



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

02.2019

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

I conti della sanità: consuntivi del 2018 e prospettive future

Autori

Vincenzo Atella e Felice Cincotti

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring

Vincenzo Atella

Introduzione

L'obiettivo di questo Quaderno è quello di dar conto dei risultati economico-finanziari del settore sanitario nell'ultimo anno trascorso (2018) e di offrire indicazioni sulle future dinamiche del settore, anche sulla base delle decisioni di policy adottate.

La valutazione dei risultati conseguiti nel 2018 è condotta sulla base di due tipologie di indicatori: la spesa sanitaria dell'intera Pubblica Amministrazione (PA) - quindi non solo degli enti del SSN, che pure ne assorbono una buona parte - e i risultati d'esercizio degli enti del SSN, nel complesso e, soprattutto, nelle sue articolazioni territoriali.

Come avremo modo di vedere, entrambi gli indicatori mostrano che nel 2018 il settore ha sostanzialmente confermato i progressi e i miglioramenti registrati negli ultimi anni. La spesa sanitaria della PA è aumentata, ma a un tasso molto contenuto, ben al di sotto delle dinamiche che l'avevano contraddistinta prima del 2010. Nello stesso tempo, si è compiuto un nuovo passo avanti nella ricomposizione del divario tra regioni virtuose e quelle impegnate nei Piani di rientro, sebbene per almeno un paio di queste la situazione continua a rimanere problematica.

Per le prospettive del settore e del SSN, faremo riferimento all'evoluzione del finanziamento statale "ordinario" del SSN e al quadro programmatico ufficiale del settore, ossia la sua incidenza sul Pil e sulla spesa pubblica complessiva. Al conseguimento di tali risultati è corrisposta una restrizione dell'erogazione delle prestazioni e/o un loro scadimento qualitativo? Continuando con quanto già fatto in passato, abbiamo fornito una serie di indicazioni sulla corrispondenza delle prestazioni erogate dal SSN agli standard qualitativi richiesti e sulla dinamica della spesa sanitaria "privata", ossia di quella sostenuta direttamente dai cittadini e/o intermediata dalle assicurazioni. I risultati che emergono testimoniano la permanenza di squilibri territoriali per quanto riguarda la conformità delle prestazioni agli standard richiesti e di un trend crescente della spesa sanitaria privata.

La spesa sanitaria della PA: i risultati del 2018

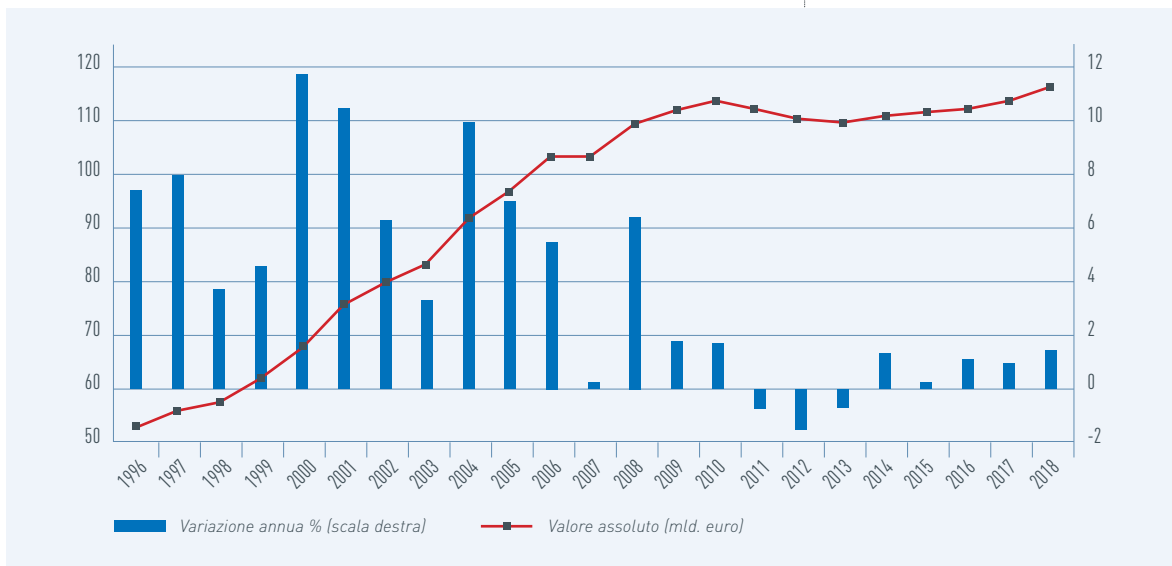
Secondo i più recenti dati di contabilità nazionale (vedi Figura 1), nel 2018 la spesa sanitaria complessiva della PA è stata pari a 115,4 miliardi di euro, in crescita dell'1,6% rispetto all'anno prima (Istat, 2019a). Con l'aumento di quest'anno, il quinto consecutivo, la spesa sanitaria ha sopravanzato di ben 2 miliardi di euro il livello che aveva raggiunto nel 2010, prima che si riducesse di 3,5 miliardi di euro nei tre anni seguenti.

La dinamica della spesa, in definitiva, continua a rimanere moderata: negli ultimi cinque anni, la spesa è cresciuta in media d'anno dell'1%, ben al di sotto della media dell'intero periodo (3,8%) e di quella degli anni 1996-2010 (5,8%).

La spesa sanitaria pubblica è cresciuta dell'1,6% nel 2018 e...

... appena dell'1% negli ultimi 5 anni

Figura 1. Dinamica della spesa sanitaria pubblica (1996-2018)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Istat (2019a)
La spesa sanitaria rappresentata è elaborata dall'ISTAT, nell'ambito della stima della spesa dell'intera PA, secondo i principi di contabilità economica nazionale (Sec 2010)

Scendendo più nel dettaglio, a trainare la dinamica nel 2018 è stata la spesa sostenuta per l'acquisto di prestazioni presso i cosiddetti operatori *market* che è aumentata del 2,1%, più di quella delle strutture pubbliche, a sua volta cresciuta complessivamente (ossia, considerando prestazioni, servizi amministrativi e altro) dell'1,3%.¹ Complessivamente, la spesa per prestazioni, di quelle pubbliche e di quelle *market*, è aumentata nel 2018 dell'1,9%, attestandosi al 93,8% di quella complessiva, tre decimi di punto percentuale in più rispetto al 2017.

¹ In particolare, la spesa per prestazioni è aumentata dell'1,7%, quella per i servizi amministrativi dell'1,5%, mentre quella delle altre componenti si è ridotta dell'11,2%.

A spingere verso l'alto la spesa complessiva delle strutture pubbliche è stata la spesa per il personale che, cresciuta del 2,4%, ha interrotto la dinamica decrescente che continuava dal 2011, e hanno contribuito i rinnovi contrattuali di competenza dell'anno, ma anche quelli per gli arretrati del biennio precedente. Lo slittamento dei rinnovi per alcuni comparti e l'efficacia delle misure di contenimento già implementate – blocco del *turnover* e contenimento delle assunzioni – hanno permesso di contenerne l'aumento inizialmente previsto (MEF, 2019, vol. II, pp. 38-39). Gli acquisti di beni e servizi sono cresciuti dell'1,7%, meno della metà della crescita sperimentata nel triennio precedente. L'aumento è imputabile interamente alla spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici, che ha più che compensato la riduzione registrata per gli altri (MEF, 2019, vol. II, p. 39).

Per quanto riguarda la spesa sostenuta per l'acquisto di prestazioni presso operatori *market*, la riduzione della spesa ospedaliera (-2%) e quella, decisamente più contenuta rispetto alla precedente esperienza, della farmaceutica territoriale (-0,6%) non è stata in grado di compensare l'aumento delle restanti tipologie, di cui si segnala quello della cosiddetta altra assistenza, pari al 10,2%.²

In conclusione, anche quest'anno il settore sanitario ha dato un contributo importante al risanamento dei conti pubblici.³ L'incidenza sul Pil è rimasta stazionaria al 6,6%, mezzo punto percentuale in meno del picco fatto registrare nel biennio 2009-2010 (7,1%). Si è ridotta di due decimi di punto percentuale l'incidenza sulla spesa primaria corrente, ossia la spesa corrente al netto degli interessi pagati sul debito pubblico, attestata sul 15,8%, 1,2 punti percentuali in meno di quella fatta segnare nel biennio 2009-2010.

Nel 2018 la spesa per l'acquisto di prestazioni convenzionate e accreditate cresce di più di quella delle strutture pubbliche

Il settore sanitario continua a contribuire al riordino dei conti della PA

² Aumentano anche l'assistenza medico-generica (2,2%), quella specialistica (3,2%) e quella riabilitativa, integrativa e protesica (1,5%).

³ Nel 2018 l'indebitamento netto della PA è sceso dal 2,4 al 2,1% del Pil.

I conti del SSN e i divari territoriali

Anche nel 2018, quindi, il settore sanitario ha contribuito al contenimento della spesa pubblica e al riordino dei conti della PA. Ma il settore è stato capace di migliorare i propri risultati di gestione e accorciare le differenze riscontrate finora a livello territoriale? Con riferimento a questi aspetti, le indicazioni necessarie posso essere ricavate dai conti economici degli enti del SSN: si tratta di una fonte di dati (Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS) diversa da quella utilizzata nel precedente paragrafo, sia per quello che riguarda l'universo di riferimento che le metodologie di contabilizzazione.⁴ Nella tabella 1 abbiamo riportato i risultati d'esercizio del SSN negli anni 2012-2018, in modo da evidenziare il percorso che conduce alla validazione dei risultati e delle modalità di copertura degli eventuali disavanzi di gestione presso il Tavolo Tecnico di verifica degli adempimenti. Come si può vedere, il disavanzo di esercizio prima delle correzioni apportate presso il Tavolo di verifica è aumentato di oltre 200 milioni di euro nel 2018. In particolare, al peggioramento del saldo d'esercizio nel 2018 ha contribuito la crescita dei ricavi (1%) di poco bassa di quella dei costi (1,1%). In ogni caso, i progressi compiuti dal 2012 sono significativi: il disavanzo nel 2018 è quasi la metà di quello registrato nel biennio 2012-2013.

Come per gli anni precedenti, anche nel 2018 le correzioni apportate dal Tavolo fanno salire il disavanzo (saldo d'esercizio pre-coperture). Gli ulteriori trasferimenti messi a disposizione dalle regioni a Statuto Speciale (RSS) e le coperture aggiuntive recuperate dalle regioni in Piano di rientro grazie all'aumento delle aliquote fiscali regionali, sono tali da abbattere significativamente il saldo d'esercizio (saldo d'esercizio post-coperture). La stima del pregresso e la considerazione di ulteriori coperture sono tali da portare il saldo (saldo d'esercizio Tavolo) su valori positivi (poco meno di 100 milioni di euro).

Nel 2018 migliorano i risultati d'esercizio del SSN

⁴ Vedere Guerrucci (2003) per un dettagliato confronto tra le due fonti.

Tabella 1. I conti del SSN (2012-2018) - milioni di euro

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ricavi d'esercizio	111.395	110.609	112.834	112.992	114.495	116.117	117.242
Costi d'esercizio (*)	-113.300	-112.255	-113.612	-113.936	-115.299	-117.010	-118.348
Saldo di esercizio	-1.905	-1.646	-778	-944	-804	-893	-1.106
Correzioni Tavolo Verifica	-128	-80	-96	-73	0	-177	-133
Saldo d'esercizio pre-coperture	-2.033	-1.726	-874	-1.017	-804	-1.070	-1.239
Ulteriori trasf. Regioni Statuto Spec.	994	935	536	244	235	317	605
Coperture	1.462	1.263	486	562	655	474	395
Saldo d'esercizio post-coperture	422	472	148	-212	86	-279	-240
Pregresso e ulteriori coperture	-27	-38	-131	0	-232	275	336
Saldo di esercizio Tavolo	395	434	17	-212	-146	-4	96

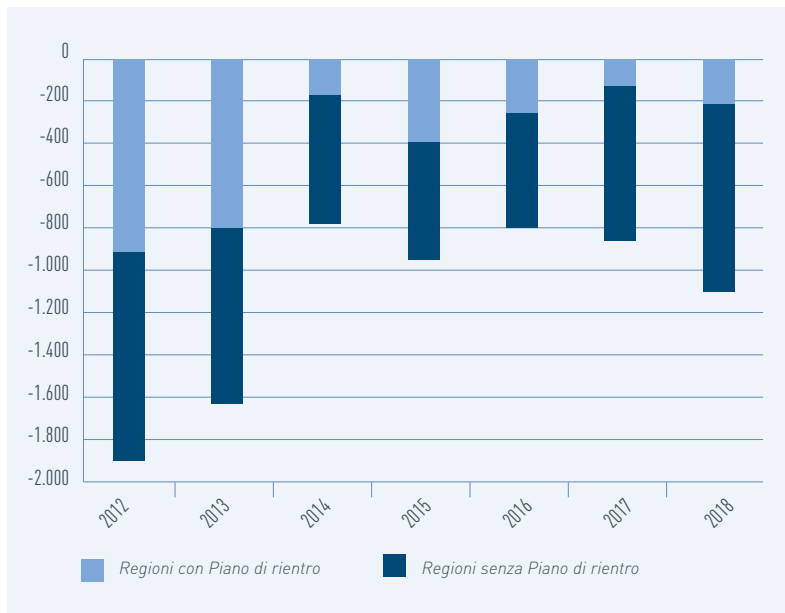
(*) comprende saldi per mobilità extra CE e internazionale.

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmalactoring su dati Corte dei Conti (2014, 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019).

La spesa rappresentata è quella degli enti del SSN ricavata dai modelli di conto economico (CE) del Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS.

Passando a considerare le *performance* a livello territoriale, i dati disponibili mostrano come a partire dal 2014 la spaccatura che negli ultimi anni ha caratterizzato il SSN, tra le regioni "virtuose" e in "Piano di rientro" (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), sembra essersi ricomposta. Nella Figura 2, prendendo in considerazione il risultato d'esercizio "tout court", senza ulteriori correzioni e coperture, il suo valore è stato suddiviso tra le due tipologie di regioni. Dopo essere aumentata nel 2015 al 41,9%, percentuale comunque inferiore a quella del biennio 2012-2013, l'incidenza del disavanzo delle regioni impegnate nei Piani di rientro sul totale nazionale è ritornata a ridursi negli anni successivi toccando il 15,9% nel 2017 e il 18,5% nel 2018. In particolare, nel 2018 sia le regioni in Piano di rientro che le altre hanno registrato un peggioramento del disavanzo, di circa 65 milioni di euro le prime e di 170 le altre, che in tal modo è salito rispettivamente a 205 e 901,4 milioni di euro. In particolare, le regioni in Piano di rientro hanno sperimentato un aumento dei costi, comprensivi di quelli per la mobilità, dell'1%, e dei ricavi dello 0,8%, in entrambi i casi tre decimi di punti percentuali in meno di quelli delle altre regioni.⁵

Figura 2. Saldi di esercizio a livello territoriale (2012-2018) - milioni di euro



Fonte: Corte dei Conti (2019, 2018, 2017, 2016, 2015 e 2014)

Continua a chiudersi la frattura tra regioni "con" e "senza" Piani di rientro.

⁵ La crescita meno sostenuta dei ricavi nelle regioni con Piani di rientro rispetto alle altre è da ricondurre ad una dinamica più contenuta sia del finanziamento statale ordinario loro spettante (0,8% nelle prime contro 1% nelle seconde) che delle cosiddette entrate proprie (1,8% contro 1,9%).

Tuttavia, il miglioramento del complesso delle regioni con Piani di rientro nasconde il fatto che per alcune permangono serie criticità. Nella tabella 2 abbiamo riportato per il solo 2018 i risultati di esercizio, già presentati in aggregato nella tabella 1. Si può vedere come le regioni che registrano un risultato d'esercizio iniziale in disavanzo sono oltre la metà. Si segnalano per l'entità del disavanzo, le due Province autonome di Bolzano e di Trento, la Sardegna e il Friuli V. G. tra le regioni non impegnate nei Piani di rientro e la Calabria, la Puglia, il Lazio e il Molise tra quelle impegnate. Si segnala, infine, il risultato della Campania che presenta l'avanzo più elevato. Per quanto riguarda le regioni impegnate nei Piani di rientro in iniziale disavanzo, tutte hanno attivato le necessarie coperture tali da riportare il bilancio in equilibrio o avanzo, ad eccezione di Molise e Calabria che continuano a presentare dei *deficit*. Tra le altre regioni, nonostante le coperture attivate, Toscana, Sardegna e Valle d'Aosta, continuano a presentare un risultato negativo.

In alcune regioni permangono delle criticità

Tabella 2. I risultati d'esercizio regionali nel 2018

	Milioni di euro			Euro procapite		
	Saldo iniziale	Saldo pre-coperture	Saldo Tavolo	Saldo iniziale	Saldo pre-coperture	Saldo Tavolo
Piemonte	-47,6	-51,7	25,3	-10,9	-11,8	5,8
Valle d'Aosta	-19,9	-19,9	-1,6	-157,7	-157,7	-12,7
Lombardia	5,9	5,9	5,9	0,6	0,6	0,6
P.A. Bolzano	-272,4	-272,4	10,6	-516,2	-516,2	20,1
P.A. Trento	-207,1	-207,1	0,0	-383,6	-383,6	0,0
Veneto	8,9	5,0	5,0	1,8	1,0	1,0
Friuli V.G.	-89,7	-89,7	0,9	-73,8	-73,8	0,7
Liguria	-56,1	-56,1	3,9	-36,0	-36,0	2,5
E. Romagna	0,3	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0
Toscana	-31,9	-31,9	-31,9	-8,5	-8,5	-8,5
Umbria	0,1	0,9	0,9	0,1	1,0	1,0
Marche	8,9	8,9	8,9	5,8	5,8	5,8
Lazio	-31,2	-42,5	48,6	-5,3	-7,2	8,2
Abruzzo	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Molise	-17,7	-35,9	-22,1	-57,4	-116,4	-71,6
Campania	33,6	2,3	2,3	5,8	0,4	0,4
Puglia	-36,7	-56,4	2,1	-9,1	-13,9	0,5
Basilicata	0,7	0,5	0,5	1,2	0,9	0,9
Calabria	-128,8	-168,9	-61,6	-65,8	-86,3	-31,5
Sicilia	-24,1	-28,8	103,0	-4,8	-5,7	20,5
Sardegna	-201,6	-201,6	-4,6	-122,3	-122,3	-2,8
Totale	-1106,1	-1239,2	96,5	-18,3	-20,5	1,6

Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Corte Conti (2019)

In particolare, il Molise e la Calabria, non avendo raggiunto gli obiettivi previsti nei rispettivi piani, dovranno aumentare le aliquote IRAP e Addizionale regionale all'IRPEF, rispettivamente di 0,15 e 0,3 punti percentuali. Le altre regioni, invece, si trovano nella possibilità di prevedere aliquote più basse e/o di destinare l'eventuale maggiore gettito rispetto alle necessità di copertura dei deficit sanitari ad altre finalità [DL 120/2013].

La situazione della Calabria, infine, è stata oggetto di uno specifico intervento normativo (Decreto legge 35/2019, cosiddetto Decreto "Calabria"). Con la finalità di ripristinare il rispetto dei LEA e di raggiungere gli obiettivi del Piano, il decreto, attraverso misure di tipo straordinario, conferisce al Commissario *ad acta* nuovi poteri di controllo sui dirigenti del Servizio sanitario regionale. Stabilisce, inoltre, vincoli stringenti sugli acquisti di beni e servizi, che dovranno essere effettuati in futuro attraverso CONSIP (la centrale nazionale per gli acquisti della PA) oppure attraverso le centrali di committenza delle altre regioni.

Le prospettive future del SSN in termini di finanziamento e spesa

Le disposizioni in materia di finanziamento del SSN costituiscono, a nostro avviso, la misura più rilevante, tra quelle che riguardano il settore sanitario, della manovra di bilancio 2019. Si incrementa di 10 milioni di euro il finanziamento per il 2019, vincolandoli all'attivazione di nuove borse di studio per la formazione specifica di medici di medicina generale (L. 145/2018, art. 1, comma 518). Si stabilisce, inoltre, che il finanziamento per il 2020-2021, fino ad allora non ancora esplicitamente definito, sia pari a quello previsto per quest'anno (114,4 miliardi di euro) con un incremento rispettivamente di 2 e 3,5 miliardi di euro (L. 145/2018, art. 1, c. 514); ossia, esattamente pari a, rispettivamente, 116,4 e 117,9 miliardi di euro. La disponibilità effettiva di tali maggiori risorse è, però, subordinata alla stipula tra Stato e regioni di un (nuovo) Patto per la salute per gli anni 2019-2021. Tale Patto, al quale le parti stanno ancora lavorando con l'obiettivo di siglarlo entro la fine dell'anno (il termine era stato fissato in prima battuta dalla legge di bilancio al 31 marzo scorso) deve delineare il complesso degli interventi da attuare nel prossimo triennio al fine di migliorare la qualità dei servizi e rendere più efficiente l'erogazione delle prestazioni. In particolare, tra le questioni che devono essere affrontate, nella legge di bilancio si indicano la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria, con l'obiettivo di promuovere l'equità nell'accesso alle cure, il rispetto degli *standard* definiti in materia di riorganizzazione ospedaliera e territoriale, in particolare per quello che riguarda i problemi di cronicità e di liste di attesa, una valutazione dei fabbisogni del SSN in termini di personale e di ammodernamento tecnologico e un potenziamento della tessera sanitaria e del fascicolo elettronico.

Tra gli altri interventi previsti dalla manovra di bilancio 2019 per il settore sanitario, ricordiamo in primo luogo l'ennesima revisione della disciplina del *pay back* farmaceutico. In generale, l'intervento del governo mira a snellire le procedure di chiusura delle transazioni con le aziende farmaceutiche e a rendere più agevole per il futuro la stima dello sfioramento rispetto al tetto fissato e dell'entità dei rimborsi. Inoltre, si amplia lo spettro di interventi con cui le regioni possono disattivare la quota fissa di 10 euro sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (cosiddetto *super ticket*), facendovi rientrare anche l'adozione di pratiche che rendano più efficiente l'erogazione e più appropriate le prestazioni, purché certificate dal "Comitato LEA" e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti (cfr. paragrafo 5).

Si incrementano, infine, le risorse (150 milioni di euro quest'anno, 250 nel 2020 e 200 nel 2021) per la realizzazione e l'ammodernamento dei sistemi di prenotazione elettronica necessari alla riduzione dei tempi di attesa.

**Il finanziamento del
SSN per il 2019-2021**

**Le altre misure
per la sanità
della manovra di
bilancio 2019**

Nella Tabella 3, infine, abbiamo riportato le stime ufficiali della dinamica della spesa sanitaria pubblica e della sua incidenza sulle principali variabili macroeconomiche (MEF, 2019 pp. 40-42). Come visto nel primo paragrafo, la spesa nel 2018 ha raggiunto l'importo di 115,4 miliardi di euro, con una crescita dell'1% rispetto al 2017, di 1,4 punti percentuali più bassa di quella stimata nel precedente quadro di previsione ufficiale.⁶ Nel nuovo quadro di previsione, la spesa sanitaria crescerebbe dell'1,6% quest'anno, del 2,3% nel 2020 e dell'1,3% in media d'anno nel biennio successivo. In percentuale del Pil, la spesa sanitaria resta ferma al 6,6% anche nel biennio 2019-2020, per poi scendere di un decimo di punto all'anno fino a toccare nel 2022 il 6,4% del Pil, anche grazie ad una crescita più accentuata del prodotto.⁷ L'incidenza sulla spesa primaria corrente, resta costante nel 2019 e 2020 e si riduce di due decimi di punti percentuali nel triennio seguente, quando si attesta sul 15,6%.

Tabella 3. La spesa sanitaria nel quadro tendenziale dei conti pubblici (2019-2022)

	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa sanitaria (miliardi euro)	115,4	118,1	120,0	121,4	123,1
Quota su Pil (in %)	6,6	6,6	6,6	6,5	6,4
Quota sulla spesa primaria corrente (in %)	15,8	15,8	15,6	15,6	15,6
Spesa sanitaria (variazione in %)	1,0	1,6	2,3	1,6	1,2

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati MEF (2019)

Nel quadriennio 2019-2022 la spesa sanitaria pubblica si riduce ancora in % del Pil

⁶ Gli scenari di previsione cui facciamo riferimento sono quelli contenuti nella Nota di aggiornamento del DEF 2018, presentata a settembre 2018 (MEF, 2018).

⁷ Secondo le più recenti previsioni ufficiali, il Pil crescerebbe dell'1,2% nel 2019 e a un tasso medio annuo del 2,5% nel triennio successivo (MEF, 2019).

L'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza nel SSN

Una valutazione corretta del funzionamento del SSN richiede che si considerino anche i risultati conseguiti in termini di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni e dei servizi effettivamente erogati. Tale necessità si impone sia per verificare il rispetto nelle diverse regioni dei principi costituzionali e istitutivi del servizio sanitario di uniformità, qualità, appropriatezza e costo delle prestazioni erogate, ma anche per verificare e eventualmente ricalibrare la politica sanitaria.

Il sistema di valutazione esistente è per sua natura molto complesso. Senza entrare nei dettagli, prevede che le regioni siano tenute a rispettare una serie di obblighi o adempimenti.⁸ Tra questi, oltre a quelli di natura economica e finanziaria (il più importante dei quali è il mantenimento del pareggio di bilancio), ve ne sono altri concepiti per verificare la corrispondenza dei servizi sanitari regionali ai principi di efficacia, appropriatezza e qualità delle cure che ispirano il SSN, il più importante dei quali è costituito da quello definito come Mantenimento dell'erogazione dei LEA (cosiddetto Griglia LEA)⁹. La verifica è affidata al cosiddetto "Comitato LEA" (più precisamente, Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse), che si avvale del supporto dell'Age.Na.S. e dell'AIFA. Il mancato rispetto anche di un solo adempimento, pregiudica alla Regione responsabile l'accesso alla cosiddetta quota premiale del finanziamento statale ordinario e richiede, per essere sanato la sottoscrizione di un "Piano di rientro".¹⁰

Al momento, la verifica complessiva degli adempimenti è ancora ferma a quella relativa al 2014. A inizio anno sono stati, invece, resi disponibili i risultati del monitoraggio nell'erogazione dei LEA per il 2016 e 2017. La "griglia LEA", ossia l'insieme di indicatori utilizzati per monitorare l'erogazione dei LEA nelle regioni, ha utilizzato in entrambi gli anni 33 indicatori, due in meno rispetto a quella relativa al 2015, suddivisi tra i livelli più generali dell'assistenza erogata (ospedaliera, emergenza urgenza, territoriale e prevenzione). In linea con il monitoraggio 2015 si mantengono due sole classi di valutazione (adempienza e inadempienza), in luogo delle tre utilizzate precedentemente (adempienza, adempienza con impegno, inadempienza).

La metodologia adottata attribuisce a ciascun indicatore un valore obiettivo e assegna a ciascuna regione un punteggio sulla base dello scostamento rispetto all'obiettivo prefissato. La sommatoria di tali punteggi consente di ottenere la valutazione complessiva, che è pienamente adempiente, se il punteggio ottenuto è maggiore o uguale a 160 o compreso tra 140 e 160, ma senza che alcun indicatore sia "critico", ovvero che non raggiunge un punteggio accettabile, o inadempiente se il punteggio rimane sotto i 140 punti o è compreso tra 140 e 160, ma con almeno un indicatore "critico".

Nella valutazione del SSN contano anche l'appropriatezza, l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate

⁸ Agli originari adempimenti stabiliti nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 se ne sono aggiunti altri definiti da leggi, accordi e intese in Conferenza Stato-Regioni e altri atti di programmazione sanitaria definiti in seguito.

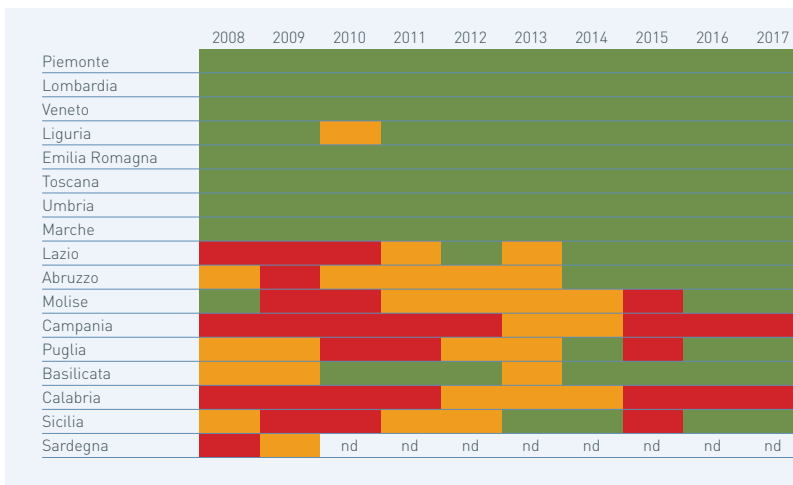
⁹ Tra gli altri adempimenti si segnalano quelli relativi a determinati obblighi informativi, alla riduzione dei posti letto ospedalieri, alla gestione delle liste di attesa, al rispetto dei tetti sulla spesa farmaceutica, all'adozione di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità ecc...

¹⁰ La quota premiale è pari al 3% del finanziamento della quota cosiddetta indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie. Per le regioni che nell'ultimo triennio sono state adempienti tale quota scende al 2%. Cfr. L. 191/2009, art. 2, c. 68.

Nel 2016 e 2017 le due regioni inadempienti sono la Campania e la Calabria (cfr. Tabella 4, dove sono riportati gli esiti delle verifiche effettuate dal 2008, per le regioni a statuto ordinario, per la Sicilia e, per i primi due anni, anche per la Sardegna). Le aree in cui le due regioni mostrano le maggiori criticità sono quelle degli *screening*, dell'appropriatezza nell'assistenza ospedaliera (ad esempio, eccessivo ricorso ai parti cesarei) e dell'assistenza distrettuale agli anziani e ai disabili (Ministero della salute, 2018 e 2019).

L'erogazione dei LEA nel 2016-17: inadempienti Campania e Calabria

Tabella 4. Verifica mantenimento erogazione LEA (2008-2017)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della salute (vari anni); in verde regioni pienamente adempienti; in arancione regioni adempienti con ulteriore impegno; in rosso regioni inadempienti

Risultano, al contrario, adempienti in tutte e due le ultime rilevazioni il Molise, la Puglia e la Sicilia che, al pari della Campania e della Calabria, erano risultate inadempienti nel 2015. Si segnala, infine, che le regioni in testa al ranking sono tutte del Centro-Nord. La regione meridionale che più si avvicina al punteggio delle "prime" è l'Abruzzo, che nella rilevazione 2016 sopravanza il Lazio e in quella successiva anche le Marche.

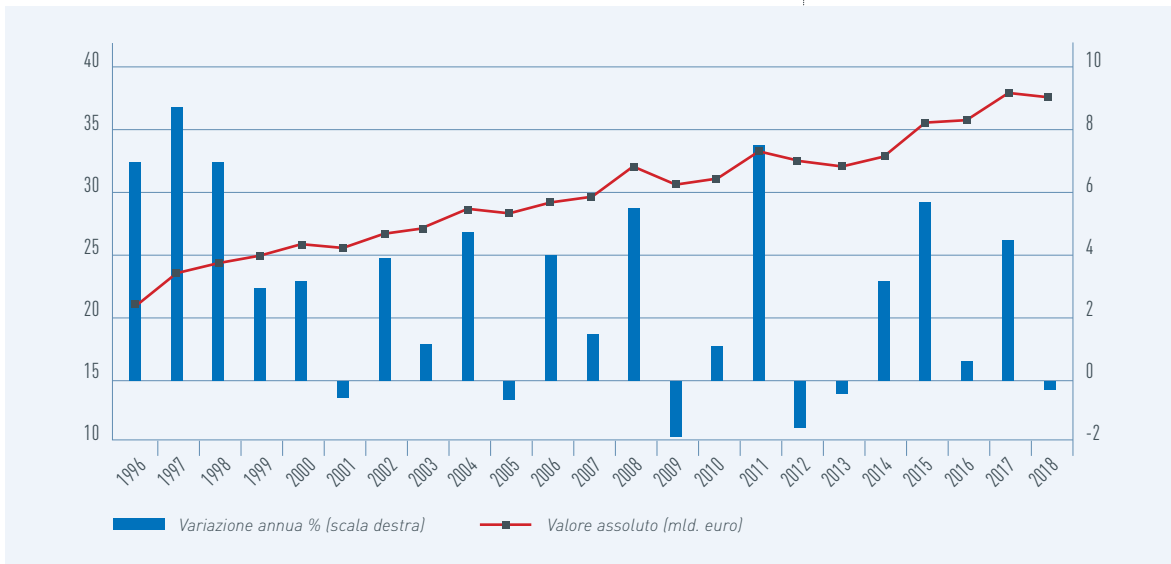
La dinamica della spesa sanitaria privata

Abbiamo documentato nelle pagine precedenti i notevoli progressi realizzati negli ultimi anni nel contenimento della spesa sanitaria pubblica. E' difficile dire se e in quale misura tale successo sia riconducibile ad una maggiore efficienza nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari o si sia anche tradotto in un restringimento del campo dell'assistenza garantita.

A tal riguardo, una prima serie di indicazioni possono ricavarsi dall'osservazione della dinamica della spesa sanitaria privata. Nel 2018 la spesa sanitaria diretta delle famiglie è rimasta sostanzialmente stazionaria (una lieve riduzione dello 0,1%), attestandosi su un importo di 37,3 miliardi di euro (Figura 3).

La spesa sanitaria privata si riduce dello 0,1% nel 2018

Figura 3. Dinamica della spesa sanitaria privata (1996-2018)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmaceutica su dati Istat (2019b)

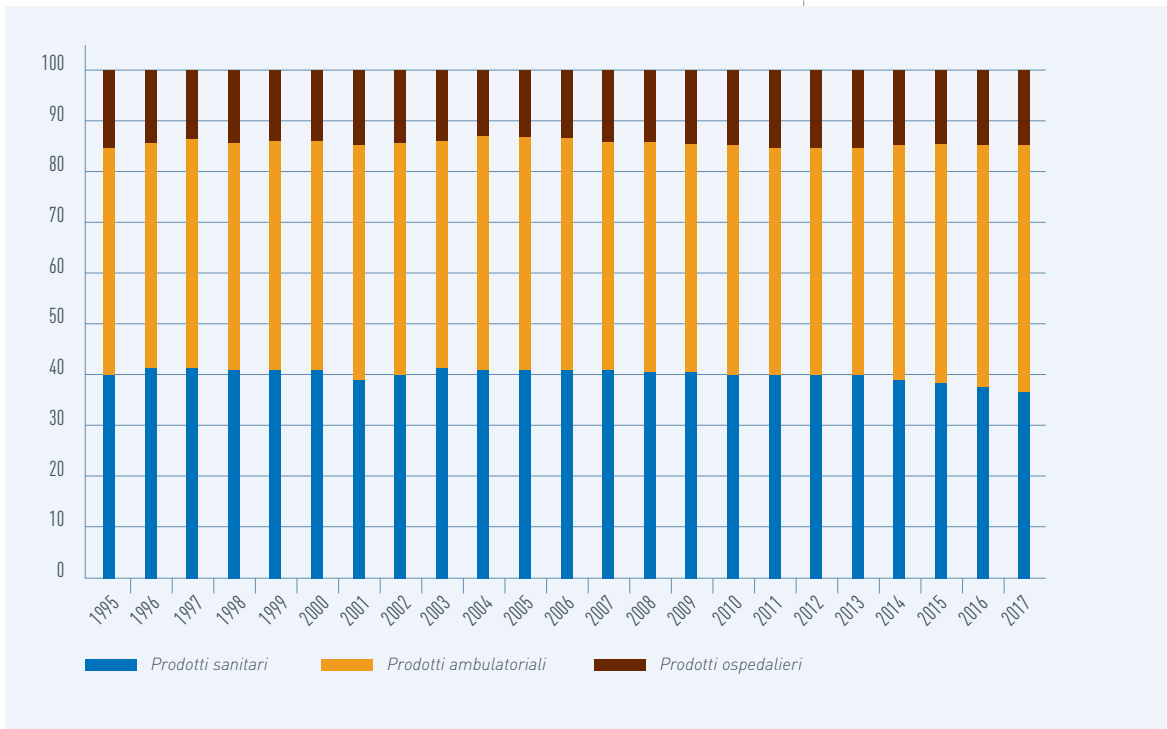
Complessivamente dal 1995 la spesa sanitaria diretta delle famiglie si è quasi raddoppiata, crescendo a un tasso medio annuo del 2,9%. In particolare, concentrando l'attenzione negli ultimi anni, si osserva come la spesa sia cresciuta significativamente nel 2011 (7,4%), per poi ridursi nei due anni successivi e ritornare nel quinquennio finale su un sentiero di crescita del 2,7% in media d'anno, due decimi di punti percentuali in meno di quello dell'intero periodo.

In percentuale dei consumi complessivi (quelli finali interni, ossia quelli effettuati sul territorio nazionale dalle famiglie residenti e non residenti), la spesa sanitaria è stata pari al 3,5%, tre decimi di punto

percentuale in più di quella registrata nel 2010 e due decimi in più della media dell'intero periodo. In termini di Pil, la spesa sanitaria privata si è attestata nel 2018 al 2,1% del Pil, un decimo di punto percentuale in meno rispetto all'anno precedente e un decimo di punto percentuale in più rispetto alla media dell'intero periodo considerato. Scendendo più nel dettaglio, nella Figura 4 abbiamo riportato per il periodo 1995-2017 la ripartizione della spesa tra le principali tipologie che la compongono: prodotti sanitari (medicinali e altri articoli sanitari), servizi ambulatoriali e ospedalieri. La tipologia più rilevante è quella dei servizi ambulatoriali che, in media nell'intero periodo esaminato, ha assorbito il 45,9% della spesa totale. Seguono la spesa per prodotti sanitari e per servizi ospedalieri, pari in media rispettivamente al 40,3 e al 13,8% della spesa totale. Si segnala, infine, come a partire dal 2007 il peso della componente dei prodotti sanitari si sia costantemente ridotto a vantaggio delle altre tipologie e dei servizi ambulatoriali in particolare.

Dal 2010 è cresciuta la spesa per servizi ambulatoriali e ospedalieri

Figura 4. Composizione della spesa sanitaria privata (1995-2017)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2019b)

Il nuovo sistema dei conti della sanità

Recentemente l'Istat ha aggiornato le stime del nuovo sistema dei conti della sanità, che ora comprendono il periodo 2012-2018 (Istat, 2019c). Tali stime consentono di avere un quadro più completo del sistema sanitario nazionale, in cui oltre alla spesa sanitaria pubblica e quella privata "diretta" delle famiglie, si considera anche quella finanziata dai cosiddetti "Regimi di finanziamento volontari" (a cui per semplicità ci riferiremo come spesa privata intermediata) che è quella sostenuta mediante gli altri soggetti attivi nel sistema, ossia le assicurazioni, le istituzioni senza scopo di lucro e le imprese.¹¹ Rimane, tuttavia, esclusa quella intermediata dai fondi sanitari integrativi e, relativamente a quella intermediata dalle imprese di assicurazioni, quella relativa ai rischi di non autosufficienza (che, come abbiamo visto nel Quaderno Farmafactoring dello scorso anno, dovrebbe essere di gran lunga la componente meno rilevante dal punto di vista quantitativo – Atella e Cincotti, 2018).

Prima di esaminare i risultati di tali stime, è necessario affrontare alcune questioni metodologiche che riguardano la spesa pubblica e quella privata diretta di cui ai precedenti paragrafi 2 e 6. Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica, le stime in oggetto sono costruite sulla base della stessa metodologia di quelle del paragrafo 2, ma differiscono da queste perché non considerano alcune tipologie di spesa (quelle sostenute per imposte, tasse e premi di assicurazione e quelle relative alle cosiddette contribuzioni diverse, ossia i trasferimenti a enti della PA, famiglie imprese e enti *no profit*), mentre includono quelle sostenute per servizi collettivi (che non sono considerate nell'altra) (Aprile, 2017). Per quanto riguarda la spesa privata diretta, invece, la non coincidenza delle stime del nuovo sistema dei conti sanitari con quelle del paragrafo 6 dipende sostanzialmente da due ragioni: a) dal fatto che le prime si riferiscono ai consumi nazionali (ossia a quelli delle famiglie residenti all'intero del territorio nazionale e all'estero), mentre le seconde a quelli interni (ossia ai consumi sanitari effettuati nel territorio nazionale dalle famiglie residenti e non) e b) dal fatto che nelle prime non è compresa quella parte di spesa successivamente rimborsata dalle assicurazioni private, che è invece ricompresa nelle seconde (Basso, 2017).

Nel 2018 la spesa sanitaria totale ammontava a 154,8 miliardi di euro, oltre 10 miliardi di euro in più rispetto a quella del 2012, con un aumento del 7,2% (Tabella 5). La componente pubblica ne costituiva il 74,2%, 1,9 punti percentuali in meno rispetto al 2012.¹² È cresciuta quindi la componente privata e in particolare quella diretta che nel 2018 ha raggiunto l'importo di 35,7 miliardi di euro, il 23,1% del totale (1,4 punti percentuali in più rispetto al 2012). Esaminando meglio la dinamica, si nota come la percentuale della spesa pubblica sia aumentata nel 2018 rispetto a quella del 2017, mentre sia diminuita

Alcune questioni metodologiche

¹¹ Per quanto riguarda la spesa relativa alle imprese ci si riferisce a quella che le imprese sostengono per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (Istat, 2017, pp. 2 e 20).

¹² Nella spesa della PA rientra anche quella relativa alle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria, che fanno capo sostanzialmente all'INAIL. Si tratta di una componente relativamente minore, il cui peso nel 2018 è pari allo 0,3% dell'intera spesa pubblica.

quella della spesa privata che si è ridotta, sia pur di poco (200 milioni di euro), in valore assoluto. Per quanto riguarda la spesa intermedia, quella facente capo alle assicurazioni private, stimata sulla base degli indennizzi pagati, nel 2018 era pari al 68,9% del relativo totale, mentre la restante parte si distribuiva tra quella facente capo alle Istituzioni senza scopo di lucro (14,7%) e alle imprese (16,5%). In particolare, rispetto al 2012, la spesa sostenuta dalle imprese di assicurazioni cresce di 590 milioni di euro, con un aumento del 26%. Crescono anche la spesa delle altre due tipologie rispettivamente del 46,3% e del 44,9%.

Tabella 5. La spesa sanitaria per regime di finanziamento (2012-2018)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>miliardi di euro</i>							
Spesa pubblica	110,0	109,3	110,6	110,8	112,0	112,8	114,9
Spesa privata intermedia	3,2	3,1	3,2	3,4	3,7	4,0	4,2
Spesa privata diretta	31,3	31,3	32,4	34,4	34,4	35,9	35,7
Totale	144,5	143,6	146,2	148,5	150,1	152,7	154,8
<i>in % del totale</i>							
Spesa pubblica	76,1	76,1	75,6	74,6	74,6	73,9	74,2
Spesa privata intermedia	2,2	2,2	2,2	2,3	2,4	2,6	2,7
Spesa privata diretta	21,7	21,8	22,1	23,1	22,9	23,5	23,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2019c)

Nella Tabella 6 abbiamo riportato la ripartizione della spesa sanitaria nel 2018 tra le diverse funzioni di assistenza e i regimi di finanziamento. Cominciamo con l'osservare che la funzione più rilevante dal punto di vista quantitativo è quella riferita alla Cura e riabilitazione che assorbe il 54,8% del totale della spesa complessiva. Seguono l'acquisto di prodotti sanitari (farmaci e altro), la *Long term care* e i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) che assorbono rispettivamente il 20,4, il 10,5 e l'8,1% della spesa totale. Decisamente meno rilevanti, quantitativamente, i servizi di prevenzione e di amministrazione che pesano sul totale della spesa rispettivamente il 4,3 e il 2%. Per quanto riguarda la spesa pubblica, poco meno del 75% è assorbito dalle funzioni di cura e riabilitazione e di acquisto di prodotti sanitari. Le medesime funzioni assorbono, una percentuale più alta della spesa privata diretta (81,5%) e una più bassa di quella intermedia (37,1%). Il 37,9% della spesa privata diretta è assorbito dall'acquisto di prodotti sanitari, percentuale decisamente superiore a quella che si incontra nelle altre tipologie. La spesa per prevenzione e per la *governance*

Negli ultimi 6 anni si riduce il peso della sanità pubblica

L'attività di cura e riabilitazione assorbe nel 2018 oltre la metà della spesa complessiva.

e l'amministrazione, infine, assorbono nel caso della spesa privata intermediata la metà di quella complessiva, percentuale decisamente superiore a quella che si riscontra per le altre tipologie. Nel primo caso, la spesa è di gran lunga concentrata presso le imprese (il 94,9% dell'intera spesa intermediata per prevenzione), mentre nel secondo presso le imprese di assicurazione (il 97,4% del relativo totale).

Tabella 6. La spesa sanitaria nel 2018: ripartizione per funzione di assistenza e regime di finanziamento

	Spesa pubblica	Spesa privata intermediata	Spesa privata diretta	Totale
<i>milioni di euro</i>				
Cura e riabilitazione	67.952	1.313	15.592	84.857
Long term care	12.430	145	3.608	16.183
Servizi ausiliari	9.323	362	2.931	12.616
Prodotti sanitari	17.770	228	13.540	31.538
Prevenzione	5.811	721	70	6.602
Governance e amministrazione	1.654	1.386	0	3.040
Totale	114.940	4.155	35.741	154.836
<i>in % del totale</i>				
Cura e riabilitazione	59,1	31,6	43,6	54,8
Long term care	10,8	3,5	10,1	10,5
Servizi ausiliari	8,1	8,7	8,2	8,1
Prodotti sanitari	15,5	5,5	37,9	20,4
Prevenzione	5,1	17,4	0,2	4,3
Governance e amministrazione	1,4	33,4	0,0	2,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2019c)

Nella tabella 7, infine, abbiamo riportato la distribuzione della spesa sanitaria nel 2018 tra i diversi regimi di finanziamento e le tipologie di erogatori dei servizi. I dati riportati, mostrano come nel complesso oltre la metà (50,9%) della spesa sanitaria è erogata da ospedali e strutture residenziali a lungo termine. Seguono i servizi ambulatoriali (medici di base, specialisti ecc..) e di tipo ausiliario (laboratori di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) e le farmacie e le altre attività di vendita al dettaglio di presidi medici, che assorbono rispettivamente il 27,6 e 16,2% del totale. Decisamente meno rilevante in termini quantitativi la spesa sostenuta presso gli erogatori di servizi per la prevenzione (3,3% del totale) e dei servizi di amministrazione (2%). Per quanto riguarda la spesa pubblica, poco meno del 63% è costituito da servizi erogati da ospedali e strutture residenziali a lungo termine. Gli stessi servizi assorbono percentuali decisamente minori della spesa intermediata (9,9%) di quella privata "out of pocket" (18,4%).

Nel 2018 oltre la metà della spesa complessiva è erogata da ospedali e strutture residenziali a lungo termine.

Oltre l'80% della spesa privata diretta è utilizzata per l'acquisto di prestazioni presso gli erogatori di servizi ambulatoriali e ausiliari e le attività di vendita al dettaglio. Le stesse tipologie di spesa assorbono complessivamente poco più della metà (rispettivamente, il 50,3% e il 5,5%) della spesa privata intermediata. Circa un terzo di questa, infine, è utilizzato per l'acquisto presso erogatori di servizi di amministrazione.

Tabella 7. La spesa sanitaria nel 2018: ripartizione per tipologia di erogatore e regime di finanziamento

	Spesa pubblica	Spesa privata intermediata	Spesa privata diretta	Totale
<i>milioni di euro</i>				
Ospedali e strutture residenz. lungo termine	71.907	412	6.561	78.880
Erogatori servizi ambulatoriali e ausiliari	25.150	2.092	15.519	42.761
Farmacie e altri fornitori presidi medici	11.256	228	13.540	25.024
Erogatori servizi prevenzione	4.973	37	70	5.080
Erogatori servizi amministrazione	1.654	1.386	0	3.040
Erogatori resto del mondo	0	0	51	51
Totale	114.940	4.155	35.741	154.836
<i>in% del totale</i>				
Ospedali e strutture residenz. lungo termine	62,6	9,9	18,4	50,9
Erogatori servizi ambulatoriali e ausiliari	21,9	50,3	43,4	27,6
Farmacie e altri fornitori presidi medici	9,8	5,5	37,9	16,2
Erogatori servizi prevenzione	4,3	0,9	0,2	3,3
Erogatori servizi amministrazione	1,4	33,4	0,0	2,0
Erogatori resto del mondo	0,0	0,0	0,1	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2019c)

Conclusioni

In linea con l'esperienza degli ultimi anni, anche nel 2018 il settore sanitario ha dato un rilevante contributo al contenimento della spesa pubblica e al riequilibrio dei conti della PA.

Al contenimento della dinamica della spesa pubblica ha corrisposto a partire dal 2010 una maggiore incidenza della spesa privata diretta e di quella intermediata. Allo stesso tempo, i risultati delle verifiche relative all'adeguatezza dell'erogazione dei LEA segnalano per il 2016-2017 un complessivo miglioramento della situazione, sebbene permangano situazioni di criticità in Campania e Calabria.

In assenza di una risposta pubblica ai bisogni sanitari il settore della sanità integrativa cresce, creando forse un ampliamento delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.

Bibliografia

Aprile R. (2017), I dati SHA nelle previsioni di medio-lungo periodo della spesa sanitaria, Roma, 4 luglio 2017; <https://www.slideshare.net/slideistat/r-aprile-i-dati-sha-nelle-previsioni-di-mediolungo-periodo-della-spesa-sanitaria>

Atella V. e Cincotti F. (2018), *I conti della sanità: consuntivi del 2018 e prospettive future. I quaderni della Fondazione Farmafactoring*, n. 04/2018.

Basso S. (2017), *La spesa sanitaria delle famiglie: metodi di stima e risultati*, Roma, 4 luglio 2017; <https://www.slideshare.net/slideistat/s-basso-la-spesa-sanitaria-delle-famiglie-metodi-di-stima-e-risultati>

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2012), *Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2014), *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2015), *Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2016), *Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2016), *Audizione sul Documento di Economia e Finanza 2016*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2017), *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2018), *Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2019), *Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Guerrucci D. (2003), *La spesa sanitaria pubblica in Italia. Raccordo e confronto tra fonti disponibili e metodologie utilizzate nell'ambito della statistica ufficiale*, XV Conferenza della Società italiana di economia pubblica;

ISTAT (2017), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia. Anni 2012-2016*; <https://www.istat.it/it/archivio/201944>

ISTAT (2019a), *I conti della protezione sociale*, aprile 2019; <http://dati.istat.it/>;

ISTAT (2019b), *Spesa per consumi finali delle famiglie*, aprile 2019; <http://dati.istat.it/>

Istat (2019c), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia. Anni 2012-2018*; <http://dati.istat.it/>

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2019), *Documento di Economia e Finanza 2019. Sezione II – Analisi e tendenze della Finanza Pubblica*, Roma;

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2018), *Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2017*, Roma;

Ministero della Salute (2019), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2017*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf

Ministero della Salute (2018), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2016*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2783_allegato.pdf

Ministero della Salute (2017), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2015*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf

Ministero della Salute (2016a), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2014*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2581_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2016b), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2014*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2582_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2015), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2013*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2174_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2015), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2013*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2154_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2014a), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2012*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2174_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2014b), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2012*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2154_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2013), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2067_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2012), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2010*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1829_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2011), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2009*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1534_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2010), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2008*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1475_allegato.pdf;

Numeri precedenti

- 01.2012 Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare
- 01.2013 La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*: il quadro di sintesi dei prossimi anni
- 02.2013 Sanità e salute: la variabile generazionale
- 03.2013 Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti
- 01.2014 La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN
- 02.2014 I conti della sanità: consuntivi e prospettive future
- 03.2014 I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi
- 04.2014 Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia: welfare state e welfare society
- 01.2015 Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia
- 02.2015 Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini di salute e spesa sanitaria
- 03.2015 I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future
- 04.2015 Healthy and active aging e le politiche di LTC in Italia
- 01.2016 La struttura dei costi della sanità in Italia: analisi dei trend e dei differenziali regionali (2004-11)
- 02.2016 La gestione del rischio in sanità: il ruolo dell'organizzazione
- 03.2016 Alla difficile caccia della inappropriatazza
- 04.2016 I conti della sanità: consuntivi del 2015 e prospettive future
- 01.2017 La salute nel ciclo di vita della popolazione: come sta cambiando e come si può intervenire
- 02.2017 Il Servizio Sanitario Nazionale: un sistema voluto dagli Italiani, ma bisognoso di profonde modifiche
- 03.2017 I conti della sanità: consuntivi del 2016 e prospettive future
- 04.2017 La salute dei migranti in Italia: alcune riflessioni ed evidenze
- 01.2018 La salute nel ciclo di vita della popolazione: la salute dei giovani italiani
- 02.2018 L'allocazione delle risorse in sanità: la situazione in Italia
- 03.2018 Le criticità finanziarie dei comuni italiani: un'analisi ricostruttiva
- 04.2018 I conti della sanità: consuntivi del 2017 e prospettive future
- 05.2018 I costi delle nuove tecnologie sanitarie
- 01.2019 La salute nel ciclo di vita della popolazione: la salute degli italiani nell'età adulta

Progetto grafico:
ideogramma.it

Stampa:
Italgraf

Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it