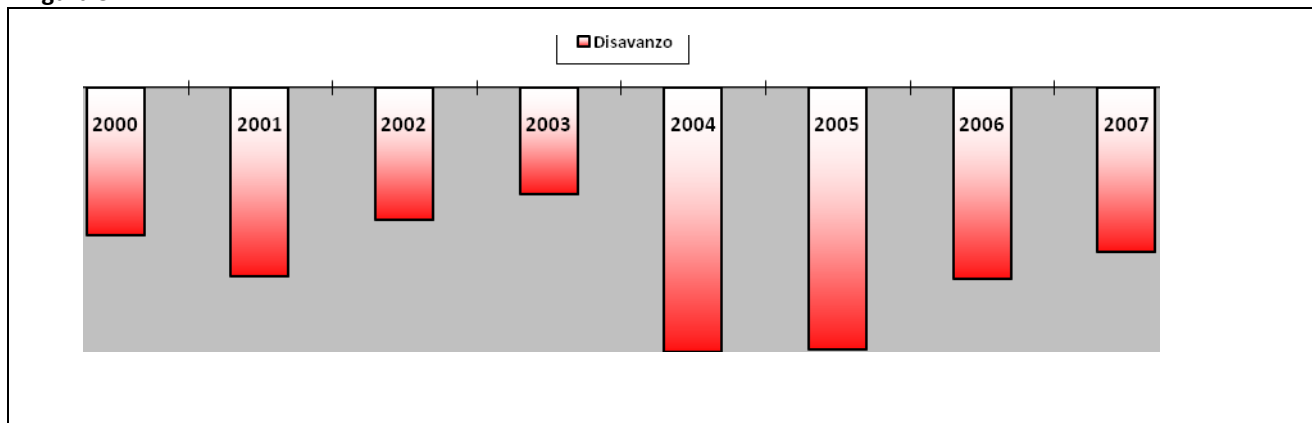
Naturalmente non bisogna dimenticare le differenze fra le regioni.

Inoltre dal 2007 le singole regioni hanno dovuto farsi carico totalmente della differenza fra riparto del fondo sanitario e spesa (fatto salvo 1 miliardo del fondo per le regioni con piani di rientro). Mentre dal 2001 al 2006 ci sono stati ripetuti finanziamenti aggiuntivi, o ripiani, dello Stato rispetto al riparto del fondo sanitari (l'ultimo di 2 miliardi per tutte le regioni e di 3 miliardi per quelle con gravi disavanzi risale al 2006). E' chiaro quanto sia forte la spinta delle regioni "più virtuose" per far cessare la politica dei ripiani, che non sono più considerato sopportabili, perché alla fine sottraggono risorse proprio alle regioni che riescono a raggiungere "da sole" l'equilibrio di bilancio.

Tabella 3		
Anno	Disavanzo	Disavanzo / Pil
2000	-3,228	-0,28%
2001	-4,121	-0,34%
2002	-2,891	-0,22%
2003	-2,323	-0,17%
2004	-5,790	-0,42%
2005	-5,725	-0,40%
2006	-4,183	-0,28%
2007	-3,602	-0,23%

Estratto dalla tabella 1

Figura 3



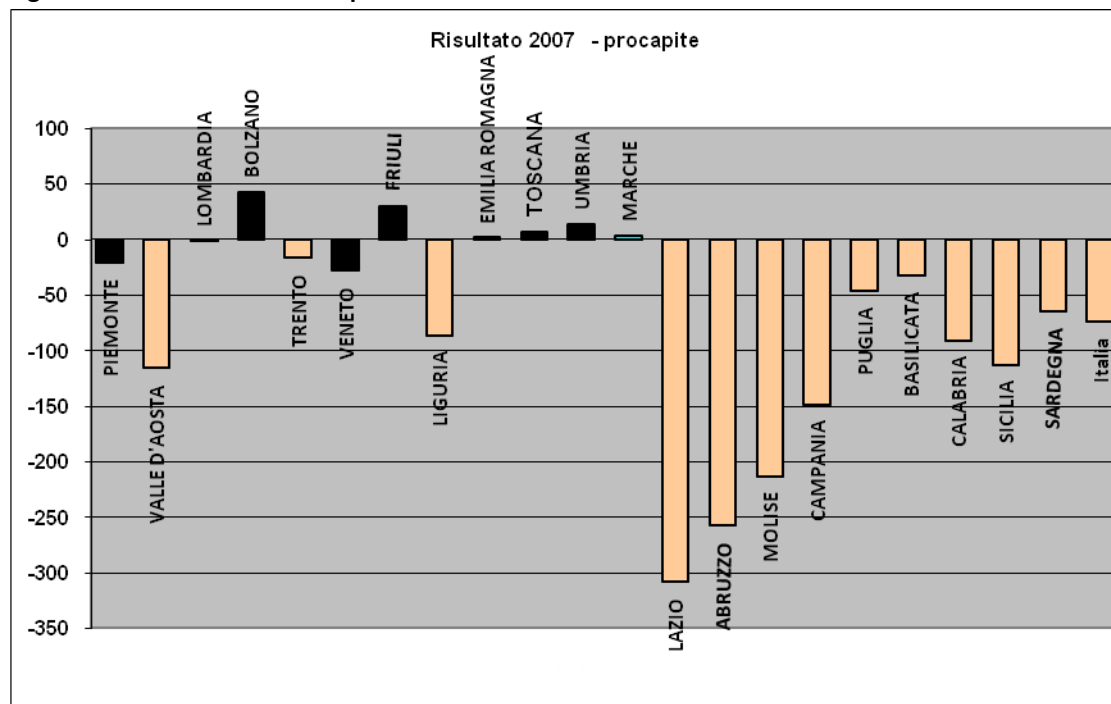
La figura 3 illustra la tabella 3

Naturalmente, il disavanzo relativo alla sanità va letto in rapporto al debito pubblico totale, in quanto un minore disavanzo relativo potrebbe essere prodotto, anziché da risparmi, da un maggiore finanziamento (come è accaduto con i ripiani) che si scarica sul debito pubblico totale. Negli ultimi tre anni il rapporto disavanzo relativo/debito pubblico è migliorato.

<sup>1</sup> Corte dei Conti: Relazione annuale 2007 "Settore welfare: la tutela della salute"

## Un problema molto serio: le “differenze” fra le Regioni

Figura 4 - Risultati di esercizio provvisori 2007



Fonte: elaborazione Cgil su dati Ministero della Salute (metodologia Tavolo Stato Regioni di verifica degli adempimenti)

Il risultato 2007, comprensivo del saldo di mobilità e di tutte le voci che compongono ricavi e costi, è quello accertato dall'apposito Tavolo di verifica nazionale (composto da Stato e Regioni) a settembre 2008.

La serie storica degli anni precedenti (dal 2000 al 2006) vede una situazione analoga a quella del 2007: disavanzi con un gradiente nord sud pesante, disavanzo pregresso di oltre venti miliardi concentrato in sei regioni (50% a carico del Lazio), tutte le regioni costrette a manovre aggiuntive per restare in equilibrio.

Nel 2007, ben quattordici Regioni (nel grafico rappresentate dagli istogrammi chiari sotto la linea dello zero) hanno un risultato provvisorio negativo. In realtà Piemonte e Veneto risultano in pareggio grazie all'utilizzo di risorse dal proprio bilancio regionale (per questo hanno gli istogrammi scuri).

Come è noto le regioni in disavanzo sono tenute a ulteriori “manovre” (utilizzando risorse provenienti dalla leva fiscale e in casi limitati dal proprio bilancio), pena l'avvio della procedura sanzionatoria da parte del Governo.

Da segnalare (non si può desumere dal grafico):

- **la mobilità sanitaria** influenza pesantemente i risultati (in meglio e in peggio)
- tra le sei regioni impegnate nei Piani di rientro, cinque (Liguria, Campania, Lazio, Molise, Sicilia) dovrebbero riuscire a coprire il disavanzo con i consistenti ricavi straordinari previsti nei piani medesimi (addizionali fiscali e fondo ad hoc di cui alla legge finanziaria 2007);
- anche Basilicata, Puglia Sardegna e Calabria sono obbligate a ricorrere a risorse proprie per coprirlo;
- alla fine, fra tutte le regioni, si ipotizza che non riusciranno a coprire il disavanzo per il 2007 solo Abruzzo e Calabria (l'Abruzzo è già commissariato). La verifica da parte del Tavolo e del Comitato Stato Regioni si concluderà entro ottobre.

Bisogna segnalare che i disavanzi sono stati coperti principalmente da “ricavi” che gravano sulla fiscalità regionale (cittadini e imprese) e, per le sei regioni anche con il fondo statale a sostegno dei piani di rientro.

Si conferma troppo breve la durata triennale dei piani di rientro. Per ottenere effetti duraturi, senza rinunciare agli obiettivi finali, occorre rinegoziarne la durata e sostenere le manovre finalizzate ad una reale riorganizzazione dei servizi sanitari regionali.

E si conferma che *il vero risanamento passa per una profonda riorganizzazione dei servizi sanitari delle regioni*, per garantire al meglio i livelli di assistenza ai cittadini. Ciò è dimostrato nelle regioni più “virtuose”.

## Il disavanzo di molte regioni non è il frutto inevitabile del sottofinanziamento.

Tabella 4 – Finanziamento pro capite e Risultato pro capite

Regione	Finanziamento riparto nazionale 2007 euro pro capite	Risultato 2007 (senza manovre correttive per ripiano disavanzi) euro pro capite
PIEMONTE	1.682	-21
VALLEDAOSTA	1.954	-116
LOMBARDIA	1.616	0
P.A. BOLZANO	2.177	43
P.A. TRENTO	1.853	-17
VENETO	1.606	-28
FRIULI V.G.	1.716	30
LIGURIA	1.812	-87
EMILIA R.	1.683	2
TOSCANA	1.695	7
UMBRIA	1.693	13
MARCHE	1.671	3
LAZIO	1.643	-308
ABRUZZO	1.635	-258
MOLISE	1.655	-214
CAMPANIA	1.574	-149
PUGLIA	1.602	-47
BASILICATA	1.665	-33
CALABRIA	1.643	-92
SICILIA	1.575	-114
SARDEGNA	1.622	-65
<b>ITALIA</b>	<b>1.643</b>	<b>-73</b>

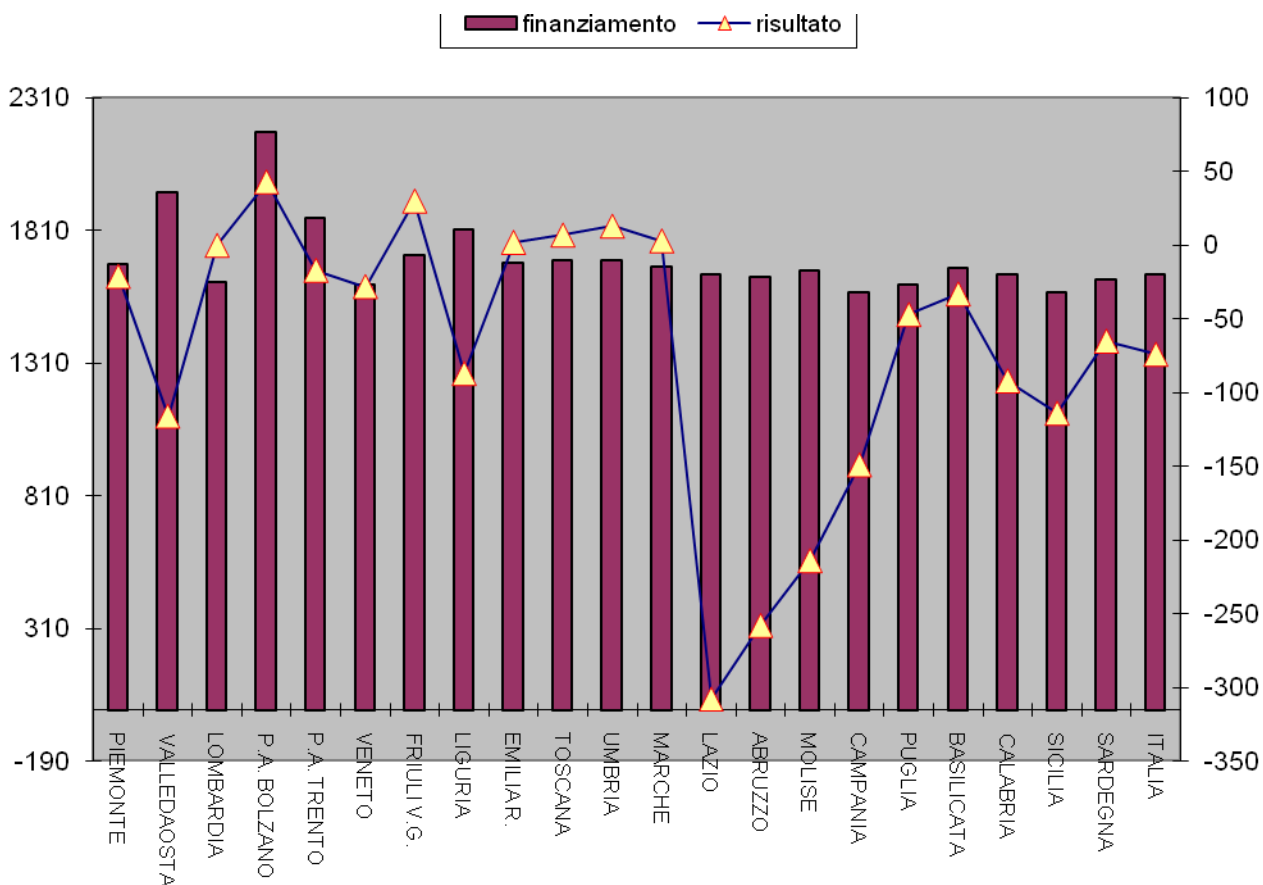
Fonte: elaborazione Cgil su dati Ministero della Salute (metodologia tavolo verifica adempimenti)

La tabella segnala come le regioni, pur partendo con un finanziamento procapite *analogo* (tenuto conto che la quota capitaria è ponderata in rapporto all'età della popolazione regionale e quindi ai consumi), ottengono risultati di esercizio molto diversi (vedi anche la figura 5). Analoga situazione si manifesta guardando alla serie storica degli anni precedenti. (n.d.r.: le comparazioni più attendibili sono quelle fra regioni a statuto ordinario).

Naturalmente la "virtuosità" di una regione va misurata correlando il risultato di esercizio alla garanzia siano erogati i livelli essenziali di assistenza ai cittadini.

Su questo aspetto del rapporto fra dati economico finanziari ed erogazione dei LEA si rinvia al fascicolo Cgil nazionale "*Sanità: i risultati di esercizio delle regioni anno 2007*".

**Figura 5 - Finanziamento pro capite e risultato pro capite**



Fonte: elaborazione Cgil su dati Ministero della Salute (metodologia tavolo di verifica degli adempimenti)

La figura illustra i dati della tabella 4: come il finanziamento pro capite (colonne scure) sia più omogeneo rispetto ai risultati di esercizio (triangoli chiari) conseguiti dalle singole regioni.

Lo scarto nel finanziamento, per la maggior parte delle regioni a statuto ordinario, è ben più ridotto di quello relativo al risultato.

Risultati così diversi non dipendono, dunque, dai differenti finanziamenti ma, principalmente, **dalle differenti “performances” delle singole regioni (mobilità sanitaria, controllo dei costi, ricavi aggiuntivi, ecc.)** e, ma solo in parte, dalla diversa ricchezza disponibile.

# I tagli della manovra finanziaria

## Anno 2009

- **mancano 434 milioni** per eliminare il super ticket da 10 euro sulle ricette per prestazioni specialistiche (stanziati nel D.L. 112 solo 400 milioni, il resto è a carico delle regioni che se non ce la fanno saranno costrette a imporre il ticket);

E' incerto il destino per:

- **700 milioni** del fondo di sostegno ai piani di rientro delle regioni in difficoltà, previsto dal Patto per la Salute (non è ancora chiaro se la legge finanziaria 2009 lo confermi)
- **162,8 milioni** per il trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale previsti nella finanziaria 2008 e da uno specifico DM (anche qui non è chiaro se la legge finanziaria 2009 confermi)

## Anni 2010 e 2011

La manovra d'estate (D.L. 112 e DPEF 2009 - 2013) aveva già previsto:

- tagli per **2 miliardi** di euro per il 2010
- tagli per **3 miliardi** di euro per il 2011

**Attenzione i tagli non sono visibili nell'articolo del D.L. 112** (e nella legge 133/08 di conversione); sono esplicitati nella "Relazione tecnica di accompagnamento" (che comunque è parte integrante della norma) e nel DPEF 2009 - 2013. Nel D.L. 112 (art. 79) il finanziamento sanitario nazionale 2010 e 2011 appare aumentato rispetto al 2009. Ma siccome lo è in misura inferiore al PIL nominale e alla spesa tendenziale programmata nel DPEF precedente, il taglio secco è di 2 miliardi 2010 e 3 miliardi 2011.

Estratto dalla Relazione tecnica di accompagnamento D.L. 112/2008

TABELLA 1 (finanziamento sanità - milioni euro)	Anno 2009		
• Finanziamento	102.683		
Anni 2010 - 2011		Anno 2010	Anno 2011
• Finanziamento (se incrementato secondo dinamica PIL nominale)		105.945	109.625
• Variazioni % su anno precedente (secondo dinamica PIL nominale)		+3,18%	+3,13%
• Manovra (D.L. 112/2008: <u>risparmi</u> )		<u>-2.000</u>	<u>-3.000</u>
• Finanziamento (D.L. 112/2008: incrementato ma inferiore al PIL nominale)		103.945	106.625
• Variazioni % su anno precedente (D.L. 112/2008: inferiore al PIL nominale)		+1,23%	+2,23%
• Finanziamento aggiuntivo rispetto al 2009 (D.L. 119/2008: subordinato alla nuova Intesa)		+1.262	+3.582

Si torna alla sottostima del fabbisogno.

Infatti il divario fra il finanziamento proposto e la spesa sanitaria tendenziale "pura" è enorme: **oscilla tra gli 11 e i 14 miliardi**. La spesa tendenziale programmata ovviamente deve tener conto di quella tendenziale "pura". Se la spesa tendenziale programmata risulta troppo distante da quella tendenziale pura, il dato non è credibile. E siccome spetta alle regioni coprire il divario fra spesa reale e finanziamento, aumenta l'entità delle manovre regionali per raggiungere l'equilibrio di bilancio. Si tratta evidentemente di manovre dalle dimensioni non sopportabili, che rischiano di mettere in discussione gli stessi Livelli essenziali di assistenza per i cittadini.

Non a caso la stessa Conferenza delle Regioni segnala che: *"rispetto alla programmazione tendenziale prevista nel Patto per la salute c'è un taglio pari a 7,5 miliardi di euro per gli anni 2010 e 2011 ... e l'insostenibilità del sistema conseguente i tagli operati"*.

**Per questo non è esagerato affermare che i tagli alla sanità nel triennio rischiano di superare i nove miliardi di euro.**

Non deve sfuggire poi il tetto di spesa (DL 112) imposto alle regioni per il Patto di Stabilità interno 2009 - 2011 con un taglio di 7,8 i miliardi e di 10 miliardi a carico degli Enti Locali. Non è difficile immaginare pesanti riflessi anche per il finanziamento di importanti servizi sociali e socio sanitari.

Le misure sul personale (inasprimento dei limiti per le assunzioni e tagli alla contrattazione) completano lo scenario.



## La spesa italiana nella media OCSE e UE

Tabella 5 – Spesa sanitaria in % PIL - OCSE anno 2006

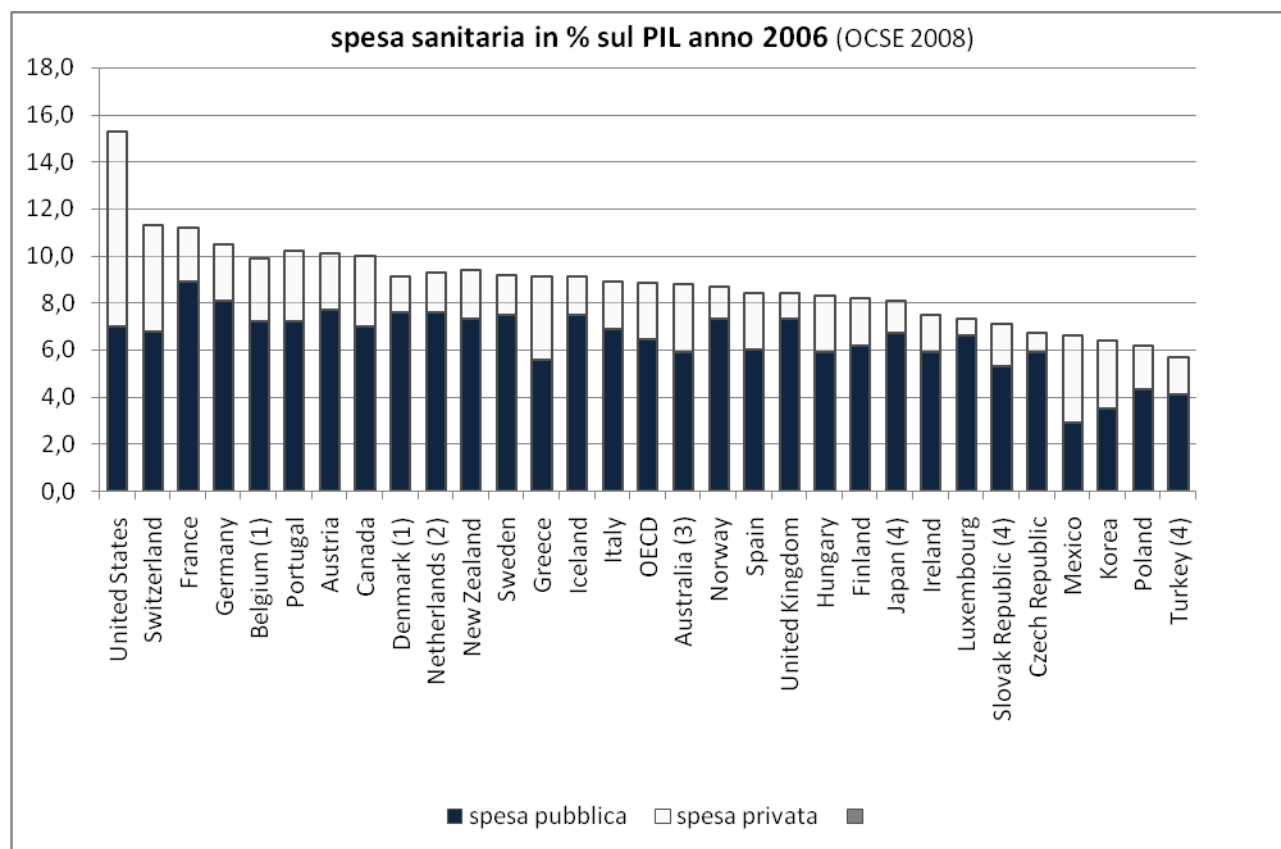
	Spesa pubblica	Spesa privata	
United States	7,0	8,3	
Switzerland	6,8	4,5	
France	8,9	2,3	
Germany	8,1	2,4	
Belgium (1)	7,2	2,7	0,4
Portugal	7,2	3,0	
Austria	7,7	2,4	
Canada	7,0	3,0	
Denmark (1)	7,6	1,5	0,5
Netherlands (2)	7,6	1,7	
New Zealand	7,3	2,1	
Sweden	7,5	1,7	
Greece	5,6	3,5	
Iceland	7,5	1,6	
<b>Italy</b>	6,9	2,0	
OECD	6,5	2,4	
Australia (3)	5,9	2,9	
Norway	7,3	1,4	
Spain	6,0	2,4	
United Kingdom	7,3	1,1	
Hungary	5,9	2,4	
Finland	6,2	2,0	
Japan (4)	6,7	1,4	
Ireland	5,9	1,6	
Luxembourg	6,6	0,7	
Slovak Republic (4)	5,3	1,8	
Czech Republic	5,9	0,8	
Mexico	2,9	3,7	
Korea	3,5	2,9	
Poland	4,3	1,9	
Turkey (4)	4,1	1,6	

(1) spesa corrente e per investimenti (2) spesa corrente (3) dati 2005/06 (4) dati 2005  
 Fonte OECD Health data 2008 June 2008

La tabella 5 e la successiva figura 6 dimostrano come la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) dell'Italia è nella media OCSE e, per quanto riguarda la UE, al disotto di quella di Francia, Germania, Belgio, Portogallo, Austria, Danimarca, Olanda, Svezia e Grecia.

Anche la spesa sanitaria **pubblica** è nella media OCSE e nella media UE.

**Figura 6 - Spesa sanitaria in % sul PIL anno 2006 – Paesi OCSE**



Fonte OECD Health data 2008 June 2008

**Ocse: la spesa sanitaria rallenta, frenata record negli ultimi 10 anni<sup>2</sup>**

La spesa sanitaria nei 30 Paesi più sviluppati del mondo è in frenata. Nel 2006 la crescita media in termini reali è stata di appena il 3,1% in più rispetto al 2005, il tasso più debole dal 1997, mentre la spesa complessiva media si è stabilizzata sul valore dell'8,9% del Pil: la stessa percentuale del 2005, con il settore pubblico a quota 6,5% del Pil.

A offrire una dettagliata fotografia della sanità, sia pubblica che privata, è l'ultimo rapporto "Health Data 2008" realizzato ogni anno dall'Ocse (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico). Guardando al trend dell'ultimo decennio, si può notare che la spesa sanitaria è aumentata notevolmente tra il 2000 e il 2003 a un tasso medio del 6,2%. Poi dal 2003 la crescita ha iniziato a diminuire, segnando rialzi del 3,6% da un anno all'altro e registrando nel 2006 - ultimo anno di cui sono disponibili dati - un ulteriore rallentamento.

**Usa primi, Italia nella media, ultima la Turchia**

Il Paese dove la spesa sanitaria complessiva è più alta sono gli Stati Uniti, con il 15,3% del Pil: quasi il doppio della media Ocse, pari a 6.714 dollari di spesa all'anno pro capite. Seconda classificata la Svizzera, che ha speso 4.311 dollari pro capite, quasi come la Francia, seguita poi da Germania e Belgio. L'Italia si colloca al 15esimo posto, esattamente a metà, con una spesa in cure e medicinali pari al 9% del Pil: quindi poco sopra la media Ocse in termini di percentuale del prodotto interno lordo. In termini reali, in Italia la spesa pro capite è di 2.614 dollari contro i 2.824 della media Ocse. I Paesi che invece hanno speso di meno nella sanità sono stati Corea, Polonia e Turchia, con quest'ultima che ha speso nel 2006 solo 591 dollari a testa (5,7% del Pil).

<sup>2</sup> (da "epicentro" settembre 2008)

## La spesa crescerà ? niente catastrofismi per favore<sup>3</sup>

Estratto dal Rapporto del Comitato di politica economica (EPC) dell'Unione europea. "L'impatto dell'invecchiamento demografico sulla spesa pubblica" - Marzo 2007

Effettuare delle proiezioni della spesa sanitaria pubblica nel lungo periodo è un esercizio estremamente complesso. Vi è incertezza in merito alle future tendenze dei principali fattori trainanti della spesa, la disponibilità di dati confrontabili è limitata e la metodologia utilizzata per le proiezioni che prendono in considerazione diversi paesi è alquanto meccanica e non riflette il contesto istituzionale dell'erogazione dei servizi sanitari di ciascuno Stato membro. Una sfida particolare è stata quella di inserire altri fattori non demografici della spesa sia dal lato della domanda che dell'offerta.

In base allo "scenario di riferimento AWG" (uno scenario prudente che tiene conto degli effetti combinati dell'invecchiamento demografico, dello stato di salute dei cittadini anziani e dell'elasticità della domanda di cure sanitarie rispetto al reddito), la spesa sanitaria pubblica dovrebbe aumentare di 1,5-2 punti percentuali del PIL nella maggior parte degli Stati membri fino al 2050. Sebbene il fattore causale della spesa sanitaria non sia l'età (ma piuttosto la condizione di salute di una persona), le proiezioni evidenziano come il semplice effetto dell'invecchiamento demografico potrebbe alimentare un aumento della spesa pubblica.

Dalle proiezioni, tuttavia, si evince che anche i fattori non demografici costituiscono importanti elementi trainanti della spesa. In particolare, le variazioni dello stato di salute dei cittadini anziani avrebbero una forte incidenza sulla spesa sanitaria. **Se l'aspettativa di vita sana (dovuta ad una riduzione dei tassi di morbidità) evolvesse in linea con la variazione dell'aspettativa di vita specifica per età (uno sviluppo equivalente alla cosiddetta ipotesi dell'equilibrio dinamico), allora il previsto aumento della spesa sanitaria correlato all'invecchiamento demografico risulterebbe quasi dimezzato.**

La spesa sanitaria come quota del PIL potrebbe aumentare ad un ritmo sostenuto qualora i costi unitari (salari, prezzi dei medicinali) crescessero più rapidamente dei loro equivalenti nell'economia in generale, in conseguenza di politiche pubbliche volte a migliorare l'accesso ai servizi sanitari o la loro qualità (con la riduzione delle liste di attesa o una più ampia scelta), o se l'aumento dei livelli di reddito pro capite e **l'impatto della tecnologia** determinassero una più forte domanda di servizi sanitari. **E' di fondamentale importanza che le tecnologie vengano gestite in modo efficace: in caso contrario, i risparmi della spesa** ottenuti attraverso una riduzione dei costi unitari potrebbero essere facilmente superati dai costi legati al soddisfacimento di una maggiore domanda di cure nuove e migliori.

### I risultati delle proiezioni della spesa pubblica relativa all'assistenza di lunga durata

L'invecchiamento della popolazione avrà un forte impatto in termini di aumento della spesa pubblica destinata all'assistenza di lunga durata. Questo perché, con l'avanzare dell'età, aumentano notevolmente le infermità e le disabilità, in particolare tra gli individui molto anziani (ultraottantenni) che rappresentano la fascia di popolazione destinata a crescere più rapidamente nei prossimi decenni. La metodologia applicata alle proiezioni è stata considerevolmente migliorata dal 2001, consentendo di elaborare scenari in grado di prendere in considerazione fattori di spesa di natura non demografica.

Considerando uno scenario influenzato unicamente dall'invecchiamento demografico e basato sulle politiche attuali, si prevede che la spesa pubblica per l'assistenza di lunga durata aumenti dello 0,5-1% del PIL tra il 2004 e il 2050. I mutamenti previsti vanno dallo 0% all'1,7% del PIL, in ragione delle grandi differenze tra le varie metodologie di erogazione/finanziamento dell'assistenza formale. I paesi per i quali le proiezioni prevedono aumenti minimi della spesa pubblica sono quelli che attualmente registrano livelli minimi di assistenza formale.

---

<sup>3</sup> Vedi anche Francesco Taroni "L'invecchiamento della popolazione fra catastrofismi e fondo per la non autosufficienza"

Le proiezioni indicano che con l'invecchiamento demografico si potrebbe aprire un divario crescente tra il numero di cittadini anziani con disabilità che richiedono assistenza (che aumenterà più del doppio entro il 2050) e l'effettiva erogazione di servizi di assistenza formale. Oltre che a causa dell'invecchiamento demografico, questo divario potrebbe aumentare ulteriormente a causa della minore disponibilità di assistenza informale nelle famiglie, dovuta alle dimensioni sempre più ridotte di queste ultime e al previsto aumento della partecipazione delle donne al mercato del lavoro. In poche parole, per quei paesi che oggi presentano sistemi di assistenza formale meno avanzati, il previsto aumento della spesa pubblica destinata all'assistenza di lunga durata potrebbe non riuscire a contenere totalmente la pressione sulle finanze pubbliche, dal momento che ci sarà bisogno, in futuro, di cambiamenti nelle politiche a favore di una maggiore erogazione di assistenza formale.

La spesa pubblica è molto sensibile all'evoluzione dell'incidenza dei casi di disabilità nei cittadini anziani. Rispetto allo scenario che prende in considerazione unicamente il fattore dell'invecchiamento demografico, **il previsto aumento della spesa potrebbe essere inferiore del 40-60% nel caso in cui le situazioni di disabilità migliorino sensibilmente in linea con il previsto allungamento dell'aspettativa di vita. L'adozione di misure volte a ridurre le disabilità, contenere la necessità di assistenza formale da parte della popolazione anziana con disabilità o a favorire la prestazione di assistenza formale a domicilio piuttosto che negli istituti può avere un notevole impatto sulla spesa pubblica.**<sup>4</sup>

---

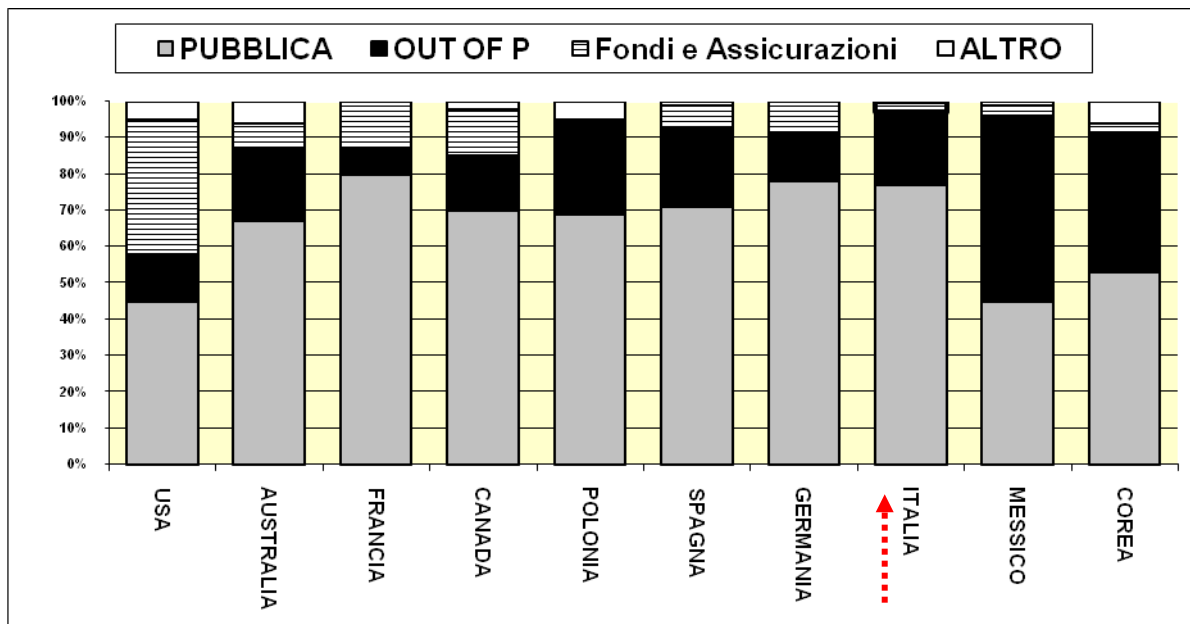
<sup>4</sup> Traduzione di un estratto del Rapporto del Comitato di politica economica (EPC) dell'Unione europea. "L'impatto dell'invecchiamento demografico sulla spesa pubblica" - Marzo 2007

## La spesa privata è al 97% “out of pocket”

Figura 7 - Composizione % spesa sanitaria totale (Italia/Mondo)

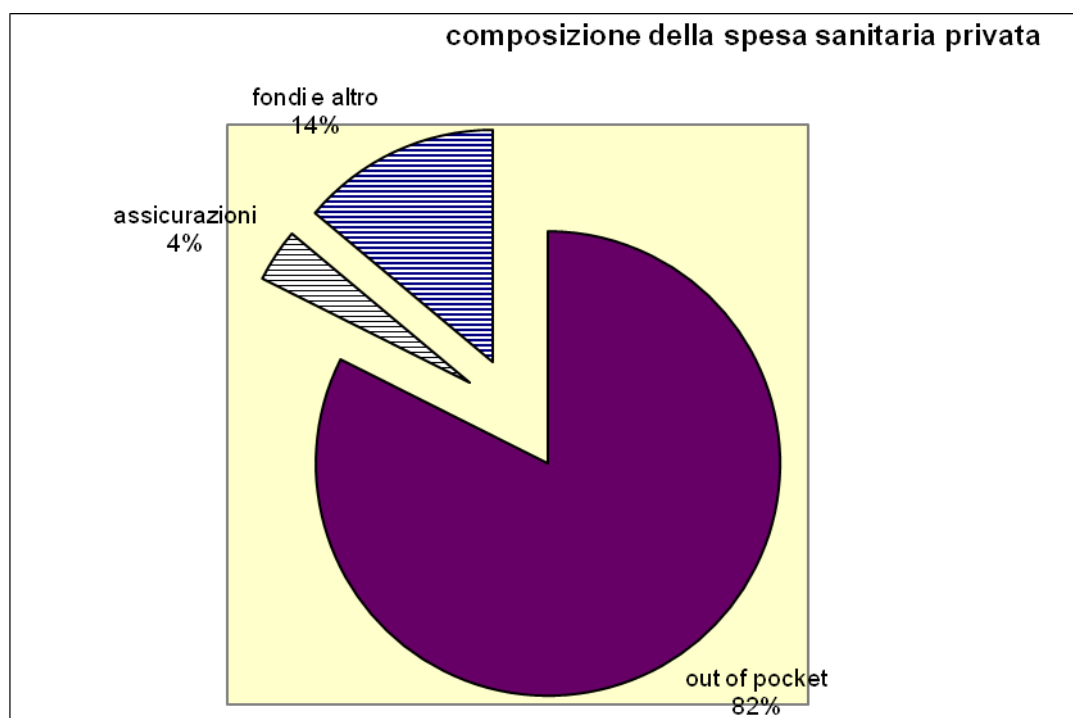
La Spesa sanitaria pubblica in Italia è stimata al 77% della spesa totale (100 miliardi su 129 circa totali), è tra le % di spesa pubblica più elevate al mondo.

La Spesa sanitaria privata, stimata in 29 miliardi, è circa il 23 % della spesa totale (il 20% è out of pocket: oltre 25 miliardi !)



Fonte elaborazione Cgil su dati Censis 2007

Figura 7 - composizione % della spesa privata in Italia



Fonte elaborazione Cgil su dati Censis 2007

La figura 8 - Illustra come gran parte della spesa privata sia “out of pocket (circa 23 miliardi su 29 complessivi). No comment ... per il momento