



**STRUTTURA E PERFORMANCE DELLA FILIERA DELLA SALUTE  
(ANNI 2007-2010)**

Roma, febbraio 2012

PREMESSA

INTRODUZIONE

CAP. I - LE ATTIVITA' INDUSTRIALI

1. *Caratteristiche generali dei comparti*
2. *Il commercio estero del settore industriale*

CAP. II – LE STRUTTURE DISPONIBILI, I SERVIZI DI ASSISTENZA E I FLUSSI FINANZIARI

1. *Le risorse umane*
2. *I servizi di assistenza territoriale*
3. *Le cure termali*
4. *L'assistenza ospedaliera*
5. *Le risorse finanziarie del SSN*
6. *Le determinanti della spesa sanitaria: uno sguardo all'Europa*
7. *La composizione della spesa per la salute e la sua ripartizione territoriale*
8. *L'assistenza farmaceutica territoriale*

CAP. IV – STIMA DEGLI AGGREGATI ECONOMICI E SPESE PER LA RICERCA

1. *Definizione degli aggregati e fonti statistiche*
2. *L'andamento della filiera nel 2008*
3. *L'andamento della filiera nel 2009*
4. *L'andamento della filiera nel 2010*
5. *Il contributo della filiera alla ricchezza nazionale*
6. *Le spese per la ricerca*

## PREMESSA

La filiera della salute, cioè il complesso dei settori che producono beni e servizi di natura sanitaria, riveste un ruolo di particolare importanza all'interno dell'economia nazionale, essenzialmente per due ordini di motivi. In primo luogo, perché dall'attività di tale filiera scaturiscono quelle che gli economisti chiamano "esternalità positive", scaturiscono cioè dei benefici per tutta la collettività sotto forma di migliore qualità della vita, maggiore produttività del lavoro e minore conflittualità sociale. In secondo luogo, perché essa contribuisce in misura notevole alla formazione della ricchezza nazionale, producendo un elevato volume di reddito, assorbendo una quota rilevante dell'offerta di lavoro qualificata, investendo ingenti risorse nelle attività di ricerca e sviluppo, e così via. A sostegno di ciò, basti rilevare quanto segue:

- la filiera della salute produce (direttamente e attraverso l'indotto) più dell'11 per cento del Pil dell'intera economia italiana. Una tale incidenza non fa altro che confermare la tesi secondo la quale le spese per la protezione della salute interagiscono con i processi di sviluppo, rappresentandone al contempo sia una delle cause che uno degli effetti;
- i due comparti industriali della filiera (cioè la fabbricazione di prodotti farmaceutici e la fabbricazione di dispositivi medici) assorbono il 6,2 per cento delle esportazioni di manufatti del nostro Paese. Una quota cioè non molto distante da quella di alcuni settori di punta del *made in Italy*, come ad esempio quello del tessile-abbigliamento (7,4 per cento) o quello degli autoveicoli, rimorchi e semirimorchi (7 per cento);
- nella graduatoria ottenuta rapportando le spese per la R&S al valore aggiunto l'industria farmaceutica si colloca al secondo posto, mentre quella dei dispositivi medici occupa il quarto posto. In entrambi i comparti i fondi per la ricerca provengono per oltre il 92 per cento dalle imprese e per la parte rimanente da enti pubblici, università, organismi internazionali, ecc.;

Quelli appena elencati sono senz'altro risultati importanti, tanto più se si considera che il nostro Paese investe nella tutela della salute – in termini di risorse pubbliche – meno degli altri paesi europei. Tenuto conto infatti delle parità dei poteri d'acquisto delle monete, la spesa sanitaria pubblica si attesta in Italia su un valore pro capite inferiore di oltre 13 punti percentuali rispetto al dato

medio della UE-15 e inferiore di oltre 20 punti a quello della Germania e della Francia.

Nonostante i minori costi, il nostro sistema di protezione della salute continua ad evidenziare almeno due criticità. La prima è rappresentata dalla crescita incontrollata dei consumi intermedi degli enti sanitari locali, ai quali va in gran parte attribuita l'accelerazione della spesa registratasi negli ultimi anni. A sostegno di ciò, basti considerare che nel periodo compreso tra il 2000 e il 2010 i consumi intermedi di ASL, AO, IRCCS, ecc. sono lievitati del 118,3 per cento, cioè in misura molto maggiore dei costi dei servizi erogati in regime di convenzione o accreditamento (+62,5 per cento). Per effetto di tale dinamica, i costi dei servizi intermedi costituiscono oggi la seconda voce di spesa del SSN, subito dopo i redditi da lavoro dipendente. La seconda criticità è data invece dalla ripartizione della spesa, che per oltre il 56 per cento è assorbita dall'assistenza ospedaliera (a scapito dell'assistenza territoriale). Si tratta di un'incidenza che rende il nostro SSN particolarmente vulnerabile agli effetti prodotti dalla transizione demografica, tenuto conto che con l'invecchiamento della popolazione tenderà ad aumentare sempre più la domanda di cure a lungo termine.

## INTRODUZIONE

Il settore del quale ci occupiamo con la presente ricerca è stato già oggetto di analisi da parte del Comitato Tecnico Sanità di Confindustria: già nel 2008 infatti, per disporre di un quadro organico di quel complesso di attività che con felice espressione è stato denominato “filiera della salute”, cercammo di approfondire la conoscenza di alcuni aspetti di tale filiera che non erano stati fino ad allora sufficientemente esplorati. Ad alcune valutazioni autonome, sostanzialmente slegate dal quadro d’insieme, cercammo di sostituire un’analisi circostanziata del circuito che parte dalla fabbricazione di farmaci e dispositivi medici per giungere, attraverso le varie fasi dell’intermediazione, al consumo finale, cioè alla fruizione dell’assistenza sanitaria da parte delle famiglie.

Si trattava quindi di considerare congiuntamente e nelle loro reciproche interdipendenze i principali comparti che erogano beni e servizi destinati alla tutela della salute, vale a dire:

- l’industria farmaceutica;
- l’industria dei dispositivi medici;
- il commercio all’ingrosso e al dettaglio di prodotti farmaceutici;
- il commercio all’ingrosso e al dettaglio di dispositivi medici e articoli sanitari;
- le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali.

Questi comparti, desunti dalla classificazione ufficiale delle attività economiche, figurano nei prospetti qui di seguito rappresentati (Tabb.1a/1b), contrassegnati dai codici fissati dall’ISTAT. Come si vede, nei prospetti sono riportate anche le classi di ordine superiore dell’Ateco, non solo per facilitare l’individuazione e la raccolta dei dati risultanti dalle rilevazioni statistiche, ma anche perché spesso – a meno che non si tratti di rilevazioni censuarie – i dati correntemente rilevati non scendono ad un dettaglio inferiore a quello delle classi. Tipico, a questo riguardo, è il caso delle industrie farmaceutiche che si trovano spesso inglobate nella classe delle industrie chimiche e farmaceutiche, unitamente fra l’altro alla fabbricazione delle fibre sintetiche e artificiali.

Sempre con riferimento al contenuto della classificazione, occorre tener conto di altre due circostanze:

- 1) che per alcune categorie di attività, non del tutto coincidenti con la compartimentazione adottata, si è dovuto procedere agli opportuni scorpori o

integrazioni, gli uni e le altre resi possibili attingendo i dati elementari dalle rilevazioni di carattere censuario;

- 2) che dalla filiera sono ovviamente escluse tutte quelle attività con le quali i summenzionati comparti intrattengono rapporti di scambio, acquistando da esse i beni e servizi intermedi da utilizzare nel processo produttivo.

Quest'ultima osservazione richiama alla mente il tipo di approccio utilizzato per l'ordine di successione delle stime e per la descrizione dei risultati relativi ai singoli comparti. La precedente ricerca era stata effettuata seguendo un percorso di tipo *bottom-up*, nell'ipotesi che fosse la domanda di assistenza degli utenti finali a trainare l'offerta di servizi sanitari e che gli altri comparti si adeguassero di conseguenza. Nella presente ricerca, invece, pur trattandosi di una modifica di carattere esclusivamente formale, l'ordine di successione è stato invertito privilegiando un approccio di tipo *top-down*. Più precisamente, seguendo un percorso identico a quello adottato dalla contabilità nazionale, si è preferito partire dai due comparti della produzione industriale, passare attraverso i canali della distribuzione commerciale e pervenire, infine, all'ultimo anello della catena rappresentato dal complesso dei servizi assistenziali (cfr. Graf.1).

Ciò premesso, è da precisare che le valutazioni hanno riguardato in forma definitiva gli anni 2007-2009, mentre quelle relative al 2010 sono da considerare come una prima stima effettuata sulla documentazione statistica disponibile al momento della redazione di questo rapporto, i cui risultati sono perciò suscettibili di lievi rettifiche.

Bisogna rilevare, inoltre, che le elaborazioni sono state effettuate con riferimento al territorio nazionale considerato nel suo insieme, anche se in alcuni casi, compatibilmente con la disponibilità delle informazioni di base, sono state esposte analisi di particolari categorie su scale territoriali diverse: o a livello delle principali aree geografiche del Paese, o con riferimento alle singole regioni.

Quanto infine agli aggregati economici che esprimono in sintesi l'attività dei singoli comparti, l'attenzione è stata posta principalmente sulle stime dell'occupazione e sui risultati dell'attività produttiva rispettivamente costituiti dal valore della produzione e dal valore aggiunto.

Gli occupati considerati ai fine dell'indagine (distinti tra lavoratori dipendenti e indipendenti) comprendono sia i lavoratori regolari, che svolgono la

propria attività in forza di un contratto e in regola con le norme previste dalla legge, sia gli occupati irregolari, che svolgono la propria attività “in nero”, contribuendo alla formazione dell’economia sommersa<sup>1</sup>. Disponendo dei dati sul numero degli occupati alle dipendenze, è stata eseguita anche la stima del costo del lavoro, comprendente sia le retribuzioni lorde corrisposte nel corso dell’anno al personale dipendente, sia i contributi sociali posti a carico dei datori di lavoro e da questi versati, insieme alle ritenute fiscali, alle amministrazioni competenti.

**Tab.1a – Composizione settoriale della filiera della salute (Ateco 2002)**

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE ATTIVITA'</b>
<b>I N D U S T R I A</b>	
<i>DG</i>	<i>Fabbricazione di prodotti chimici e farmaceutici e di fibre sintetiche e artificiali</i>
<b>DG 24.4</b>	<b>Fabbricazione di prodotti farmaceutici e di prodotti chimici e botanici per usi medicinali</b>
DG 24.41	DG 24.41 - Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base
DG 24.42	DG 24.41 - Fabbricazione di medicinali e preparati farmaceutici
<i>DL</i>	<i>Fabbricazione di macchine elettriche e di apparecchiature elettriche, elettroniche ed ottiche</i>
<b>DL 33.1</b>	<b>Fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici e ortopedici</b>
DL 33.10.1	Fabbricazione di apparecchi elettromedicali (compresi parti staccate e accessorie, riparazione e manutenzione)
DL 33.10.2	Fabbricazione di apparecchi medicali per diagnosi, di materiale medico-chirurgico e veterinario, di apparecchi e strumenti per odontoiatria (compresi parti staccate e accessorie, riparazione e manutenzione)
DL 33.10.3	Fabbricazione di protesi dentarie (compresa riparazione)
DL 33.10.4	Fabbricazione di protesi ortopediche, altre protesi ed ausili (compresa riparazione)
DL 33.40.2	Confezionamento ed apprestamento di occhiali da vista e lenti a contatto
<b>C O M M E R C I O</b>	
<b>G 51.46</b>	<b>Commercio all’ingrosso di prodotti farmaceutici (compresi strumenti e apparecchi sanitari)</b>
G 51.46.1	Commercio all’ingrosso di medicinali
G 51.46.2	Commercio all’ingrosso di articoli medicali, ortopedici e ottici
<i>G52.3</i>	<i>Commercio al dettaglio di prodotti farmaceutici, medicali, di cosmetici e di articoli di profumeria</i>
---	<b>Commercio al dettaglio di prodotti farmaceutici, articoli medicali e ortopedici</b>
G 52.31	Farmacie
G 52.32	Commercio al dettaglio di articoli medicali e ortopedici
<b>S E R V I Z I</b>	
<i>N 85</i>	<i>Sanità e altri servizi sociali</i>
<b>N 85.1</b>	<b>Attività dei servizi sanitari</b>
N 85.11	Servizi ospedalieri
N 85.12	Servizi degli studi medici
N 85.13	Servizi degli studi odontoiatrici
N 85.14	Altri servizi sanitari (laboratori di analisi cliniche, igiene e profilassi, servizi di ambulanza e delle banche del sangue, attività professionali paramediche indipendenti, ecc.)
N 85.20	Servizi veterinari
<b>O 93.04</b>	<b>Servizi dei centri per il benessere fisico</b>
93.04.2	Stabilimenti idropinici ed idrotermali

Fonte: Elaborazione Confindustria

<sup>1</sup> Com’è noto, il ricorso al lavoro nero, ad integrazione o in sostituzione del lavoro regolare, viene effettuato più frequentemente nei settori dell’agricoltura, edilizia, commercio, ristorazione e servizi vari. Minore è l’impiego di lavoratori irregolari nelle altre attività, e quasi nullo o assolutamente inesistente nelle imprese industriali di una certa importanza (come quelle farmaceutiche e delle apparecchiature elettromedicali) e nei settori in cui il datore di lavoro è un ente pubblico (come nel caso del SSN).

**Tab.1b – Composizione settoriale della filiera della salute (Ateco 2007)**

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE ATTIVITA'</b>
<b>I N D U S T R I A</b>	
---	<i>Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali</i>
<b>C21</b>	<b>Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base e di preparati farmaceutici</b>
C21.1	Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base
C21.2	Fabbricazione di medicinali e preparati farmaceutici
---	<i>Fabbricazione di macchine elettriche e di apparecchiature elettriche, elettroniche ed ottiche</i>
<b>C26.60</b>	<b>Fabbricazione di strumenti per irradiazione, apparecchiature elettromedicali ed elettroterapeutiche</b>
C26.60.02	Fabbricazione di apparecchi elettromedicali (incluse parti staccate e accessori)
C26.60.09	Fabbricazione di altri strumenti per irradiazione ed altre apparecchiature elettroterapeutiche
<b>C32.50</b>	<b>Fabbricazione di strumenti e forniture mediche e dentistiche</b>
C32.50.1	Fabbricazione di mobili per uso medico, apparecchi medicali, di materiale medico-chirurgico e veterinario, di apparecchi e strumenti per odontoiatria (incluse parti staccate e accessori)
C32.50.2	Fabbricazione di protesi dentarie (inclusa riparazione)
C32.50.3	Fabbricazione di protesi ortopediche, altre protesi ed ausili (inclusa riparazione)
C32.50.4	Fabbricazione di lenti oftalmiche
---	<i>Riparazione e manutenzione di apparecchiature elettroniche ed ottiche</i>
C33.13.03	Riparazione e manutenzione di apparecchi elettromedicali, di materiale medico-chirurgico e veterinario, di apparecchi e strumenti per odontoiatria
<b>C O M M E R C I O</b>	
<i>G46</i>	<i>Commercio all'ingrosso (escluso quello di autoveicoli e motocicli)</i>
G46.18.31	Agenti e rappresentanti di prodotti farmaceutici
G46.18.32	Agenti e rappresentanti di prodotti sanitari ed apparecchi medicali, chirurgici e ortopedici
G46.18.34	Procacciatori d'affari di prodotti farmaceutici
G46.18.35	Mediatori in prodotti farmaceutici
G46.46.1	Commercio all'ingrosso di medicinali
G46.46.2	Commercio all'ingrosso di prodotti botanici per uso farmaceutico
G46.46.3	Commercio all'ingrosso di articoli medicali ed ortopedici
<b>G47.73</b>	<b>Commercio al dettaglio di medicinali in esercizi specializzati</b>
G47.73.1	Farmacie
G47.73.2	Commercio al dettaglio in altri esercizi specializzati di medicinali non soggetti a prescrizione medica
<b>G47.74</b>	<b>Commercio al dettaglio di articoli medicali e ortopedici in esercizi specializzati</b>
<b>S E R V I Z I</b>	
<i>Q</i>	<i>Sanità e assistenza sociale</i>
<b>Q86</b>	<b>Assistenza sanitaria</b>
Q86.10	Servizi ospedalieri
Q86.2	Servizi degli studi medici e odontoiatrici
Q86.9	Altri servizi di assistenza sanitaria
<b>S96.04</b>	<b>Servizi dei centri per il benessere fisico</b>
96.04.2	Stabilimenti termali

Fonte: Elaborazione Confindustria

Le valutazioni della produzione e del valore aggiunto, seguendo le regole predisposte in sede di contabilità nazionale, sono state effettuate “ai prezzi base”. E’ necessario, a questo riguardo, distinguere tale concetto da tutti quelli che circolano nella pratica contabile (ai prezzi ex-fabbrica, ai prezzi di mercato, ai prezzi al produttore, al costo dei fattori, ecc.) e che divergono spesso sensibilmente l’uno dall’altro a seconda delle aliquote fiscali incorporate.

Com’è noto, le imposte vengono distinte anzitutto in due grandi categorie, la prima delle quali (imposte dirette), gravando sulle varie forme di reddito spettanti



ai soggetti che partecipano al processo produttivo, non dà luogo nel nostro caso a problemi di sorta, dal momento che tutti gli aggregati presi in esame sono espressi al lordo di tali imposte (Irpef, Irpeg, ecc).

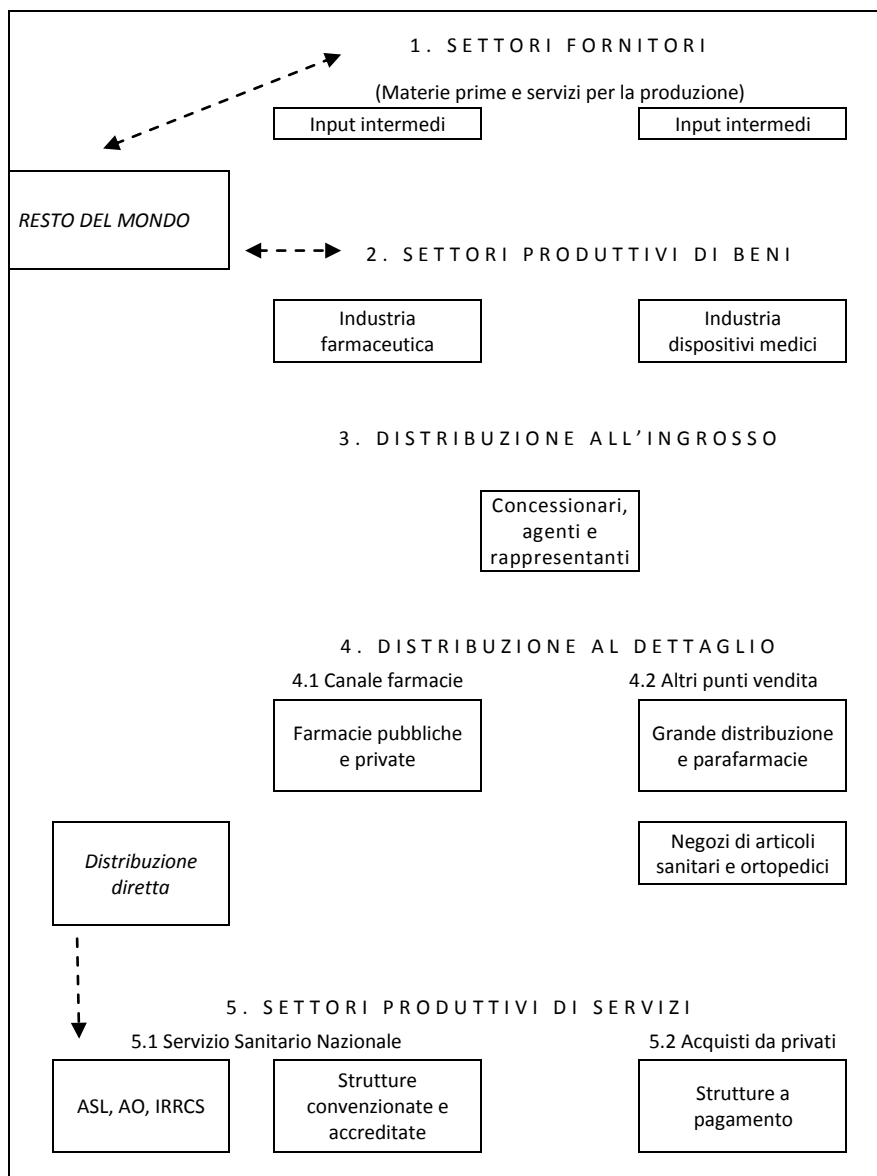
La seconda categoria (imposte indirette) è invece quella che, a seconda del criterio di valutazione adottato, può alterare il contenuto e la dimensione degli aggregati. A tale proposito, si tenga presente che ai fini della valutazione ai prezzi base viene effettuata una distinzione tra:

- 1) le imposte indirette che colpiscono l'attività dell'impresa, anche a prescindere dalla quantità di prodotti ottenuti (come, ad esempio, l'Irap), e che secondo la definizione adottata si trovano già incluse nel valore degli aggregati;
- 2) le imposte indirette che gravano sui prodotti che emergono dal processo produttivo per essere immessi nel circuito della distribuzione (come, ad esempio, l'IVA, le imposte di fabbricazione, i dazi doganali, ecc.), le quali debbono essere escluse dal valore degli aggregati esposto ai prezzi base.

Considerazioni analoghe valgono anche per la valutazione dei contributi pubblici di parte corrente versati alle imprese, comunemente interpretati come imposte di segno negativo. Posto che per essi valgono le regole già descritte per il calcolo delle imposte indirette, del loro valore si tiene implicitamente conto solo per la parte che attiene alla produzione realizzata dall'impresa.

In definitiva, i valori ai prezzi base degli aggregati sono espressi al netto delle imposte indirette che gravano sui prodotti e al lordo dei contributi pubblici commisurati ai prodotti.

**Graf.1 – Rappresentazione schematica della filiera della salute**



## CAP. I – LE ATTIVITA' INDUSTRIALI

### 1. Caratteristiche generali dei comparti

Le attività produttive poste in cima alla filiera della salute comprendono, come si è già accennato, sia le industrie farmaceutiche sia quelle dedite alla fabbricazione di attrezzature e tecnologie sanitarie (forniture e apparecchi medicali, chirurgici, ortopedici, ecc.).

Realizzando circa il 70 per cento della produzione complessiva dei due gruppi di imprese, le industrie farmaceutiche si configurano di fatto come il cardine dell'intero sistema, al quale si ricollegano (direttamente o indirettamente) tutti gli altri attori della filiera.

Ma le differenze tra i vari comparti non riguardano soltanto l'ordine di successione (per il quale si rinvia al grafico riportato nell'introduzione); né il confronto tra l'industria del farmaco e quella delle apparecchiature medicali si esaurisce nella diversa natura delle produzioni conseguite. Molti altri sono infatti gli aspetti che differenziano i due tipi di industrie, a cominciare dall'ampiezza delle relative imprese, dall'articolazione territoriale delle attività, dal livello qualitativo della forza lavoro utilizzata e dal criterio di classificazione adottato. Interessante appare, a tale riguardo, la distinzione talora effettuata tra le industrie di base, generalmente considerate ad alto contenuto di energia, e di cui fanno parte le industrie farmaceutiche; e quelle non di base e a medio contenuto di energia, alle quali appartengono tutte le industrie meccaniche, fra le quali si evidenzia la fabbricazione delle apparecchiature da noi considerate.

Come si evince dalla lettura dei dati contenuti nella tabella 2, nel 2010 sono state rilevate nel primo comparto (specificamente destinato alla fabbricazione di "prodotti farmaceutici di base, di prodotti medicinali e di preparati farmaceutici") un totale di 334 imprese attive, quasi tutte di grande dimensione e prevalentemente ubicate nelle regioni del Centro-Nord<sup>2</sup>. Imprese le cui forze di lavoro occupate ammontavano complessivamente a 66.700 unità, per la quasi totalità rappresentate da lavoratori dipendenti.

Distribuite secondo le corrispondenti sedi amministrative, il 61,2 per cento delle imprese risultava ubicato nell'Italia settentrionale (di cui il 43,8 per cento nella sola Lombardia), il 23 per cento nell'Italia centrale (di cui il 14,5 per cento

---

<sup>2</sup> Cfr. Farindustria, *Indicatori farmaceutici*, Roma, giugno 2011.

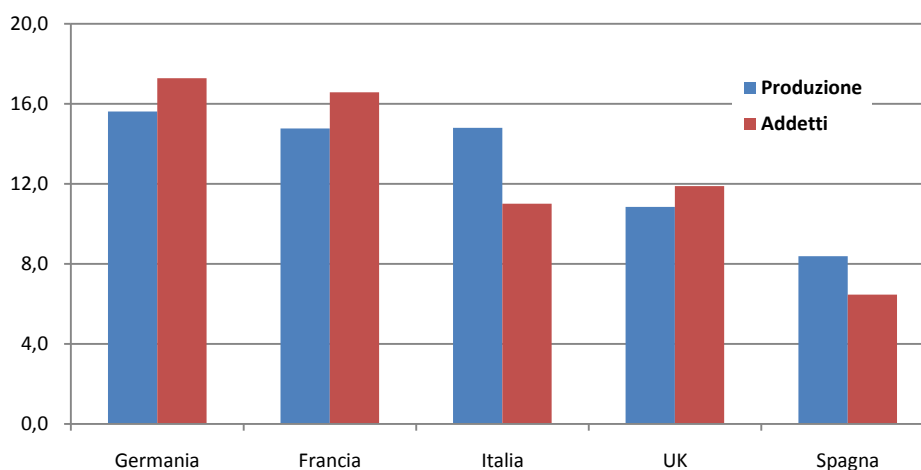
nel Lazio) e il restante 15,8 per cento nelle regioni meridionali e insulari. Naturalmente, tali percentuali tendono a modificarsi in misura non trascurabile se si tiene conto della ripartizione territoriale, anziché delle imprese, delle unità locali (stabilimenti, laboratori, magazzini, uffici, ecc.) in cui esse si articolano. A tale proposito, vale la pena rilevare che nel 2010 il 56 per cento degli addetti delle unità locali svolgeva la propria attività nell'Italia settentrionale, il 37 per cento nell'Italia centrale ed il rimanente 7 per cento in quella meridionale e insulare; area, quest'ultima, nella quale risultano maggiormente concentrate le unità produttive di più piccola dimensione.

**Tab.2 – L'industria farmaceutica: Consistenze e flussi  
(Anno 2010)**

Voci	Anno 2010	Var. % 2010/2009
<b>Consistenze al 31 dicembre</b>		
Totale imprese	334	--
- Imprese produttrici di medicinali	256	--
Totale addetti	66.700	-1,2
- Addetti alla R&S	6.050	-1,6
<b>Milioni di euro a prezzi correnti</b>		
Valore della produzione	24.996	6,8
Valore aggiunto	7.491	6,8
Investimenti in R&S	1.240	1,6
Esportazioni	13.958	14,9
Importazioni	17.318	7,0
Saldo con l'estero	-3.360	--
Spesa farmaceutica totale	19.156	-0,1
Spesa farmaceutica convenzionata	11.093	-0,9

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Farindustria e ISTAT

**Graf.2 – Produzione e addetti dell'industria farmaceutica nei principali paesi europei  
Valori in percentuale del totale UE (Anno 2010)**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Farindustria

Interessante appare inoltre il fatto che, come risulta dall'archivio DM10 gestito dall'INPS, la forza lavoro occupata nell'industria farmaceutica si colloca tra le posizioni professionali di livello medio-alto: circa il 5 per cento del totale essendo costituito da dirigenti, il 21 per cento da quadri intermedi, il 54 per cento da impiegati e soltanto il 20 per cento da personale operaio e assimilato. Un aspetto, quest'ultimo, che viene indirettamente suffragato dalle esigenze di assunzione di forza lavoro che le imprese, per ovvie ragioni di turnover o per altri motivi (ampliamento degli impianti, progettazione di nuove linee di produzione, ecc.), tendono periodicamente a programmare.

Certo, nel periodo più recente anche nel settore in esame la domanda di manodopera ha risentito degli effetti prodotti dalla grave recessione economica. Secondo la consueta indagine condotta dall'Unioncamere, infatti, solo poco più della metà delle imprese farmaceutiche ha previsto di effettuare nel 2010 una qualche assunzione di personale, scendendo il numero delle assunzioni programmate abbondantemente sotto la soglia delle 2.100 unità. Si tratta comunque di valori che, sebbene inferiori a quelli degli anni immediatamente precedenti la crisi, appaiono meno sfavorevoli di quelli evidenziati dal complesso delle attività manifatturiere.

**TAB.3 - Assunzioni di lavoratori non stagionali programmate per il 2010 dalle imprese farmaceutiche e dal complesso delle imprese industriali**

Specificazioni	Imprese farmaceutiche	Totale industria in senso stretto
In cifra assoluta (numero dipendenti)	2.044	101.560
- Universitario	70,3%	12,2%
- Secondario e post secondario	19,4%	43,1%
- Con qualifica professionale	2,1%	10,3%
- Altro	8,2%	34,4%
Totale	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Unioncamere (Sistema informativo Excelsior)

Pochi dati, tra quelli che si rendono disponibili a cadenza mensile, sono sufficienti a fornire un quadro più preciso delle difficoltà incontrate nel periodo più recente dall'industria farmaceutica, soprattutto sul versante del mercato

interno sul quale ha pesato (e continua a pesare) l'estrema debolezza della domanda delle famiglie.

A questo riguardo, se si prescinde da qualche incongruenza riscontrabile nelle elaborazioni effettuate dall'ISTAT, dalla lettura dei dati contenuti nella tabella allegata emerge che, dopo una fase caratterizzata da una favorevole evoluzione dell'attività produttiva, fase protrattasi (secondo quanto emerge dai dati mensili) fin quasi alla fine del 2007, il 2008 si è aperto all'insegna di un lieve declino delle principali grandezze macroeconomiche, manifestando i primi sintomi di quell'inversione di tendenza che si sarebbe verificata di lì a poco.

**TAB.4 – Industria farmaceutica: Andamento di alcune variabili macroeconomiche negli anni 2006-2010**  
Numeri indici (base 2005 = 100)

Variabili	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Produzione grezza (in quantità)</b>					
Industria farmaceutica	106,6	99,8	103,0	102,9	104,2
Totale industria manifatturiera	103,3	106,3	102,7	82,8	88,5
<b>Fatturato totale (in valore)</b>					
Industria farmaceutica	106,4	112,2	115,5	117,3	121,2
Totale industria manifatturiera	108,6	115,6	117,1	94,9	104,6
<b>Fatturato interno (in valore)</b>					
Industria farmaceutica	104,2	108,1	111,6	115,5	117,9
Totale industria manifatturiera	107,1	111,6	112,6	92,7	99,9
<b>Fatturato estero (in valore)</b>					
Industria farmaceutica	112,9	124,2	127,0	122,6	130,6
Totale industria manifatturiera	112,6	125,8	128,7	100,5	116,5
<b>Occupazione nelle grandi imprese (1)</b>					
Industria farmaceutica	102,7	101,5	98,8	91,8	90,0
Totale industria manifatturiera	99,3	99,3	97,3	87,6	87,4

(1) Al netto dei lavoratori posti in Cassa integrazione

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT

E' significativo rilevare, peraltro, che l'andamento delle variabili relative al comparto da noi considerato diverge spesso in misura apprezzabile da quello contestualmente registrato dal complesso delle attività manifatturiere, soprattutto per quel che riguarda l'aggregato che ha maggiormente risentito del drastico deterioramento del quadro congiunturale. Con riferimento infatti agli indici che registrano l'andamento della produzione industriale in termini fisici, dai dati disponibili emerge un leggero indebolimento dell'output nel comparto farmaceutico, a fronte di una sua drastica contrazione nella generalità dei comparti industriali. In particolare, nel periodo compreso tra il 2006 e il 2010 l'output ha segnato una variazione media annua del -0,5 per cento nel primo comparto, contro il -3,2 per cento del secondo.

Tendenze un po' più sfavorevoli si sono invece riscontrate con riferimento all'occupazione, come suffragato, fra l'altro, dal fatto che nelle imprese farmaceutiche con almeno 500 dipendenti (le uniche per le quali si dispone di dati a cadenza mensile), la base occupazionale – al netto degli interventi della Cassa integrazione – si è progressivamente assottigliata, avendo segnato un -2,7 per cento nel 2008, un -7,1 per cento nel 2009 e un -2,0 per cento nel 2010. Si noti tuttavia che, sempre con riferimento alle imprese con almeno 500 addetti, le ore di lavoro integrate con il ricorso alla CIG hanno raggiunto valori relativamente contenuti: 3,7 ore integrate per 1.000 lavorate nel 2008 (contro le 38,2 dell'intero comparto manifatturiero), 0,8 ore nel 2009 (contro 131,0) e 2,7 ore nel 2010 (contro 99,2). Tutti valori che, in concomitanza con gli andamenti descritti in precedenza e riportati in sintesi nella Tab.4, forniscono (almeno da questo punto di vista) un quadro un po' meno preoccupante di quel che appare osservando invece la situazione fortemente critica dell'occupazione e della disoccupazione con riferimento all'intera economia nazionale.

\*\*\*

L'altro settore industriale rilevante all'interno della filiera della salute è rappresentato, come si è già detto, dalla fabbricazione di dispositivi medici. Secondo le rilevazioni di Assobiomedica, nel 2010 operano in tale settore 2.567 imprese, incluse quelle dedite alle mere attività di riparazione e manutenzione (cfr. Tab.5). Il 61 per cento di esse risulta ubicato nelle regioni del Nord, il 20 per cento in quelle del Centro ed il rimanente 19 per cento in quelle del Mezzogiorno.

Diversamente dal comparto farmaceutico, in tale ambito appare prevalente la quota delle unità produttive di medio-piccola ampiezza, tenuto conto che il 60,3 per cento delle imprese ha un numero di addetti inferiore alle 10 unità e che solo il 12,1 per cento di esse supera la soglia dei 49 addetti. La ridotta dimensione operativa trova conferma, fra l'altro, anche nei dati relativi alla forma giuridica, dai quali emerge un'elevata incidenza delle ditte individuali e delle società di persone, a scapito delle società di capitali. Si noti tuttavia che le società di capitali, pur essendo relativamente poco numerose e per lo più concentrate nelle tre grandi regioni settentrionali (Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna), assorbono più del 40 per cento degli occupati. Questi ultimi ammontano ad un totale di 71.700 unità, per circa l'80 per cento costituito da lavoratori dipendenti.

Come si rileva chiaramente dalla serie storica dei dati riportata nella tabella allegata, il comparto dei dispositivi medici, dopo una fase piuttosto altalenante, ha cominciato a rallentare vistosamente la propria andatura a partire dal 2008, scontando il mercato indebolimento di tutte le componenti della domanda. Nel 2010 si sono tuttavia manifestati chiari segnali di recupero, avendo messo a segno il fatturato totale un +6,7 per cento, grazie soprattutto al rimbalzo del mercato estero.

**TAB.5 – Consistenza delle imprese dell'industria dei dispositivi medici per classi di addetti (Anno 2010)**

Aree	Meno di 10 addetti	Da 10 a 49 addetti	Da 50 a 249 addetti	Da 250 addetti in su	Totale
Nord	54,9	29,8	12,2	3,0	100,0
Nord-ovest	52,9	29,3	13,0	4,7	100,0
Nord-est	57,2	30,4	11,3	1,0	100,0
Centro	62,3	25,5	9,4	2,5	100,0
Mezzogiorno	75,2	22,2	2,2	0,2	100,0
Italia	60,3	27,5	9,7	2,4	100,0
<i>Totale in valori assoluti</i>	<i>1.548</i>	<i>705</i>	<i>251</i>	<i>63</i>	<i>2.567</i>

Elaborazione Confindustria su dati Assobiomedica

**TAB.6 – L'industria dei dispositivi medici: Consistenze e flussi (Anno 2010)**

Voci	Anno 2010	Var. % 2010/2009
<b>Consistenze medie annue</b>		
Imprese	2.567	---
Addetti (dipendenti e indipendenti)	71.700	-1,3
<b>Milioni di euro a prezzi correnti</b>		
Fatturato totale	14.653	6,7
- Di cui SSN (1)	6.241	---
Valore aggiunto	3.638	3,5
Export	5.881	14,4
Import	7.377	7,3

(1) Dato del 2009 riferito ai soli consumi intermedi degli enti sanitari

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e Assobiomedica

**TAB.7 – Andamento del mercato dei dispositivi medici (Anni 2006-2010)**

Variabili	2006	2007	2008	2009	2010
Numeri indici (base 2005=100)					
Fatturato totale	108,2	112,9	114,6	111,5	119,0
- Fatturato interno	104,0	106,1	110,4	111,5	113,7
- Fatturato estero	115,0	124,0	121,6	111,6	127,7
Variazioni percentuali annue					
Fatturato totale	8,2	4,4	1,4	-2,8	6,7
- Fatturato interno	3,9	2,0	3,8	0,9	2,0
- Fatturato estero	15,0	7,8	-1,9	-8,2	14,4

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e Assobiomedica



## 2. Il commercio estero del settore industriale

Posto che la domanda interna di prodotti farmaceutici e dispositivi medici sembra evolversi con maggior gradualità, uno degli indicatori che contribuisce a spiegare il progressivo indebolimento dell'attività produttiva deve essere ricercato sul versante degli scambi con l'estero.

L'insoddisfacente performance dei flussi d'import-export ha caratterizzato anzitutto il complesso dei prodotti industriali. Condizionata dall'ulteriore flessione dei margini di competitività e dalla lotta ingaggiata a livello internazionale per il mantenimento e l'espansione delle quote di mercato, l'industria italiana è stata una delle prime a risentire gli effetti negativi della congiuntura. Dopo il favorevole andamento registrato nel 2007 tanto dalle importazioni (aumentate in termini monetari dell'8 per cento) quanto, e soprattutto, dalle esportazioni (+9,7 per cento), le due correnti di scambio hanno cominciato ad assottigliarsi sensibilmente. Solo nel 2010, grazie alla ripresa della domanda mondiale, si sono manifestati segnali di recupero.

Tendenze abbastanza simili a quelle appena descritte hanno mostrato anche i due comparti specializzati nella fabbricazione di beni destinati alla tutela della salute, data la brusca accelerazione registrata nel 2010 dalle vendite all'estero di prodotti farmaceutici e di dispositivi medici, le quali hanno segnato rispettivamente un +14,9 e un +14,4 per cento. A questi risultati ha contribuito soprattutto il più sostenuto andamento delle vendite in Francia e negli Stati Uniti: nel primo paese, infatti, le esportazioni di prodotti farmaceutici sono lievitate del 33,2 per cento e quelle di dispositivi medici del 14 per cento; mentre nel secondo i tassi di crescita sono risultati rispettivamente pari a 27,7 e 19,4 per cento.

Per effetto delle suddette variazioni, il valore complessivo delle esportazioni dei due comparti industriali ha scavalcato la soglia dei 19.800 milioni di euro; cifra che, rapportata al dato dell'industria manifatturiera, dà luogo ad un'incidenza del 6,2 per cento. Si tratta di un'incidenza ragguardevole e non molto distante da quella di alcuni settori di punta del *made in Italy*, come ad esempio quello del tessile-abbigliamento (7,4 per cento) o quello degli autoveicoli, rimorchi e semirimorchi (7,0 per cento).

Con riferimento alla destinazione geografica delle esportazioni, è interessante rilevare che nel 2010 quasi il 30 per cento delle vendite di prodotti farmaceutici

sono state assorbite da tre paesi – cioè Germania (11,8 per cento), Francia (9,4 per cento) e Stati Uniti (7,1 per cento) –. Si tratta di “quote” che non differiscono in misura significativa da quelle rilevate per i dispositivi medici, se si prescinde dal fatto che in questo caso gli Stati Uniti (con un’incidenza del 14 per cento) rappresentano il principale mercato di sbocco.

Tendenze positive si sono riscontrate anche sul versante dell’indebitamento, tenuto conto che il deficit del commercio estero della nostra industria della salute, dopo aver toccato nel 2009 un valore massimo di 5.773 milioni di euro, è sceso nel 2010 a 4.856 milioni. A tale risultato hanno contribuito il comparto dei dispositivi medici e quello dei medicinali e preparati farmaceutici, tenuto che nel comparto dei prodotti farmaceutici di base l’indebitamento ha continuato ad espandersi in misura apprezzabile.

Se si focalizza l’attenzione sul saldo di import-export delle singole aree geografiche, si ricava agevolmente che ai 4.856 milioni di deficit dell’industria della salute hanno concorso principalmente quattro paesi, e cioè: Olanda (-1.765 milioni), Germania (-1.217), Stati Uniti (-911) e Cina (-841). Il dato della Cina si spiega se si tiene conto della crescente concorrenza di prezzo che essa esercitata soprattutto sul versante delle forniture mediche e dentistiche.

**Tab.8a – Esportazioni dell’industria della salute secondo la destinazione geografica (Anno 2010)**

AREE E PAESI	PRODOTTI FARMACEUTICI		DISPOSITIVI MEDICI (1)		TOTALE	
	Milioni di euro	Var.% 2010/2009	Milioni di euro	Var.% 2010/2009	Milioni di euro	Var.% 2010/2009
<b>Europa</b>	<b>10.445</b>	<b>12,8</b>	<b>3.453</b>	<b>13,2</b>	<b>13.898</b>	<b>12,9</b>
Francia	1.317	33,2	742	14,0	2.059	26,5
Germania	1.652	9,1	485	11,9	2.137	9,6
Spagna	717	5,7	410	12,8	1.127	7,8
Regno Unito	806	23,6	270	17,5	1.076	22,3
Paesi Bassi	648	-2,4	274	43,3	922	6,2
Paesi scandinavi	165	4,7	103	20,2	268	9,4
Russia	124	39,8	128	36,0	252	38,0
Altri paesi	5.014	11,1	1.041	4,0	6.055	10,0
<b>Resto del mondo</b>	<b>3.513</b>	<b>21,6</b>	<b>2.428</b>	<b>16,2</b>	<b>5.941</b>	<b>19,6</b>
Stati Uniti	995	27,7	823	19,4	1.818	24,2
Centro-Sud America	444	49,9	286	23,8	730	39,8
Giappone	607	9,9	146	7,9	753	9,5
Cina	156	17,1	114	17,8	270	17,4
Altri paesi	1.311	16,1	1.057	13,0	2.368	14,9
<b>Totale</b>	<b>13.958</b>	<b>14,9</b>	<b>5.881</b>	<b>14,4</b>	<b>19.839</b>	<b>14,8</b>

(1) *Apparecchi elettromedicali ed elettroterapeutici, strumenti e forniture mediche e dentistiche*

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT

**Tab.8b – Importazioni dell’industria della salute secondo la provenienza geografica  
(Anno 2010)**

AREE E PAESI	PRODOTTI FARMACEUTICI		DISPOSITIVI MEDICI (1)		TOTALE	
	Milioni di euro	Var.% 2010/2009	Milioni di euro	Var.% 2010/2009	Milioni di euro	Var.% 2010/2009
<b>Europa</b>	<b>14.475</b>	<b>4,9</b>	<b>5.285</b>	<b>5,4</b>	<b>19.760</b>	<b>5,0</b>
Francia	1.648	-2,6	761	0,4	2.409	-1,8
Germania	2.158	-0,5	1.196	11,1	3.354	2,6
Spagna	791	10,5	63	4,4	854	10,1
Regno Unito	1.092	2,1	248	2,4	1.340	2,1
Paesi Bassi	1.505	4,4	1.182	-0,2	2.687	2,7
Paesi scandinavi	447	8,2	304	86,5	751	25,5
Russia	2	287,2	1	0,4	3	110,6
Altri paesi	6.831	8,6	1.526	0,0	8.357	7,3
<b>Resto del mondo</b>	<b>2.843</b>	<b>18,9</b>	<b>2.091</b>	<b>12,2</b>	<b>4.934</b>	<b>16,5</b>
Stati Uniti	1.987	23,3	742	11,0	2.729	20,5
Centro-Sud America	58	43,9	98	-19,8	156	0,3
Giappone	274	-7,2	130	-19,2	404	-10,6
Cina	312	33,8	799	30,6	1.111	31,7
Altri paesi	212	0,8	325	7,3	537	4,1
<b>Totale</b>	<b>17.318</b>	<b>7,0</b>	<b>7.377</b>	<b>7,3</b>	<b>24.695</b>	<b>7,1</b>

(1) *Apparecchi elettromedicali ed elettroterapeutici, strumenti e forniture mediche e dentistiche*  
Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT

\*\*\*

Le curve che descrivono per l’ultimo decennio le due correnti di scambio, separatamente rappresentate (Graf.3 per le importazioni e Graf.4 per le esportazioni), consentono di cogliere, a colpo d’occhio, le tendenze di fondo dei fenomeni osservati.

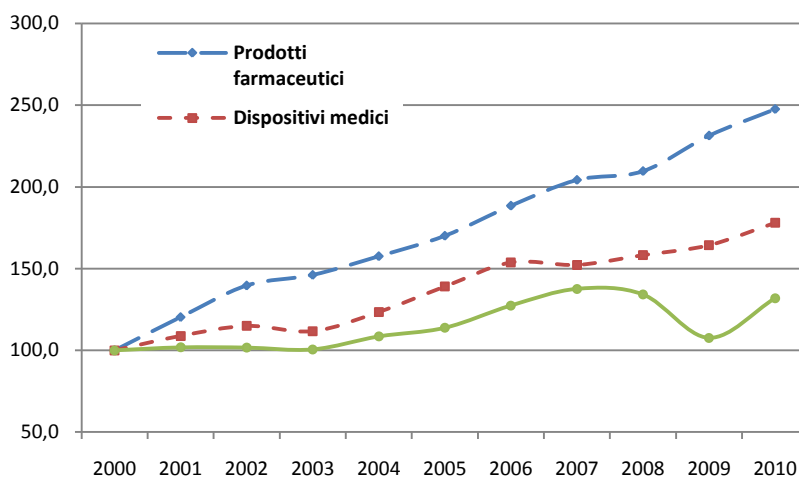
La prima figura, nella quale si evidenziano i numeri indici con base 2000=100, fornisce l’immagine dell’evoluzione registrata dalle importazioni. Un’evoluzione che, se si esclude il periodo più recente, appare piuttosto regolare per quanto riguarda i prodotti dell’industria farmaceutica, ma che presenta due fasi ben distinte per quanto riguarda:

- da una parte, le importazioni di dispositivi medici, che ad un sostanziale appiattimento della dinamica nel triennio 2001-2003 contrappongono a partire dal 2007 una significativa accelerazione;
- dall’altra, le importazioni complessive dell’industria italiana che, come si è già visto, ad una sostanziale stagnazione nel triennio citato contrappongono una tendenza decisamente espansiva (con forti riflessi sul deficit) nel periodo 2004-2007.

Più irregolare, soprattutto per quanto riguarda le produzioni farmaceutiche, appare l’andamento delle vendite all’estero, che nell’ultimo decennio è stato

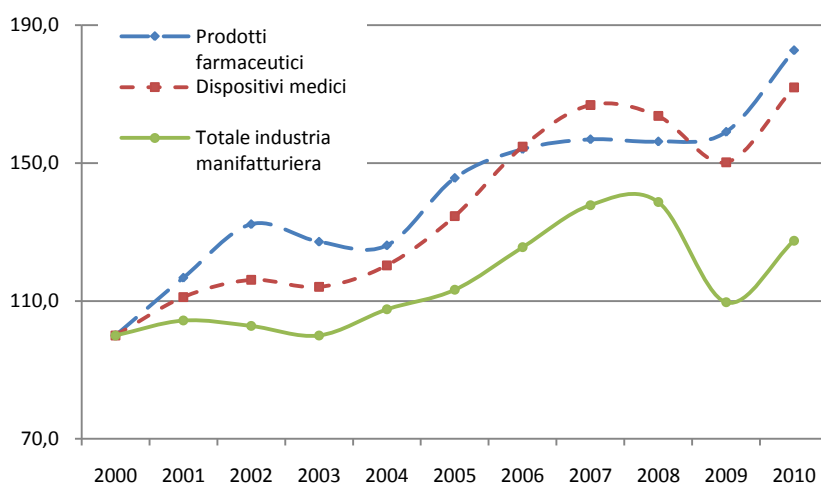
caratterizzato da veri e propri *stop and go*, cioè dall'alternarsi di fasi di decelerazione a fasi di accelerazione. Si noti, peraltro, che su tale andamento ha pesato in misura non trascurabile la frenata registrata nel periodo in esame dai prezzi all'esportazione dei beni sanitari; frenata che trova una puntuale conferma nelle variazioni degli indici del commercio estero elaborati dall'ISTAT.

**Graf.3 – Andamento delle importazioni a prezzi correnti (Anni 2000-2010)  
Numeri indici (base 2000 = 100)**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT

**Graf.4 – Andamento delle esportazioni a prezzi correnti (Anni 2000-2010)  
Numeri indici (base 2000 = 100)**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT

**Tab.8c - Commercio d'import-export dell'industria della salute con il resto del mondo  
(Anni 2000-2010)**

Anni	Prodotti farmaceutici e prodotti chimici e botanici per usi medicinali			Dispositivi medici (1)	Totale industria farmaceutica e dei dispositivi medici	Totale industria manifatt.
	Prodotti farmaceutici di base	Medicinali e preparati farmaceutici	Totale			
<b>Importazioni in milioni di euro</b>						
2000	1.831	5.165	6.996	4.185	11.181	214.566
2001	2.031	6.390	8.421	4.554	12.975	218.437
2002	2.235	7.537	9.772	4.809	14.581	218.173
2003	2.315	7.910	10.225	4.675	14.900	215.794
2004	2.359	8.666	11.025	5.168	16.193	232.832
2005	2.800	9.099	11.899	5.819	17.718	244.152
2006	2.981	10.205	13.186	6.435	19.621	273.354
2007	3.447	10.841	14.288	6.373	20.661	295.226
2008	3.144	11.523	14.666	6.623	21.289	287.887
2009	3.370	12.815	16.185	6.878	23.063	230.989
2010	3.697	13.621	17.318	7.377	24.695	282.916
<b>Esportazioni in milioni di euro</b>						
2000	1.793	5.848	7.641	3.421	11.062	252.826
2001	1.877	7.044	8.920	3.802	12.722	263.693
2002	1.710	8.396	10.106	3.971	14.077	259.727
2003	1.850	7.866	9.717	3.902	13.619	252.779
2004	1.599	8.037	9.636	4.116	13.752	271.925
2005	1.795	9.334	11.129	4.605	15.734	286.276
2006	1.618	10.151	11.769	5.295	17.064	317.450
2007	1.556	10.429	11.986	5.708	17.694	348.383
2008	1.609	10.328	11.938	5.598	17.536	350.599
2009	1.616	10.535	12.151	5.139	17.290	277.069
2010	1.787	12.171	13.958	5.881	19.839	322.262

(1) *Apparecchi elettromedicali ed elettroterapeutici, strumenti e forniture mediche e dentistiche*

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT

## **CAP. II – LE STRUTTURE DISPONIBILI, I SERVIZI DI ASSISTENZA E I FLUSSI FINANZIARI**

### *1. Le risorse umane*

Prima di descrivere l'andamento dei flussi economici e finanziari del Servizio Sanitario Nazionale, è opportuno tracciare un breve profilo delle strutture disponibili e delle risorse umane e materiali impegnate nei servizi assistenziali.

Premesso che le principali rilevazioni al riguardo effettuate dal Ministero della Salute non si estendono oltre la data del 31 dicembre 2008, le prime informazioni che interessano ai fini della ricerca attengono alla consistenza del personale complessivamente presente e operante nelle varie branche dell'assistenza.

Dalla Tab.9, nella quale i dati vengono sinteticamente riportati, si rileva che il personale addetto alle strutture sanitarie pubbliche (comprese quelle equiparate) e alle aziende ospedaliere di diritto privato accreditate ammonta ad un totale di 800.530 unità. Ovviamente la quota di gran lunga più importante – il 79,8 per cento – di tale cifra è costituita dal personale del Servizio Sanitario Nazionale (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere di diritto pubblico, aziende universitarie, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ecc.).

Analizzando gli 800.530 occupati, rappresentati dal personale dipendente e da altre figure professionali (comprese quelle in servizio presso la struttura ma che dipendono da altre istituzioni o che hanno un rapporto di collaborazione coordinata e continuativa), la prima cifra che balza agli occhi è quella delle 145.982 unità del ruolo tecnico (assistenti sociali, collaboratori, programmatori, operatori tecnici, personale ausiliario, ecc.), la cui incidenza sul totale degli occupati risulta – sia pure di poco – superiore al 18 per cento.

A 91.821 ammontano gli addetti ai servizi amministrativi e a 2.060 quelli del ruolo professionale, comprendente architetti, avvocati, ingegneri, geologi e assistenti religiosi. E ad un complesso di 554.314 unità ascende infine il personale del ruolo sanitario, nell'ambito del quale 139.352 unità sono costituite da medici e odontoiatri e soltanto 315.336 da personale infermieristico: da cui si evince che il rapporto tra il numero degli infermieri e quello dei medici oscilla attorno a 2,3.

Si noti peraltro che nel periodo più recente tale rapporto, invece di ampliarsi – come auspicato dall'OMS per la generalità dei paesi più industrializzati –, si è leggermente ridotto, collocandosi in alcune regioni del Paese su un valore

inferiore a 2. Che la composizione del personale sanitario sia nettamente in contrasto con quella prevalente negli altri maggiori paesi europei appare del tutto evidente se si considera, ad esempio, che l'Italia ha il doppio dei medici del Regno Unito e meno della metà degli infermieri.

**Tab.9 – Personale addetto alle strutture sanitarie pubbliche ed equiparate e a quelle private accreditate (Consistenza al 31 dicembre 2008)**

Ruoli	Servizio Sanitario Nazionale				Strutture equiparate	Strutture accreditate	Totale generale
	Aziende sanitarie locali	Aziende ospedaliere	Altri enti	Totale			
Sanitario	295.115	118.251	33.531	446.897	55.045	52.372	554.314
Professionale	1.127	327	122	1.576	138	346	2.060
Tecnico	72.972	31.588	10.670	115.230	14.616	16.056	145.902
Amministrativo	54.739	15.209	4.452	74.400	10.163	7.258	91.821
Totale	424.293	165.431	48.735	638.459	81.999	80.072	800.530
- Medici	70.669	29.161	5.962	105.792	14.393	19.167	139.352
- Infermieri	165.627	72.314	22.846	260.787	30.836	23.713	315.336

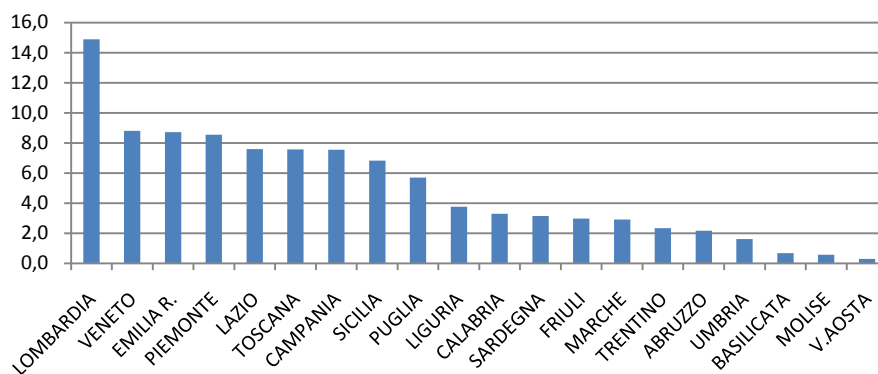
Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute

\*\*\*

Per gli enti della Pubblica Amministrazione e per il personale a tempo indeterminato, dati più aggiornati di quelli dianzi esposti possono essere ricavati dalla rilevazione censuaria condotta dalla Ragioneria generale dello Stato ai fini della predisposizione del *Conto annuale*. Dai risultati di tale rilevazione, opportunamente sintetizzati nelle tabelle allegate, emerge che alla fine del mese di dicembre 2009 il numero dei dipendenti dei 318 enti del SSN risulta complessivamente pari a 693.730 unità, dovendosi sommare alle 635.473 unità di lavoro a tempo pieno le 58.257 unità di lavoro a tempo parziale.

Le regioni dell'Italia settentrionale assorbono il 50,3 per cento del personale, quelle dell'Italia centrale il 19,7 per cento e quelle dell'Italia meridionale e insulare il rimanente 29,9 per cento. In proporzione alla popolazione residente, le regioni del Nord sono quindi quelle che fanno registrare il maggior numero di dipendenti del SSN (116,9 per diecimila abitanti), seguite da quelle del Centro (108,7) e da quelle del Mezzogiorno (99,8). Naturalmente, tale variabilità è in buona parte riconducibile alla diversa incidenza delle strutture pubbliche a livello regionale.

**Graf.5 – Ripartizione % dei dipendenti del SSN per regione (Anno 2009)**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ragioneria generale dello Stato (Conto annuale)

**Tab.10 – Personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale a tempo indeterminato (Consistenza al 31 dicembre 2009)**

Tipo Ente	Tempo Pieno		Part-Time fino al 50%		Part-Time oltre il 50%		Totale tempo indeterminato	
	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne
Agenzie	8.097	3.557	98	45	397	357	8.592	3.959
Altri enti regionali	151	111	2	2	9	8	162	121
Consorzi e associazioni	14	13	1	1	0	0	15	14
Ex IPAB	3.205	2.287	128	115	318	307	3.651	2.709
IRCCS	18.387	11.658	301	267	1.224	1.185	19.912	13.110
Istituti zooprofilattici	2.977	1.694	35	30	227	189	3.239	1.913
Policlinici universitari	9.341	5.667	34	27	145	136	9.520	5.830
AUSL	593.301	359.780	12.651	11.236	42.687	41.189	648.639	412.205
<b>Totale</b>	<b>635.473</b>	<b>384.767</b>	<b>13.250</b>	<b>11.723</b>	<b>45.007</b>	<b>43.371</b>	<b>693.730</b>	<b>439.861</b>

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ragioneria generale dello Stato (Conto annuale)

**Tab.11 – Personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale per categoria (Consistenza al 31 dicembre 2009)**

Categoria	Tempo Pieno		Part-Time fino al 50%		Part-Time oltre il 50%		Totale tempo indeterminato	
	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne
Totale direttori generali	873	161	3	2	0	0	876	163
Totale medici	117.790	42.017	188	150	842	792	118.820	42.959
- Medici	111.876	41.016	178	143	807	760	112.861	41.919
- Veterinari	5.750	959	10	7	33	30	5.793	996
- Odontoiatri	164	42	0	0	2	2	166	44
Totale dirigenti non medici	20.241	12.394	107	87	364	345	20.712	12.826
- Dirigenti sanitari	14.560	10.200	90	82	337	320	14.987	10.602
- Dirigenti ruolo professionale	1.496	253	10	2	3	2	1.509	257
- Dirigenti ruolo tecnico	1.152	555	4	1	12	11	1.168	567
- Dirigenti ruolo amministrativo	3.033	1.386	3	2	12	12	3.048	1.400
Totale personale non dirigente	495.107	329.965	12.929	11.481	43.800	42.233	551.836	383.679
- Personale infermieristico	246.201	182.931	6.506	6.187	23.941	23.502	276.648	212.620
- Personale funzioni riabilitative	16.876	13.277	1.185	1.018	2.600	2.494	20.661	16.789
- Personale tecnico sanitario	33.822	18.868	668	557	2.727	2.605	37.217	22.030
- Profili ruolo tecnico	118.671	65.033	2.560	2.091	6.935	6.408	128.166	73.532
- Profili ruolo amministrativo	68.937	46.481	1.709	1.445	6.703	6.410	77.349	54.336
- Altro personale non dirigente	10.600	3.375	301	183	894	814	11.795	4.372
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>635.473</b>	<b>384.767</b>	<b>13.250</b>	<b>11.723</b>	<b>45.007</b>	<b>43.371</b>	<b>693.730</b>	<b>439.861</b>

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ragioneria generale dello Stato (Conto annuale)



## *2. I servizi di assistenza territoriale*

I servizi sanitari vengono classificati in due distinte branche che comprendono, rispettivamente, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera. La distinzione tra le due branche è in realtà dovuta più alla visione tradizionale dell'assistenza che alla sua attuale articolazione: essa è infatti la conseguenza del permanere di quella concezione dualistica (ospedale-territorio) nell'organizzazione della sanità che portò all'approvazione della L.833/78 istitutiva del SSN. Quell'ospedale e quel territorio di fatto non esistono ormai più, almeno nelle regioni in cui i servizi risultano più sviluppati.

Volendo semplificare, dobbiamo oggi considerare almeno i seguenti livelli di assistenza:

- l'area della prevenzione;
- l'area delle cure primarie, comprendente la medicina di base e le prestazioni non specialistiche dell'assistenza domiciliare;
- l'area delle cure specialistiche ambulatoriali;
- l'area del ricovero breve (day-hospital, day-surgery, ecc.);
- l'area delle cure per acuti in regime ordinario;
- l'area della riabilitazione specialistica ospedaliera;
- l'area della cura post-acuta in regime di ricovero a bassa intensità assistenziale.

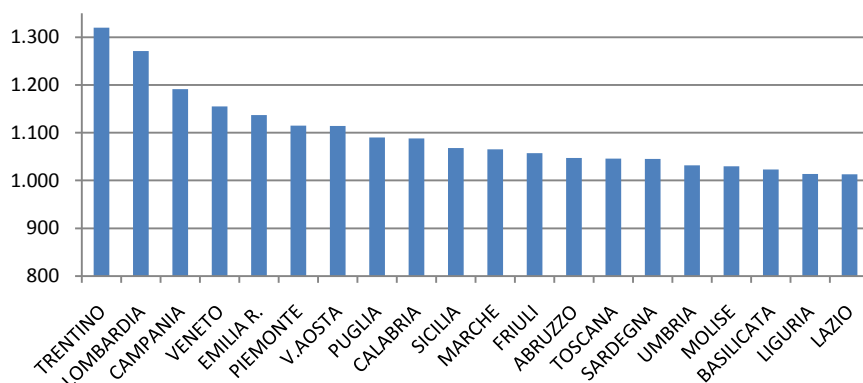
Ciò premesso, iniziando l'esame dalle strutture di base, è necessario rilevare anzitutto il ruolo svolto in tale contesto dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS) che, unitamente ai servizi di continuità assistenziale (ex guardia medica), rappresentano il primo nucleo di professionisti operanti sul territorio. Negli anni più recenti si sono peraltro sviluppate alcune tipologie di medicina associativa o di gruppo che operano ugualmente sul territorio, e si sono ulteriormente affermate l'assistenza domiciliare e quella in ambito residenziale e semiresidenziale, particolarmente per quanto riguarda alcune categorie di soggetti come i disabili, le persone con problemi psichiatrici o affette da HIV e gli anziani non autosufficienti. Completano il quadro in esame i servizi di emergenza, il cui compito è, da una parte, quello di rispondere all'immediato bisogno di assistenza sanitaria della popolazione e, dall'altra, di fungere da filtro nei riguardi del ricovero ospedaliero.

Se queste sono le caratteristiche del sistema di assistenza territoriale quale è andato configurandosi a seguito delle innovazioni succedutesi nei vari anni, e se i passi avanti compiuti in questo campo dal nostro Paese sono apprezzabili, non si può tuttavia ignorare che ad un quadro che appare in linea generale costellato di molte luci, si affiancano varie zone d'ombra, alcune delle quali trapelano indirettamente dai risultati delle rilevazioni che si va qui di seguito ad illustrare.

Come si evince dall'ultima rilevazione effettuata dal Ministero della Salute con riferimento al comparto delle cure primarie, alla data del 31 dicembre 2008 i medici di medicina generale iscritti nell'apposito elenco disponibile nei vari distretti delle ASL ammontano complessivamente a 46.510. E se si considera che gli individui che hanno provveduto alla scelta del "medico di famiglia" ammontano a circa 52 milioni 320 mila, ne deriva una media di 1.124 assistiti per ogni medico, che è un parametro generalmente giudicato non molto alto. Vale, a questo riguardo, l'osservazione secondo cui è la stessa convenzione dei medici addetti all'assistenza di base a ritenere che ogni medico sarebbe in grado di assistere fino ad un massimo di 1.500 pazienti: un limite che viene peraltro di fatto superato solo nella provincia autonoma di Bolzano, dove il "carico di lavoro" di un MMG ascende ad una media di 1.642 pazienti.

Purtroppo, è la variabilità del fenomeno su scala territoriale che lascia a desiderare: perché, anche a volere escludere dal confronto il caso (veramente eclatante) di Bolzano, tra il valore di 1.290 assistiti in media della Lombardia e quelli rispettivamente registrati in Liguria (1.036) e nel Lazio (1.005) intercorre uno scarto del 25 per cento circa che riappare, anche se con dimensioni leggermente ridotte, nel confronto con altre regioni soprattutto del Mezzogiorno.

**Graf.6 – Numero degli assistiti per medico di base al 31 dicembre 2008 (Medie regionali)**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute

Una situazione non molto dissimile da quella appena descritta emerge con riferimento al comparto dell'assistenza pediatrica, la quale viene garantita sull'intero territorio nazionale da 7.649 pediatri di libera scelta (PLS). Più in particolare, dalla rilevazione ministeriale si evince che il numero medio di bambini assistiti<sup>3</sup> per ogni pediatra è di 841 e che, come nel caso della medicina generale, è sempre la provincia di Bolzano che (con un rapporto bambini/pediatri pari a 1.026) guida la classifica, seguita a grande distanza dal Veneto (951) e successivamente dalla Campania (928) e dal Piemonte (903); mentre all'ultimo posto di questa particolare classifica si colloca la Sardegna (721).

Dalla stessa indagine si rileva inoltre che il comparto della continuità assistenziale (ex guardia medica) impegna un totale di 13.040 medici titolari, più del 75 per cento dei quali dislocati nell'Italia centrale e meridionale, dove peraltro il numero medio di ore di attività svolte nell'anno è pari a 1.510 contro le 1.765 ore di servizio prestate nel Nord e le 1.574 a livello nazionale.

**Tab. 12 – Medici di base, pediatri ed ex guardia medica al 31 dicembre 2008 per regione**

Regioni	Medici di base (MMG)		Pediatri (PLS)		Ex guardia medica	
	Totale Medici	N. scelte per medico	Totale Pediatri	N. scelte per pediatra	Totale medici titolari (MCA)	Totale ore di attività (migliaia)
Piemonte	3.450	1.134	436	903	470	978
Valle d'Aosta	93	1.173	18	743	15	56
Lombardia	6.544	1.290	1.126	887	1.026	1.574
P.A. Bolzano	256	1.642	53	1.026	30	32
P.A. Trento	397	1.108	80	806	74	229
Veneto	3.563	1.181	565	951	678	1.054
Friuli Venezia G.	1.008	1.083	123	864	114	278
Liguria	1.378	1.036	175	829	173	327
Emilia Romagna	3.221	1.162	584	780	659	1.188
Toscana	3.034	1.066	435	838	688	1.100
Umbria	764	1.019	113	780	250	365
Marche	1.284	1.061	180	869	397	541
Lazio	4.894	1.005	767	790	647	963
Abruzzo	1.115	1.037	184	772	448	628
Molise	274	1.047	37	821	141	193
Campania	4.335	1.186	786	928	1.635	2.419
Puglia	3.305	1.082	586	816	960	1.734
Basilicata	515	1.010	66	801	434	711
Calabria	1.490	1.117	280	792	1.059	2.221
Sicilia	4.202	1.043	828	759	2.015	2.695
Sardegna	1.388	1.053	227	721	1.127	1.235
Italia	46.510	1.124	7.649	841	13.040	20.519

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute

<sup>3</sup> Bambini con meno di 14 anni di età.

Né di minore importanza, rispetto ai comparti finora esaminati, appare l'*assistenza domiciliare integrata* (ADI), che è un servizio, organizzato dalle ASL in collaborazione con i Comuni, che si rivela utile per ridurre il tasso di inappropriatazza dei ricoveri e per assicurare una presa in carico globale delle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza. Tale servizio si estrinseca nell'erogazione presso il domicilio dei pazienti di prestazioni di medicina generale, specialistica, infermieristica e di riabilitazione nonché nel disbrigo delle principali faccende domestiche (preparazione dei pasti, igiene della persona, pulizia della casa, ecc.)<sup>4</sup>. Per quanto riguarda l'ADI, la rilevazione quantifica in un totale di 494.204 le persone che nel corso dell'anno hanno usufruito dell'assistenza al proprio domicilio, con una media nazionale di 829 assistiti per 100 mila abitanti; media che viene abbondantemente scavalcata in Friuli-Venezia Giulia (1.944) e Emilia Romagna (1.616).

Un'altra tipologia di servizi che svolge un ruolo di assoluto rilievo nel garantire un risposta adeguata alla domanda proveniente da persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute è rappresentata dall'assistenza fornita dalle strutture residenziali (attualmente dotate di poco meno di 190 mila posti letto) e semiresidenziali (con poco più di 35 mila posti letto).

### 3. Le cure termali

Secondo le rilevazioni di Federterme, nel 2010 le aziende termali ammontano a 378 e assorbono circa 16 mila addetti. Il 46,8 per cento delle aziende è ubicato nelle regioni del Nord, il 15,1 per cento in quelle del Centro ed il rimanente 38,1 per cento in quelle del Mezzogiorno.

Nel settore termale prevalgono nettamente le imprese organizzate in forma di società di capitali (Spa, Srl, Sapa, ecc.), le quali rappresentano quasi il 70 per cento del totale. Le regioni che fanno registrare il più elevato numero di società di capitali sono nell'ordine il Veneto (85) e la Campania (55), seguite a grande distanza da Toscana (23), Emilia-Romagna (19), Lombardia (16) e Lazio (15).

---

<sup>4</sup> È forse il caso di rilevare che la Ragioneria generale dello Stato ha a suo tempo previsto che, a causa dell'ulteriore invecchiamento della popolazione, gli interventi di natura sanitaria e assistenziale a favore delle persone anziane e/o disabili non autosufficienti (ossia non in grado di compiere con continuità gli atti quotidiani della vita senza un aiuto esterno) avrebbero dovuto costituire uno dei principali obiettivi della programmazione sanitaria. Estendendo l'osservazione al periodo 2005-2050, la RGS stimava che la spesa pubblica per quella che viene definita *Long term care* sarebbe dovuta passare dall'1,6 al 2,7 per cento del Pil.

Sotto il profilo dimensionale, quelle termali sono in prevalenza imprese di media ampiezza, tenuto conto che circa il 65 per cento di esse impiega un numero di addetti, inclusi i lavoratori stagionali, compreso tra le 25 e le 100 unità, la parte rimanente essendo per lo più costituita da piccole unità produttive principalmente ubicate ad Ischia e ad Abano e Montegrotto. Tuttavia, pur essendo particolarmente diffusa la media dimensione, degna di nota è la presenza all'interno del settore di una decina di grandi imprese (con più di 200 addetti) che attraggono una quota rilevante della domanda turistica.

Risentendo dell'indebolimento della spesa delle famiglie, nel 2009 si è interrotta nel settore delle terme la prolungata fase di moderata espansione del reddito e dell'occupazione, alla quale aveva contribuito in misura non trascurabile il favorevole andamento del comparto del wellness. Tutte le principali grandezze del conto economico del settore hanno evidenziato o una variazione di segno negativo o una netta decelerazione.

Il valore aggiunto a prezzi correnti ha registrato nel 2009 un calo dell'1,3 per cento, scendendo sotto la soglia dei 419 milioni di euro. Si tratta di una variazione monetaria che, per quanto negativa, risulta comunque molto più contenuta di quella riscontrata in settori affini, quale quello degli esercizi alberghieri e complementari (-6,9 per cento), e che conferma quanto già rilevato in precedenti fasi cicliche avverse: cioè il minore impatto della crisi sul reddito prodotto dagli stabilimenti termali.

Il fatto che il termalismo abbia risentito meno di altri settori dei contraccolpi della crisi sembra dipendere principalmente da due fattori. Il primo è che la domanda di cure termali (bagni, irrigazioni, inalazioni, ecc.), dalla quale origina più della metà del fatturato degli stabilimenti, mostra una certa stabilità, nel senso che non reagisce prontamente alle variazioni della congiuntura e del reddito disponibile delle famiglie. Il secondo fattore che ha attenuato l'impatto della recessione è ravvisabile nella minore dipendenza del settore termale dai flussi turistici provenienti dall'estero e soprattutto dai paesi extra-UE.

Nel 2009 i ricavi totali delle terme hanno sfiorato i 788 milioni di euro, avendo segnato un +1,8 per cento rispetto all'anno precedente. Diversamente dal precedente triennio, nel 2009 il maggiore contributo alla crescita del fatturato è pervenuto dai ricavi del "termalismo terapeutico", i quali si sono ampliati di quasi

due punti percentuali, anche per effetto dell'adeguamento delle tariffe per i cicli di cura. Piuttosto modesto è apparso, invece, il contributo sia dei ricavi derivanti dalle prestazioni per il benessere sia di quelli connessi con i servizi ricettivi e le attività residuali.

Le difficoltà di ordine congiunturale si sono parzialmente attenuate nel 2010, avendo messo a segno un +1,8 per cento il valore aggiunto a prezzi correnti e un +2,1 per cento i ricavi totali. Si noti tuttavia che, nonostante tale rimbalzo, la spesa per gli investimenti ha continuato ad assottigliarsi (-1,9 per cento).

**Tab.13 – Il conto economico del settore termale (Anni 2008-2010)**

Voci	Dati assoluti (Migliaia di euro)		Variazioni percentuali		
	2008	2009	2008/ 2007	2009/ 2008	2010/ 2009
	A) Valore della produzione	823.794	829.561	4,2	0,7
Ricavi totali	774.162	787.964	3,0	1,8	2,1
Cure termali	419.269	427.235	2,5	1,9	---
Prestazioni per il benessere	79.021	80.443	5,1	1,8	---
Servizi ricettivi e altre entrate	275.872	280.286	3,7	1,6	---
B) Costi della produzione	802.119	812.065	4,9	1,2	0,2
Beni e servizi	357.891	365.407	5,8	2,1	0,3
Spese per il personale	305.191	303.055	4,4	-0,7	-1,2
Altri costi di produzione	139.037	143.604	2,2	3,3	2,9
Valore aggiunto	424.161	418.647	3,3	-1,3	1,8
Investimenti	97.024	94.792	7,4	-2,3	-1,9

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Federterme

#### 4. L'assistenza ospedaliera

La rete dei servizi ospedalieri costituisce il nucleo fondamentale del sistema di protezione della salute, quello di più remota istituzione e quello che assorbe da solo, secondo le valutazioni dell'ISTAT, più della metà della spesa sanitaria pubblica.

All'interno delle strutture ospedaliere *dovrebbero* essere erogate le prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che per la loro complessità richiedono l'assistenza continuativa da parte del personale medico e infermieristico nonché la disponibilità di apparecchiature specialistiche<sup>5</sup>. E'

<sup>5</sup> Secondo le stime del Ministero della Salute, circa 1/4 dei ricoveri effettuati ogni anno nel nostro Paese sono a rischio di inappropriately, ovvero presentano con molta probabilità uno sfavorevole rapporto costi/benefici. Il che non sorprende se si considera che per diverse patologie cronico-degenerative di cui soffrono gli anziani si ricorre spesso all'ospedalizzazione, anziché a quei servizi extraospedalieri che, a parità di efficacia, risultano meno onerosi per il bilancio pubblico e meno gravosi per i pazienti, dato che per essi la degenza negli istituti comporta il distacco dal nucleo familiare e dalla vita di relazione.

questo il motivo per cui, a partire dagli anni '90, è stato avviato un processo di razionalizzazione delle strutture ospedaliere inteso ad alleggerire il settore di quelle attività che potevano essere svolte più efficacemente altrove (ad esempio, presso le strutture territoriali), riservando al ricovero in regime ordinario il trattamento delle patologie acute e di maggior gravità. Si trattava, cioè, di indirizzare un più alto numero di pazienti verso i servizi di carattere territoriale, sviluppando nel contempo quelle forme assistenziali alternative al ricovero in regime ordinario, quali il day hospital, il day surgery, la lungodegenza riabilitativa in ambito residenziale e l'assistenza domiciliare.

In particolare, l'Intesa Stato-Regioni, in aderenza con i principi enunciati dalla programmazione sanitaria, ha fissato uno standard di posti letto che non dovrebbe superare la soglia di 4 posti per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza. Tale valore standard ha come obiettivo prioritario quello di ridurre le prestazioni ospedaliere ad alto rischio di inappropriata clinico-organizzativa, favorendone l'erogazione in regime di ricovero diurno.

Ebbene, se si osservano i dati medi attualmente rilevati a livello nazionale, un fatto appare chiaro: e cioè che sia il numero di posti letto per istituto di cura, sia il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario e diurno si trovano complessivamente allineati sui target stabiliti dall'Intesa. Così come per l'assistenza territoriale, anche in tale contesto il problema riguarda quindi la distribuzione dei dati tra le regioni e le forti sperequazioni tra esse esistenti.

Passando all'analisi delle informazioni statistiche disponibili, il primo dato da tener presente è che per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera il Servizio Sanitario Nazionale si avvale di un complesso di 1.186 istituti di ricovero e cura, 645 dei quali sono di pertinenza delle strutture pubbliche ed equiparate e 541 delle aziende ospedaliere di diritto privato accreditate.

Con riferimento all'intero Paese, la dimensione media delle strutture pubbliche, in termini di posti letto per ricoveri in regime ordinario, non appare particolarmente elevata: più del 32 per cento di esse presenta infatti una dotazione inferiore ai 120 posti. Queste strutture di minore ampiezza risultano prevalentemente ubicate nelle regioni del Centro-Sud e in particolare in Sicilia, Lazio e Calabria. Un po' meno del 30 per cento delle strutture (più precisamente il

27 per cento), superando la dotazione di 400 posti per istituto, può essere considerata invece di grandi dimensioni e si concentra prevalentemente in alcune regioni del Nord quali il Piemonte, la Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna.

Un'ulteriore analisi dei posti letto negli istituti di ricovero e cura è quella che considera da una parte i posti utilizzati per i cosiddetti "acuti" e, dall'altra, quelli utilizzati dai "non acuti" in modalità di riabilitazione e lungodegenza. Nel 2008 l'offerta dei posti letto dell'intero Paese per acuti, considerando il complesso delle strutture pubbliche e private accreditate, è risultata pari a 3,7 per 1.000 abitanti (cfr. Tab.14) A fronte di questo valore medio, tuttavia, si rivela una punta particolarmente elevata in Molise (4,7 posti letto per 1.000 abitanti), a sua volta seguito – con rapporti tutti superiori a 3,8 – da Sardegna (4,3), Lazio (4,0), Liguria (3,9) e Friuli-Venezia Giulia (3,9). Mentre al fondo della graduatoria – tutte con rapporti inferiori a 3,5 – si collocano il Piemonte (3,4), l'Umbria (3,4), la Basilicata (3,3) e la Campania (3,3). La Calabria – molto spesso collocata tra le regioni con dotazioni distanti da quelle prevalenti nel resto del Paese – presenta, da questo punto di vista, una situazione perfettamente in linea con quella rilevata su scala nazionale.

**Tab. 14a – Consistenza al 31 dicembre 2008 dei posti letto per 1000 abitanti nelle strutture sanitarie pubbliche e accreditate**

Regioni	Posti letto per Acuti			Posti letto per non Acuti		
	Pubblici	Accreditati	Totale	Pubblici	Accreditati	Totale
Piemonte	3,0	0,4	3,4	0,5	0,5	0,9
Valle d'Aosta	3,7	---	3,7	---	---	---
Lombardia	3,1	0,5	3,6	0,5	0,4	0,8
P.A. Bolzano	3,7	0,1	3,8	0,2	0,4	0,6
P.A. Trento	3,3	0,2	3,6	0,6	0,7	1,3
Veneto	3,4	0,2	3,5	0,5	0,1	0,6
Friuli Venezia G.	3,5	0,4	3,9	0,3	0,1	0,3
Liguria	3,8	---	3,9	0,4	0,1	0,5
Emilia Romagna	3,3	0,5	3,8	0,5	0,4	0,9
Toscana	3,3	0,4	3,7	0,1	0,2	0,3
Umbria	3,2	0,3	3,4	0,2	---	0,3
Marche	3,3	0,3	3,6	0,3	0,3	0,6
Lazio	3,4	0,6	4,0	0,3	0,8	1,1
Abruzzo	3,3	0,5	3,8	0,2	0,4	0,6
Molise	4,4	0,3	4,7	0,7	0,4	1,1
Campania	2,4	0,9	3,3	0,1	0,3	0,4
Puglia	3,1	0,5	3,6	0,3	0,1	0,4
Basilicata	3,2	0,1	3,3	0,3	0,1	0,4
Calabria	2,7	1,0	3,7	0,1	0,4	0,5
Sicilia	2,9	0,8	3,7	0,2	0,1	0,3
Sardegna	3,5	0,8	4,3	---	0,1	0,2
<b>Italia</b>	<b>3,1</b>	<b>0,5</b>	<b>3,7</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute



Se si passa ai reparti per non acuti, dalla rilevazione emergono ovviamente cifre molto più basse di quelle sopra citate. A livello nazionale, in particolare, la dotazione di posti letto nei reparti di riabilitazione e lungodegenza è di 0,6 posti per 1.000 abitanti, toccando tale rapporto un valore minimo di 0,2 in Sardegna ed un valore massimo di 1,3 nella provincia di Trento. Ma ciò che caratterizza questa tipologia di attività ospedaliera è il notevole ricorso alla cura e al ricovero presso le strutture di diritto privato accreditate.

**Tab. 14b – Ripartizione dei dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati per regione, tipo di attività e regime di ricovero (Anno 2010)**

REGIONI	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGODEGENZA		
	Regime ordinario	Day Hospital	Totale	Regime ordinario	Day Hospital	Totale	Regime ordinario	Day Hospital	Totale
Piemonte	484.749	180.149	664.898	36.997	3.376	40.373	11.571	-	11.571
Valle d'Aosta	14.543	5.747	20.290	538	2	540	-	-	-
Lombardia	1.245.260	344.497	1.589.757	96.594	14.130	110.724	5.602	-	5.602
P.A. Bolzano	69.933	26.429	96.362	2.435	212	2.647	2.419	-	2.419
P.A. Trento	53.469	29.060	82.529	5.638	986	6.624	2.525	-	2.525
Veneto	526.839	198.806	725.645	22.559	7.754	30.313	10.344	16	10.360
Friuli V. G.	145.581	51.556	197.137	2.687	485	3.172	2.176	-	2.176
Liguria	193.236	140.616	333.852	9.519	1.818	11.337	461	-	461
Emilia R.	589.123	194.226	783.349	18.765	4.724	23.489	32.230	-	32.230
Toscana	461.519	156.584	618.103	11.436	2.232	13.668	2.389	-	2.389
Umbria	122.326	37.213	159.539	3.268	859	4.127	234	-	234
Marche	185.183	52.933	238.116	3.384	284	3.668	4.586	-	4.586
Lazio	723.831	362.020	1.085.851	32.407	-	32.407	8.018	-	8.018
Abruzzo	158.180	65.260	223.440	6.265	209	6.474	2.563	-	2.563
Molise	49.832	21.416	71.248	1.973	155	2.128	398	-	398
Campania	693.083	329.083	1.022.166	9.610	2.248	11.858	7.395	930	8.325
Puglia	586.921	143.305	730.226	16.852	947	17.799	5.370	-	5.370
Basilicata	61.060	37.172	98.232	1.214	304	1.518	704	-	704
Calabria	211.114	85.003	296.117	5.112	1.433	6.545	2.449	-	2.449
Sicilia	579.137	326.934	906.071	10.665	4.550	15.215	1.942	-	1.942
Sardegna	197.719	82.358	280.077	1.857	641	2.498	983	-	983
<b>Italia</b>	<b>7.352.638</b>	<b>2.870.367</b>	<b>10.223.005</b>	<b>299.775</b>	<b>47.349</b>	<b>347.124</b>	<b>104.359</b>	<b>946</b>	<b>105.305</b>

\* Dati provvisori

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute

## 5. Le risorse finanziarie del SSN

Nel 2010, secondo le valutazioni del Ministero della Salute, la spesa totale per il Servizio Sanitario Nazionale ha scavalcato la soglia dei 111 miliardi di euro, avendo fatto registrare un incremento di quasi un punto percentuale rispetto all'anno precedente (contro il +2,9 per cento del 2009 e il +3,2 per cento del 2008)<sup>6</sup>. Vale la pena rammentare che il summenzionato totale è ottenuto sommando ai costi di produzione delle prestazioni assistenziali – calcolati al netto degli ammortamenti e delle svalutazioni – il saldo della gestione straordinaria e quello delle attività intramoenia (cfr. Tab.15).

Del valore complessivo sopra citato, la quota di gran lunga più rilevante è ovviamente costituita dalle spese sostenute dalle regioni e dalle province autonome, essendo trascurabile il contributo degli altri enti del SSN direttamente finanziati dallo Stato (Croce rossa italiana, Istituti zooprofilattici sperimentali, Università per la parte che riguarda le borse di studio ai medici laureandi, ecc.).

Un po' più sostenuto di quello delle spese è apparso l'andamento dei finanziamenti per il SSN che, al netto delle già citate somme devolute ad altri enti, forniscono per il 2010 un valore complessivo pari a 108,8 miliardi di euro, con un incremento di oltre un punto e mezzo rispetto all'anno precedente. Tale incremento è ascrivibile per intero sia alle maggiori risorse derivanti dalla compartecipazione delle Regioni a statuto ordinario al gettito dell'IVA e dell'accise sui carburanti, sia ai maggiori trasferimenti erariali per "FSN e quote vincolate" (rispettivamente +8,7 e +4,3 per cento). Si noti peraltro che, nonostante l'inasprimento dei ticket per le prestazioni farmaceutiche e ambulatoriali, del tutto trascurabile ha continuato ad essere il contributo della componente *out of the pocket* alla copertura del fabbisogno.

L'andamento della spesa – in diminuzione anche più accentuata di quanto previsto dagli stessi documenti di programmazione elaborati dal Tesoro (e in particolare dalla Decisione di finanza pubblica dell'ottobre 2010)<sup>7</sup> – ha

---

<sup>6</sup> I dati del Ministero della Salute non coincidono con quelli calcolati dall'ISTAT, sia per la diversa disponibilità del materiale di base utilizzato, sia per i diversi criteri che l'Istituto segue ai fini dell'identificazione e valutazione di alcune voci di costo e di ricavo. Dal Conto consolidato della sanità costruito dall'ISTAT si rileva, in particolare, che nel 2010 le spese sanitarie di parte corrente della PA hanno sfiorato i 113,5 miliardi di euro, essendo lievitate rispetto all'anno precedente del 2,7 per cento (cfr. la Tab.16a riportata nel testo).

<sup>7</sup> Cfr. Corte dei Conti, *Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica*, Maggio 2011, pag.193

determinato una riduzione del disavanzo, che nel consuntivo dell'esercizio si è ragguagliato a 2,3 miliardi di euro (contro i 3,3 miliardi del 2009 e i 3,5 del 2008).

Si tenga tuttavia presente che, a fronte dei citati risultati economici, è anche vero però che la situazione patrimoniale degli enti sanitari continua ad essere davvero molto critica. A sostegno di ciò, basti rilevare che lo stock dei debiti di tali enti sfiorava alla fine del 2009, secondo le valutazioni di Confindustria (sostanzialmente confermate dalla Corte dei Conti), la soglia dei 50 miliardi di euro, per circa il 66 per cento costituiti da debiti verso i fornitori per ritardato pagamento delle fatture e per il rimanente 34 per cento da altre passività patrimoniali (mutui, debiti verso la tesoreria, l'erario, gli istituti di previdenza, le aziende sanitarie extra-regionali, ecc.). Per una corretta interpretazione di questi dati occorre fare tre precisazioni:

- 1) dai summenzionati 50 miliardi è escluso l'importo di alcune operazioni di cartolarizzazione che, per la loro rischiosità, potrebbero aver dato luogo alla formazione di un "debito sommerso";
- 2) all'espansione del debito avrebbe contribuito anche la farraginosità delle procedure di erogazione degli stanziamenti; circostanza quest'ultima che sembrerebbe essere suffragata, fra l'altro, dall'elevata incidenza dei residui passivi (propri) nei rendiconti delle regioni;
- 3) i debiti commerciali costituiscono una voce del passivo degli enti sanitari che, oltre ad essere fonte di contenzioso con le imprese creditrici, tende ad autoalimentarsi: decorsi 30 giorni dalla scadenza del termine delle obbligazioni, scatta infatti la mora automatica del 7 per cento, cui va aggiunto il tasso corrente di interesse. Assieme alle anticipazioni di tesoreria inestinte a fine anno, i debiti commerciali rappresentano quindi un rimedio anomalo e costoso all'inadeguatezza degli stanziamenti e ai reiterati slittamenti nella loro erogazione.

Tornando ad esaminare il recente andamento della spesa del SSN, dalla lettura dei dati del Ministero della Salute emerge una notevole variabilità territoriale. Nel 2010 i costi per i livelli di assistenza si sono infatti accresciuti ad un tasso abbondantemente superiore alla media in Valle d'Aosta (+4,6 per cento), Lombardia (+3,0 per cento) e Veneto (+1,8 per cento); mentre si sono ridotti in misura non trascurabile, oltre che in Toscana (-2,2 per cento), in cinque delle

sette regioni del Centro-Sud sottoposte ai piani di rientro, vale a dire Lazio (-1,5 per cento), Abruzzo (-1,9 per cento), Molise (-2,0 per cento), Campania (-1,7 per cento) e Calabria (-2,9 per cento)<sup>8</sup>. Per effetto di tali andamenti i divari territoriali nella spesa sanitaria pro capite si sono ulteriormente ampliati, avendo la stessa toccato (al netto della mobilità) un valore massimo di 2.190 euro nella provincia di Bolzano ed un valore minimo di 1.742 euro in Sicilia.

Una variabilità altrettanto accentuata si riscontra anche in relazione alla dinamica dei costi dei singoli servizi, tenuto conto che la crescita della spesa per le prestazioni di medicina generale e specialistica (rispettivamente +2,8 e +6,1 per cento) è stata accompagnata da una diminuzione della spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata (-2,5 per cento al netto del ticket e degli sconti). Tale diminuzione, che consolida il processo di risanamento del comparto avviato a partire dal 2005, si giustifica se si considera che l'incremento del numero delle ricette (+2,6 per cento) è stato più che controbilanciato dal decremento del loro importo medio netto (-3,2 per cento).

Piuttosto moderata è apparsa anche la crescita della spesa per le prestazioni ospedaliere, riabilitative e integrative, sulla quale può aver pesato la più rigorosa regolazione dei meccanismi di accreditamento delle aziende private che operano per conto del SSN.

\* \* \*

A questo punto, per avere un quadro un po' più esaustivo delle recenti tendenze del SSN, è forse opportuno spendere qualche parola sulla dinamica segnata dalla spesa assistenziale nel periodo compreso tra il 2006 e il 2010. Come si rileva chiaramente dalla lettura dei dati della serie storica riportata nella tabella allegata, il periodo in esame si caratterizza per la progressiva attenuazione degli squilibri nei conti della sanità pubblica. In particolare, l'incidenza della spesa sul prodotto lordo (PIL), nonostante la pesante recessione del biennio 2008-2009, ha continuato ad oscillare attorno al sette per cento, cioè attorno ad un valore inferiore a quello registrato nei due maggiori paesi europei: Germania (8,1 per cento) e Francia (8,7 per cento). A tale risultato ha contribuito non solo la prosecuzione della fase di moderazione salariale (la quale ha consentito di ridurre

---

<sup>8</sup> Si rammenta che nel mese di novembre 2010 anche il Piemonte e la Puglia hanno sottoscritto un piano di rientro.

l'incidenza del costo del lavoro sulla gestione operativa degli enti sanitari), ma anche la frenata dei costi delle prestazioni erogate in regime di convenzione e accreditamento. Dal 2006 al 2010, infatti, tali costi si sono complessivamente accresciuti del 5,6 per cento, avvicinandosi alla soglia dei 41 miliardi di euro. Si tratta di una variazione che appare davvero molto contenuta, soprattutto se si considera che nello stesso periodo di tempo i costi dei servizi a gestione diretta sono lievitati del 15,5 per cento, scontando l'espansione delle spese sostenute da ASL, AO, IRCCS, ecc. per i consumi intermedi (+22,3 per cento). Come vedremo più avanti, uno degli effetti prodotti da tale espansione è che oggi i servizi intermedi rappresentano, subito dopo i redditi da lavoro dipendente, la principale voce di spesa del SSN.

**Tab.15 – Spese del SSN e relativi finanziamenti**  
**Dati in miliardi di euro (Anni 2005-2010)**

Aggregati	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
<b>TOTALE SPESA (a)</b>	<b>99,62</b>	<b>103,81</b>	<b>107,14</b>	<b>110,22</b>	<b>111,17</b>
1) Servizi a gestione diretta	60,65	64,93	67,43	69,93	70,05
- Personale	33,42	33,83	35,26	36,18	36,62
- Beni e servizi	26,90	30,45	31,36	32,85	32,91
- Altre voci*	0,33	0,65	0,80	0,90	0,52
2) Servizi convenzionati e accreditati	38,76	38,68	39,51	40,09	40,93
- Medicina generale	5,93	6,01	6,07	6,36	6,54
- Farmaceutica	12,38	11,54	11,23	11,00	10,94
- Specialistica	3,51	3,73	3,91	4,08	4,33
- Riabilitativa	2,28	2,24	1,97	1,98	1,97
- Integrativa e protesica	1,55	1,67	1,81	1,87	1,87
- Ospedaliera	8,49	8,71	8,88	8,83	8,99
- Altre voci	4,62	4,79	5,65	5,99	6,30
3) Mobilità verso B. Gesù e Smom	0,21	0,19	0,20	0,20	0,20
<b>TOTALE FINANZIAMENTO</b>	<b>95,13</b>	<b>100,10</b>	<b>103,67</b>	<b>106,97</b>	<b>108,84</b>
Irap e addizionale Irpef	37,28	38,20	38,89	39,23	36,87
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	41,93	44,85	47,51	49,21	53,50
Ulteriori trasferimenti da pubblico e privato	7,93	9,61	10,07	10,89	10,78
Ricavi e entrate proprie varie	2,74	3,19	2,82	2,98	2,91
FSN e quote vincolate a carico dello Stato	4,76	3,73	3,84	4,05	4,22
Altre voci	0,49	0,52	0,55	0,61	0,56
<b>DISAVANZO</b>	<b>-4,48</b>	<b>-3,71</b>	<b>-3,47</b>	<b>-3,25</b>	<b>-2,33</b>
Disavanzo a carico dello Stato	0,00	-1,09	-1,03	-0,89	---
Disavanzo a carico delle Regioni	-4,48	-2,62	-2,44	-2,36	-2,33

(a) Costi dei servizi (al netto di ammortamenti e svalutazioni) + saldi gestione straordinaria e intramoenia  
 I dati potranno subire alcune lievi rettifiche con la pubblicazione della Relazione generale del Tesoro

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute (NSIS)

Il netto rallentamento della dinamica della spesa per i servizi forniti dai cosiddetti *produttori market* è principalmente ascrivibile ai minori stanziamenti per le attività di riabilitazione e, soprattutto, per l'assistenza farmaceutica. Sui costi

dell'assistenza farmaceutica, in particolare, hanno agito da freno diversi fattori, fra i quali spiccano per importanza:

- i tagli ai listini dei prodotti;
- l'applicazione di extrasconti e del meccanismo del *pay back*<sup>9</sup>;
- la distribuzione diretta dei medicinali acquistati dalle ASL;
- la maggiore appropriatezza delle prescrizioni mediche;
- la scadenza dei brevetti di alcuni importanti principi attivi;
- il potenziamento dei meccanismi di compartecipazione alla spesa.

A quest'ultimo proposito, si tenga tuttavia presente che in Italia, come sottolineato dalla Corte dei Conti nella sua ultima *Relazione sul rendiconto generale dello Stato*, il peso dei ticket continua ad essere ancora piuttosto modesto, coprendo circa l'uno per cento delle entrate totali del SSN.

Per quanto concerne l'evoluzione della spesa a livello territoriale, è sufficiente evidenziare tre punti:

- 1) nel periodo compreso tra il 2006 e il 2010, la spesa sanitaria (calcolata al netto della mobilità) si è accresciuta del 14,2 per cento nelle regioni del Nord-Ovest, del 13,7 per cento in quelle del Nord-Est, del 7,9 per cento in quelle del Centro e del 5,2 per cento in quelle del Mezzogiorno. Naturalmente, le variazioni registratesi nelle due ultime circoscrizioni territoriali risentono delle misure previste nei piani di rientro;
- 2) in tutte le aree del Paese i costi dei servizi erogati in regime di convenzione o accreditamento sono aumentati in misura molto più contenuta di quelli dei servizi a gestione diretta;
- 3) l'incremento dei redditi da lavoro dei dipendenti degli enti sanitari non ha evidenziato a livello territoriale differenze particolarmente significative ed è risultato allineato a quello rilevato per il pubblico impiego nel suo complesso<sup>10</sup>. A tale proposito, vale la pena rilevare che la L.122/2010

---

<sup>9</sup> Il meccanismo del *pay back* nasce per venire incontro all'esigenza di una maggiore flessibilità del settore farmaceutico, in quanto consente alle aziende di manovrare i prezzi dei farmaci in base alle proprie strategie di mercato. Introdotto dalla finanziaria 2007, il *pay back* permette alle aziende di chiedere all'AIFA la sospensione della riduzione dei prezzi del 5 per cento, a fronte del contestuale versamento in contanti del relativo importo su appositi conti correnti individuati dalle Regioni.

<sup>10</sup> Si rammenta che la composizione dell'aggregato "spese di personale" può presentare delle difformità legate alle diverse tecniche di contabilizzazione e alle diverse normative regionali. Alcune aziende sanitarie, infatti, determinano gli oneri del personale tenendo conto degli incentivi

dispone il blocco dei rinnovi contrattuali per il periodo 2011-2013 del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche; misura questa che dovrebbe comportare per il comparto sanitario un risparmio di spesa di 418 milioni di euro nel 2011 e di 1.132 nel 2012.

\* \* \*

Per concludere questo breve paragrafo, è interessante esaminare la ripartizione della spesa sanitaria pubblica per tipo di prestazione; ripartizione che può essere ricavata dai conti della protezione sociale, correntemente elaborati dall'ISTAT secondo le regole dettate in ambito comunitario (Tab.16a). Ebbene, da tali elaborazioni si evince che nel 2010 il 56,2 per cento della suddetta spesa è stato assorbito dall'assistenza ospedaliera<sup>11</sup>, il 10,8 per cento dall'assistenza medico generica e specialistica, il 10,4 per cento dall'assistenza farmaceutica ed il rimanente 22,6 per cento dagli altri servizi sanitari.

Una tale ripartizione delle risorse fa sorgere il dubbio che il nostro SSN, nonostante i correttivi introdotti nel periodo più recente (riduzione del numero dei posti letto, chiusura o riconversione di alcuni piccoli istituti, ecc.), sia ancora sbilanciato dal lato dell'assistenza ospedaliera, a scapito dell'assistenza territoriale. Tale circostanza, se fosse confermata, renderebbe il nostro sistema particolarmente vulnerabile agli effetti prodotti dalla transizione demografica, tenuto conto che con l'invecchiamento della popolazione tende ad aumentare l'incidenza dei casi di cronicità e disabilità e con essi la domanda di cure a lungo termine.

---

e delle competenze accessorie maturate, ma non ancora corrisposte, degli oneri relativi ai rinnovi contrattuali, del costo delle ferie maturate e non godute. Altre aziende, invece, escludono dalla spesa del personale tali voci di costo, in ottemperanza alle disposizioni dettate dalla regione di appartenenza, giustificate, talvolta, dalla specificità dei contratti del comparto sanitario pubblico.

<sup>11</sup>Analizzando i dati di bilancio di un campione di 102 aziende ospedaliere ubicate nelle diverse aree del Paese, emerge una notevole variabilità territoriale nel costo delle degenze. Posto infatti uguale a 100 il costo medio di una giornata di degenza a livello nazionale, esso raggiunge valori più elevati nelle regioni del Centro (115,6) e valori più contenuti in quelle del Nord (98,0) e soprattutto del Mezzogiorno (94,7). Un divario altrettanto ampio si riscontra, peraltro, anche con riferimento al costo medio annuo dei posti letto utilizzati, che va da un minimo di 105 mila a un massimo di 580 mila euro. Se si prescinde dalle differenze nei tassi di rotazione dei posti letto, che sono influenzate dal periodo di tempo che intercorre tra le ammissioni e le dimissioni dei pazienti, una variabilità così marcata nei costi unitari di produzione sembra essere prevalentemente riconducibile a due fattori. Il primo di questi è rappresentato dal fatto che in alcune regioni, malgrado i correttivi introdotti negli ultimi anni, permangono notevoli inefficienze nella fornitura dell'assistenza ospedaliera, che si accompagnano ad un'alta percentuale di ricoveri a rischio di inappropriatazza. Il secondo è dato invece dalla maggiore complessità clinica delle degenze effettuate nelle aziende del Centro-Nord, che sono poi anche quelle che evidenziano una migliore dotazione di apparecchiature mediche.

Ad integrazione di quanto detto poc'anzi, è utile fare qualche considerazione sui ricoveri per acuti in regime ordinario, che nel 2010, secondo i dati provvisori del Ministero della Salute, sono risultati pari a 7 milioni e 353 mila. Premesso che i dati in esame si riferiscono al complesso degli istituti di cura (pubblici e privati), il primo punto da evidenziare è la forte dispersione che si registra a livello territoriale nei tassi standardizzati di ospedalizzazione. Questi tassi toccano, infatti, un valore minimo del 117 per mille abitanti nel Nord-Est ed un valore massimo del 150 per mille nel Mezzogiorno, che è l'area che mostra la più contenuta incidenza di casi complicati.

Il secondo aspetto degno di nota è la stabilizzazione della durata media delle degenze su valori inferiori ai sette giorni. È questo un risultato al quale potrebbe aver contribuito non solo il taglio del numero dei posti letto, approssimatosi a tre per mille abitanti, ma anche il fenomeno delle dimissioni precoci che, com'è noto, comporta spesso la ripetizione dei ricoveri per la stessa categoria di diagnosi (MDC -*Major Diagnostic Categories*).

Il fatto che in un breve intervallo di tempo un paziente venga ricoverato più volte è da considerare in certi casi del tutto fisiologico, dato che un singolo trattamento ospedaliero può non essere sufficiente a fronteggiare un episodio di malattia. Le patologie recidivanti e, più in generale, quelle soggette a cicli di cura periodici ne costituiscono esempi importanti. D'altro canto, non di rado le persone anziane affette da scompenso cardiaco, cirrosi epatica o insufficienza respiratoria sono costrette a ripetere il ricovero nello stesso istituto perché, subito dopo la dimissione, si verificano delle complicazioni o delle ricadute che richiedono terapie appropriate.



**Tab.16a – Spesa sanitaria pubblica di parte corrente – Conto economico della sanità  
(Anni 2006-2010)**

<b>VOCI</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Dati assoluti in milioni di euro					
<b>PRESTAZIONI</b>	<b>94.422</b>	<b>94.283</b>	<b>100.680</b>	<b>102.390</b>	<b>105.451</b>
<b>Servizi a gestione diretta</b>	<b>55.893</b>	<b>55.448</b>	<b>61.073</b>	<b>61.316</b>	<b>63.930</b>
- Assistenza ospedaliera	43.779	43.318	47.414	47.410	49.579
- Altri servizi	12.114	12.130	13.659	13.906	14.351
<i>(Redditi da lavoro dipendente)</i>	33.748	31.752	35.156	33.864	35.329
<i>(Consumi intermedi)</i>	19.860	21.603	23.364	24.928	25.831
<b>Servizi in convenzione</b>	<b>38.529</b>	<b>38.835</b>	<b>39.607</b>	<b>41.074</b>	<b>41.521</b>
- Assistenza farmaceutica	12.334	11.543	11.226	10.999	10.936
- Assistenza medico-generica	5.930	6.076	6.079	6.948	7.068
- Assistenza medico-specialistica	3.458	3.729	3.948	4.110	4.369
- Assistenza ospedaliera	8.696	9.194	9.407	9.776	9.637
- Altra assistenza	8.111	8.293	8.947	9.241	9.511
<b>SERVIZI AMMINISTRATIVI</b>	<b>4.999</b>	<b>5.180</b>	<b>5.484</b>	<b>5.736</b>	<b>5.879</b>
<b>ALTRE USCITE</b>	<b>1.958</b>	<b>2.281</b>	<b>2.304</b>	<b>2.309</b>	<b>2.127</b>
di cui: interessi passivi	320	519	588	483	342
<b>TOTALE USCITE CORRENTI</b>	<b>101.379</b>	<b>101.744</b>	<b>108.468</b>	<b>110.435</b>	<b>113.457</b>
Numeri indici (Anno 2006=100)					
<b>PRESTAZIONI</b>	<b>100,0</b>	<b>99,9</b>	<b>106,6</b>	<b>108,4</b>	<b>111,7</b>
<b>Servizi a gestione diretta</b>	<b>100,0</b>	<b>99,2</b>	<b>109,3</b>	<b>109,7</b>	<b>114,4</b>
- Assistenza ospedaliera	100,0	98,9	108,3	108,3	113,2
- Altri servizi	100,0	100,1	112,8	114,8	118,5
<i>(Redditi da lavoro dipendente)</i>	100,0	94,1	104,2	100,3	104,7
<i>(Consumi intermedi)</i>	100,0	108,8	117,6	125,5	130,1
<b>Servizi in convenzione</b>	<b>100,0</b>	<b>100,8</b>	<b>102,8</b>	<b>106,6</b>	<b>107,8</b>
- Assistenza farmaceutica	100,0	93,6	91,0	89,2	88,7
- Assistenza medico-generica	100,0	102,5	102,5	117,2	119,2
- Assistenza medico-specialistica	100,0	107,8	114,2	118,9	126,3
- Assistenza ospedaliera	100,0	105,7	108,2	112,4	110,8
- Altra assistenza	100,0	102,2	110,3	113,9	117,3
<b>SERVIZI AMMINISTRATIVI</b>	<b>100,0</b>	<b>103,6</b>	<b>109,7</b>	<b>114,7</b>	<b>117,6</b>
<b>ALTRE USCITE</b>	<b>100,0</b>	<b>116,5</b>	<b>117,7</b>	<b>117,9</b>	<b>108,6</b>
di cui: interessi passivi	100,0	162,2	183,8	150,9	106,9
<b>TOTALE USCITE CORRENTI</b>	<b>100,0</b>	<b>100,4</b>	<b>107,0</b>	<b>108,9</b>	<b>111,9</b>

*Nota: i dati del Conto economico della sanità redatto dall'ISTAT differiscono da quelli elaborati dal Ministero della Salute (cfr. Tab.15) per la diversa metodologia di rilevazione adottata da due enti*

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT

**Tab.16b – Spese del SSN per regione e funzioni – Dati in milioni di euro  
(Anno 2010)**

Regioni	Assistenza erogata da enti a gestione diretta				Assistenza erogata da enti convenzionati e accreditati								Totale costi senza saldi mobilità interreg. e verso B. Gesù e Smom	Totale costi al netto della mobilità
	Beni e servizi	Personale	Altri costi	Totale	Medicina generale	Farmaceutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa protesica	Ospedaliera	Altra assistenza	Totale		
Piemonte	2.654,0	2.973,2	1,9	5.629,1	470,7	775,5	282,5	176,8	200,5	558,1	565,3	3.029,4	8.658,5	8.656,9
Valle d' Aosta	109,9	113,6	0,0	223,5	14,2	21,4	2,3	4,5	2,5	4,1	8,1	57,2	280,6	296,8
Lombardia	4.969,1	5.121,2	1,1	10.091,4	905,8	1.573,5	841,9	245,0	229,8	2.386,1	1.678,6	7.860,7	17.952,1	17.515,0
PA Bolzano	313,6	545,6	2,3	861,5	53,8	61,5	5,6	6,1	38,0	23,4	61,1	249,6	1.111,1	1.107,0
PA Trento	310,3	407,2	0,8	718,3	56,5	77,5	25,7	3,4	21,2	54,8	144,7	383,8	1.102,1	1.117,9
Veneto	2.972,4	2.781,5	28,6	5.782,5	538,9	749,5	364,5	34,1	134,4	577,3	851,7	3.250,3	9.032,8	8.935,3
Friuli VG.	917,0	956,6	7,7	1.881,3	126,3	230,2	49,9	59,1	46,5	59,1	46,8	617,9	2.499,2	2.474,9
Liguria	1.063,4	1.176,8	9,8	2.250,0	163,9	301,2	55,8	96,1	39,4	230,4	181,0	1.067,8	3.317,9	3.344,8
Emilia R.	2.820,8	3.000,3	33,1	5.854,2	513,7	720,6	169,4	8,5	116,0	593,1	607,6	2.728,9	8.583,2	8.228,4
Toscana	2.672,9	2.621,0	24,3	5.318,2	400,1	605,9	139,3	82,0	73,4	226,9	394,5	1.922,3	7.240,5	7.126,8
Umbria	590,4	613,9	3,2	1.207,5	90,9	157,7	15,8	8,3	40,0	41,1	83,0	436,9	1.644,4	1.636,6
Marche	996,3	1.043,3	11,4	2.051,0	168,6	284,6	42,4	69,5	22,3	102,8	107,9	798,1	2.849,1	2.881,9
Lazio	3.390,7	3.063,7	72,7	6.527,1	590,3	1.188,5	536,3	227,7	235,8	1.424,8	466,4	4.669,7	11.196,8	11.272,7
Abruzzo	798,1	781,0	36,2	1.615,3	152,3	266,4	49,4	71,2	25,5	118,9	87,4	771,0	2.386,3	2.453,8
Molise	185,1	211,0	6,6	402,7	50,5	56,8	31,5	15,3	6,3	75,5	19,4	255,3	658,0	627,5
Campania	2.828,8	3.226,7	180,7	6.236,2	647,4	1.069,4	719,1	279,0	167,4	790,5	175,7	3.848,4	10.084,5	10.388,0
Puglia	2.112,5	2.178,2	70,7	4.361,4	490,7	869,7	240,0	251,5	124,9	745,4	237,7	2.959,7	7.321,2	7.490,5
Basilicata	311,9	393,0	6,1	711,0	82,1	108,0	27,6	59,8	28,4	5,1	35,0	346,0	1.057,0	1.092,7
Calabria	880,5	1.273,3	28,1	2.181,9	247,6	437,8	118,5	60,7	66,1	202,9	122,1	1.255,7	3.437,6	3.661,4
Sicilia	2.110,1	2.980,9	26,7	5.117,7	582,1	1.032,9	496,4	159,1	185,4	679,0	332,0	3.466,8	8.584,6	8.790,3
Sardegna	958,7	1.156,4	33,0	2.148,1	192,1	347,7	112,1	52,8	65,4	92,2	89,7	952,1	3.100,2	3.155,5
<b>Totale</b>	<b>33.966,7</b>	<b>36.618,3</b>	<b>585,0</b>	<b>71.170,0</b>	<b>6.538,5</b>	<b>10.936,2</b>	<b>4.326,0</b>	<b>1.970,7</b>	<b>1.869,1</b>	<b>8.991,6</b>	<b>6.295,6</b>	<b>40.927,7</b>	<b>112.097,7</b>	<b>112.293,5</b>

*I dati potranno subire alcune lievi rettifiche con la pubblicazione della Relazione generale sulla situazione economica del Paese*

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute (NSIS)

**Tab.16c – Assistenza farmaceutica territoriale: Verifica del rispetto del tetto di spesa – Dati in milioni di euro  
(Anno 2010)**

Regioni	Convenzionata netta	Distribuzione diretta	Ticket	Pay-back	Totale spesa farmaceutica territoriale	In % del finanziamento	Finanziamento	Tetto di spesa (13,3%)	Scostamento (superamento del tetto)	Scostamento al netto del ticket
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5=1+2+3+4)	(6=5/7)	(7)	(8=7x13,3%)	(9=5-8)	(10=9-3)
Piemonte	800,4	114,7	59,3	11,0	963,3	0,1	7.905,3	1.051,4	0,0	0,0
Valle d' Aosta	22,0	1,3	0,9	0,3	23,9	0,1	219,5	29,2	0,0	0,0
Lombardia	1.614,1	196,1	198,7	21,9	1.987,0	0,1	16.994,6	2.260,3	0,0	0,0
PA Bolzano	61,3	20,1	6,9	0,8	87,5	0,1	833,3	110,8	0,0	0,0
PA Trento	78,6	10,1	3,0	0,9	90,7	0,1	884,7	117,7	0,0	0,0
Veneto	769,8	138,5	97,2	10,1	995,4	0,1	8.487,8	1.128,9	0,0	0,0
Friuli VG.	230,3	32,7	9,8	2,7	270,0	0,1	2.165,3	288,0	0,0	0,0
Liguria	318,8	77,4	23,0	4,4	414,8	0,1	3.079,2	409,5	5,3	-17,7
Emilia R.	740,9	183,3	36,1	8,7	951,6	0,1	7.737,0	1.029,0	0,0	0,0
Toscana	630,2	191,7	31,4	7,4	846,0	0,1	6.665,6	886,5	0,0	0,0
Umbria	160,1	37,3	8,2	1,9	203,8	0,1	1.613,6	214,6	0,0	0,0
Marche	287,1	73,2	14,5	3,7	371,2	0,1	2.797,5	372,1	0,0	0,0
Lazio	1.197,6	201,2	112,6	15,5	1.495,8	0,2	9.782,2	1.301,0	194,8	82,2
Abruzzo	270,5	24,4	24,7	3,6	316,0	0,1	2.350,8	312,7	3,4	-21,3
Molise	59,0	11,9	6,1	0,9	76,1	0,1	568,3	75,6	0,6	-5,5
Campania	1.107,1	200,5	103,0	13,7	1.396,9	0,1	9.780,6	1.300,8	96,1	-6,9
Puglia	890,8	136,3	50,9	10,9	1.067,0	0,2	6.976,7	927,9	139,1	88,2
Basilicata	108,7	23,2	4,9	1,4	135,4	0,1	1.041,9	138,6	0,0	0,0
Calabria	442,8	11,6	44,3	6,2	492,5	0,1	3.469,8	461,5	31,1	-13,2
Sicilia	1.053,1	166,8	146,8	15,0	1.351,8	0,2	8.555,1	1.137,8	213,9	67,1
Sardegna	348,6	73,0	15,9	4,3	433,1	0,2	2.844,8	378,4	54,7	38,8
Italia	11.191,6	1.925,1	998,2	145,3	13.969,7	0,1	104.753,3	13.932,2	738,9	0,0

*I dati potranno subire alcune lievi rettifiche con la pubblicazione della Relazione generale sulla situazione economica del Paese*

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati AGENAS e AIFA

**Tab.16d – Assistenza farmaceutica ospedaliera: Verifica del rispetto del tetto di spesa – Dati in milioni di euro  
(Anno 2010)**

Regioni	Finanzia- mento	Tetto di spesa (2,4%)	Spesa lorda	Spesa per distribuzione diretta	Pay-back	Spesa ospedaliera	In % del finanziamento	Scostamento in valore assoluto
	(1)	(2=1*2,4%)	(3)	(4)	(5)	(6=3-4-5)	(7=6/1)	(8=6-2)
Piemonte	7.905,3	189,7	613,4	114,7	9,1	489,6	0,1	299,9
Valle d' Aosta	219,5	5,3	13,7	1,3	0,2	12,2	0,1	6,9
Lombardia	16.994,6	407,9	939,0	196,1	16,6	726,3	0,0	318,4
PA Bolzano	833,3	20,0	56,4	20,1	1,1	35,3	0,0	15,3
PA Trento	884,7	21,2	41,3	10,1	0,9	30,2	0,0	9,0
Veneto	8.487,8	203,7	574,7	138,5	10,0	426,3	0,1	222,6
Friuli VG.	2.165,3	52,0	172,9	32,7	3,1	137,1	0,1	85,2
Liguria	3.079,2	73,9	240,0	77,4	4,0	158,6	0,1	84,7
Emilia R.	7.737,0	185,7	615,4	183,3	11,9	420,2	0,1	234,5
Toscana	6.665,6	160,0	631,3	191,7	10,7	429,0	0,1	269,0
Umbria	1.613,6	38,7	123,0	37,3	2,3	83,3	0,1	44,6
Marche	2.797,5	67,1	242,0	73,2	3,6	165,2	0,1	98,0
Lazio	9.782,0	234,8	695,1	201,2	11,8	482,2	0,0	247,4
Abruzzo	2.350,8	56,4	162,7	24,4	2,9	135,4	0,1	79,0
Molise	568,3	13,6	37,2	11,9	0,5	24,8	0,0	11,1
Campania	9.780,6	234,7	676,2	200,5	11,0	464,7	0,0	229,9
Puglia	6.976,7	167,4	541,0	136,3	9,0	395,7	0,1	228,2
Basilicata	1.041,9	25,0	78,4	23,2	1,2	54,0	0,1	29,0
Calabria	3.469,8	83,3	209,0	11,6	2,9	194,5	0,1	111,2
Sicilia	8.555,1	205,3	492,6	166,8	7,9	317,8	0,0	112,5
Sardegna	2.844,8	68,3	266,4	73,0	4,2	189,3	0,1	121,0
Italia	104.753,3	2.514,1	7.421,5	1.925,1	124,8	5.371,5	0,1	2.857,4

*I dati potranno subire alcune lievi rettifiche con la pubblicazione della Relazione generale sulla situazione economica del Paese*

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati AGENAS e AIFA

## *6. Le determinati della spesa sanitaria: uno sguardo all'Europa*

Negli ultimi anni, i costi dell'assistenza sanitaria si sono accresciuti nella generalità dei paesi europei a ritmo particolarmente sostenuto, tanto da risultare una delle componenti più dinamiche della spesa pubblica. Se si prescinde dai cambiamenti introdotti nell'organizzazione dei servizi, che in certi casi possono aver giocato un ruolo non trascurabile, tale processo espansivo appare essenzialmente riconducibile all'azione congiunta esercitata da due fattori, sui quali vale la pena soffermarsi brevemente.

Il primo di questi è rappresentato dal progressivo invecchiamento della popolazione. Com'è noto, il fenomeno dell'invecchiamento è ascrivibile, da un lato, ai cambiamenti intervenuti nei comportamenti riproduttivi delle famiglie, i quali hanno fatto scendere il numero medio di figli per donna sotto il tasso naturale di sostituzione; dall'altro, all'allungamento della durata della vita media, reso possibile dall'avanzamento delle conoscenze nel campo della medicina e dal miglioramento degli stili di vita. L'intensità con cui si manifesta questo processo appare del tutto evidente se si considera che solo nell'ultimo decennio l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione con almeno 65 anni di età e quella fino a 14 anni, è aumentato nella UE-15 di circa 20 punti, attestandosi su un valore prossimo al 117 per cento (al 144 per cento in Italia). Nello stesso arco di tempo, la speranza di vita a 65 anni, che è un indicatore sintetico della longevità, si è accresciuta di circa due anni per entrambi i sessi, approssimandosi a 18 anni per gli uomini e a 21 per le donne.

Naturalmente, trasformazioni così profonde della struttura demografica non potevano non riflettersi sulla domanda di prestazioni assistenziali, tenuto conto, fra l'altro, che con l'invecchiamento è lievitato il numero delle persone affette da gravi disabilità e da malattie cronico-degenerative. Persone che necessitano di cure a lungo termine e per le quali non sempre l'ospedalizzazione rappresenta la risposta più appropriata, potendo esse trarre maggiori benefici, sotto forma di miglioramento del quadro clinico e prevenzione delle complicanze, dai servizi erogati direttamente sul territorio.

Per avere un'idea degli effetti prodotti dalla cosiddetta transizione epidemiologica, basti pensare che oggi nei paesi comunitari, secondo le elaborazioni effettuate dall'Eurostat, la quota degli anziani che soffre di una

qualche patologia cronica o di gravi problemi di salute supera abbondantemente la soglia del 55 per cento. Si tratta di un'incidenza certamente ragguardevole e che, dato il crescente peso delle classi di età più avanzate, è destinata ad aumentare negli anni a venire, a meno che non si verificino progressi nella ricerca scientifica tali da migliorare le condizioni di salute degli anziani e da posticipare l'insorgenza delle malattie più gravi.

Se l'avanzamento delle conoscenze nel campo della medicina permetterà di conseguire questi obiettivi, è probabile che in futuro le pressioni sulla spesa sanitaria siano più contenute di quanto previsto, agevolando così il mantenimento degli equilibri di finanza pubblica. Uno scenario completamente diverso andrebbe però delineandosi qualora la maggiore durata della vita media fosse accompagnata da un'evoluzione della morbilità così sfavorevole da far crescere a dismisura la domanda di assistenza<sup>12</sup>. Secondo gli studiosi, la prevalenza di uno scenario sull'altro dipenderà – a parità di altre condizioni – dai risultati della ricerca sulle cellule staminali: sebbene ancora allo stadio iniziale, lo sviluppo di questo filone di ricerca potrebbe dare un contributo decisivo nella prevenzione e la cura di numerose malattie che comportano un progressivo decadimento delle funzioni vitali. Si pensi, ad esempio, alle malattie neurodegenerative (morbo di Alzheimer, sindrome di Parkinson, ecc.) che affliggono oggi in Europa più di 5 milioni di persone anziane, gravando in misura accentuata sulle casse della sanità pubblica.

Se il primo fattore alla base dell'accelerazione della spesa sanitaria è costituito dall'invecchiamento demografico e dalle connesse dinamiche epidemiologiche, il secondo è dato invece dal processo di sviluppo economico, ossia dalla crescita del reddito pro capite, la quale ha contribuito a sospingere la domanda di prestazioni assistenziali, soprattutto di quelle rivolte alla prevenzione e alla tutela della salute in senso lato. Da questo punto di vista, per quanto possa sembrare paradossale, dato che soddisfa un bisogno fondamentale dell'individuo, la spesa sanitaria è

---

<sup>12</sup> Com'è noto, gli studiosi prevedono che il processo di invecchiamento demografico, unitamente ai progressi nella ricerca scientifica, possa dar luogo in futuro a due scenari alternativi. Secondo il primo scenario, le innovazioni scientifiche miglioreranno sensibilmente lo stato di salute della popolazione e posticiperanno l'insorgenza delle malattie più gravi. In base a quest'ipotesi, gli individui vivranno quindi in perfetta salute per quasi tutta la loro esistenza e moriranno in età sempre più avanzata per un'improvvisa e fatale patologia acuta. Secondo il secondo scenario, invece, i progressi nel campo della medicina determineranno solo moderati incrementi della vita attesa, a prezzo di una crescente morbilità nelle classi di età più avanzate.

assimilabile a quella per i cosiddetti beni di lusso o voluttuari: sia la prima che la seconda tendono infatti a crescere in misura più che proporzionale all'aumentare del reddito. A sostegno di ciò, basti rilevare che nei paesi europei, secondo le stime formulate dall'OCSE, un incremento del Pil reale di un punto percentuale determinerebbe – *coeteris paribus* – un incremento della domanda di beni e servizi per la tutela della salute di circa 1,2 punti percentuali. Ciò significa, in sostanza, che in una società ricca – a prescindere dalla composizione per classi di età della popolazione – si consumano quantità via via maggiori di farmaci, si effettua un crescente numero di accertamenti diagnostici e visite specialistiche, si impiegano tecnologie e trattamenti sempre più sofisticati e costosi. Non è un caso, quindi, che i paesi della UE-15 che fanno registrare il più alto livello del reddito pro capite siano in genere anche quelli che spendono di più per la sanità.

Si aggiunga, inoltre, che la sanità è forse uno di quei pochi settori in cui le innovazioni danno luogo a processi di riorganizzazione delle attività produttive che comportano spesso un aumento, anziché una diminuzione, degli input di lavoro. Essa infatti, pur richiedendo cospicui investimenti in macchinari, impianti e attrezzature, presenta un ciclo di produzione difficilmente assoggettabile ad automazione. Ciò è vero non solo per i servizi ospedalieri ma per la generalità dei settori che fanno parte della filiera della salute (industria farmaceutica e dei dispositivi medici, servizi di diagnostica e di radiologia, ecc.), i quali si contraddistinguono per l'utilizzo di elevate dosi di lavoro e tecnologia. Nella sanità, in altre parole, i processi di innovazione – processi che rappresentano il vero “motore” della filiera – presuppongono un volume crescente di investimenti in capitale umano e materiale: per fare un esempio, basti rilevare che in Italia i costi sostenuti dalle imprese per lo sviluppo di nuovi farmaci sono lievitati nell'ultimo decennio di circa il 50 per cento.

Un discorso a parte deve essere fatto per quanto concerne le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), il cui utilizzo su vasta scala è determinante per innalzare gli standard qualitativi delle prestazioni e per migliorare il grado di efficienza del sistema. Tra le prestazioni sanitarie sono soprattutto quelle erogate presso il domicilio dei pazienti che presuppongono cospicui investimenti in ICT, al fine di garantire la tempestività e la continuità delle cure. Non sorprende allora che i paesi europei che investono di più in ICT

sono anche quelli che fanno registrare i più alti tassi di copertura dell'assistenza domiciliare, come appare evidente se si considera che nel Regno Unito il 17 per cento della popolazione anziana usufruisce dell'ADI, in Germania il 10 per cento, in Francia l'8 per cento e in Italia il 3 per cento.

Naturalmente, il vantaggio derivante dall'applicazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione consiste soprattutto nel garantire una più razionale organizzazione della filiera della salute, ovvero una maggiore integrazione del circuito che parte dalla produzione per giungere, attraverso le varie fasi dell'intermediazione, al consumo finale. Per capire l'importanza di questa integrazione, basti considerare quanto potrebbe migliorare l'efficienza del nostro sistema se i rapporti tra produttori e distributori (dalla trasmissione dell'ordine all'archiviazione dell'estratto conto) fossero regolati per via elettronica e se per la gestione degli ordinativi gli ospedali potessero contare su una rete telematica nazionale<sup>13</sup>.

\*\*\*

Quando appena detto circa gli andamenti di fondo della sanità trova una puntuale conferma nei dati elaborati dall'Eurostat secondo gli schemi previsti dalla COFOG (*Classification Of Function Of Government*), che è la classificazione della spesa pubblica per funzione adottata nell'ambito del sistema europeo dei conti (SEC). Ebbene, dalla lettura di tali dati si rileva che nel periodo 2000-2009 la spesa sanitaria pubblica (compresa quella per la ricerca applicata e lo sviluppo sperimentale) si è accresciuta mediamente nei paesi appartenenti alla UE-15 del 56,1 per cento nella valutazione a prezzi correnti (cfr. Tab.17). Per effetto di tale andamento, la sua incidenza sul prodotto lordo è lievitata di oltre un punto e mezzo, passando dal 6,0 al 7,6 per cento.

La spesa sanitaria in termini monetari ha evidenziato nel periodo in esame una dinamica particolarmente sostenuta in quasi tutti i paesi della UE-15, avendo fatto registrare in ben nove di questi, fra cui l'Italia, tassi medi annui di crescita superiori al 5,5 per cento. Si tratta di variazioni certamente molto consistenti,

---

<sup>13</sup> La riforma della logistica ospedaliera dovrebbe puntare, oltre che sulla trasmissione degli ordinativi per via telematica, sull'accorpamento dei magazzini e sulla loro gestione integrata, eventualmente in *outsourcing*. Esternalizzando la gestione dei magazzini e applicando tecniche simili a quelle utilizzate in ambito industriale, si possono conseguire significativi risparmi, sotto forma di minori investimenti in scorte.



soprattutto perché verificatesi, oltre che in una fase di moderate tensioni inflazionistiche, in presenza di una serie di misure varate dai governi per contenere i costi dell'assistenza.

Molto probabilmente, la ragione della sostanziale inefficacia di queste misure deve essere rintracciata nel fatto che esse, anziché incidere sulle regole di accesso alle prestazioni, si sono per lo più limitate a fissare dei tetti sugli stanziamenti di spesa, ottenendo quale principale risultato quello di trasferire gli oneri da un esercizio all'altro. Emblematico in tale contesto è il caso del Regno Unito, dove l'applicazione degli *expenditure ceilings* non sembra aver sortito gli effetti sperati, non foss'altro perché il rapporto spesa/PIL, anziché stabilizzarsi, è salito costantemente, fino ad attestarsi su valore (8,5 per cento) addirittura superiore a quello della Francia (8,4 per cento). Il problema è che, quando le spese delle Amministrazioni pubbliche – come nel caso della sanità – hanno natura obbligatoria, si riferiscono a prestazioni di carattere universale e tendono a lievitare sotto la spinta di fattori difficilmente controllabili (invecchiamento, progresso tecnologico, ecc.), la mera previsione di tetti sulle uscite rischia di produrre risultati insoddisfacenti.

Nel periodo più recente, sembrerebbe comunque essersi ulteriormente ridotta in alcuni paesi (Danimarca, Finlandia, Italia, Spagna, ecc.) la dotazione di posti letto nelle strutture ospedaliere; circostanza, questa, che potrà forse contribuire in prospettiva a rallentare la corsa della spesa sanitaria. Come suffragato dall'evidenza empirica, infatti, il numero delle giornate di degenza (e quindi il costo dell'attività ospedaliera) è direttamente correlato alla disponibilità di posti letto, nel senso che al crescere di quest'ultima cresce anche la propensione ad accogliere e trattenere i pazienti in ospedale, e viceversa nel caso contrario. Si tratta di una regolarità statistica, nota nella letteratura scientifica come *legge di Roemer*, che si basa sul presupposto secondo cui un aumento dell'offerta di prestazioni ospedaliere è in grado di generare di per sé un aumento della corrispondente domanda: *a built bed is a filled bed*.

Sempre nel periodo compreso tra il 2000 e il 2009, il rapporto spesa sanitaria/Pil ha segnato una netta accelerazione in Irlanda, Olanda e Regno Unito; mentre ha evidenziato un andamento più dimesso in Germania, Austria e Lussemburgo, anche perché in questi paesi esso già partiva da valori più elevati.

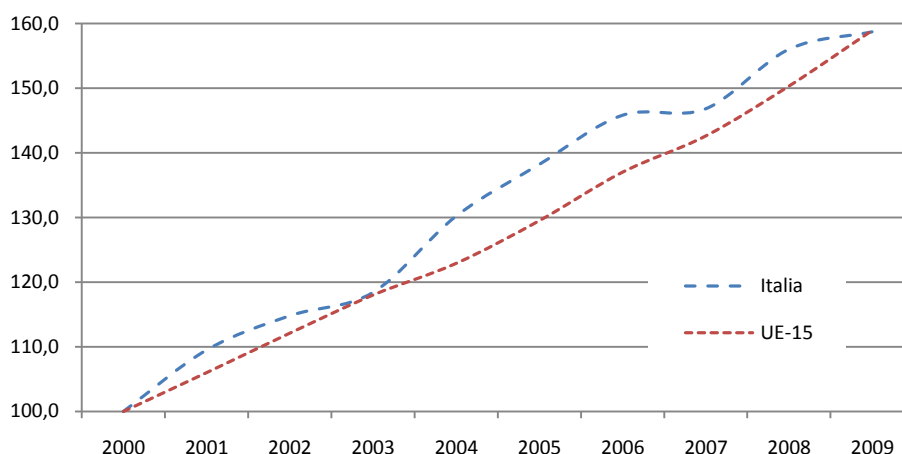
Tenuto conto delle parità dei poteri d'acquisto delle monete, nel 2009 la spesa sanitaria pubblica pro capite, al lordo degli investimenti nella ricerca applicata, ha raggiunto nella UE-15 un valore medio di poco superiore ai 2.200 euro (*PPPs – Purchasing power parities*). A livello territoriale è emersa tuttavia una notevole variabilità, avendo la stessa toccato valori massimi – tutti superiori a 2.500 euro – in tre paesi (Danimarca, Lussemburgo e Austria); e valori minimi – tutti inferiori a 2.000 euro – nei quattro paesi dell'Europa mediterranea (Italia, Spagna, Grecia e Portogallo). In Italia, in particolare, il livello della spesa per abitante – pari a 1.900 euro – è risultato inferiore di oltre 13 punti percentuali rispetto al dato medio della UE-15 e di oltre 20 punti rispetto a quello delle due maggiori economie europee, cioè Germania e Francia (rispettivamente 2.500 e 2.400 euro).

**Tab.17 – Spesa sanitaria pubblica nei paesi della UE-15  
(Anni 2000-2009)**

Paesi	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Numeri indici a prezzi correnti (Anno 2000=100)										
Austria	100,0	85,4	89,3	96,4	99,9	105,0	113,2	120,8	128,4	132,1
Belgio	100,0	106,3	109,5	121,7	129,0	134,6	137,8	146,2	160,4	171,0
Danimarca	100,0	106,6	113,5	116,7	122,9	130,3	139,4	148,6	158,1	171,1
Finlandia	100,0	107,6	116,9	124,2	132,9	142,1	150,1	156,9	171,3	180,1
Francia	100,0	105,1	112,9	120,4	126,5	132,2	137,2	143,9	148,1	153,6
Germania	100,0	104,5	107,6	109,9	106,5	109,7	113,1	117,4	122,5	129,6
Grecia	100,0	124,5	130,5	150,7	159,7	177,9	206,8	228,7	245,1	261,4
Irlanda	100,0	125,0	146,8	164,4	181,9	189,6	205,7	229,5	244,1	246,7
Italia	100,0	109,5	114,8	118,4	130,2	138,2	145,8	146,6	155,9	158,7
Lussemburgo	100,0	120,5	124,2	137,1	155,3	174,3	174,6	184,1	194,5	212,8
Olanda	100,0	111,3	124,5	135,2	139,1	145,2	203,2	218,3	225,1	251,0
Portogallo	100,0	109,4	115,2	121,2	131,0	139,7	135,9	141,0	137,8	150,6
Spagna	100,0	106,0	114,7	123,9	140,0	156,5	168,9	182,3	200,3	215,8
Svezia	100,0	101,3	111,0	119,0	120,5	123,1	129,4	137,3	140,2	132,7
Regno Unito	100,0	106,8	115,9	114,5	131,4	140,3	152,8	160,4	149,7	146,0
UE-15	100,0	105,9	112,6	117,3	124,4	131,2	139,9	146,5	150,8	156,1
Valori in percentuale del PIL										
Austria	8,2	6,9	7,0	7,4	7,3	7,4	7,5	7,6	7,7	8,2
Belgio	6,3	6,5	6,5	7,0	7,1	7,1	6,9	6,9	7,4	8,0
Danimarca	6,6	6,8	7,0	7,1	7,1	7,2	7,3	7,5	7,8	8,8
Finlandia	5,7	5,9	6,2	6,5	6,6	6,9	6,9	6,6	7,0	7,9
Francia	7,1	7,2	7,5	7,8	7,9	7,9	7,8	7,8	7,9	8,4
Germania	6,2	6,3	6,4	6,5	6,2	6,3	6,2	6,1	6,3	6,9
Grecia	3,9	4,6	4,5	4,7	4,7	4,9	5,3	5,4	5,6	6,0
Irlanda	5,4	6,1	6,4	6,7	6,9	6,7	6,6	6,9	7,8	8,8
Italia	6,0	6,3	6,3	6,3	6,7	6,9	7,0	6,8	7,1	7,5
Lussemburgo	4,1	4,8	4,7	4,8	5,1	5,2	4,6	4,4	4,4	5,0
Olanda	3,7	3,9	4,2	4,4	4,4	4,4	5,8	5,9	5,9	6,8
Portogallo	6,2	6,5	6,5	6,7	7,0	7,2	6,7	6,6	6,3	7,1
Spagna	5,2	5,1	5,2	5,2	5,5	5,7	5,7	5,7	6,1	6,7
Svezia	6,1	6,5	6,8	7,0	6,7	6,7	6,6	6,6	6,9	7,4
Regno Unito	5,7	5,9	6,2	6,3	6,7	6,9	7,1	7,1	7,5	8,5
UE-15	6,0	6,2	6,3	6,5	6,6	6,7	6,8	6,7	6,9	7,6

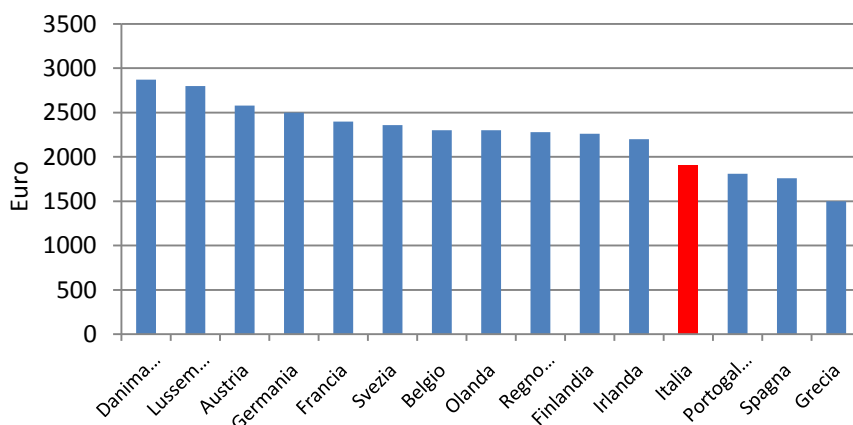
Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Eurostat (COFOG)

**Graf.7 – Spesa sanitaria pubblica a prezzi correnti – Numeri indici 2000 = 100  
(Anni 2000-2009)**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Eurostat (COFOG)

**Graf.8 – Spesa sanitaria pubblica pro capite in PPPs nei paesi della UE-15  
(Anno 2009)**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Eurostat (COFOG)

### 7. La composizione della spesa per la salute e la sua ripartizione territoriale

Per quanto possa essere interessante e fornire alcuni spunti di riflessione, l'analisi sviluppata nel paragrafo precedente sulla base dei dati di fonte Eurostat risulta parziale, essenzialmente per due ordini di motivi. In primo luogo, perché non si è tenuto conto della ripartizione della spesa pubblica per categorie economiche (redditi da lavoro, consumi intermedi, ecc.) e per ambiti funzionali (assistenza distrettuale, ospedaliera, ecc.); ripartizione dalla quale sarebbero forse emersi più chiaramente i punti di forza e di debolezza del nostro sistema sanitario rispetto a quello degli altri principali paesi europei. In secondo luogo, perché, focalizzando l'attenzione sul settore della PA, è stata esclusa l'altra componente della spesa sanitaria, cioè quella a carico delle famiglie, la cui rilevanza è andata

pian piano accrescendosi per effetto sia della maggiore attenzione dei cittadini alle condizioni di salute, sia delle misure di contenimento dei costi del SSN (revisione del prontuario farmaceutico, inasprimento dei ticket, ecc.). Senza dimenticare la pressione esercitata sulla spesa *out of the pocket* dalla lunghezza delle liste d'attesa negli enti sanitari locali e dall'inadeguatezza dell'offerta pubblica di cure odontoiatriche<sup>14</sup>.

Oltre a quanto appena detto, il lettore attento avrà anche notato che finora sono state evidenziate alcune criticità che riguardano il SSN nel suo complesso, dando scarso rilievo al problema dei divari territoriali nella qualità dell'assistenza e nell'accesso alle prestazioni. Problema che nel periodo più recente, anziché attenuarsi, sembrerebbe essersi accentuato. Se è vero infatti che le aree con un più solido sistema di governance hanno avviato da tempo processi di riorganizzazione delle attività assistenziali, riuscendo a coniugare meglio l'efficienza gestionale con l'efficacia terapeutica; è anche vero che le aree con un più debole sistema di governance mostrano ancora ampi ritardi, che continuano a produrre diseconomie ed elevati tassi di inappropriatezza clinica.

Per cercare di colmare almeno in parte le lacune emerse nell'analisi, può essere utile esaminare la consistenza e la dinamica della spesa sanitaria pubblica e privata nelle tre grandi circoscrizioni territoriali del Paese (Nord, Centro e Mezzogiorno<sup>15</sup>). A tal fine, basti concentrare l'attenzione sui dati contenuti nella tabella allegata, i quali sono stati ricavati dalle elaborazioni effettuate da vari enti (Ministero della Salute, ISTAT, Osmed e Istituto Tagliacarne). Dalla lettura di questi dati si evince, innanzitutto, che nel 2009 la spesa sanitaria totale ha raggiunto la ragguardevole cifra di 140.384 milioni di euro, corrispondenti al 9,2 per cento del PIL dell'intera economia italiana. Tale cifra è stata ottenuta sommando ai costi sostenuti dal SSN per i servizi a gestione diretta e per quelli in convenzione (complessivamente pari a 110.820 milioni di euro) la spesa per la tutela della salute a carico delle famiglie (29.564 milioni), la quale è stata ripartita

---

<sup>14</sup> Attualmente la normativa sui LEA prevede che l'assistenza odontoiatrica a carico del SSN sia garantita ai bambini fino ai 14 anni di età e ad alcune categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità sia dal punto di vista economico che delle condizioni di salute.

<sup>15</sup> *Nord*: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Emilia Romagna  
*Centro*: Toscana, Umbria, Marche e Lazio  
*Mezzogiorno*: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna.

in tre categorie: farmaci (classe A, classe C con ricetta e automedicazione), cure odontoiatriche e altri beni e servizi.

Com'è agevole rilevare, se si escludono i redditi da lavoro dipendente, la quota più rilevante dei costi del SSN (13.469 milioni di euro) è stata assorbita dalle spese per i *servizi intermedi* delle ASL, delle aziende ospedaliere e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Spese che sono state destinate per il 46,4 per cento all'acquisto di prestazioni di natura sanitaria (compartecipazioni per intramoenia, compensi per attività di lavoro non subordinato, contributi all'Arpa e ad altri enti, ecc.) e per il rimanente 53,6 per cento all'acquisto di prestazioni di natura non sanitaria (pulizia e riscaldamento dei locali, somministrazione dei pasti, utenze telefoniche e elettriche, consulenze, ecc.).

Analogamente se si esclude la voce "altri beni e servizi" (nella quale confluiscono le visite generiche e specialistiche, i dispositivi medici, i ricoveri nelle case di cura, ecc.), la quota più rilevante dei consumi delle famiglie è stata assorbita dalle cure odontoiatriche, per le quali esse hanno sostenuto una spesa (8.260 milioni di euro<sup>16</sup>) di gran lunga superiore a quella sostenuta per l'acquisto delle varie tipologie di farmaci (6.158 milioni<sup>17</sup>). Il che non sorprende se si considera che su 22,7 milioni di italiani che si recano ogni anno dal dentista ben l'86 per cento si accolla per intero il costo della prestazione; costo che, secondo i risultati delle indagini sui bilanci di famiglia condotte dall'ISTAT, raggiunge un valore annuo pro capite di poco inferiore a 400 euro.

Passando ad esaminare la ripartizione dei dati a livello territoriale, si noti anzitutto che la spesa sanitaria totale, in rapporto alla popolazione, si riduce in misura apprezzabile passando dalle regioni dell'Italia centro-settentrionale a quelle dell'Italia meridionale e insulare. Posta pari a 100 la media nazionale (2.330 euro in cifra assoluta), tale spesa tocca infatti un valore di 103,7 nel Nord, di 103,4 nel Centro e di 93,1 nel Mezzogiorno. Naturalmente, dato l'effetto

---

<sup>16</sup> Si tratta di una stima prudenziale che è stata ottenuta tenendo conto:

- del fatturato degli studi dentistici per le prestazioni di servizi, pari nel 2007 a 6.243 milioni di euro (cfr. ISTAT, *Conti economici delle imprese – Anno 2007*, Roma, maggio 2010);
- della percentuale degli utenti che pagano per intero le prestazioni (cfr. ISTAT, *Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia – Anno 2005*, Roma, dicembre 2008)
- dei risultati di uno studio condotto da Cergas-Bocconi sull'attività odontoiatrica (*Organizational models and perspectives in dental healthcare in Italy*, Bocconi University, July, 2008).

<sup>17</sup>Cfr. Osmed, *L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto nazionale anno 2009*, Roma, luglio 2010, pag.129.

perequativo esercitato dalla sanità pubblica, il divario tra le tre grandi circoscrizioni territoriali del Paese risulta molto più pronunciato se si considera la sola spesa privata pro capite, la quale si attesta (sempre posta pari a 100 la media nazionale) su un valore di 117,3 nelle regioni del Nord, di 102,2 in quelle del Centro e di 75,8 in quelle del Mezzogiorno.

Se si osserva la composizione dei consumi delle famiglie, si rileva agevolmente che il divario che separa il Mezzogiorno dal resto d'Italia dipende per lo più dal fatto nel Sud risulta di gran lunga inferiore la quota della spesa destinata, oltre che ai farmaci della classe C con obbligo di prescrizione, alle cure odontoiatriche e alle prestazioni ambulatoriali. Le quali rappresentano le voci del “paniere” di beni e servizi per la tutela della salute che sembrano aver risentito di più dello sfavorevole andamento del reddito disponibile. A sostegno di ciò, basti tenere conto di due circostanze. La prima: nel 2009, la domanda delle famiglie italiane di servizi ambulatoriali è arretrata vistosamente, avendo accusato la relativa spesa un calo di oltre tre punti percentuali in termini quantitativi. La seconda: nel 2009, in base ai risultati delle indagini condotte dall'ISTAT<sup>18</sup>, il 18,5 per cento delle famiglie residenti nel Sud ha avuto difficoltà a pagare le spese per le visite mediche, contro il 7,0 per cento del Nord e il 9,2 per cento del Centro. Si tratta in prevalenza di famiglie che si caratterizzano o per l'elevato numero di figli a carico o per il fatto di essere composte da una persona anziana che vive sola.

Certamente la possibilità di accedere in tempi ragionevoli all'assistenza specialistica presso le strutture pubbliche potrebbe contribuire non poco ad alleviare il disagio delle famiglie. Il problema è che – anche se la tempestività degli interventi rappresenta un prerequisito per l'efficacia dei LEA nonché uno degli obiettivi prioritari della programmazione sanitaria – in parecchie regioni (non solo del Sud) i tempi per l'effettuazione di visite ed esami risultano ancora così lunghi da incentivare la mobilità territoriale o il ricorso ai servizi privati.

Per quanto i summenzionati valori pro capite possano essere significativi, l'azione perequativa esercitata dalla sanità pubblica appare, però, più evidente se si rapporta la spesa per il SSN, anziché alla popolazione residente, al reddito prodotto in ciascuna area geografica: in questo caso si ottiene, infatti, un valore

---

<sup>18</sup> Cfr. ISTAT, *Distribuzione del reddito e condizioni di vita in Italia. Anni 2008-2009*, Roma, dicembre 2010.

che nelle regioni del Centro-Nord oscilla attorno al 6,3 per cento, per schizzare al 10,4 per cento in quelle del Mezzogiorno (cfr. Graf.11).

**Tab.18 – Spesa sanitaria corrente per settori e aree geografiche - Dati in milioni di euro (Anno 2009)**

Voci	Nord	Centro	Sud e Isole	Italia
<b>Spesa pubblica al netto della mobilità</b>	<b>50.636</b>	<b>22.622</b>	<b>37.562</b>	<b>110.820</b>
<i>Spesa pubblica al lordo della mobilità (1+2)</i>	<i>51.490</i>	<i>22.747</i>	<i>36.584</i>	<i>110.820</i>
<i>Servizi a gestione diretta (1)</i>	<i>32.731</i>	<i>14.905</i>	<i>22.919</i>	<i>70.555</i>
Personale	16.755	7.230	12.146	36.132
Beni	6.503	3.108	4.344	13.955
- Dispositivi medici	2.989	1.422	1.831	6.241
- Prodotti farmaceutici	2.749	1.398	2.056	6.203
- Materiali vari	766	288	457	1.511
Servizi	6.688	3.039	3.742	13.469
- Servizi sanitari	3.190	1.345	1.713	6.249
- Servizi non sanitari	3.498	1.694	2.028	7.220
Altre voci	2.785	1.528	2.686	6.999
<i>Servizi in convenzione/accreditamento (2)</i>	<i>18.759</i>	<i>7.841</i>	<i>13.665</i>	<i>40.265</i>
Farmaceutica	4.544	2.223	4.238	11.005
Medicina generale e specialistica	4.407	1.985	4.082	10.474
Riabilitativa, integrativa e protesica	1.467	783	1.595	3.845
Ospedaliera	4.375	1.854	2.709	8.939
Altre prestazioni	3.965	996	1.040	6.002
<b>Spesa privata</b>	<b>15.836</b>	<b>5.958</b>	<b>7.770</b>	<b>29.564</b>
Farmaci	3.027	1.354	1.777	6.158
- Classe A	503	208	182	893
- Classe C con ricetta	1.482	694	1.013	3.189
- Automedicazione (SOP, OTC)	1.042	452	582	2.076
Cure odontoiatriche	4.590	1.708	1.962	8.260
Altri beni e servizi	8.219	2.896	4.031	15.146
<b>Totale</b>	<b>66.472</b>	<b>28.580</b>	<b>45.332</b>	<b>140.384</b>

*Nota: I dati contenuti in questa tabella divergono leggermente da quelli della Tab.15 perché ricavati direttamente dai bilanci degli enti sanitari locali (ASL, AO, IRCCS, ecc.)*

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati di vari enti

**Tab.19 – Spesa sanitaria corrente per settori e aree geografiche (Anno 2009)**

Voci	Nord	Centro	Sud e Isole	Italia
Composizione percentuale				
Spesa pubblica al netto mobilità	76,2	79,2	82,9	78,9
Spesa delle famiglie	23,8	20,8	17,1	21,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Valori in % del Pil di ogni singola area				
Spesa pubblica al netto mobilità	6,2	6,8	10,4	7,3
Spesa delle famiglie	1,9	1,8	2,1	1,9
Totale	8,1	8,5	12,5	9,2
Valori pro capite in euro				
Spesa pubblica al netto mobilità	1.841	1.908	1.798	1.839
Spesa delle famiglie	576	502	372	491
Totale	2.416	2.410	2.170	2.330

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati di vari enti

\*\*\*

Rispetto al 2001, anno in cui è stata realizzata la riforma in senso federalista della sanità e in cui è stato adottato il sistema di contabilità economica da parte degli enti sanitari locali, la spesa per la tutela della salute si è complessivamente accresciuta del 39,1 per cento in termini monetari, avendo segnato un +43,4 per cento quella a carico del SSN e un +25,2 per cento quella a carico delle famiglie. Si noti, tuttavia, che il più sostenuto andamento della prima componente rispetto alla seconda è essenzialmente ascrivibile ai consumi intermedi, cioè agli acquisti di beni e servizi effettuati da ASL, AO e IRCCS, i quali sono quasi raddoppiati in termini monetari, passando dai 13.817 milioni del 2001 ai 26.740 del 2009.

Scontando la forte accelerazione dei consumi intermedi, i costi dei servizi a gestione diretta, cioè quelli erogati dalle strutture pubbliche, sono lievitati ad un tasso di oltre 2,5 volte superiore a quello dei servizi in convenzione e accreditamento (rispettivamente 58,2 e 23,2 per cento).

A livello territoriale si è riscontrata una certa variabilità nell'andamento della spesa sanitaria totale, avendo la stessa fatto registrare un incremento del 41,5 per cento nelle regioni dell'Italia centrale, del 39,9 per cento in quelle dell'Italia settentrionale e del 36,5 per cento in quelle del Mezzogiorno. Si tratta di variazioni che rispecchiano sostanzialmente la dinamica dei costi dei servizi pubblici, tenuto conto che nell'ambito dei consumi delle famiglie sono emerse tendenze abbastanza uniformi, quanto meno nella valutazione a prezzi correnti.

Per quanto riguarda più in particolare le prestazioni erogate in regime di convenzione e accreditamento, si tenga presente che nel periodo in esame:

- la spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale si è ridotta in misura considerevole in ciascuna delle tre grandi circoscrizioni del Paese, avendo fatto registrare un -3,3 per cento nel Nord, un -6,6 per cento nel Centro e un -7,6 per cento nel Mezzogiorno;
- la spesa per l'assistenza ospedaliera ha evidenziato una sostanziale invarianza nel Centro-Sud e un andamento espansivo nel Nord (+25,7 per cento);
- la spesa per l'assistenza medica (generica e specialistica) è risultata la componente più dinamica del comparto, avendo messo a segno un +62,1 per cento nel Nord, un +51,3 per cento nel Centro e un +37,6 per cento nel Mezzogiorno.



**Tab.20 – Spesa sanitaria corrente per settori e aree geografiche**  
**Dati in milioni di euro a prezzi correnti (Anni 2001-2010)**

Aree geografiche	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Spesa pubblica (al netto della mobilità)									
Nord	34.925	36.679	37.834	41.089	43.924	45.234	47.402	49.169	50.636
Centro	15.415	15.997	16.825	19.266	20.241	21.248	21.791	22.281	22.622
Sud e Isole	26.947	28.349	29.082	31.656	34.457	35.796	36.382	37.241	37.563
Italia	77.288	81.025	83.741	92.011	98.622	102.278	105.575	108.690	110.820
Spesa delle famiglie									
Nord	12.580	13.462	13.883	14.217	14.567	14.820	15.160	15.543	15.836
Centro	4.784	5.106	5.256	5.421	5.556	5.726	5.704	5.848	5.958
Sud e Isole	6.258	6.588	6.842	6.975	7.161	7.295	7.438	7.626	7.770
Italia	23.622	25.155	25.981	26.613	27.285	27.841	28.303	29.017	29.564
Totale spesa sanitaria									
Nord	47.505	50.141	51.717	55.307	58.491	60.054	62.563	64.712	66.472
Centro	20.199	21.102	22.081	24.686	25.797	26.974	27.495	28.129	28.580
Sud e Isole	33.206	34.936	35.924	38.631	41.618	43.091	43.820	44.867	45.333
Italia	100.910	106.180	109.722	118.624	125.907	130.119	133.878	137.707	140.384

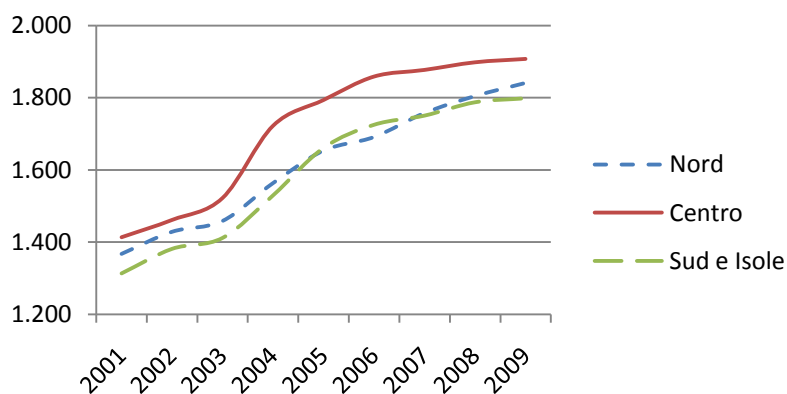
Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute e ISTAT

**Tab.21 – Spesa sanitaria corrente per settori e aree geografiche**  
**Numeri indici a prezzi correnti (Anno 2001 = 100)**

Aree geografiche	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Spesa pubblica (al netto della mobilità)									
Nord	100,0	105,0	108,3	117,6	125,8	129,5	135,7	140,8	145,0
Centro	100,0	103,8	109,1	125,0	131,3	137,8	141,4	144,5	146,8
Sud e Isole	100,0	105,2	107,9	117,5	127,9	132,8	135,0	138,2	139,4
Italia	100,0	104,8	108,3	119,0	127,6	132,3	136,6	140,6	143,4
Spesa delle famiglie									
Nord	100,0	107,0	110,4	113,0	115,8	117,8	120,5	123,6	125,9
Centro	100,0	106,7	109,9	113,3	116,1	119,7	119,2	122,2	124,5
Sud e Isole	100,0	105,3	109,3	111,4	114,4	116,6	118,9	121,9	124,2
Italia	100,0	106,5	110,0	112,7	115,5	117,9	119,8	122,8	125,2
Totale spesa sanitaria									
Nord	100,0	105,5	108,9	116,4	123,1	126,4	131,7	136,2	139,9
Centro	100,0	104,5	109,3	122,2	127,7	133,5	136,1	139,3	141,5
Sud e Isole	100,0	105,2	108,2	116,3	125,3	129,8	132,0	135,1	136,5
Italia	100,0	105,2	108,7	117,6	124,8	128,9	132,7	136,5	139,1

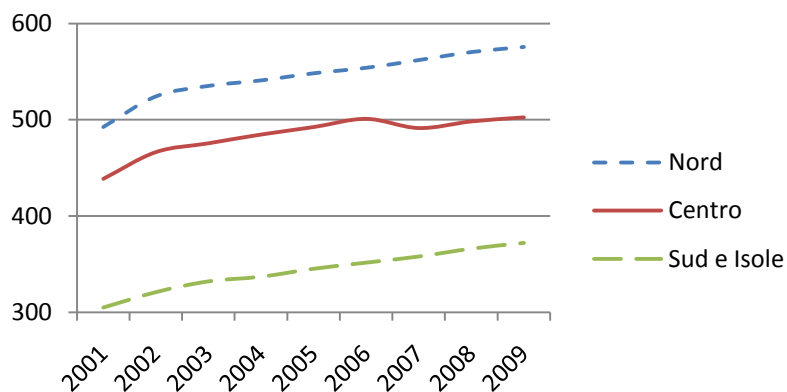
Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute e ISTAT

**Graf.9 – Spesa sanitaria pubblica pro capite per aree geografiche**  
**Dati assoluti in euro (Anni 2001-2009)**



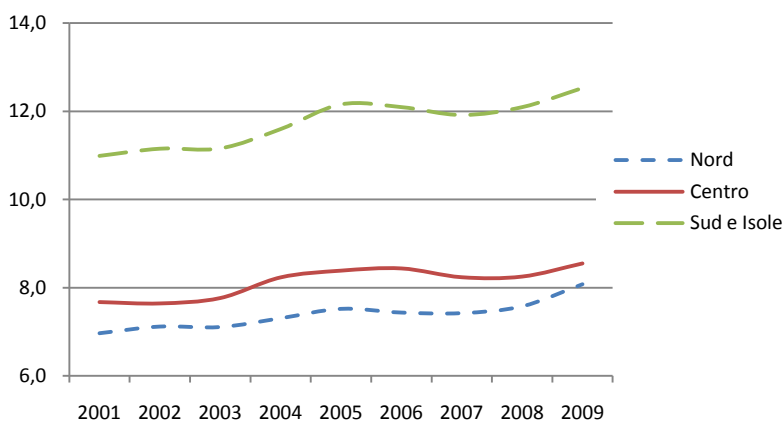
Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute

**Graf.10 – Spesa sanitaria delle famiglie pro capite per aree geografiche  
Dati assoluti in euro (Anni 2001-2009)**



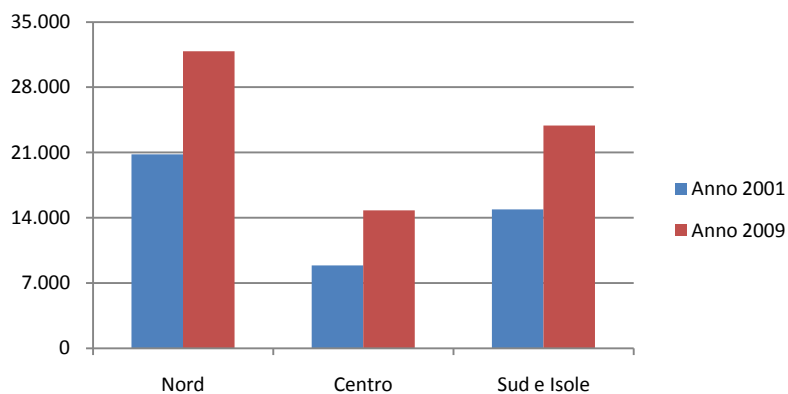
Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e Istituto Tagliacarne

**Graf.11 – Spesa sanitaria totale in % del Pil delle singole aree geografiche  
(Anni 2001-2009)**



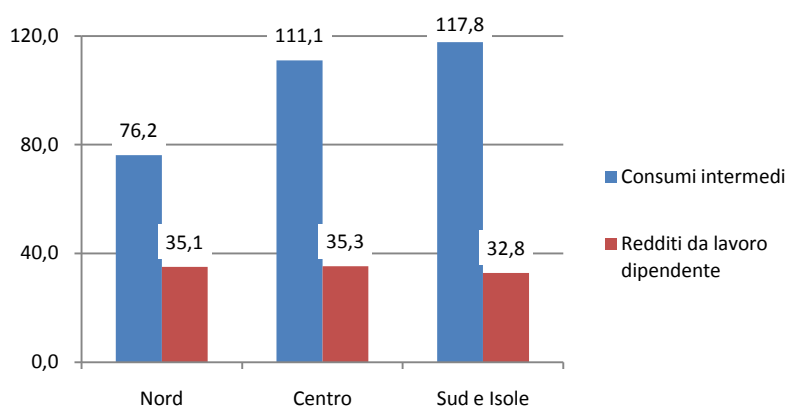
Fonte: Elaborazione Confindustria su dati di vari enti

**Graf.12 – Spesa pubblica per i servizi a gestione diretta per aree geografiche  
Dati assoluti in milioni di euro (Anni 2001 e 2009)**



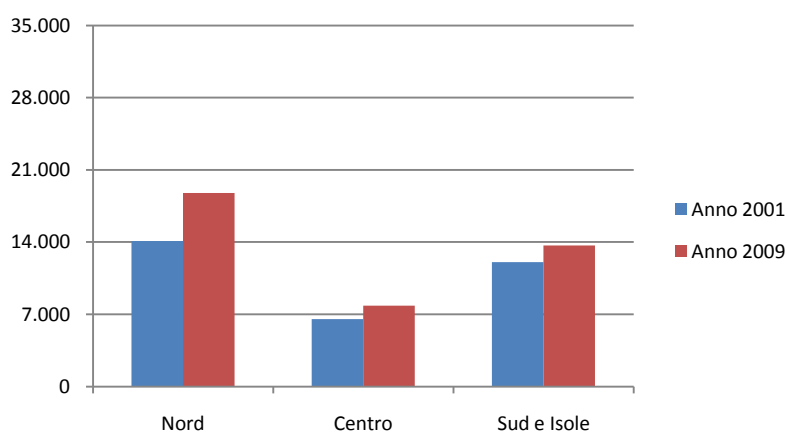
Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute

**Graf.13 – Principali voci di costo dei servizi a gestione diretta per aree geografiche  
Variazioni percentuali 2009/2001**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute

**Graf.14 – Spesa pubblica per i servizi in convenzione per aree geografiche  
Dati assoluti in milioni di euro (Anni 2001 e 2009)**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Ministero della Salute

### 8. L'assistenza farmaceutica territoriale

L'esigenza di porre sotto controllo la spesa farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale si era imposta negli anni passati, quando i tassi medi d'incremento sembravano aver raggiunto punte particolarmente alte. L'andamento tendenzialmente espansivo è continuato fino al 2004, anno nel corso del quale, con una spesa farmaceutica convenzionata pari a 11.988 milioni di euro, si era registrato un tasso d'incremento dell'8 per cento. Ma da quel momento in poi, se si fa eccezione del rimbalzo verificatosi a metà del decennio, la spesa ha cominciato a ridursi, fino ad assestarsi nel 2010 su un valore (10.936

milioni di euro secondo le stime dell'ISTAT) di 7,7 punti inferiore al picco evidenziato nel 2006 (12.334).

In genere, per il contenimento della dinamica della spesa farmaceutica convenzionata, gli interventi sono stati attuati finora facendo ricorso all'uno e/o all'altro dei seguenti strumenti:

- introduzione di un tetto alla spesa per l'assistenza farmaceutica;
- revisione del Prontuario Terapeutico Nazionale (PTN), consistente sostanzialmente nel ridurre il numero dei farmaci compresi nella classe A, che sono quelli totalmente a carico del SSN;
- imposizione per legge di una riduzione generalizzata dei prezzi nelle varie fasi della filiera del farmaco;
- aumento dello sconto posto a carico delle farmacie;
- introduzione o inasprimento dei ticket da parte delle regioni che presentano maggiori disavanzi di bilancio;
- erogazione diretta dei farmaci da parte delle ASL e delle aziende ospedaliere;
- promozione dell'utilizzo dei farmaci generici, in sostituzione delle specialità medicinali che risultano più care.

\*\*\*

Alla fine del mese di aprile 2010 si contavano in Italia un totale di 17.796 farmacie (16.246 private e 1.550 pubbliche), alle quali si affiancavano, secondo le rilevazioni del Ministero dello Sviluppo Economico (Osservatorio Nazionale del Commercio), 5.311 esercizi per la vendita al dettaglio di articoli sanitari e ortopedici.

Com'è noto, la distribuzione territoriale delle farmacie dipende da vari fattori e risente della carenza o della sovrapposizione delle norme succedutesi in passato. L'ultima in ordine di tempo è la legge n.362/91 sul riordino del settore, la quale stabilisce all'art.2 che il potere di aprire nuove farmacie spetti alle regioni e alle province autonome, purché sia rispettato il principio secondo cui non si debba avere più di una farmacia ogni 5.000 abitanti nei comuni minori (con popolazione fino a 12.500 abitanti) e una ogni 4.000 abitanti nei comuni maggiori (con popolazione superiore a 12.500 abitanti).

La distribuzione attuale presenta, tuttavia, livelli di variabilità che non trovano sufficienti spiegazioni di carattere economico: anche a volersi limitare ai dati

aggregati a livello regionale, dalle rilevazioni emerge che la rete delle postazioni farmaceutiche a disposizione del Molise (con una media di 1.905 abitanti per farmacia) risulta molto più “fitta” sia di quella dell’intero Paese (3.395 abitanti per farmacia), sia di quella di una regione, come il Lazio (3.866), che è stata già citata in questa sede.

Una variabilità territoriale così accentuata nella dotazione di farmacie sembra dipendere principalmente da due fattori. Il primo di questi è che in molte regioni, soprattutto in quelle con una particolare conformazione geomorfologica e con una presenza diffusa di piccole comunità montane e rurali, si è fatto ampio ricorso alla possibilità di apertura di strutture in deroga al summenzionato criterio demografico. Il secondo fattore che contribuisce a spiegare le accentuate differenze territoriali nel rapporto abitanti/farmacie è costituito, invece, dal fatto che in diverse regioni del Centro-Sud i concorsi per l’assegnazione di nuove autorizzazioni all’apertura di farmacie procedono estremamente a rilento.

**Tab.22a – Consistenza delle farmacie per regione alla fine di aprile 2010**

Regioni	Farmacie Private	Farmacie Pubbliche	Totale	Numero di abitanti per farmacia
Piemonte	1.432	104	1.536	2.897
Valle d' Aosta	42	7	49	2.611
Lombardia	2.357	425	2.782	3.541
Trentino-Alto Adige	256	27	283	3.645
Veneto	1.211	105	1.316	3.738
Friuli-Venezia Giulia	345	21	366	3.372
Liguria	570	23	593	2.724
Emilia Romagna	1.028	202	1.230	3.583
Toscana	889	220	1.109	3.369
Umbria	218	51	269	3.357
Marche	419	74	493	3.167
Lazio	1.321	153	1.474	3.866
Abruzzo	468	33	501	2.673
Molise	164	4	168	1.905
Campania	1.556	50	1.606	3.627
Puglia	1.071	26	1.097	3.724
Basilicata	201	3	204	2.885
Calabria	759	1	760	2.644
Sicilia	1.407	12	1.419	3.555
Sardegna	532	9	541	3.092
<i>Nord</i>	<i>7.241</i>	<i>914</i>	<i>8.155</i>	<i>3.389</i>
<i>Centro</i>	<i>2.847</i>	<i>498</i>	<i>3.345</i>	<i>3.557</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>6.158</i>	<i>138</i>	<i>6.296</i>	<i>3.317</i>
<b>ITALIA</b>	<b>16.246</b>	<b>1.550</b>	<b>17.796</b>	<b>3.395</b>

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Federfarma e ISTAT

**Tab.22b – Numero delle ricette e spesa farmaceutica convenzionata per regione  
(Anno 2010)**

Regioni	DATI ASSOLUTI			VARIAZIONI % 2010/2009		
	Ricette (Migliaia)	Spesa lorda (Milioni di euro)	Spesa netta (Milioni di euro)	Ricette	Spesa lorda	Spesa netta
Piemonte	40.973,2	910,4	799,7	3,2	-3,8	-3,6
Liguria	16.635,3	363,6	319,2	1,6	-1,2	-2,6
Valle d' Aosta	1.063,7	24,2	21,9	3,3	2,8	2,1
Lombardia	74.916,8	1.945,1	1.613,4	3,8	1,3	1,2
Veneto	38.995,5	925,0	769,6	3,8	0,8	0,0
Bolzano	2.960,2	72,6	61,4	4,5	4,6	2,8
Trento	4.003,9	86,6	78,5	3,6	2,1	1,6
Friuli-Venezia Giulia	11.153,4	256,0	230,2	4,5	4,7	4,3
Emilia Romagna	42.115,5	823,4	745,4	4,0	1,1	-0,6
Marche	16.120,8	320,5	287,5	1,4	-0,9	-1,6
Toscana	38.089,2	700,9	625,5	3,7	1,3	-1,5
Lazio	61.209,3	1.406,2	1.201,2	4,0	1,4	0,0
Umbria	10.156,0	178,2	160,9	3,4	1,4	1,1
Abruzzo	14.420,1	307,4	264,4	2,6	3,0	1,2
Molise	3.320,5	68,8	59,0	1,5	-6,2	-7,0
Campania	59.576,8	1.271,9	1.090,9	-2,1	-0,3	-2,4
Puglia	47.046,7	1.004,8	890,7	4,3	0,2	-1,3
Basilicata	6.749,2	120,2	108,8	3,2	-6,0	-6,3
Calabria	22.555,0	519,7	442,0	-3,6	-2,8	-4,4
Sicilia	56.930,7	1.274,5	1.055,5	2,5	1,5	0,3
Sardegna	17.805,1	387,8	348,6	4,0	3,2	2,8
<i>Nord</i>	<i>232.817,5</i>	<i>5.406,9</i>	<i>4.639,4</i>	<i>3,6</i>	<i>0,3</i>	<i>-0,2</i>
<i>Centro</i>	<i>125.575,4</i>	<i>2.605,7</i>	<i>2.275,2</i>	<i>3,5</i>	<i>1,1</i>	<i>-0,5</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>228.404,1</i>	<i>4.955,3</i>	<i>4.259,9</i>	<i>1,1</i>	<i>0,2</i>	<i>-1,3</i>
<i>Italia</i>	<i>586.797,0</i>	<i>12.967,9</i>	<i>11.174,4</i>	<i>2,6</i>	<i>0,4</i>	<i>-0,7</i>

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Federfarma

## **CAP. IV – STIMA DEGLI AGGREGATI ECONOMICI E SPESE PER LA RICERCA**

### *1. Definizione degli aggregati e fonti statistiche*

Gli aggregati economici della filiera della salute di cui si è provveduto ad effettuare una stima sono rispettivamente: il numero complessivo degli occupati, con evidenziazione della quota rappresentata dai lavoratori dipendenti; il valore della produzione espresso ai prezzi base; il valore aggiunto, calcolato anch'esso ai prezzi base; il reddito da lavoro dipendente, con evidenziazione della quota rappresentata dalle retribuzioni lorde.

Posto che la valutazione è stata effettuata per ciascuno dei cinque comparti che formano oggetto della ricerca, occorre aggiungere che, mentre per gli anni 2007-2009 si è proceduto al calcolo con criteri prevalentemente diretti e con il livello di affidabilità consentito dall'ampia documentazione statistica utilizzata; per il 2010, invece, a causa del minore volume di dati di base disponibili, si è fatto ricorso ad una stima della variazioni registrate rispetto al 2009 i cui risultati sono da ritenere provvisori e suscettibili di qualche lieve rettifica.

Allo scopo di interpretare correttamente il contenuto dei singoli aggregati, di essi viene qui di seguito fornita una breve descrizione.

#### ▪ *Numero occupati in totale e alle dipendenze*

Per occupato s'intende la persona che, in qualità di lavoratore dipendente o indipendente (compresi gli eventuali coadiuvanti), partecipa con il proprio lavoro all'attività produttiva dell'impresa o istituzione di cui fa parte, ricavandone un compenso. La quota numericamente più importante dell'occupazione è costituita dai dipendenti, che comprendono dirigenti, quadri intermedi, impiegati, operai e assimilati. Come si è in precedenza accennato, oltre agli occupati stagionali, part-time o con contratto di lavoro atipico (lavoratori a progetto, ecc.), la categoria include i lavoratori irregolari, che nel nostro caso rappresentano tuttavia una quota marginale o addirittura del tutto trascurabile.

#### ▪ *Valore della produzione*

E' compreso in tale aggregato sia il valore dei beni prodotti e destinati ad attraversare i vari anelli della catena fino a giungere al consumatore finale, sia i servizi erogati (a pagamento o a titolo gratuito) alle varie categorie di utenti.

Seguendo i concetti e le definizioni della contabilità nazionale, è necessario effettuare una distinzione tra il complesso delle attività industriali (nella duplice compartimentazione da noi adottata) e quello dei servizi sanitari, da una parte, e le attività d'intermediazione dall'altra. Mentre per i primi tre comparti il concetto di produzione è chiaro e non necessita di particolari delucidazioni, lo stesso non può dirsi per le attività d'intermediazione, che nel nostro caso comprendono sia il commercio all'ingrosso sia quello al dettaglio. Secondo i principi che informano gli schemi di contabilità nazionale, considerare i ricavi delle vendite (ossia il fatturato) come se fossero il risultato della "produzione" realizzata dall'operatore commerciale è errato. E ciò perché l'impresa in questione non produce, né trasforma fisicamente le materie prime che ha acquistato dall'industria, ma si limita a rivendere i prodotti acquistati senza alterarne sostanzialmente il contenuto. D'altra parte, attribuire al commercio una produzione che è stata già registrata dall'industria significherebbe sommare due volte la stessa cosa, incorrendo pertanto in una duplicazione. Ad evitare che ciò avvenga, si considera come produzione del commercio il valore che si ottiene sottraendo dai ricavi delle vendite i costi dei relativi acquisti, ossia il margine lordo o mark-up.

▪ *Valore aggiunto*

Il valore aggiunto di ciascuna impresa o istituzione, così come quello di qualsiasi raggruppamento di unità produttive, è dato dall'eccedenza del valore della produzione (output) sul valore dei beni e servizi intermedi (input) che, acquistati da altre unità produttive o importati dall'estero, vengono interamente immessi nel processo produttivo. In pratica, i beni e servizi intermedi che costituiscono l'input vengono sinteticamente denominati "materie prime".

Per le attività commerciali, avendo già dedotto, ai fini del calcolo della produzione, il valore degli acquisti dei prodotti da rivendere come tali, le materie prime da considerare si riducono alle spese sostenute per imballaggi, energia elettrica, manutenzione ordinaria dei locali, pulizia, spese telefoniche, pubblicitarie, ecc.



▪ *Spese per il personale (o redditi da lavoro dipendente)*

Una quota più o meno elevata del valore aggiunto è costituita dal costo sostenuto dai datori di lavoro in corrispettivo del lavoro prestato dal personale dipendente. Definita come reddito da lavoro dipendente, essa comprende sia le retribuzioni lorde (ossia i salari e gli stipendi mensilmente corrisposti ai lavoratori, al lordo delle ritenute), sia gli oneri sociali a carico degli stessi datori di lavoro.

Anche gli altri redditi che derivano dalla distribuzione del valore aggiunto (e cioè i redditi di puro lavoro degli indipendenti e quelli da capitale-impresa) vengono calcolati al lordo degli oneri fiscali e previdenziali versati ai competenti uffici della Pubblica Amministrazione.

\*\*\*

Per completezza di esposizione, si fa seguire adesso l'elenco delle principali fonti statistiche alle quali si è fatto ricorso per la valutazione degli aggregati, cominciando ovviamente dall'Istituto Nazionale di Statistica.

*a) Rilevazioni dell'ISTAT*

Oltre alle rilevazioni censuarie (l'ultima della quali eseguita purtroppo nel lontano 2001), i principali dati strutturali identificativi delle imprese e istituzioni considerate provengono dagli archivi. Il principale di essi, denominato "ASIA" (Archivio Statistico delle Imprese Attive), contiene una serie d'informazioni utili, fra le quali quelle riguardanti il numero delle imprese e i relativi addetti e il numero delle unità locali, corredato anch'esso dal numero di addetti. Si tratta di dati attualmente aggiornati al 31 dicembre 2008 e aggregabili a qualsiasi livello settoriale, ma che escludono ovviamente gli enti della Pubblica amministrazione e alcune attività professionali.

Altre informazioni utili ai fini della ricerca si possono desumere dai conti economici consolidati dei principali settori di attività che, pur essendo aggiornati al 2010, non contemplano purtroppo un dettaglio paragonabile a quello dei comparti considerati; ragione, questa, per la quale è stato utilizzato lo schema di riferimento riportato nell'introduzione.

Limitatamente al comparto farmaceutico, l'ISTAT calcola mensilmente tre numeri indici (l'uno riguardante la produzione in termini quantitativi e gli altri il valore del fatturato e degli ordinativi) la cui importanza, anche ai fini

dell'aggiornamento dei dati, è notevole. Sempre a cadenza mensile, e con riferimento in particolare alle industrie farmaceutiche, si dispone inoltre, limitatamente alle imprese che hanno 500 o più dipendenti, degli indici sull'occupazione, le ore di lavoro (al netto della CIG) e le retribuzioni.

*b) Rilevazioni del Ministero della Salute*

Con riferimento agli enti del Servizio Sanitario Nazionale, il Ministero della Salute rileva annualmente i dati riguardanti la consistenza del personale, l'attività dei servizi di assistenza territoriale, l'assistenza ospedaliera e molti altri elementi (anche di carattere economico-giuridico) che trovano tra l'altro adeguata collocazione nella *Relazione sullo stato sanitario del Paese*, l'ultima delle quali, riferita agli anni 2007-2008, ha visto la luce alla fine del 2009.

I dati sul finanziamento del SSN e sulle entrate e le spese delle singole regioni, con analisi dettagliate per funzione, vengono inoltre esposti e commentati nella *Relazione generale sulla situazione economica del Paese*.

*c) Rilevazioni dell'INPS*

Con riferimento, anche in questo caso, alle classi di attività di ordine superiore ai comparti da noi considerati, l'INPS pubblica a cadenza annuale (ma con un'analisi al livello mensile) i dati statistici riguardanti il numero degli occupati alle dipendenze delle imprese e le relative retribuzioni lorde.

La particolarità dell'indagine (condotta dall'INPS sulla base dei dati contenuti nell'archivio DM10) consiste nel fatto che sia la consistenza degli occupati sia il valore delle retribuzioni vengono distinti secondo le consuete figure professionali di cui si è fatto cenno in precedenza.

*d) Rilevazioni dell'Unioncamere*

Con riferimento ai singoli comparti da noi esaminati, utili informazioni possono essere tratte dalla banca dati Telemaco, nella quale sono raccolti e opportunamente ripartiti i bilanci di esercizio delle imprese iscritte nei registri camerali. Per ogni singolo comparto, è possibile ottenere delle stime sul valore della produzione e sul numero degli addetti, ripartiti tra dipendenti e indipendenti.

*e) Rilevazioni di altri enti*

Tra le altre fonti dalle quali è possibile desumere informazioni di carattere prevalentemente qualitativo (come, ad esempio, il Censis e l'Istituto Superiore

di Sanità), o più specificamente dati di ordine quantitativo, si citano la Federfarma (per le spese annuali relative all'assistenza farmaceutica convenzionata), l'Assofarma (per la consistenza delle farmacie e il relativo numero di addetti), l'IMS-Health (per la rilevazione mensile del mercato farmaceutico), l'Osservatorio Nazionale del Commercio (per gli esercizi di vendita all'ingrosso di prodotti farmaceutici e per la vendita al dettaglio di articoli medicali e ortopedici)

## *2. L'andamento della filiera nel 2008*

Dall'utilizzazione congiunta dei dati tratti dalle fonti sopra citate, ove necessario integrati con le informazioni che su taluni aspetti sono state elaborate da Farminindustria, è stato possibile pervenire, per gli anni 2007 e 2008, ai valori degli aggregati che compaiono nel prospetto allegato. Valori che possono leggermente divergere, anche per motivi di ordine concettuale e metodologico, da quelli in precedenza calcolati dal Comitato Tecnico Sanità di Confindustria.

Da un primo esame dei risultati di sintesi ottenuti emerge che, al di là delle diverse performance registrate dai singoli comparti e in contrasto con l'opinione di alcuni studiosi secondo i quali il settore sarebbe poco sensibile alle oscillazioni della congiuntura, quello che si presenta agli occhi dell'osservatore è un panorama costellato di poche luci e molte ombre. Pur presentando infatti caratteristiche strutturali e dinamiche non proprio uguali a quelle degli altri principali settori produttivi, la filiera della salute non è riuscita a sottrarsi alla fase di rallentamento che ha contrassegnato l'evoluzione dell'economia italiana, soprattutto nella seconda parte del 2008, alla vigilia della ben nota inversione di tendenza del ciclo.

Ripartendo i singoli comparti fra i tre settori di appartenenza, dalla Tab.23 si rileva anzitutto che la produzione complessiva della filiera della salute, resa omogenea con la modifica alla quale si è fatto cenno, ha raggiunto nel 2008 il valore di 158.849 milioni di euro; valore solo di poco inferiore a quello che nello stesso anno ha conseguito il settore delle costruzioni e quasi doppio rispetto a quello del settore bancario. La quota più consistente della produzione, pari al 67,1 per cento del totale, è stata realizzata dal complesso dei servizi sanitari,

mentre i due comparti dell'industria si sono aggiudicati il 21,2 per cento e l'intermediazione, complessivamente considerata, il restante 11,7 per cento.

Rispetto al 2007, il valore della produzione della filiera si è accresciuto dell'1,6 per cento, tenuto conto che la flessione fatta registrare dall'industria farmaceutica (-2,1 per cento in termini monetari) è stata più che compensata dalle variazioni positive messe a segno da tutti gli altri comparti e segnatamente dai servizi sanitari (+2,5 per cento) e dalle attività commerciali (+1,8 per cento).

In definitiva, si è ripetuto per i settori in esame ciò che a livello aggregato ha contrassegnato la dinamica dell'intera economia nazionale, nell'ambito della quale, ad una sostanziale stazionarietà o un modesto incremento monetario dell'area dei servizi, ha fatto riscontro un forte calo della produzione industriale determinato sia dalla rarefazione della domanda interna, sia dallo scarso dinamismo manifestato dalla domanda estera.

La flessione accusata dalla produzione farmaceutica ha trovato conferma in una riduzione quasi dello stesso ordine di grandezza dell'occupazione (-2,0 per cento); e ciò in lieve contrasto con l'altro comparto industriale (quello dedito alla produzione dei dispositivi medici) che, nonostante il calo ancora più marcato registrato dall'occupazione (-3,4 per cento), ha visto il valore della produzione accrescersi al sia pur modesto tasso dell'1,2 per cento.

Quasi irrilevante è risultata invece la variazione dell'occupazione registrata dal commercio all'ingrosso, mentre il commercio al dettaglio con un +1,3 per cento e soprattutto i servizi sanitari con un +1,8 per cento sono stati in grado di far salire l'occupazione complessiva della filiera ad un livello (1 milione e 549 mila addetti) superiore dell'1,2 per cento a quello del 2007.

Non molto diversa da quella dell'intera occupazione è risultata la dinamica dell'occupazione alle dipendenze, accresciutasi tra i due anni di oltre un punto percentuale per effetto, anche in questo caso, del più favorevole andamento fatto registrare dal commercio al dettaglio (+1,4 per cento) e dal complesso dei servizi sanitari (+1,8 per cento).

In concomitanza con le modifiche subite dai livelli occupazionali, anche le retribuzioni hanno registrato nel 2008 variazioni diverse da settore a settore, ma tutte di segno positivo. L'attività contrattuale è risultata durante l'anno particolarmente intensa: molti contratti di lavoro sono stati rinnovati, mentre per

quelli già scaduti, perché riferiti al biennio economico 2007-2008, sono stati versati i primi acconti. E' stato questo, fra l'altro, il caso del personale del SSN, per il quale le aziende hanno provveduto a mettere a regime i valori del trattamento economico spettante al personale dipendente, ad eccezione dei dirigenti il cui contratto è stato stipulato soltanto nel mese di ottobre. Situazione pressoché analoga è quella che si è verificata per i lavoratori del commercio e delle strutture assimilate, per i quali la decorrenza dei miglioramenti economici, com'è stato correttamente registrato dall'ISTAT, è stata fissata a partire dal mese di luglio 2008.

Tenuto conto, oltre che degli aumenti salariali, anche della corrispondente lievitazione degli oneri sociali, il costo del lavoro per dipendente ha quindi registrato, per l'intera filiera, un incremento monetario pro capite mediamente pari al 3,5 per cento, a sua volta compreso tra il valore minimo del 2,0 per cento del commercio all'ingrosso e il valore massimo del 3,9 per cento della industria del farmaco.

Visti nel loro complesso, inoltre, i redditi da lavoro dipendente sono ammontati a 52.136 milioni di euro, avendo assorbito il 58,2 per cento dell'intero valore aggiunto. Il quale ultimo – considerato il risultato di sintesi dell'attività svolta dall'insieme dei cinque comparti che compongono la filiera – ha segnato una variazione (+3,2 per cento in termini monetari) quasi uguale a quella dell'indice dei prezzi al consumo (+3,4 per cento); e ciò nonostante il soddisfacente andamento dei servizi sanitari (+4,2 per cento). In estrema sintesi, si può quindi dire che il 2008 ha rappresentato per la filiera della salute, se non un anno di recessione così come per l'intera economia nazionale, certamente un anno di stagnazione e di crescenti difficoltà congiunturali.

Come per la produzione, anche per il valore aggiunto la distribuzione fra i tre grandi settori vede al primo posto i servizi sanitari, che del valore complessivo dell'aggregato (attestatosi, nel 2008, a 89.557 milioni di euro) si sono aggiudicati addirittura il 79,7 per cento, superando di gran lunga sia il peso dei due comparti industriali (11,6 per cento), sia quello delle attività commerciali (8,7 per cento).

In considerazione della diversa incidenza dei coefficienti di spesa e del forte squilibrio esistente tra i dati, con la schiacciante prevalenza del comparto assistenziale, è sembrato opportuno sostituire ai valori assoluti degli aggregati i

corrispondenti valori relativi. Più precisamente, sono stati calcolati per ogni comparto due rapporti: 1) il valore aggiunto per occupato, che costituisce un indicatore generico della produttività del lavoro; 2) il costo totale del lavoro per dipendente, che può essere considerato come un indicatore del grado di equilibrio nella distribuzione del reddito. Tra le due serie di rapporti esiste una relazione diretta, nel senso che al crescere della produttività cresce generalmente anche la quota del valore aggiunto rappresentata dal reddito da lavoro pro capite. Una relazione che si rende immediatamente visibile anche osservando la tabella allegata, dalla quale si evince, ad esempio, che non solo la produttività del comparto farmaceutico è la più alta tra quelle evidenziate, ma anche che il reddito da lavoro pro capite dei propri dipendenti risulta superiore a quello degli altri comparti.

**Tab.23 – Principali aggregati della filiera della salute**  
**Valori in milioni di euro, salvo diversa indicazione (Anni 2007 e 2008)**

Comparti	Occupati (migliaia)		Produzione ai prezzi base	Valore aggiunto ai prezzi base	Costo del lavoro	
	Totale	di cui dipendenti			Totale	di cui retribuz. lorde
ANNO 2007						
INDUSTRIA	149,4	124,0	34.020	10.586	6.206	4.386
Industria farmaceutiche	70,8	68,3	24.022	6.887	4.180	2.948
Industria dei dispositivi medici	78,6	55,7	9.998	3.699	2.026	1.438
COMMERCIO	135,0	85,6	18.296	7.663	3.418	2.461
Commercio all'ingrosso	48,3	35,1	6.556	2.708	1.393	1.015
Commercio al dettaglio	86,7	50,5	11.740	4.955	2.025	1.446
SERVIZI SANITARI	1245,8	1036,0	104.015	68.556	40.108	28.866
TOTALE	1530,2	1245,6	156.331	86.805	49.732	35.713
ANNO 2008						
INDUSTRIA	145,3	120,6	33.644	10.346	6.272	4.425
Industria farmaceutiche	69,4	66,9	23.527	6.623	4.244	2.989
Industria dei dispositivi medici	75,9	53,7	10.117	3.723	2.028	1.436
COMMERCIO	136,2	86,1	18.629	7.807	3.514	2.527
Commercio all'ingrosso	48,4	34,9	6.563	2.711	1.413	1.028
Commercio al dettaglio	87,8	51,2	12.066	5.096	2.101	1.499
SERVIZI SANITARI	1.267,7	1.054,4	106.576	71.404	42.350	30.446
TOTALE	1.549,2	1.261,1	158.849	89.557	52.136	37.398
VARIAZIONI PERCENTUALI 2008/2007						
INDUSTRIA	-2,7	-2,7	-1,1	-2,3	1,1	0,9
Industria farmaceutiche	-2,0	-2,0	-2,1	-3,8	1,5	1,4
Industria dei dispositivi medici	-3,4	-3,6	1,2	0,6	0,1	-0,1
COMMERCIO	0,9	0,6	1,8	1,9	2,8	2,7
Commercio all'ingrosso	0,2	-0,6	0,1	0,1	1,4	1,3
Commercio al dettaglio	1,3	1,4	2,8	2,8	3,8	3,7
SERVIZI SANITARI	1,8	1,8	2,5	4,2	5,6	5,5
TOTALE	1,2	1,2	1,6	3,2	4,8	4,7

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

**Tab.24 – Valore aggiunto e costo del lavoro (totali e pro capite)  
nei principali comparti della filiera della salute (Anni 2007 e 2008)**

Comparti	Valore aggiunto (milioni di euro)	Addetti (migliaia)	Valore aggiunto per addetto (euro)	Costo del lavoro (milioni di euro)	Dipendenti (migliaia)	Costo del lavoro per dipendente (euro)
ANNO 2007						
INDUSTRIA	10.586	149,4	70.857	6.206	124,0	50.048
Industria farmaceutiche	6.887	70,8	97.274	4.180	68,3	61.201
Industria dei dispositivi medici	3.699	78,6	47.061	2.026	55,7	36.373
COMMERCIO	7.663	135,0	56.763	3.418	85,6	39.930
Commercio all'ingrosso	2.708	48,3	56.066	1.393	35,1	39.687
Commercio al dettaglio	4.955	86,7	57.151	2.025	50,5	40.099
SERVIZI SANITARI	68.556	1.245,8	55.030	40.108	1.036,0	38.714
TOTALE	86.805	1.530,2	56.728	49.732	1.245,6	39.926
ANNO 2008						
INDUSTRIA	10.346	145,3	71.204	6.272	120,6	52.007
Industria farmaceutiche	6.623	69,4	95.432	4.244	66,9	63.438
Industria dei dispositivi medici	3.723	75,9	49.051	2.028	53,7	37.765
COMMERCIO	7.807	136,2	57.320	3.514	86,1	40.813
Commercio all'ingrosso	2.711	48,4	56.012	1.413	34,9	40.487
Commercio al dettaglio	5.096	87,8	58.041	2.101	51,2	41.035
SERVIZI SANITARI	71.404	1.267,7	56.326	42.350	1.054,4	40.165
TOTALE	89.557	1.549,2	57.809	52.136	1.261,1	41.342
VARIAZIONI PERCENTUALI 2008/2007						
INDUSTRIA	-2,3	-2,7	0,5	1,1	-2,7	3,9
Industria farmaceutiche	-3,8	-2,0	-1,9	1,5	-2,0	3,7
Industria dei dispositivi medici	0,6	-3,4	4,2	0,1	-3,6	3,8
COMMERCIO	1,9	0,9	1,0	2,8	0,6	2,2
Commercio all'ingrosso	0,1	0,2	-0,1	1,4	-0,6	2,0
Commercio al dettaglio	2,8	1,3	1,6	3,8	1,4	2,3
SERVIZI SANITARI	4,2	1,8	2,4	5,6	1,8	3,7
TOTALE	3,2	1,2	1,9	4,8	1,2	3,5

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

### 3. L'andamento della filiera nel 2009

La grave recessione che ha colpito l'economia italiana nel 2009 ha avuto un impatto non trascurabile sulla generalità dei comparti che compongono la filiera della salute. Il livello della produzione e dell'occupazione è arretrato nei comparti industriali, anche se in misura molto meno pronunciata rispetto al complesso delle attività manifatturiere; mentre ha evidenziato un significativo rallentamento nei comparti della distribuzione e dei servizi assistenziali.

La deludente performance della filiera, ascrivibile alla sfavorevole evoluzione di tutte le componenti della domanda, trova conferma nel fatto che il valore aggiunto a prezzi correnti si è accresciuto, nel complesso, di poco più di mezzo punto percentuale rispetto all'anno precedente, attestandosi a 90.152 milioni di euro, corrispondenti al 6,6 per cento del totale stimato dall'ISTAT per l'intera economia.

A livello settoriale sono emersi, come si è già detto, andamenti piuttosto differenziati. Nonostante la sostanziale tenuta delle vendite all'estero, il reddito prodotto dall'industria farmaceutica ha segnato un calo dell'1,9 per cento in termini monetari; e ancora peggio ha fatto l'industria dei dispositivi medici, che con una variazione del reddito pari a -5,6 per cento può essere considerato il comparto che ha più risentito dei contraccolpi della crisi. Il che non sorprende se si considera che la domanda di dispositivi medici, così come quella di altri beni durevoli e semidurevoli, risulta più sensibile alle oscillazioni del quadro congiunturale. Si badi, però, che il dato dell'industria in esame assume una diversa rilevanza se viene letto alla luce delle stime elaborate dall'ISTAT per i vari settori della meccanica; stime dalle quali emerge una caduta del prodotto netto a prezzi correnti mediamente superiore al 14 per cento.

Non è peraltro da escludere che le flessioni del valore aggiunto nei due comparti manifatturieri della filiera siano state in termini quantitativi più contenute di quelle rilevate in termini monetari, tenuto conto che nel 2009 i prezzi dell'output si sono ridotti in misura apprezzabile (come suffragato dai risultati delle indagini condotte da Farindustria, Assobiomedica e ISTAT) e che analoghe tendenze avrebbero evidenziato i prezzi dell'input, almeno a giudicare dall'andamento dei listini delle materie prime energetiche.

Nella distribuzione commerciale si sono registrate variazioni di segno contrario, essendo diminuito il valore aggiunto dell'1,6 per cento negli esercizi all'ingrosso ed aumentato dell'1,4 per cento negli esercizi al dettaglio. Per quanto riguarda più specificamente la distribuzione al dettaglio, si tenga presente che nel 2009 la spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica territoriale si è accresciuta di mezzo punto percentuale (portandosi a 18.911 milioni di euro), avendo segnato un -1,2 per cento la spesa netta a carico del SSN e un +3,1 per cento quella a carico delle famiglie. Quest'ultimo dato è essenzialmente riconducibile ai maggiori esborsi sostenuti dalle famiglie per le compartecipazioni (+32,3 per cento) e per i prodotti non rimborsabili (+2,7 per cento).

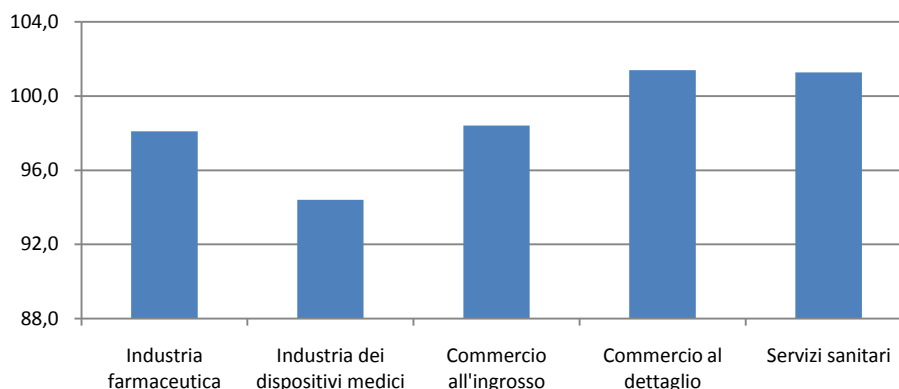
In decelerazione è apparso anche il valore aggiunto dei servizi assistenziali, essendo passato il tasso nominale di crescita di tale aggregato dal 4,2 per cento del 2008 all'1,3 per cento del 2009. Sul risultato del settore in esame ha pesato la riduzione di due punti percentuali delle spese per il personale degli enti sanitari



locali (Asl, aziende ospedaliere, cliniche universitarie e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico); diminuzione che interviene dopo il balzo in avanti del 2008 (+10 per cento).

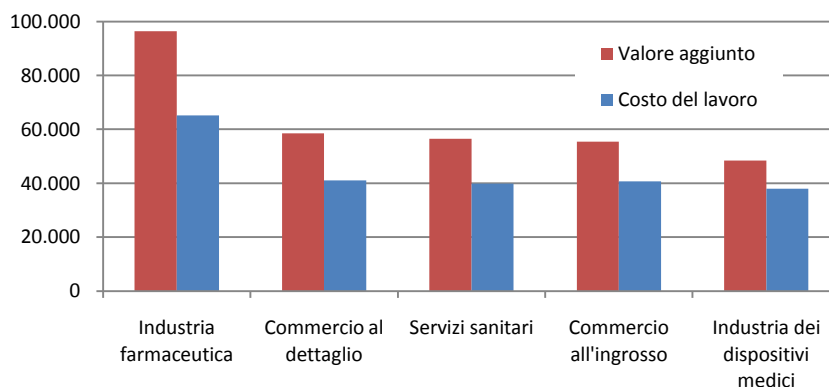
Tendenze non molto dissimili da quelle del reddito si sono riscontrate anche per l'occupazione misurata in termini di teste. Nel 2009, in particolare, il numero degli addetti nei vari comparti della filiera è risultato pari a 1 milione e 555 mila unità, corrispondenti al 6,3 per cento del totale nazionale. Rispetto all'anno precedente, esso si è accresciuto dello 0,4 per cento, contro il -1,7 per cento dell'intera economia italiana. A livello settoriale la consistenza degli occupati ha evidenziato un netto calo nelle attività industriali (-3,6 per cento), una sostanziale invarianza nei comparti della distribuzione commerciale (+0,2 per cento) e una moderata espansione nei servizi sanitari (+0,9 per cento).

**Graf.15 – Valore aggiunto a prezzi correnti – Anno 2009**  
Numeri indici (base 2008 = 100)



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

**Graf.16 – Valore aggiunto per occupato e costo del lavoro per dipendente**  
Dati in euro (Anno 2009)



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

**Tab.25 – Valore aggiunto e costo del lavoro (totali e pro capite)  
nei principali comparti della filiera della salute (Anno 2009)**

Comparti	Valore aggiunto (milioni di euro)	Addetti (migliaia)	Valore aggiunto per addetto (euro)	Costo del lavoro (milioni di euro)	Dipendenti (migliaia)	Costo lavoro per dipendente (euro)
ANNO 2009						
INDUSTRIA	10.012	140,0	71.500	6.274	117,9	53.201
Industria farmaceutica	6.497	67,4	96.415	4.293	65,8	65.214
Industria dei dispositivi medici	3.515	72,6	48.385	1.981	52,1	38.023
COMMERCIO	7.835	136	57.430	3.522	86,1	40.906
Commercio all'ingrosso	2.668	48,1	55.460	1.412	34,7	40.692
Commercio al dettaglio	5.167	88,3	58.503	2.110	51,4	41.051
SERVIZI SANITARI	72.305	1.279,1	56.528	42.308	1.061,8	39.846
TOTALE	90.152	1.555,1	57.955	52.104	1.265,8	41.162
VARIAZIONI PERCENTUALI 2009/2008						
INDUSTRIA	-3,2	-3,6	0,4	0,0	-2,2	2,3
Industria farmaceutica	-1,9	-2,9	1,0	1,2	-1,6	2,8
Industria dei dispositivi medici	-5,6	-4,3	-1,4	-2,3	-3,0	0,7
COMMERCIO	0,4	0,2	0,2	0,2	0,0	0,2
Commercio all'ingrosso	-1,6	-0,6	-1,0	-0,1	-0,6	0,5
Commercio al dettaglio	1,4	0,6	0,8	0,4	0,4	0,0
SERVIZI SANITARI	1,3	0,9	0,4	-0,1	0,7	-0,8
TOTALE	0,7	0,4	0,3	-0,1	0,4	-0,4
VARIAZIONI PERCENTUALI 2009/2007						
INDUSTRIA	-5,4	-6,3	0,9	1,1	-4,9	6,3
Industria farmaceutiche	-5,7	-4,8	-0,9	2,7	-3,6	6,6
Industria dei dispositivi medici	-5,0	-7,6	2,8	-2,2	-6,5	4,5
COMMERCIO	2,2	1,1	1,2	3,0	0,6	2,4
Commercio all'ingrosso	-1,5	-0,4	-1,1	1,4	-1,1	2,5
Commercio al dettaglio	4,3	1,9	2,4	4,2	1,8	2,4
SERVIZI SANITARI	5,5	2,7	2,7	5,5	2,5	2,9
TOTALE	3,9	1,7	2,2	4,8	1,6	3,1

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

\*\*\*

Per concludere queste brevi note sui risultati economici conseguiti dalla filiera della salute, è interessante esaminare come si ripartiscono a livello regionale i due principali aggregati presi in esame nei precedenti paragrafi, e cioè: il valore aggiunto ai prezzi base e il numero degli addetti.

Premesso che per la stima regionale di questi due aggregati ci si è avvalsi soprattutto delle elaborazioni effettuate dall'ISTAT e dal Ministero della Salute, dai dati contenuti nella tabella allegata si rileva anzitutto che nel 2009 il 52,7 per cento del reddito prodotto dalla filiera è stato assorbito dall'Italia settentrionale, il 19,8 per cento da quella centrale ed il rimanente 27,5 per cento da quella meridionale e insulare. La Lombardia da sola ha contribuito per il 21,5 per cento alla formazione del valore aggiunto realizzato dalla filiera, seguita nell'ordine da Lazio (10,1 per cento), Piemonte (8,1 per cento), Veneto (7,9 per cento), Emilia Romagna (7,9 per cento) e Sicilia (7,4 per cento). In fondo alla graduatoria si

collocano ovviamente le regioni più piccole, cioè Valle d'Aosta e Molise, con incidenze sul valore aggiunto rispettivamente pari a 0,2 e 0,5 per cento.

A risultati non molto dissimili da quelli appena esposti si perviene se si considera la ripartizione territoriale degli addetti: anche in questo caso, infatti, la Lombardia e il Lazio (con percentuali rispettivamente pari a 20,0 e 9,6 per cento) distanziano nettamente le altre regioni del Paese (cfr. Tab.26).

**Tab.26 – Valore aggiunto e addetti della filiera della salute per regione (Anno 2009)**

Regioni	Valore aggiunto		Addetti	
	In milioni di euro	Comp. %	In migliaia	Comp. %
Piemonte	7.330	8,1	127,9	8,2
Valle d'Aosta	180	0,2	3,6	0,2
Lombardia	19.351	21,5	310,7	20,0
Trentino-Alto Adige	1.913	2,1	34,3	2,2
Veneto	7.077	7,9	134,0	8,6
Friuli Venezia Giulia	1.768	2,0	35,6	2,3
Liguria	2.795	3,1	49,4	3,2
Emilia Romagna	7.091	7,9	130,6	8,4
Toscana	5.643	6,3	101,0	6,5
Umbria	1.063	1,2	21,3	1,4
Marche	2.078	2,3	40,7	2,6
Lazio	9.062	10,1	149,7	9,6
Abruzzo	1.789	2,0	29,0	1,9
Molise	414	0,5	7,5	0,5
Campania	6.335	7,0	101,5	6,5
Puglia	4.035	4,5	77,9	5,0
Basilicata	653	0,7	12,5	0,8
Calabria	2.329	2,6	37,3	2,4
Sicilia	6.658	7,4	106,4	6,8
Sardegna	2.587	2,9	44,3	2,8
<i>Nord</i>	<i>47.506</i>	<i>52,7</i>	<i>826,1</i>	<i>53,1</i>
<i>Nord-Ovest</i>	<i>29.656</i>	<i>32,9</i>	<i>491,6</i>	<i>31,6</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>17.849</i>	<i>19,8</i>	<i>334,5</i>	<i>21,5</i>
<i>Centro</i>	<i>17.846</i>	<i>19,8</i>	<i>312,6</i>	<i>20,1</i>
<i>Centro-Nord</i>	<i>65.351</i>	<i>72,5</i>	<i>1.138,7</i>	<i>73,2</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>24.801</i>	<i>27,5</i>	<i>416,4</i>	<i>26,8</i>
<i>Italia</i>	<i>90.152</i>	<i>100,0</i>	<i>1.555,1</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

#### 4. L'andamento della filiera nel 2010

Come si è più sopra anticipato, alla valutazione degli aggregati economici per gli anni 2007-2009 è stata affiancata una stima degli stessi aggregati per il 2010. Tale stima è stata effettuata utilizzando i risultati di alcune delle rilevazioni di cui si è parlato all'inizio del capitolo, opportunamente integrati con le informazioni desunte, oltre che dalla nuova serie dei conti economici nazionali predisposta dall'ISTAT, dal compendio statistico di Farmindustria e dai documenti elaborati

dall'Osservatorio farmaci Cergas-Bocconi. L'interdipendenza esistente tra i vari comparti della filiera ha agevolato in qualche modo la stima: ottenuto infatti, con un soddisfacente grado di affidabilità, uno dei flussi che attraversano il circuito che parte dalla produzione per giungere all'utilizzazione finale è stato relativamente agevole, in virtù del concatenamento, stimare la grandezza di quelli che si trovano a monte o a valle dello stesso.

Passando ad esaminare i risultati delle stime, il primo punto degno di nota è che nel 2010 la filiera della salute ha mostrato, almeno dal lato della produzione, chiari segnali di ripresa. In termini monetari, il valore aggiunto ai prezzi base si è infatti accresciuto del 3,8 per cento rispetto all'anno precedente, ragguagliandosi a 93.540 milioni di euro. Per quanto tale incremento sia inferiore a quello registrato nel periodo immediatamente precedente la recessione, esso deve essere ritenuto apprezzabile, dato il permanere delle difficoltà di ordine congiunturale e considerato che per l'intera economia nazionale la variazione del prodotto è risultata ben più modesta (+1,4 per cento).

La crescita del valore aggiunto è apparsa più sostenuta nei due comparti industriali della filiera, avendo messo a segno rispettivamente un +6,8 per cento la fabbricazione di prodotti farmaceutici e un +3,5 per cento la fabbricazione di dispositivi medici. Data la sostanziale invarianza dei listini, tassi di crescita del reddito così consistenti si spiegano se tiene conto di due circostanze. La prima: le variazioni in esame risultano in parte influenzate dal fatto che nell'anno assunto come base di confronto (cioè nel 2009) i livelli produttivi avevano accusato un pesante ridimensionamento, specie nell'ambito degli apparecchi elettromedicali ed elettroterapeutici. La seconda: nel 2010 i due settori industriali hanno beneficiato di un netto recupero della domanda mondiale, essendo lievitate del 14,9 per cento le vendite all'estero di prodotti farmaceutici e del 14,4 per cento quelle di dispositivi medici. Moderato è apparso invece l'andamento della domanda interna, tenuto conto che la spesa del SSN per le due categorie di beni in questione non ha registrato variazioni significative, continuando ad oscillare attorno ai 23 miliardi di euro; mentre la spesa delle famiglie per "prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico" è lievitata di un punto e mezzo, superando di poco la soglia dei 14 miliardi.

Con riferimento a quest'ultimo aggregato, si tenga presente che nel 2010, secondo le rilevazioni dell'ISTAT, i prezzi al dettaglio dei medicinali sono diminuiti del 2,1 per cento, mentre sono rincarati di appena l'1 per cento i prezzi degli apparecchi e materiale sanitario e dell'1,9 per cento quelli degli strumenti medicali, articoli igienico-sanitari, ecc.<sup>19</sup>

Passando ad esaminare le dinamiche relative ai comparti del terziario, si noti anzitutto che nel periodo in esame il valore aggiunto prodotto dalle attività commerciali comprese nella filiera si è accresciuto di appena due punti percentuali, scontando la brusca decelerazione del reddito registrata dal complesso degli esercizi al dettaglio (+2,3 per cento nel 2010 contro il +4,3 per cento del 2009). Il risultato di questi esercizi è stato condizionato da una serie di fattori, fra i quali vale la pena citarne almeno tre: 1) il maggiore ricorso alla distribuzione diretta dei farmaci da parte delle aziende sanitarie; 2) la compressione dei margini delle farmacie derivante dalla progressività degli sconti riconosciuti al SSN; 3) il debole andamento dei consumi di beni destinati alla tutela della salute in senso lato. A tale proposito, occorre rilevare che, per effetto dell'inasprimento delle quote di compartecipazione alla spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata, l'incidenza del ticket sulla spesa lorda è salita dal 6,6 per cento del 2009 al 7,6 per cento del 2010, scavalcando in tre regioni (Sicilia, Veneto e Lombardia) la soglia del 10 per cento.

Oltre che nelle attività commerciali, il tasso di crescita del prodotto lordo a prezzi correnti ha evidenziato una decelerazione anche nei servizi assistenziali (+3,7 per cento).

Se dal lato della produzione tutti i comparti della filiera hanno fatto registrare variazioni di segno positivo, non altrettanto può dirsi per quanto concerne l'occupazione. Se è vero, infatti, che nel 2010 il numero totale degli addetti della filiera è aumentato di quasi un punto percentuale, portandosi a 1 milione 568 mila unità (pari al 6,4 per cento dell'intera economia nazionale); è anche vero, però, che all'interno della stessa si è riscontrata una notevole variabilità di andamento. Sebbene in misura più contenuta rispetto all'anno precedente, anche nel 2010 la base occupazionale, misurata in termini di teste, ha continuato ad

---

<sup>19</sup> Nel 2010 il NIC, cioè l'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale (con base 1995=100), ha raggiunto un valore di 90,7 per i medicinali, di 130,9 per gli apparecchi e materiale sanitario e di 151,9 per gli strumenti medicali, articoli igienico-sanitari, ecc.

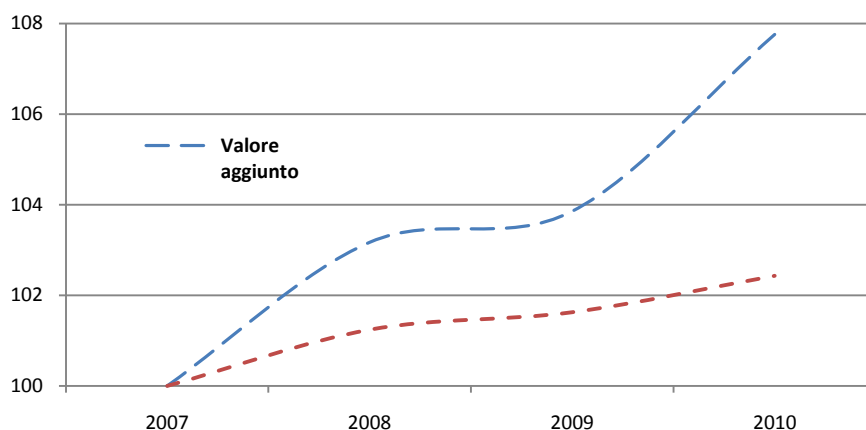
assottigliarsi nei comparti industriali (-1,1 per cento); mentre nella distribuzione e nei servizi assistenziali essa ha segnato un incremento rispettivamente pari a 0,7 e 1,0 per cento.

**Tab.27 – Valore aggiunto e addetti della filiera della salute (Anno 2010)**

Comparti	DATI ASSOLUTI			VARIAZIONI % 2010/2009		
	Valore aggiunto (milioni di euro)	Addetti (migliaia)	Valore aggiunto per addetto (euro)	Valore aggiunto	Addetti	Valore aggiunto per addetto
INDUSTRIA	10.577	138,4	76.423	5,6	-1,1	6,9
Industria farmaceutica	6.939	66,7	104.033	6,8	-1,2	7,9
Industria dei dispositivi medici	3.638	71,7	50.739	3,5	-1,3	4,9
COMMERCIO	7.995	136,9	58.400	2,0	0,7	1,7
Commercio all'ingrosso	2.710	48,1	56.341	1,6	0,0	1,6
Commercio al dettaglio	5.285	88,8	59.516	2,3	0,6	1,7
SERVIZI SANITARI	74.968	1.292,5	58.002	3,7	1,0	2,6
TOTALE FILIERA	93.540	1.567,8	59.663	3,8	0,8	2,9
TOTALE INTERA ECONOMIA	1.386.942	24.657,8	56.248	1,4	-0,7	2,2

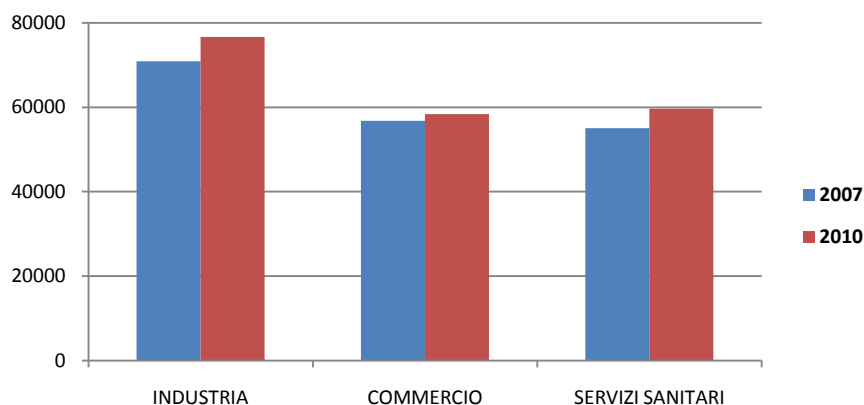
Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

**Graf.17 – Valore aggiunto e addetti della filiera della salute – Anni 2007-2010**  
Numeri indici (base 2007=100)



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

**Graf.18 – Valore aggiunto per addetto nei comparti della filiera della salute**  
Dati assoluti in euro (Anni 2007 e 2010)



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

## 5. Il contributo della filiera alla ricchezza nazionale

Poiché si suppone spesso che la rilevanza economica delle prestazioni per la tutela della salute sia limitata alle sole “esternalità positive”, cioè ai benefici indiretti da esse arrecate al complesso delle attività produttive, sotto forma di maggiore rendimento del lavoro e minore conflittualità sociale, vale la pena cercare di quantificare in che misura le prestazioni in esame concorrono alla formazione del reddito nazionale.

Per fare ciò, bisogna calcolare sia l'effetto di trascinamento che i comparti della filiera della salute esercitano sui settori con i quali sono collegati da rapporti di interdipendenza (il cosiddetto indotto), sia il valore aggiunto che origina da tali rapporti.

Se è vero che questo esercizio può essere utile per dimostrare l'infondatezza di alcune tesi e luoghi comuni che purtroppo caratterizzano il dibattito sulla sanità italiana, è anche vero però che esso risulta particolarmente complesso, dato che le informazioni di base di fonte ISTAT devono essere opportunamente integrate con quelle provenienti da altre fonti ed assoggettate ad un'accurata elaborazione.

La prima operazione è stata pertanto quella di stimare, sulla base dei dati contenuti nelle tavole delle risorse e degli impieghi (o tavole input-output), i coefficienti di fabbisogno degli input di origine interna, i quali, com'è noto, misurano l'effetto moltiplicativo esercitato da ciascuna branca di produzione omogenea sull'intero sistema economico<sup>20</sup>. Da tale stima sono stati ricavati i seguenti valori:

- <i>industria farmaceutica</i>	1,654
- <i>industria dei dispositivi medici</i>	2,020
- <i>commercio all'ingrosso</i>	1,899
- <i>commercio al dettaglio</i>	1,802
- <i>servizi sanitari</i>	1,709

Come si rileva, il coefficiente in esame assume un valore minimo nell'industria farmaceutica ed un valore massimo in quella dei dispositivi medici. Il che non

---

<sup>20</sup> Il fabbisogno di input è stato calcolato ovviamente al netto dei reimpieghi all'interno della filiera. I dati per la stima dei coefficienti di fabbisogno degli input sono stati ricavati da:

- ISTAT, *Il sistema delle tavole input-output. Anni 1995-2007*, Roma, gennaio 2011;  
- ISTAT, *Le matrici dirette e inverse dell'economia italiana. Anno 1992*, Roma, ottobre 2000.

deve stupire se si considera che la fabbricazione dei dispositivi medici, così come le altre branche dell'industria meccanica, si contraddistingue per il massiccio utilizzo di beni durevoli (attrezzature, componenti elettronici, ecc.) e per gli elevati consumi di beni intermedi (materie prime energetiche, prodotti in metallo e in plastica, ecc.).

Ponderato con i valori della produzione dei singoli comparti, il coefficiente medio di fabbisogno di input di origine interna è risultato pari a 1,734. Ciò significa che se si moltiplica tale coefficiente per la produzione della filiera (pari nel 2009 a 160.567 milioni di euro) si ottiene quale risultato la produzione totale (278.483 milioni di euro), cioè quella comprensiva dell'indotto, la quale corrisponde a poco meno del 10 per cento del dato nazionale.

Per trasformare la produzione dell'indotto (117.916 milioni di euro) nel corrispondente valore aggiunto, si è ritenuto opportuno utilizzare quale parametro il rapporto Pil/produzione dell'intera economia italiana (pari a 0,53). In altre parole, si è supposto che per ogni 100 euro di produzione indotta si generino 53 euro di valore aggiunto e che tale rapporto sia costante all'interno della filiera. Si tratta di un'ipotesi abbastanza ragionevole, anche perché introdurre qualche differenziazione a livello settoriale avrebbe appesantito eccessivamente i calcoli, senza apportare peraltro variazioni significative.

A questo punto, per determinare il contributo della filiera della salute alla ricchezza nazionale, è stato sufficiente sommare il valore aggiunto diretto con quello indotto, ottenendo quale risultato un totale di 152.648 milioni di euro, corrispondenti all'11,2 per cento del prodotto lordo ai prezzi base dell'intera economia (al 10 per cento del Pil ai prezzi di mercato).

Analizzando un po' più in dettaglio i risultati delle elaborazioni, dalla lettura dei dati contenuti nella Tab.29 si rileva che il contributo diretto e indiretto dei servizi sanitari al reddito nazionale è pari all'8,3 per cento, quello dell'industria della salute all'1,7 per cento e quello del commercio di farmaci e dispositivi medici all'1,2 per cento. Si tratta certamente di percentuali molto elevate e che appaiono in netto contrasto con la tesi secondo la quale le spese per l'assistenza si configurano come "spese improduttive e a fecondità semplice"; tanto più se si considera, come vedremo nel successivo paragrafo, che una quota non trascurabile di esse è rappresentata da investimenti in ricerca e sviluppo.



Una volta noti i coefficienti di attivazione e stimate le dimensioni dell'indotto, è facile verificare quanto segue, e cioè:

- 1) che ad un aumento del 3 per cento della produzione della filiera della salute è associato un incremento del Pil ai prezzi base dello 0,33 per cento, e viceversa nel caso contrario;
- 2) che l'effetto moltiplicativo esercitato dai comparti industriali è di gran lunga superiore a quello esercitato dai comparti del terziario. L'incidenza del valore aggiunto realizzato dall'indotto risulta infatti pari al 56,5 per cento nel primo caso e al 38,2 per cento nel secondo;
- 3) che per ogni 100 mila euro di produzione la filiera assorbe dagli altri settori dell'economia beni e servizi per oltre 73 mila euro, che si traducono in circa 40 mila euro di valore aggiunto indotto.

**Tab.28 – Produzione diretta e indiretta della filiera della salute (Anno 2009)**

Comparti	Produzione diretta (Milioni di euro)	Produzione indiretta (Milioni di euro)	Produzione totale	
			Milioni di euro	In % intera economia
INDUSTRIA	32.163	24.512	56.675	2,0
Industria farmaceutiche	22.662	14.821	37.483	1,3
Industria dei dispositivi medici	9.501	9.691	19.192	0,7
COMMERCIO	18.701	15.625	34.326	1,2
Commercio all'ingrosso	6.459	5.807	12.266	0,4
Commercio al dettaglio	12.242	9.818	22.060	0,8
SERVIZI SANITARI	109.703	77.779	187.482	6,5
TOTALE	160.567	117.916	278.483	9,7

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

**Tab.29 – Valore aggiunto diretto e indiretto della filiera della salute (Anno 2009)**

Comparti	Valore aggiunto diretto (Milioni di euro)	Valore aggiunto indiretto (Milioni di euro)	Valore aggiunto totale	
			Milioni di euro	In % intera economia
INDUSTRIA	10.012	12.991	23.003	1,7
Industria farmaceutiche	6.497	7.855	14.352	1,0
Industria dei dispositivi medici	3.515	5.136	8.651	0,6
COMMERCIO	7.835	8.281	16.116	1,2
Commercio all'ingrosso	2.668	3.078	5.746	0,4
Commercio al dettaglio	5.167	5.204	10.371	0,8
SERVIZI SANITARI	72.305	41.223	113.528	8,3
TOTALE	90.152	62.496	152.648	11,2

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT e altri enti

## 6. Le spese per la ricerca

Dopo aver esaminato in che misura i settori che producono beni e servizi destinati alla tutela della salute partecipano al processo di formazione del reddito nazionale, è interessante evidenziare ora le risorse che l'industria farmaceutica e quella dei dispositivi medici investono nelle attività di ricerca scientifica e sviluppo sperimentale, le quali rappresentano le fondamenta della cosiddetta economia della conoscenza.

Com'è noto, la ricerca e l'innovazione sono i campi nei quali i paesi più industrializzati si stanno cimentando per cercare di uscire dal labirinto della crisi e arginare la concorrenza delle economie emergenti, che basano principalmente sul fattore prezzo la capacità di competere sui mercati internazionali.

Fino a qualche anno addietro, il problema in esame non era molto avvertito nel nostro Paese, essenzialmente per due ordini di motivi. In primo luogo, per la polverizzazione dell'apparato produttivo in una miriade di piccole e piccolissime imprese, le cui innovazioni (di carattere squisitamente incrementale) erano basate più sulle conoscenze individuali degli operatori che su procedure oggettive scientificamente documentabili. In secondo luogo, perché ci si cullava nella speranza che fosse possibile beneficiare indefinitamente delle risorse del *made in Italy*, senza subire una qualche forma di concorrenza dall'estero.

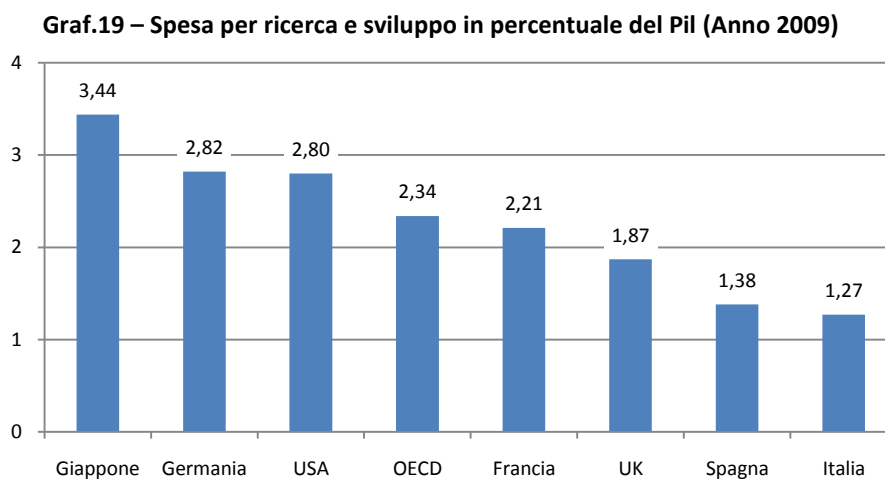
La presa di coscienza sull'indifferibilità del problema è avvenuta soltanto negli ultimi 10-12 anni, allorché si è dovuto constatare che la produttività del nostro sistema industriale sembrava essersi interamente bloccata e che il grado di competitività a livello internazionale andava sempre più riducendosi.

A differenza di alcuni paesi europei, come la Germania, la Francia e il Regno Unito, che potevano contare su una struttura produttiva consolidata e su una bilancia tecnologica sistematicamente in attivo, l'Italia non si era mossa per tempo e le spese dedicate alla ricerca e allo sviluppo stentavano a raggiungere quel fatidico uno per cento del PIL che era stato a suo tempo pronosticato come un obiettivo facilmente raggiungibile. I principali punti deboli della situazione italiana erano (e lo sono in parte tuttora) rappresentati dalla qualità delle risorse umane disponibili, dal livello d'istruzione e di formazione professionale delle forze di lavoro nonché dalla scarsa diffusione delle nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione (ICT).

Soltanto nel 2000 le spese per la ricerca hanno finalmente scavalcato la soglia dell'uno per cento del prodotto lordo; una percentuale che veniva peraltro ampiamente superata dalla media dei paesi dell'OCSE. Negli anni successivi, la quota della spesa si è progressivamente ampliata, fino ad attestarsi nel 2009, l'ultimo anno per il quale si dispone di dati a livello internazionale, all'1,27 per cento del prodotto lordo. Tuttavia, nonostante gli innegabili passi avanti, molto ampio risulta ancora il divario che separa il nostro Paese da quelli più industrializzati (cfr. Graf.19).

Per quanto concerne la sanità, un dato di fonte Eurostat assume in tale contesto particolare rilevanza: nel 2009 la spesa pubblica per la ricerca applicata e lo sviluppo sperimentale in campo sanitario ha raggiunto in Germania la ragguardevole cifra di 1.490 milioni di euro, contro i 915 del Regno Unito, gli 824 della Francia, i 612 della Spagna e i 393 dell'Italia. Si noti che il dato della Germania risulta 3,8 volte superiore a quello dell'Italia, pur essendo il PIL della prima superiore di 1,6 volte rispetto a quello della seconda.

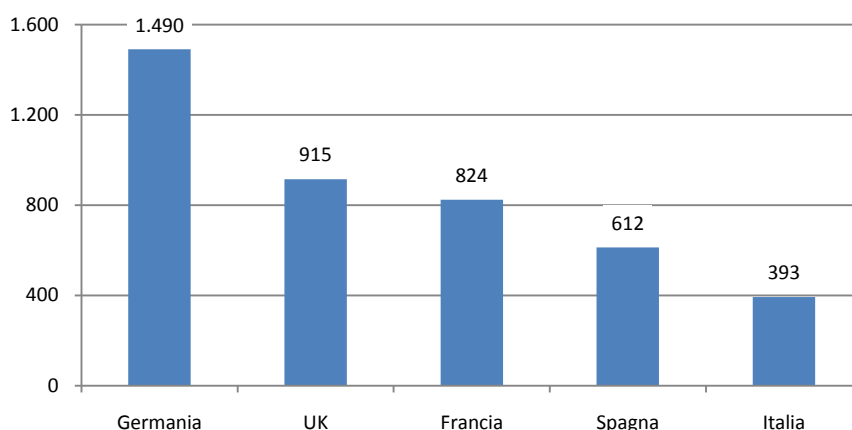
Sempre dalle elaborazioni effettuate dall'Eurostat emerge un altro aspetto degno di nota: e cioè la percentuale relativamente bassa del finanziamento complessivo della R&S che proviene dal settore privato, che è essenzialmente una conseguenza della netta prevalenza delle imprese di piccola dimensione. Nel 2008, la quota di partecipazione di tale settore era pari in Italia al 52,7 per cento, inferiore quindi non solo a quelle della Germania (69,2 per cento), Francia (62,8 per cento) e Regno Unito (62,0 per cento), ma anche alla quota della Spagna (54,9 per cento).



*Nota: I dati del Giappone e degli USA sono del 2008*

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati OCSE

**Graf.20 – Spesa pubblica per ricerca applicata e sviluppo sperimentale in campo sanitario**  
**Dati in milioni di euro (Anno 2009)**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati Eurostat (COFOG)

D'altra parte, come si evince dalla più recente rilevazione condotta dall'ISTAT la distribuzione della spesa delle imprese per classe dimensionale rivela una forte concentrazione: le imprese di maggiore dimensione, cioè quelle con almeno 500 addetti, si accollano infatti il 71,6 per cento della spesa per la R&S, nonostante esse assorbano solo poco più del 10 per cento delle forze di lavoro. La rilevazione dell'ISTAT pone peraltro in evidenza come la recente espansione della spesa da parte del settore privato e la dilatazione della relativa quota di finanziamento debbano essere valutate anche in relazione alla possibilità di godere delle particolari facilitazioni fiscali.

Ciò premesso, nella Tab.30 sono state riportate le spese sostenute dalle imprese nel 2008 per R&S intra-muros, analizzate per settore di utilizzazione. Data la minore rilevanza che presentano i dati relativi al vasto settore del terziario e considerato che non era possibile distinguere le spese effettuate dal comparto dei servizi sanitari, esse sono state considerate nella loro globalità.

Dalla tabella si evince chiaramente che, data anche la loro importanza numerica ed economica, le spese di pertinenza del complesso delle industrie metalmeccaniche (compresa la lavorazione dei metalli e la fabbricazione di mezzi di trasporto) assorbono la quota di gran lunga più copiosa del totale. Nel 2008, in particolare, esse hanno assorbito una somma di 5.452 milioni di euro, corrispondente al 53,6 per cento del totale.

Ma è evidente che quel che più conta non è tanto la spesa in cifra assoluta, quanto il rapporto che si ottiene ponendo al suo denominatore il fattore che – a

parità di altre circostanze – ne determina il livello. Se si suppone che il fattore in questione possa essere rappresentato dal valore aggiunto ai prezzi base, dal calcolo dei relativi rapporti si rileva che i settori che si collocano da questo punto di vista in cima alla graduatoria sono nell'ordine:

- l'industria dei mezzi di trasporto (con un'incidenza della spesa per R&S sul valore aggiunto pari al 18,4 per cento);
- l'industria farmaceutica (11,7 per cento);
- l'industria delle macchine e apparecchiature elettriche (6,5 per cento);
- l'industria dei dispositivi medici (5,5 per cento);
- l'industria della gomma e delle materie plastiche (2,9 per cento).

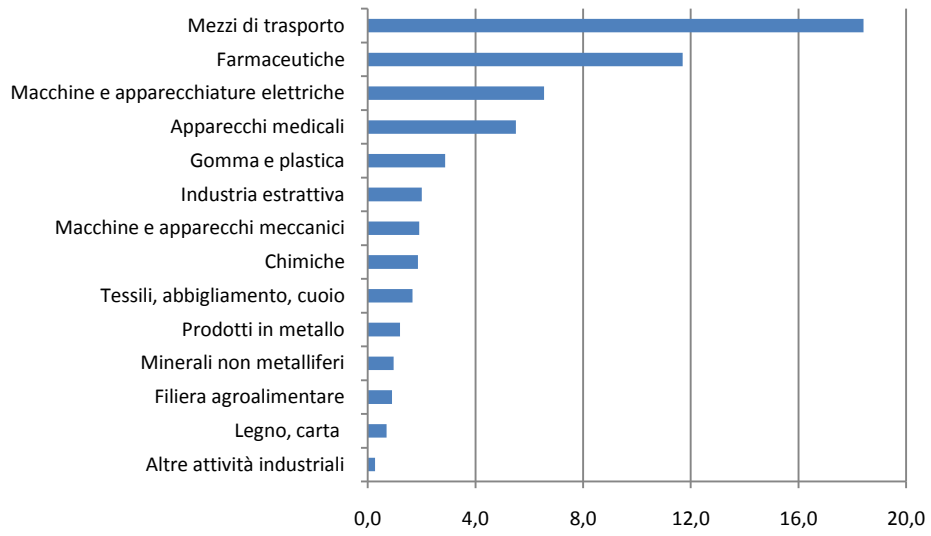
Con una spesa complessiva di 980 milioni di euro (pari al 9,5 per cento del reddito prodotto), l'industria della salute costituisce, quindi, uno dei settori che investe di più nelle attività di ricerca scientifica e sviluppo sperimentale.

**Tab.30 – Spesa delle imprese per ricerca e sviluppo intra-muros per settore di utilizzazione (Anno 2008)**

Settori	Migliaia di euro	In % del valore aggiunto
Industria della salute	979.812	9,5
- <i>Farmaceutica</i>	774.907	11,7
- <i>Dispositivi medici</i>	204.905	5,5
Filiera agroalimentare	481.193	0,9
Industria estrattiva	221.118	2,0
Tessili, abbigliamento, cuoio e calzature	458.458	1,7
Legno, carta , cartotecnica e attività editoriali	144.238	0,7
Chimiche e fibre sintetiche e artificiali	310.993	1,9
Gomma e materie plastiche	282.472	2,9
Minerali non metalliferi	125.776	1,0
Prodotti in metallo	564.458	1,2
Macchine e apparecchi meccanici	709.173	1,9
Macchine e apparecchiature elettriche, elettroniche, ecc.	1.430.551	6,5
Autoveicoli e altri mezzi di trasporto	2.543.204	18,4
Altre attività industriali e costruzioni	356.668	0,3
Attività del settore terziario	1.565.033	0,2
<b>TOTALE</b>	<b>10.173.147</b>	<b>0,7</b>

Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT

**Graf.21 – Spesa per ricerca e sviluppo in percentuale del valore aggiunto  
(Anno 2008)**



Fonte: Elaborazione Confindustria su dati ISTAT