

**Collana CERGAS**

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

**Rapporto OASI 2016**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**

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

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.*

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

[www.egeaonline.it](http://www.egeaonline.it)

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di  
CERGAS - Bocconi

**Rapporto OASI 2016**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla  
Gestione dell'Assistenza  
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management





**Collana CERGAS**

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





a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2016

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla  
Gestione dell'Assistenza  
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

*Impaginazione:* Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.  
Via Salasco, 5 – 20136 Milano  
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753  
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



*Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®*

## 4 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

*di Nicola Amoroso, Patrizio Armeni e Francesco Costa<sup>1</sup>*

### 4.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati relativi al finanziamento del SSN, alla spesa sanitaria e ai risultati d'esercizio registrati dalle Regioni e Province Autonome (PP.AA.) italiane, presentando lo stato di avanzamento dei Piani di Rientro (PdR) e le misure a copertura dei disavanzi sanitari pregressi. Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria, si rimanda all'allegato al Capitolo 3 del Rapporto 2009 (Armeni, 2009). Per questo capitolo, la fonte dei dati di spesa sanitaria pubblica è il Ministero della Salute. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL), dalla Corte dei Conti (commento alle variazioni degli aggregati di spesa e analisi dell'avanzamento dei PdR, riportate nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2016).

Il capitolo è così strutturato: nel §4.2 sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e risorse complessivamente disponibili) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il §4.3 è, invece, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa. Infine, nel §4.4 è analizzata l'evoluzione dei risultati d'esercizio a livello regionale e sono riportate le principali misure attivate per la copertura degli stessi. Infine, nel § 4.5 sono riportate le conclusioni. In molte tabelle viene riportato anche l'anno 2001 poiché coincide con la riforma del Titolo V della Costituzione che ha trasferito alle Regioni la responsabilità sulla spesa sanitaria e sui relativi disavanzi.

---

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§4.1 e 4.5 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni, i §§ 4.2.1 e 4.2.2 a Francesco Costa e i §§4.3 e 4.4 a Nicola Amoroso.

## 4.2 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

### 4.2.1 Il finanziamento del SSN

Per «finanziamento del SSN» si fa, in genere, riferimento a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria: si tratta, quindi, di una voce di preventivo. Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'insieme dei ricavi del SSN, rilevati a consuntivo, tra cui rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN e i trasferimenti da privati. Essendo tuttavia il concetto aziendale di ricavo non pienamente sovrapponibile a quello riportato da conti economici delle aziende sanitarie, nel corso del presente Capitolo faremo riferimento ai ricavi utilizzando la dicitura «risorse complessivamente disponibili» per la sanità. È in relazione a questo secondo concetto di finanziamento che viene calcolato il disavanzo. Rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di Legge di Stabilità, di Patto per la Salute, e di Conferenza Stato Regioni nella fase di consuntivazione si possono riscontrare differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ▶ ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e PP.AA., stanziate a titolo di ripiano dei disavanzi o integrative del finanziamento per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e/o per interventi in campo sanitario previsti da successive norme di legge;
- ▶ ulteriori trasferimenti di altri enti pubblici e privati;
- ▶ eventuali correzioni all'ammontare delle assegnazioni, dovute a provvedimenti assunti in corso di esercizio;
- ▶ maggiori o minori ricavi e entrate proprie.

#### *Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato*

Per l'anno 2015 il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 109,7 miliardi di euro<sup>2</sup>.

In merito alla destinazione del finanziamento, lo stanziamento complessivo di 109,7 miliardi di euro è diviso in quattro componenti:

1. finanziamento indistinto: 106,9 miliardi di euro. Questo valore, comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate nei precedenti riparti (269 milioni di

<sup>2</sup> Non è compresa in tale importo la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2015 per la revisione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale e per consentire alle imprese del settore termale di effettuare gli investimenti necessari alla loro ulteriore integrazione nell'ambito del SSN, come previsto dall'art.1, comma 178 L.228/2012 («Legge di Stabilità per l'anno 2013»).

- euro), è ottenuto come differenza tra lo stanziamento totale, gli stanziamenti vincolati e programmati per Regioni e PP.AA., gli stanziamenti vincolati per altri enti e gli accantonamenti (di cui sotto). Tale finanziamento è destinato alla copertura del fabbisogno c.d. indistinto, genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
2. finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.: 1.856 milioni di euro;
  3. finanziamento vincolato per altri enti: 653 milioni di euro;
  4. accantonamenti: 274 milioni di euro<sup>3</sup>.

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2015 e le variazioni rispetto al 2014 sono contenute nella Tabella 4.1. Da evidenziare che per il 2015 il finanziamento indistinto comprende anche le voci relative a: i) prevenzione AIDS; ii) prevenzione e cura fibrosi cistica; iii) norme minime relative a sanzioni e provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare; iv) provvidenze economiche agli Hanseniani. Tali voci, infatti, nel precedente documento di riparto erano classificate all'interno del finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.

Il D.lgs 68/2011 prevede che a partire dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato secondo i costi e fabbisogni medi standard regionali. Lo stesso decreto legislativo prevede anche per il 2015, che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sia chiamato ad individuare le cinque migliori Regioni che:

- i. abbiano garantito l'erogazione dei LEA in condizione di equilibrio economico;
- ii. rispettino criteri di qualità dei servizi erogati;
- iii. rispettino i criteri di appropriatezza ed efficienza;
- iv. non siano assoggettate a PdR.

Con nota 11014 del 16 dicembre 2015, il Ministero della Salute ha trasmesso alla Segreteria della Conferenza Stato – Regioni la documentazione relativa alle cinque Regioni idonee, e cioè: Marche, Emilia Romagna, Umbria, Lombardia e Veneto. Nel corso della seduta politica del 17 dicembre 2015, la Conferenza Stato – Regioni ha provveduto ad individuare come Regioni *benchmark* le Marche, l'Umbria e il Veneto.

Per la definizione del finanziamento a livello regionale, il costo medio pro-

<sup>3</sup> L'accantonamento limitatamente al 2015 è pari allo 0,25% del livello del finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2015 (per il 2014 era pari all'1,75%), effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'art. 2, comma 67-bis L 191/2009 a condizione che venga approvata l'integrazione al già citato comma 67-bis, nell'ambito del decreto legge c.d. «proroga termini» già iscritto all'o.d.g del CdM del 23/12/2015.

Tabella 4.1 **Articolazione delle risorse finanziarie 2015 e variazione 2014-2015 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2015	Variazione 2014-2015
<b>1. Finanziamento indistinto di cui</b>	<b>106.932</b>	<b>1,51%</b>
1 Ospedale Bambin Gesù	205	5,92%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	37	-0,91%
1.3 Finanziamento finalizzato	269	0,00%
1.3.1 Rinnovo convenzioni SSN	69	0,00%
1.3.2 Regolarizzazione cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona	200	0,00%
<b>2. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.</b>	<b>1.856</b>	<b>-8,57%</b>
2.1 Obiettivi PSN	1.480	0,25%
2.2 Prevenzione AIDS	-	-100,00%
2.3 Emergenza veterinaria	40	0,00%
2.4 Borse di studio triennali medici medicina generale	39	0,00%
2.5 Fondo per l'esclusività del rapporto personale dirigente ruolo sanitario	30	0,00%
2.6 Assistenza extracomunitari irregolari	31	0,00%
2.7 Attività di medicina penitenziaria	7	0,00%
2.8 Prevenzione e cura fibrosi cistica	-	-100,00%
2.9 Provvidenze economiche agli Hanseniani	-	-100,00%
2.10 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	-0,01%
2.11 Regolarizzazione degli stranieri (d.lgs 106/2012)	-	-100,00%
2.12 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	54	9,00%
2.13 Screening neonatale	10	100,00%
<b>3. Finanziamento vincolato per altri enti</b>	<b>653</b>	<b>3,16%</b>
3.1 Borse di studio specializzandi	173	0,00%
3.2 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	0,00%
3.3 Croce Rossa Italiana	146	0,00%
3.4 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	13	0,00%
3.5 Mutui CC.DD.PP.	3	0,00%
3.6 Centro Nazionale Trapianti	2	0,00%
3.7 Formazione dei medici specialisti	50	66,67%
<b>4. Accantonamenti</b>	<b>274</b>	<b>-85,74%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>109.715</b>	<b>-0,19%</b>

Nota: i finanziamenti relativi alla prevenzione dell'AIDS, alla prevenzione e cura della fibrosi cistica, alle provvidenze economiche agli Hanseniani e alla regolarizzazione degli stranieri sono stati riclassificati all'interno del Finanziamento indistinto.

Fonte: elaborazioni da dati Ministero della Salute (2016)

capite delle tre Regioni *benchmark* viene rapportato alla popolazione pesata<sup>4</sup> al 1 gennaio 2015. Il costo medio pro-capite ponderato viene poi moltiplicato per la popolazione di ciascuna Regione o P.A., suddividendo così i risultati per i singoli Livelli Essenziali di Assistenza. Proporzionalmente sono poi determinati i relativi sub-livelli assistenziali:

<sup>4</sup> Sono stati utilizzati i pesi del riparto FSN anno 2011.

- ▶ prevenzione: 5%;
- ▶ distrettuale: 51%;
  - ◀ medicina di base: 7%;
  - ◀ farmaceutica: 11,58%<sup>5</sup>;
  - ◀ specialistica: 13,3%;
  - ◀ territoriale: 19,12%;
- ▶ ospedaliera: 44%.

Rispetto al riparto 2014, nel 2015 le quote relative ai sottolivelli «Farmaceutica» e «Territoriale» sono variati passando rispettivamente dall'11,78% all'11,58% e dal 18,92% al 19,12%.

Nel documento di riparto si è inoltre tenuto conto che la quota percentuale assicurata alla migliore Regione *benchmark* non può essere inferiore a quella già assegnata alla stessa Regione l'anno precedente al netto delle variazioni di popolazione. Pertanto, il documento riporta che, applicando all'algoritmo dei costi standard, utilizzato per la costruzione del precedente riparto, la popolazione al 31/12/2013 (utilizzata per il riparto 2014), la quota di accesso delle Marche (prima Regione) risulta essere pari al 2,59754% contro il 2,59711% del riparto 2014.

#### *Le risorse complessivamente disponibili del SSN*

Le risorse complessivamente disponibili per l'SSN sono riportate nei conti economici delle aziende sanitarie come ricavi. Per l'anno 2015 (Tabella 4.2), al netto dei ricavi della gestione straordinaria e di quelli dell'intramoenia, che sono portati in detrazione al livello di spesa, le risorse complessivamente disponibili ammontano a 114,897 miliardi di euro, di cui 114,244 miliardi di euro riferiti alle Regioni e PP.AA. e 0,653 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato<sup>6</sup>. Tali valori includono le risorse proprie regionali, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN, i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati.

Dal 2012, sono riportate tra i finanziamenti da altri enti del settore pubblico e dai privati anche le risorse destinate dalle Regioni a copertura dei disavanzi e derivanti dai maggiori introiti fiscali relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP. Il gettito della maggiorazione delle aliquote è contabilizzato come

<sup>5</sup> Per quanto concerne il riparto della quota relativa all'assistenza farmaceutica territoriale, la L.135/2012 fissa il relativo tetto all'11,35% del livello di finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il medesimo anno, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale ed al netto i) degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA e ii) delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende Sanitarie. Pertanto la percentuale dell'11,35%, rapportata al finanziamento indistinto complessivo, si ridetermina in 11,58%.

<sup>6</sup> In particolare, ci si riferisce a: Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa Depositi e Prestiti (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente).

**Tabella 4.2 Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2015 e variazione 2014-2015**

Ricavi	Miliardi di Euro (2015)	Variazione 2014-2015
<b>1. Regioni e PPA.</b>	<b>114,24</b>	<b>0,32%</b>
1.1 Irap e Addizionale Irpef	30,19	-15,14%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	63,03	10,82%
1.3 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	11,77	9,32%
1.4 Riparto quota premiale	0,27	-85,74%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	3,01	-1,44%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,43	2,24%
1.7 Costi capitalizzati	1,69	-2,17%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	-0,16	-58,49%
<b>2. Altri enti del SSN</b>	<b>0,65</b>	<b>10,28%</b>
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,65	3,16%
<b>TOTALE</b>	<b>114,90</b>	<b>0,37%</b>

Fonte: nostra elaborazione della delibera CIPE di riparto delle risorse per il SSN per l'anno 2015 e dei dati del Ministero della Salute, NSIS (dati del IV trimestre 2015 aggiornati alla data del 22 aprile 2016)

risorsa aggiuntiva erogata dalla Regione per la copertura dei LEA. In precedenza, il trattamento contabile di queste risorse era eterogeneo, con alcune Regioni che lo includevano tra i ricavi come nel caso dell'Emilia-Romagna, altre (ad esempio, il Lazio) come copertura perdite. A partire dal consuntivo 2012 le risorse raccolte dall'extra gettito IRPEF e IRAP devono essere contabilizzate come ricavi (per una più dettagliata spiegazione si rimanda al capitolo 4 del Rapporto Oasi 2014).

Le voci che concorrono alla definizione delle risorse complessivamente a disposizione del SSN nel 2014 e le variazioni rispetto al 2014 sono riportate nella Tabella 4.2. Nel 2015, il rapporto tra ricavi netti<sup>7</sup> del SSN e PIL si attesta al 7% (Tabella 4.3), valore in leggera diminuzione rispetto ai due anni precedenti, mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.919 euro (-0,2% rispetto al 2014). Complessivamente, si registra una leggera flessione delle risorse totali pari allo -0,3% rispetto ai valori 2014. In particolare, rispetto al 2014, si registra una significativa flessione per quanto riguarda le entrate legate alle addizionali IRPEF ed IRAP (-15,1%) e le entrate e ricavi propri (-2,7%). Hanno invece mostrato una variazione positiva i ricavi riferiti a: i) finanziamento agli altri enti con quote vincolate a carico dello Stato (+3,2%); ii) finanziamento relativo a FSN e quote vincolate a carico dello Stato (+2,2%); iii) fabbisogno ex D.lgs 56/00 (IVA ed accise) (+10,8%). Infine, è da notare che, a partire dall'anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i costi capitalizzati<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Vedi nota a Tabella 4.3.

<sup>8</sup> Questa voce fa riferimento al valore pro-quota delle risorse stanziato per il finanziamento dell'acquisto di beni di investimento in relazione alla durata dell'ammortamento.

(1.695 milioni di euro per il 2015) e il riparto della quota premiale<sup>9</sup> <sup>10</sup> (0,274 milioni di euro per il 2015). Tale quota sarà ripartita tra le Regioni e PP.AA. sulla base di diversi criteri legati al conseguimento di determinati obiettivi quali l'adempimento dei LEA, l'introduzione di una centrale regionale per gli acquisti e l'introduzione di misure atte a garantire l'equilibrio di bilancio.

## 4.2.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del NSIS, aggiornati al 22 aprile 2016 (flusso del 4° trimestre 2015<sup>11</sup>) e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN<sup>12</sup> ha subito nel 2015 un aumento dello 0,3% rispetto al 2014, mostrando una certa stabilità rispetto all'anno precedente, diversamente a quanto era emerso nel 2014 in cui la spesa era aumentata dell'1,2% (Tabella 4.3 e Figura 4.1). Il lieve incremento di spesa si associa ad una ripresa del PIL (+1,5% rispetto al 2014) ma è meno accentuato, sicché il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL si riduce, passando dal 7,1% del 2014 al 7% del 2015. Come già avvenuto nel 2013, sebbene le variazioni fossero di segno opposto, la spesa sanitaria mostra un andamento pro-ciclico.

Anche la spesa privata corrente continua a crescere portandosi a 34,5 miliardi di euro e facendo registrare un +2,9% rispetto al 2014. L'aumento rispecchia in parte la crescita del PIL. Contrariamente a quanto mostra il trend storico, che vede la spesa pubblica e la spesa privata correlate negativamente, ormai dal 2010 (con l'eccezione del 2012) le due serie storiche mostrano movimenti paralleli. La correlazione tra spesa pubblica e spesa privata è un dato rilevante in quanto misura, almeno parzialmente, l'eventuale traslazione di alcuni voci di spesa dal finanziamento pubblico a quello privato, prevalentemente attuata per mezzo delle compartecipazioni. In caso di traslazione, infatti, la correlazione dovrebbe essere negativa. Una correlazione positiva, come nel caso degli ultimi tre anni, invece, segnala che la dinamica alla base delle due serie storiche non è meramente compensativa. Infatti, le dinamiche dei consumi privati, approfondite

<sup>9</sup> La quota premiale consiste nel subordinare l'erogazione alle Regioni di una parte del finanziamento del SSN al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del settore sanitario attraverso la garanzia dell'equilibrio di bilancio annuale dei singoli Servizi Sanitari Regionali, anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo eventualmente presente a livello regionale (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2015).

<sup>10</sup> Il Decreto del Ministero della Salute, pubblicato nella GU n. 45 del 24 febbraio 2015 prevede che a decorrere dall'anno 2013 la quota premiale a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del SSN, è annualmente pari allo 0,25% di tali risorse. Per il 2014, invece, la percentuale è stata fissata pari all'1,75%.

<sup>11</sup> Per il 2012, 2013 e il 2014 i dati sono aggiornati rispettivamente alla data del 9 dicembre 2014, 15 dicembre 2015 e 4 aprile 2016.

<sup>12</sup> Regioni, Province Autonome e altri enti (cfr. nota 7).

Tabella 4.3 **Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015) (milioni di Euro)**

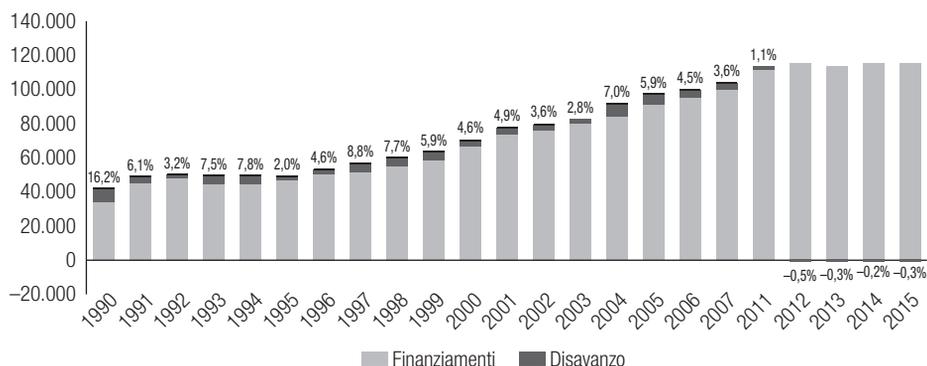
	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tasso crescita medio			
												'90/'15	'95/'01	'01/'10	'10/'15
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.900	114.258	114.551	4,1%	8,1%	4,1%	0,6%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	1,3%	1,0%	-0,9%	1,2%	0,3%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	73,2%	75,2%	77,5%	78,2%	77,2%	77,7%	77,5%	77,3%	76,9%				
- % sul PIL	5,7%	4,9%	5,7%	6,0%	6,5%	6,9%	6,9%	7,1%	7,0%	7,1%	7,0%				
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	109.135	111.548	114.547	113.233	114.511	114.897	4,9%	7,5%	4,4%	1,0%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	10,4%	7,4%	2,1%	2,2%	2,7%	-1,1%	1,1%	0,3%				
- % sul PIL	4,8%	4,9%	5,4%	5,7%	6,1%	6,8%	6,8%	7,1%	7,1%	7,1%	7,0%				
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-5.735	-2.196	-1.262	583	333	253	346				
- variazione %	-	-74,5%	-13,9%	-17,0%	-10,7%	-34,7%	-42,5%	-146,2%	-42,8%	-24,0%	36,5%				
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-6,3%	-2,0%	-1,1%	0,5%	0,3%	0,2%	0,3%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.704	25.609	28.040	30.954	33.254	32.765	32.705	33.531	34.506	5,7%	6,8%	2,1%	2,2%
- variazione %	-	13,0%	8,3%	-0,4%	-0,5%	1,1%	7,4%	-1,5%	-0,2%	2,5%	2,9%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	26,8%	24,8%	22,5%	21,8%	22,8%	22,3%	22,5%	22,7%	23,1%				
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.877	103.295	124.837	142.285	146.065	146.730	145.605	147.789	149.057	4,5%	7,7%	3,6%	0,9%
- variazione %	-	2,7%	10,4%	7,7%	4,6%	1,0%	2,7%	0,5%	-0,8%	1,5%	0,9%				
- % sul PIL	6,9%	6,7%	7,7%	8,0%	8,4%	8,9%	8,9%	9,1%	9,1%	9,2%	9,1%				
PIL	724.468	984.984	1.239.266	1.298.890	1.489.726	1.604.515	1.637.461	1.613.266	1.604.478	1.611.883	1.636.370	3,3%	4,7%	2,4%	0,4%
- variazione %	-	8,6%	5,7%	4,8%	2,9%	2,0%	2,1%	-1,5%	-0,5%	0,5%	1,5%				

**Nota:**

- Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS): di consuntivo per tutti gli anni.
- Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia. Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedaliera accreditata». È esclusa la svalutazione di crediti e attività finanziarie e, fino al 2010, sono esclusi anche gli ammortamenti. A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti e nel finanziamento i costi capitalizzati, che consentono la sterilizzazione degli ammortamenti in termini di risultato d'esercizio, secondo le regole definite dal Tavolo di verifica nella riunione del 24 marzo 2011 concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale. Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati. Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.
- Dal 2013, poiché nel riparto compare la mobilità internazionale, essa è stata considerata nel conteggio della spesa. È valorizzata, però, in base ai modelli CE, in termini di saldo tra attiva e passiva.
- Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti (vedi nota 8).
- La voce «Ricavi netti» comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse, dal 2012, le risorse aggiuntive stanziata dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie. Dal 2011 sono considerati i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rettifiche e utilizzo fondi.
- I dati relativi al PIL sono di fonte ISTAT fino al 2014. Il PIL 2015 è stato stimato in base alla crescita del biennio precedente.
- La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016), ISTAT (2016)

Figura 4.1 Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2015)



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

nel Capitolo 7 del presente Rapporto, non sono solo collegate al contenimento della spesa pubblica, ma sono influenzate anche da altri fenomeni. Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica<sup>13</sup> + privata) è aumentata dello 0,9% nel 2015 (149 miliardi di Euro pari al 9,1% del PIL, Tabella 4.3).

A fronte della spesa pubblica, le risorse nette complessive del SSN (vedi *supra* §4.2.1) nel 2015 sono state pari a 114,9 miliardi di euro, in aumento dello 0,3% rispetto al 2014. L'avanzo pubblico, quindi, si attesta nel 2015 a 346 milioni di euro (0,3% della spesa sanitaria pubblica corrente). I dati definitivi relativi agli anni precedenti evidenziano che la sanità pubblica ha chiuso l'esercizio in avanzo per il quarto anno consecutivo. Complessivamente, queste evidenze segnalano la capacità delle Regioni di coprire i disavanzi correnti. Tuttavia, la situazione per quanto riguarda i disavanzi pregressi risulta più complessa. Al 31/12/2013, infatti, il SSN registrava perdite cumulate per 33,7 miliardi di euro, a fronte di contributi per il ripiano delle perdite di circa 21,3 miliardi<sup>14</sup>; erano, quindi, ancora presenti nei bilanci del SSN circa 12,4 miliardi di perdite, coperti però per il 70% tramite mezzi propri. Sono, pertanto, iscritte a bilancio passività per circa 3,5 miliardi non ancora coperte in termini di assegnazione (Cantù *et al.*, 2015). L'esercizio di valutazione del disavanzo non ancora coperto, però, non è stato aggiornato al 31/12/2015. Si segnala che l'eventuale avanzo d'esercizio rimane comunque a disposizione delle Regioni. Nel §4.4 vengono analizzate in dettaglio le misure di copertura dei disavanzi adottate dalle Regioni.

A tal proposito, va rilevato che dal 2012 la Corte dei Conti, congiuntamente con la revisione delle regole contabili e dei collegati controlli, ha operato affin-

<sup>13</sup> Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

<sup>14</sup> Risultano infatti iscritti a patrimonio netto delle aziende, e, dovrebbero corrispondere, secondo quanto disposto dal D.lgs. 118/2011 ripiani assegnati ma non ancora erogati.

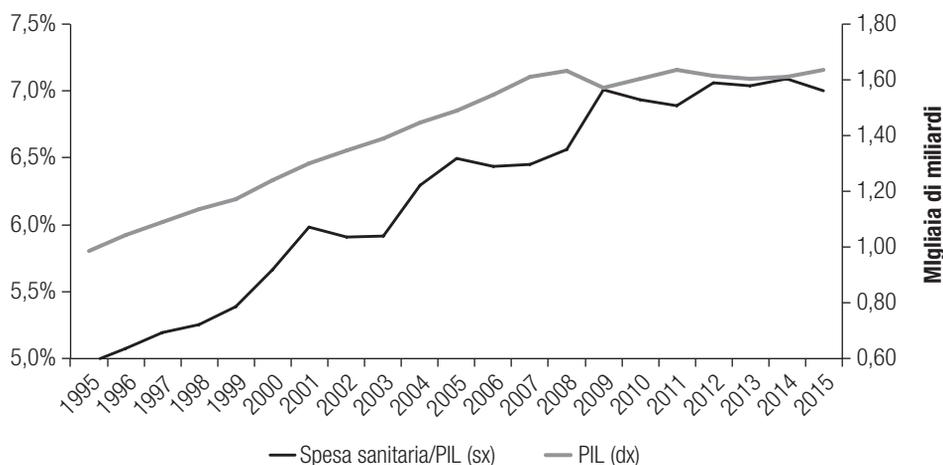
ché le Regioni imputassero alla sanità le risorse addizionali ricevute dallo Stato per finalità sanitarie. L'obiettivo è di proteggere i fondi specifici per la sanità da eventuali deviazioni nella destinazione. Nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015, la Corte dei Conti rileva che «in quasi tutte le Regioni è stato rispettato l'impegno di trasferire in corso dell'esercizio al Servizio Sanitario Regionale almeno il 90% delle risorse ricevute dallo Stato per finalità sanitarie, mentre sono state avviate le procedure (ma in alcuni casi non completate) per la restituzione alla sanità delle somme in precedenza non versate. In molte Regioni, tuttavia, i tempi di pagamento ai fornitori continuano a registrare ritardi elevati».

La lettura storica dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL permette di ripercorrere le principali tappe evolutive dell'approccio alla gestione delle risorse finanziarie per la sanità, con particolare riferimento alle azioni di contenimento della spesa (Figura 4.2). Innanzitutto, l'andamento particolarmente contrastato della serie spesa sanitaria/PIL si contrappone alla crescita meno costante del PIL, segnalando che la dinamica della spesa sanitaria è influenzata da elementi, come le politiche pubbliche, in grado di indirizzarne l'evoluzione<sup>15</sup>. La prima fase dell'introduzione di logiche, principi e strumenti aziendali nel SSN (1992-1995) è accompagnata da una forte riduzione della spesa, complessivamente pari a circa 1 punto percentuale del PIL, con trend di diminuzione omogeneo nei tre anni, come effetto dell'applicazione delle riforme previste dal D.lgs 502/1992 e dal D.lgs 517/1993. Il periodo 1995-2001, invece, è stato caratterizzato da politiche sanitarie meno direttamente legate a tagli lineari sulla spesa e volte maggiormente al governo degli attori del sistema (ad esempio, l'introduzione dei meccanismi d'indirizzo prescrittivo per i medici). Il risultato è stato un graduale e costante aumento della spesa<sup>16</sup>, fino al 2001, quando l'accelerazione del processo di regionalizzazione e la responsabilizzazione delle Regioni sul disavanzo ha riportato l'attenzione dei programmatori sanitari sulle variabili di spesa. Tuttavia, il trend, a partire dal 2001, è decisamente meno regolare che in passato, in gran parte per effetto della politica sanitaria differenziata nelle 21 Regioni e PP.AA. Nel biennio 2008-2009, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL ha risentito del rallentamento della crescita macroeconomica, particolarmente evidente tra il 2008 e il 2009, anno in cui il rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL ha raggiunto il picco del 7%. Nel triennio successivo la spesa ha subito un ulteriore rallentamento, indotto anche dalle numerose manovre di correzione degli stanziamenti inizialmente previsti. Nel 2012, complice anche il rallentamento del PIL (-1,4% rispetto al 2011), il peso della spesa sanitaria torna su livelli simili a quelli del 2009 (7,1%; Figura 4.2), nonostante la crescita contenuta della spesa. Nel 2013, si sono verificate congiuntamente le diminuzio-

<sup>15</sup> Cfr. nota 25 al Capitolo 3, Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

<sup>16</sup> Cfr. nota 26 al Capitolo 3 del Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

Figura 4.2 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1995-2015)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016), ISTAT (2016)

ni di spesa e PIL, ma essendo la diminuzione di spesa più consistente, il suo peso sul PIL diminuisce e si attesta al 7%. Anche nel 2014 e nel 2015 spesa sanitaria e PIL mostrano variazioni concordi; nel 2014, un nuovo aumento congiunto di spesa sanitaria e PIL ha riportato l'incidenza al 7,1%, mentre nel 2015 la crescita della spesa sanitaria (+0,3%) è stata inferiore rispetto alla crescita del PIL (+1,5%), riportando l'incidenza al 7%. Alla base del rallentamento della spesa vi sono principalmente le manovre di contenimento attivate nel corso degli anni. Ad esempio, a livello nazionale, a decorrere dal 2010 è attivo il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro<sup>17</sup> e, dal 2011 sono stati attuati diversi interventi in materia di farmaci. Dal 2012, invece, hanno avuto effetto alcune delle misure previste dalla «spending review» e dai decreti successivi, come gli interventi in materia di budget per la spesa farmaceutica e per dispositivi medici. A livello regionale, in particolar modo nelle Regioni in PdR, le misure si sono incentrate principalmente sul ripensamento dei modelli strategici di gestione dell'assistenza, attraverso interventi come la revisione dei sistemi di accreditamento, l'introduzione di budget, di tetti di spesa per gli operatori privati e la riorganizzazione della rete di offerta (vedi *infra* § 4.4).

<sup>17</sup> In merito al blocco dei contratti, il 23 giugno 2015, la Corte Costituzionale, in relazione alle questioni di legittimità costituzionale sollevate con le ordinanze R.O. n. 76/2014 e R.O. n. 125/2014, ha confermato con la sentenza n. 178 del 24 giugno 2015 e con decorrenza dalla pubblicazione della sentenza, l'illegittimità costituzionale sopravvenuta del regime del blocco della contrattazione collettiva per il lavoro pubblico, quale risultante dalle norme impugnate e da quelle che lo hanno prorogato.

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («*Welfare State*»), la Tabella 4.4 mostra come la sanità assorba una quota di spesa del 22,2%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (68%). L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità sia in leggera flessione (CAGR -0,2%) rispetto alla spesa per assistenza<sup>18</sup> e previdenza<sup>19</sup> (CAGR +5,6% e +1,4%, rispettivamente). Interessante anche la dinamica della spesa per assistenza, che nel 2009 era cresciuta dell'11,6%<sup>20</sup>, prevalentemente a causa della trasmissione al settore dell'economia reale degli effetti della crisi finanziaria. Nel biennio successivo, la spesa per assistenza, invece, segna due diminuzioni successive, pari al -2,8% in entrambi gli anni, malgrado lo stento della ripresa economica<sup>21</sup>. Nel 2012 questa voce era rimasta stabile (+0,6%), riprendendo a crescere (+3,1%) nel 2013 fino a fare registrare una variazione particolarmente rilevante nel 2014 (+19,7%) per poi rallentare la crescita nel 2015 (+8,8%). Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta nel 2015 dell'1,6%.

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica» (Tabella 4.5 e Figura 4.3), ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di ricovero nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera a carico del SSN in Italia. Solo riclassificando le voci di dettaglio dai conti della protezione sociale (ISTAT, 2016) è possibile ricavare l'incidenza di alcune funzioni di spesa. Ad esempio, l'assistenza ospedaliera in strutture pubbliche, nel 2015, ha rappresentato il 35,8% delle uscite per la sanità (fonte ISTAT) e, insieme alla spesa pubblica per assistenza ospedaliera in case di cura private accreditate (8,9% del totale), rappresenta il 44,8% della spesa complessiva. Nel complesso, la spesa per servizi sanitari forniti da produttori *non market*<sup>22</sup> rappresenta il 62,2%, maggiore del 4,6% rispetto al 2014. La spesa per servizi forniti da produttori *market*<sup>23</sup> si attesta invece al 37,8% del totale delle uscite per la sanità, in decrescita rispetto al 2014.

<sup>18</sup> Rientrano in questo aggregato: pensione e assegno sociale, pensione di guerra, prestazioni agli invalidi civili, prestazioni ai non vedenti e non udenti, altri assegni e sussidi.

<sup>19</sup> Rientrano in questo aggregato: pensioni e rendite, liquidazioni per fine rapporto di lavoro, indennità per malattia/infortunio/maternità, indennità di disoccupazione, assegno integrazione salariale, assegni familiari, altri sussidi e assegni.

<sup>20</sup> Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica, si rimanda all'Allegato contenuto nel Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009).

<sup>21</sup> La diminuzione della spesa per assistenza, unita alla mancata crescita economica, è un dato preoccupante perché potrebbe segnalare l'affievolimento delle misure tutelari per i cittadini in temporanee o permanenti condizioni di difficoltà.

<sup>22</sup> Regioni e aziende pubbliche.

<sup>23</sup> Farmaci erogati in regime di convenzione, assistenza medico-generica, assistenza medico-specialistica, assistenza riabilitativa, integrativa e protesica, assistenza in case di cura private e altra assistenza.

Tabella 4.4 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2001; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010-2015)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tasso crescita medio '90/'15	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'15
<b>Sanità</b>															
Spesa (milioni Euro)	38.790	45.397	64.651	71.486	91.436	106.361	105.038	103.163	102.616	104.057	105.137	4,1%	7,9%	4,5%	-0,2%
% sul totale	26,5%	20,6%	22,8%	23,9%	25,2%	24,0%	23,4%	22,8%	22,3%	22,3%	22,2%				
var. %	-	0,7%	12,2%	10,6%	6,7%	1,9%	-1,2%	-1,8%	-0,5%	1,4%	1,0%				
<b>Previdenza</b>															
Spesa (milioni Euro)	96.413	159.634	200.463	207.960	244.828	301.642	308.430	314.617	321.406	320.301	322.751	5,0%	4,5%	4,2%	1,4%
% sul totale	65,7%	72,4%	70,6%	69,4%	67,4%	68,0%	68,9%	69,5%	69,9%	68,6%	68,0%				
var. %	-	17,7%	2,2%	3,7%	3,3%	3,4%	2,3%	2,0%	2,2%	-0,3%	0,8%				
<b>Assistenza</b>															
Spesa (milioni Euro)	11.447	15.493	18.895	20.263	26.961	35.497	34.497	34.698	35.757	42.789	46.573	5,8%	4,6%	6,4%	5,6%
% sul totale	7,8%	7,0%	6,7%	6,8%	7,4%	8,0%	7,7%	7,7%	7,8%	9,2%	9,8%				
var. %	-	2,1%	4,4%	7,2%	1,8%	-2,8%	-2,8%	0,6%	3,1%	19,7%	8,8%				
<b>Totale</b>	<b>146.650</b>	<b>220.524</b>	<b>284.009</b>	<b>299.709</b>	<b>363.225</b>	<b>443.500</b>	<b>447.965</b>	<b>452.478</b>	<b>459.779</b>	<b>467.147</b>	<b>474.461</b>	<b>4,8%</b>	<b>5,2%</b>	<b>4,5%</b>	<b>1,4%</b>
var. %	-	12,6%	4,5%	5,5%	4,0%	2,5%	1,0%	1,0%	1,6%	1,6%	1,6%				

Fonte: ISTAT (2016)

Un elemento da sottolineare ai fini della lettura storica dei dati di spesa è l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale. In particolare, a partire dal 2000, vengono aggiunte voci precedentemente non previste, quali accantonamenti, variazioni delle rimanenze, minusvalenze, sopravvenienze passive (tra cui gli oneri per arretrati nei contratti e nelle convenzioni), insussistenze dell'attivo. Di queste, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante<sup>24</sup>. Dal 2011 sono inseriti gli ammortamenti e i costi capitalizzati, mentre dal 2012 sono comprese le voci di rettifica e utilizzo fondi<sup>25</sup>.

Nella Tabella 4.5 e nella Figura 4.3 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni ed esterni alle aziende sanitarie. I beni e servizi, ovvero l'insieme degli acquisti delle aziende sanitarie, rappresentano una componente di costo collegata alle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie pubbliche (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o erogati tramite distribuzione diretta). Sono quindi classificati come fattori interni. Al contrario, le prestazioni convenzionate / accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti del SSN (MMG, specialisti, case di cura, farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti fattori esterni. Il saldo delle voci economiche «Altri costi» è stato escluso, mentre gli accantonamenti sono stati accorpati, in linea con il Ministero della Salute, ai *beni e servizi* e, quindi, ai fattori interni, anche se in parte si riferiscono a specialisti convenzionati con il SSN (personale SUMAI e MMG). Come emerge dalla Figura 4.3, nel 2015 il 63% della spesa è assorbita dai fattori interni di produzione, mentre il restante 37% è rappresentato dai fattori esterni.

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia tendenzialmente più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 4.5): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995, 2001-2010 e 2010-2015) il tasso di crescita dei costi per fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni (sebbene nell'ultimo quinquennio il gap tenda ad assottigliarsi e ad invertirsi nel 2015); in periodi di espansione della spesa (1995-2001) i fattori esterni aumentano ad un tasso molto più sostenuto<sup>26</sup>. Il contenimento della spesa si è quindi focalizzato soprattutto su tali fattori (in particolare sulla spesa farmaceutica convenzionata e sull'ospedaliera accreditata). Lo stesso fenomeno, tuttavia, può essere anche letto invertendo – in parte – il senso di causalità.

<sup>24</sup> Cfr. capitolo 4 del Rapporto OASI 2010 (Anessi Pessina e Sicilia, 2010), che analizza in modo approfondito i bilanci delle Aziende sanitarie, mostrando l'incidenza delle diverse componenti di ricavo e costo e il capitolo 3 del Rapporto OASI 2012 (Armeni e Ferré, 2012) per un'analisi dell'impatto dell'inclusione di alcune voci di dettaglio.

<sup>25</sup> Si osserva anche che dal 2005, in attuazione di quanto richiesto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005, le Regioni hanno riclassificato i costi degli IRCCS di diritto pubblico e delle AO universitarie integrate con il SSN dalla voce *Ospedaliera accreditata* alle rispettive voci della classificazione economica (es. *personale, beni e servizi*).

<sup>26</sup> Tale tendenza alla crescita dei costi per fattori esterni si è manifestata, in realtà, fino al 2004, anno in cui si è verificata una brusca inversione nel trend di crescita e che rappresenta il reale punto di rottura della serie.

**Tabella 4.5 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015)**

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tasso crescita medio			
												'90/'15	'95/'01	'01/'10	'10/'15
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	26.888	31.759	36.674	36.101	35.585	35.090	34.779	34.610	3,1%	4,7%	3,5%	-1,2%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	16.883	26.611	33.103	34.423	35.620	35.559	37.202	37.531	6,7%	10,5%	7,8%	2,5%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	4.511	5.691	6.541	6.626	6.647	6.609	6.614	6.615	4,0%	7,9%	4,2%	0,2%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.662	11.894	10.913	9.862	8.891	8.616	8.390	8.233	0,5%	14,6%	-0,7%	-5,5%
Ospedialiera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.131	8.147	8.849	8.641	8.525	8.538	8.712	8.779	3,1%	6,6%	0,9%	-0,2%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	2.485	3.231	4.504	4.668	4.755	4.679	4.572	4.583	3,7%	12,3%	6,8%	0,3%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	6.025	7.939	10.177	10.261	10.533	10.821	11.013	11.335	7,6%	11,4%	6,0%	2,2%
Altri costi (c)	375	471	578	703	1.066	7	34	202	-212	-255	-229	-198,1%	6,9%	-39,7%	-298,6%
Altro	375	471	194	259	201	197	202	202	232	234	244	-1,7%	-9,5%	-3,0%	4,3%
Saldo voci straordinarie	n.d.	n.d.	384	64	1.002	-132	-89	51	-378	-398	-335	n.d.	n.d.	-208,4%	20,5%
Saldo intramoenia	n.d.	n.d.	n.d.	-93	-137	-58	-78	-195	-209	-210	-209	n.d.	n.d.	-5,2%	29,5%
Saldo svalutazioni/ rivalutazioni	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	144	143	119	71	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Altri enti (d)	74	637	509	398	459	563	641	647	592	633	653	9,1%	-7,5%	3,9%	3,0%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.559	2.502	2.528	2.426	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Totale</b>	<b>41.466</b>	<b>48.752</b>	<b>70.173</b>	<b>77.686</b>	<b>96.797</b>	<b>111.331</b>	<b>112.810</b>	<b>113.964</b>	<b>112.795</b>	<b>114.186</b>	<b>114.536</b>	<b>4,1%</b>	<b>8,1%</b>	<b>4,1%</b>	<b>0,6%</b>
<b>Totale al netto di (c) e (d) : (f)</b>	<b>41.017</b>	<b>47.644</b>	<b>69.085</b>	<b>76.585</b>	<b>95.271</b>	<b>110.761</b>	<b>112.135</b>	<b>113.115</b>	<b>112.415</b>	<b>113.809</b>	<b>114.112</b>	<b>4,2%</b>	<b>8,2%</b>	<b>4,2%</b>	<b>0,6%</b>
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	43.771	58.370	69.777	70.524	71.205	70.649	71.980	72.141	4,6%	6,7%	5,3%	0,7%
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	32.814	36.901	40.984	41.611	41.911	41.766	41.828	41.971	3,6%	10,6%	2,5%	0,5%

Tabella 4.5 (segue)

Variazione percentuale	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	5,0%	7,6%	1,3%	-1,6%	-1,4%	-1,4%	-0,9%	-0,5%
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	6,7%	18,2%	0,8%	4,0%	3,5%	-0,2%	4,6%	0,9%
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	8,2%	13,5%	2,8%	1,3%	0,3%	-0,6%	0,1%	0,0%
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	33,3%	-1,7%	-0,8%	-9,6%	-9,8%	-3,1%	-2,6%	-1,9%
Ospedaliera accreditata	-	2,0%	10,5%	1,4%	-10,8%	0,3%	-2,4%	-1,3%	0,1%	2,0%	0,8%
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	9,3%	4,4%	10,4%	3,6%	1,9%	-1,6%	-2,3%	0,2%
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	35,9%	7,2%	3,6%	0,8%	2,7%	2,7%	1,8%	2,9%
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	21,6%	-47,1%	-98,5%	364,5%	485,4%	-205,0%	20,5%	-10,2%
Altri enti (d)	-	207,6%	6,6%	-21,9%	2,3%	1,3%	13,9%	1,0%	-8,5%	6,9%	3,2%
Ammortamenti (e)	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	64,7%	-2,2%	1,0%	-4,0%
<b>Totale</b>	-	<b>-0,6%</b>	<b>11,1%</b>	<b>10,7%</b>	<b>6,1%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,0%</b>	<b>-1,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,3%</b>
<b>Totale al netto di (c), (d) ed (e) : (f)</b>	-	<b>-0,9%</b>	<b>10,7%</b>	<b>10,9%</b>	<b>7,3%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,9%</b>	<b>-0,6%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,3%</b>
<i>Fattori interni (a+b)</i>	-	-0,2%	10,0%	5,6%	12,2%	1,1%	1,1%	1,0%	-0,8%	1,9%	0,2%
<i>Fattori esterni: (f) - Fattori interni</i>	-	-2,0%	11,7%	18,7%	0,4%	2,2%	1,5%	0,7%	-0,3%	0,2%	0,3%

Nota: gli accantonamenti tipici vengono inseriti nella voce «Servizi». La voce Altri costi (c) contiene il saldo della gestione straordinaria, il saldo intramoenia e la spesa relativa all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta). La voce «Altri Enti (d)» è riferita agli enti non regionali (vedi nota 7). Dal 2011 è inserita anche la voce «Ammortamenti».

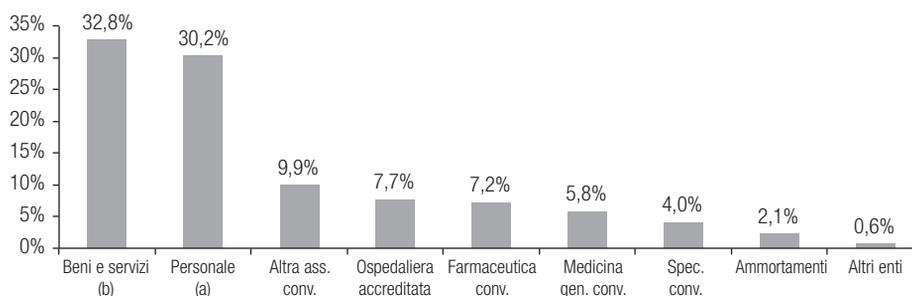
Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

Infatti, oltre a notare come la politica sanitaria sia stata particolarmente attenta al contenimento della spesa su alcuni fattori esterni, ad esempio attraverso l'istituzione di tetti di spesa per la farmaceutica<sup>27</sup>, è da considerare l'azione proattiva di molte Regioni nel ricondurre nell'insieme dei fattori interni alcune voci di spesa, al fine di generare rilevanti economie (ad esempio attraverso la distribuzione diretta e in nome e per conto dei farmaci). Il dato appare evidente dalla Figura 4.4, in cui si nota come la spesa per fattori interni cresca ad un tasso più sostenuto rispetto a quella per fattori esterni. Accanto al trend di lungo periodo, è interessante osservare la dinamica degli ultimi cinque anni. In particolare, dal 2010 al 2013 il tasso di crescita medio dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni (+0,42% annuo contro +0,63%); il tasso di crescita dei fattori interni torna poi ad essere superiore nel 2014 (+1,88% contro +0,15%) e per poi invertire nuovamente il trend nel 2015 (+0,22% contro +0,34%). Nel 2015, infatti, anche a fronte di una riduzione della spesa per personale (-0,5%) e di una lieve crescita della spesa per acquisti (+0,9%) la spesa per fattori esterni è tornata a crescere più della spesa per fattori interni.

Questa tendenza è da imputarsi a una netta riduzione della spesa specifica per personale e ad una crescita contenuta dell'acquisto di beni e servizi. Infatti negli ultimi anni la spesa per il personale ha mostrato tassi di crescita negativi e in alcuni anni anche la spesa per acquisti tende a crescere in modo minore rispetto alla media degli anni precedenti.

Venendo ad una sintetica analisi della spesa per i fattori della produzione, la voce più importante secondo la classificazione economica è l'acquisto di beni e servizi, pari a 37,5 miliardi di euro nel 2015 (32,8% sul totale della spesa del

Figura 4.3 **Composizione della spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica (2015)**

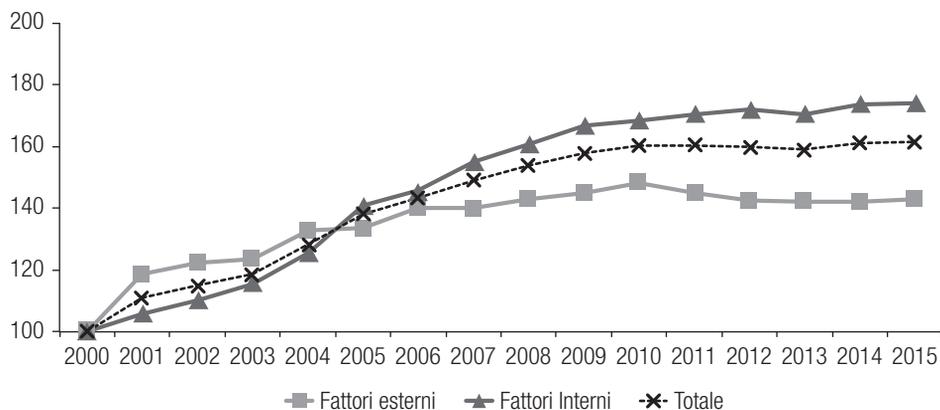


*Nota:* le prime due colonne dell'istogramma (a e b) rappresentano i fattori interni alla produzione.

*Fonte:* elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

<sup>27</sup> Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (acquisto di farmaci).

Figura 4.4 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000-2015, numeri indice: 2000 = 100**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

SSN nel 2015, un'incidenza in crescita rispetto al 32,6% dell'anno precedente). Si tratta della voce di spesa con l'andamento più variabile. Va rilevato che nel 1990 tale voce rappresentava il 17,7% della spesa totale. Tra il 1995 e il 2001, gli acquisti di beni e servizi sono cresciuti ad un tasso medio annuo pari al 10,5%. Dopo il picco del 2005, legato essenzialmente alla riclassificazione della spesa sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'SSN (si vedano le note 26 e 27), e dopo la battuta di arresto del 2006, la spesa per beni e servizi ha ripreso a salire (nel 2007 +13,2% rispetto al 2006), mentre nel biennio 2008-2009 ha subito un nuovo rallentamento, facendo registrare una crescita pari al 3% nel 2008 e al 4,6% nel 2009. Nel 2010, la crescita si è del tutto arrestata, con un aumento di appena lo 0,8%. Nel 2011, invece, la voce è nuovamente aumentata del 4%, con un ulteriore aumento del 3,5% nel 2012. Nel 2013, invece, si è registrata una diminuzione dello 0,2%, mentre nel 2014 questa voce di spesa è cresciuta nuovamente del 4,6%, per poi stabilizzarsi nuovamente nel 2015 (+0,9%). All'aggregato contribuiscono circa una decina di componenti: acquisizione di beni propriamente detti; servizi sanitari e non; servizi non sanitari appaltati; manutenzioni e riparazioni; godimento di beni di terzi; oneri diversi di gestione ed imposte e tasse; nonché accantonamenti tipici ed interessi passivi ed oneri finanziari. Come evidenziato dal secondo Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la dinamica di questa voce di spesa nel periodo 2010-2014 risente parzialmente dell'effetto di alcune manovre di contenimento, segnatamente quelle introdotte dal D.lgs 98/2011, dal D.lgs 95/2012 e dalla Legge di Stabilità 2013. Tra le mi-

sure introdotte al fine di monitorare e contenere la spesa per acquisto di beni e servizi, le principali sono:

- ▶ l'Osservatorio per i Contratti Pubblici che, da luglio 2012, pubblica un elenco di prezzi di riferimento per oltre 300 beni e servizi;
- ▶ la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti, nonché l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i Contratti Pubblici;
- ▶ l'individuazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard per il 2013 e del 4,4% dal 2014. Per il 2015 è stato anche previsto un *pay-back* sebbene non sia ancora stata effettuata la ripartizione delle quote a carico delle imprese della filiera;
- ▶ la rideterminazione, a partire dal 2013, del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard, associata al *pay-back* del 50% dello sfondamento a carico delle imprese farmaceutiche.

Come riportato nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2016, le singole componenti di spesa per beni e servizi hanno fatto registrare, nel 2015, andamenti diversi. La componente che maggiormente traina la crescita è l'acquisto di beni, che fa registrare una crescita del 9,4% rispetto al 2014 (anno in cui già aveva evidenziato un aumento del 4,4%). Più nel dettaglio, la spesa per farmaci al lordo dei *pay-back* è cresciuta di poco meno del 23% (soprattutto per effetto dei nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C, vedi Capitolo 10 all'interno del presente Rapporto), ed è aumentata dell'1,5% anche la spesa per dispositivi medici. Quest'ultima, peraltro, supera di circa il 20% il tetto (nel 2014 lo sfondamento era stato pari al 15%). Il tetto del 4,4% è rispettato solo in Lombardia, Campania e Calabria. È da rilevare che nei flussi utilizzati dal Ministero per il monitoraggio della spesa per dispositivi medici non è inclusa la componente relativa alle prestazioni in mobilità. Mediamente, nelle Regioni in PdR si osserva una lieve contrazione degli importi complessivi, mentre nelle altre Regioni l'aumento è di poco inferiore al 3%. La spesa per dispositivi impiantabili attivi e la spesa per diagnostici in vitro mostrano nel 2015 una crescita dell'1,5% (nel 2014 la spesa era cresciuta del 2,1%). La L. 125/2015 ha determinato le percentuali di *pay-back* relative allo sfondamento di questo tetto di spesa. In particolare, in caso di superamento del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici, la compartecipazione delle imprese fornitrici è determinata in misura pari al 40% dello sforamento nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% a decorrere dal 2017 (art. 9-ter, comma 9).

Per quanto riguarda la componente della spesa per servizi sanitari e non sanitari, rispetto al 2014 si registra un aumento dell'1,4% per quanto riguarda i primi, e una marcata diminuzione per quanto riguarda i secondi (-11,5%). Da segnalare, però, un aumento della spesa per manutenzioni e riparazioni (+1,4% rispetto al 2014) e una flessione della spesa per godimento di beni di terzi (-1,1%). La spesa per interessi passivi e oneri finanziari si riduce rispetto all'anno precedente (-5,5%), ma con grandi differenze tra Regioni in PdR (-26% circa rispetto al 2014) e Regioni non in PdR (+50% circa), che hanno maggiore possibilità di indebitamento.

La spesa per il personale<sup>28</sup>, pari a 34,6 miliardi di euro, è diminuita per il quinto anno consecutivo, facendo registrare una variazione del -0,5% rispetto al 2014. Su questo risultato hanno inciso prevalentemente:

- ▶ la revisione delle dotazioni organiche;
- ▶ la proroga del tetto alla spesa per il personale dipendente (pari alla spesa per il personale registrata nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%) disposta per il periodo 2010-2012 in attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e poi prorogata per il triennio 2013-2015 (DL 98/2011 e DL 95/2012);
- ▶ il blocco dei rinnovi contrattuali e il limite alla crescita dei trattamenti economici per gli anni 2011-2013 (pari al trattamento spettante nell'anno 2010), introdotto dal DL 78/2010 ed esteso fino al 2014 dal DL 98/2011. Di recente la Corte Costituzionale ha contestato la legittimità di questa previsione (vedi nota 17);
- ▶ la rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio (DL 78/2010) e il congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale (DL 98/2011 e Legge di Stabilità 2014).
- ▶ la Legge di Stabilità per il 2015 (L. 190/2014), ha prorogato solo alcune delle misure originariamente recate dal DL 78 e dai provvedimenti successivi. Se, da un lato, la Legge ha previsto un ulteriore anno di rinvio della contrattazione collettiva e dell'applicazione di automatismi stipendiali per le categorie non contrattualizzate, dall'altro lato ha di fatto portato alla cessazione delle disposizioni sul blocco degli effetti economici, delle progressioni di carriera e sui passaggi a livelli economici superiori. Inoltre, tale Legge non ha ulteriormente rivisto i limiti al turn-over. Nel corso del 2015, la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 178 del 24 giugno 2015, ha dichiarato poi l'illegittimità costituzionale dell'ulteriore rinvio della contrattazione (vedi nota 17);

<sup>28</sup> Per personale si intendono i contratti delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere, delle aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici per i ruoli sanitario, professionale, amministrativo e tecnico. È anche compreso il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario.

- ▶ la Legge di Stabilità per il 2016 (L. 208/2015), in attuazione della sentenza della Corte Costituzionale 178, ha previsto, per il rinnovo dei contratti relativi al periodo 2016-2019, risorse per 300 milioni di euro destinate, però, alla sola corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale. Contemporaneamente, la Legge ha, tuttavia, disposto un ulteriore inasprimento delle misure relative alla limitazione delle assunzioni, al blocco dei trattamenti accessori e alla riduzione di alcune indennità spettanti a specifiche categorie di personale. Per le amministrazioni statali, regionali e locali, nel triennio 2016-2018 le nuove assunzioni sono consentite nei limiti di una spesa pari ad un quarto di quella sostenuta per il personale cessato nell'anno precedente. Ciò consente di mantenere di fatto invariato l'ammontare complessivo della spesa per redditi da lavoro dipendente. La stessa Legge ripropone, poi, il blocco alle risorse da destinare ai trattamenti accessori del personale (comma 2 bis) parametrate al valore accertato per il 2015.

Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti, la riduzione della spesa per il personale è maggiore nelle Regioni in PdR (superiore al punto percentuale). In particolare, la spesa per il personale del ruolo sanitario si riduce di circa lo 0,7%, mentre per i ruoli professionale, tecnico e amministrativo la spesa diminuisce del 2,5%.

La spesa per la medicina generale convenzionata, pari a 6,6 miliardi di euro, è rimasta stabile rispetto al 2014 in virtù del blocco dei rinnovi delle convenzioni con i medici di medicina generale, simile a quanto previsto per il personale dipendente, e della previsione di un tetto alla crescita delle remunerazioni, pari al livello registrato nel 2011.

La spesa farmaceutica convenzionata al netto del *pay-back* diminuisce dell'1,9%, portandosi a 8,2 miliardi di euro. Su questo andamento, ormai consolidato nel tempo, hanno avuto influenza diverse misure, tra cui le principali sono:

- ▶ la riduzione del prezzo medio dei farmaci, per effetto dell'inserimento nel prontuario di nuovi farmaci generici e, in parte, della rinegoziazione dei prezzi dei farmaci con effetti dall'ultimo trimestre del 2015;
- ▶ la diffusione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni;
- ▶ la rideterminazione all'11,35% del tetto relativo alla farmaceutica territoriale, con effetti dal 2013, calcolato al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA, con attivazione del meccanismo del *pay-back* già previsto dalla normativa vigente in caso di superamento del predetto tetto;
- ▶ la quota di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino;

- il potenziamento della distribuzione diretta e in nome e per conto – soprattutto nelle Regioni soggette a PdR – che ha determinato lo spostamento verso di essa di parte dei consumi dal canale convenzionale, con il conseguente risparmio dato dalla minore remunerazione della filiera distributiva.

La spesa per assistenza specialistica convenzionata, pari 4,6 miliardi di euro nel 2015, è in crescita dello 0,2%. Il rallentamento della crescita, registrato negli ultimi anni (nel biennio 2013-2014 la crescita è stata addirittura negativa), è da riferirsi essenzialmente all'effetto derivante dall'adozione di strumenti di governo da parte delle Regioni (tetti agli erogatori, penalizzazioni tariffarie in caso di inappropriatezza). Il fatto che la voce sia comunque in lieve crescita deriva soprattutto dal consolidamento degli effetti già prodotti negli anni passati dal processo di deospedalizzazione, che ha comportato una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni precedentemente erogate in ambito ospedaliero.

La spesa per assistenza ospedaliera accreditata, che comprende le prestazioni acquistate da ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate, è pari a 8,8 miliardi di euro, in lieve aumento rispetto al 2014 (+0,8%). Il principale motivo della variazione contenuta è da riferirsi alle misure introdotte dal DL 95/2012 che prevedeva una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo) rispetto al valore consuntivato nell'anno 2011. Tale riduzione non si è verificata, ma il livello di spesa si attesta oggi sugli stessi livelli del 2011. La spesa per «altra assistenza» è cresciuta nel 2015 del 2,9%. Nel dettaglio, l'acquisto di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture private accreditate continua a ridursi, con un decremento rispetto al 2014 del 3%, a conferma della tendenza già rilevata nel triennio scorso. È però da rilevare come nelle Regioni non in PdR, la diminuzione sia superiore al 10%. La spesa per l'assistenza integrativa comprende le prestazioni che comportano l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare per le persone affette da determinate malattie e dei prodotti destinati alle persone con patologia diabetica, nonché l'erogazione di protesi ed ausili monouso e tecnologici inclusi in appositi elenchi. La spesa per queste prestazioni, pari a circa 1,9 miliardi di euro, mostra un lieve incremento rispetto al 2014 di poco meno dell'1%, come risultato di un incremento delle prestazioni integrative dell'1,8% (+2,1% nelle Regioni in PdR) e di una flessione dello 0,3% di quelle protesiche (−0,6% nelle Regioni in PdR) (Corte dei Conti, 2016).

Infine, la spesa per l'aggregato «altre prestazioni» (cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza agli alcolisti, assistenza ai disabili, e comunità terapeutiche) ammonta a 7,7 miliardi di euro, in aumento del 4,8% rispetto al 2014 (Corte dei Conti, 2016).

### 4.3 I dati di spesa regionali

Nel 2015 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (+0,2% rispetto al 2014) (Tabella 4.6) è di poco inferiore al tasso di crescita della spesa complessiva (+0,3%). Questa differenza si spiega attraverso la dinamica della crescita della popolazione (+0,02% nell'ultimo anno). Il dato presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2014 che vanno dal -3% del Molise al +2,3% dell'Umbria. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa pro-capite negli ultimi 5 anni risulti mediamente più basso nelle Regioni con PdR (cfr. nota a Tabella 4.6). In particolare, la diminuzione media della spesa corrente pubblica pro-capite nelle Regioni interessate da PdR è stata pari al -0,2%. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono, tendenzialmente, molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2015, si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Centro, mentre dal 1995 al 2001 sono le Regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Dal 2001 al 2010 si è assistito invece a una riduzione del tasso di crescita medio annuo in tutta Italia, con il Nord e il Centro che si attestano al +3,3% e il Sud a +3,6%. Infine, nell'ultimo periodo (2010-2015) sono nuovamente le Regioni del Centro ad avere un andamento più contenuto (leggermente negativo, attestandosi al -0,1%). La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione<sup>29</sup>, nel 2015 è diminuita rispetto al 2014, in linea con la diminuzione riscontrata l'anno precedente.

Guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo (spesa riferita all'utilizzo delle strutture della Regione) e al netto della mobilità (spesa riferita alla popolazione residente nella Regione) (Tabella 4.7) si può notare come nel 2015 la variabilità interregionale della spesa (coefficiente di variazione) si riduca una volta tenuto conto della mobilità, segnalando una maggiore omogeneità della domanda a prescindere dal luogo di residenza.

Nella Figura 4.5 è riportata, per ogni Regione, la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità, il saldo pro-capite della mobilità e la spesa sanitaria pubblica pro-capite al netto della mobilità. È da notare come per alcune Regioni il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Calabria e (in positivo) per il Molise e l'Emilia Romagna. Si registra inoltre la diminuzione del saldo di mobilità internazionale; la spesa netta relativa alla mobilità internazionale diminuisce tra il 2013 e il 2015, dai circa 105 milioni di euro registrati nel 2013 ai 16 milioni di euro del 2015. Il Ministero della Salute, tuttavia, non specifica quanta parte di questa diminuzione sia relativa ad un minor ricorso ai servizi sanitari offerti da altri Paesi e quanta, invece, sia da imputare ad una maggiore mobilità in entrata.

<sup>29</sup> Deviazione standard/media.

**Tabella 4.6 Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010-2015)**

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tasso crescita medio				
											2015/ 2014	'90/'15	'95/'01	'01/'10	'10/'15	
Piemonte	688	828	1.319	1.415	1.661	1.904	1.897	1.965	1.914	1.886	1.873	-0,7%	4,1%	9,3%	3,4%	-0,3%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.522	1.829	2.172	2.236	2.275	2.253	2.121	2.145	1,1%	4,3%	9,7%	4,0%	-0,3%
Lombardia	709	868	1.198	1.344	1.573	1.813	1.872	1.920	1.917	1.934	1.930	-0,2%	4,1%	7,6%	3,4%	1,3%
Bolzano	722	995	1.603	1.683	2.059	2.183	2.234	2.337	2.310	2.288	2.317	1,2%	4,8%	9,2%	2,9%	1,2%
Trento	731	907	1.327	1.533	1.722	2.089	2.209	2.281	2.246	2.223	2.174	-2,2%	4,5%	9,2%	3,5%	0,8%
Veneto	746	861	1.257	1.365	1.609	1.788	1.782	1.851	1.832	1.828	1.842	0,8%	3,7%	8,0%	3,0%	0,6%
Friuli VG	730	868	1.241	1.361	1.650	1.979	2.076	2.125	2.083	1.994	1.974	-1,0%	4,1%	7,8%	4,3%	-0,1%
Liguria	841	957	1.374	1.505	1.837	2.006	2.043	2.060	2.040	2.027	2.045	0,9%	3,6%	7,8%	3,2%	0,4%
Emilia R	856	975	1.282	1.422	1.699	1.920	1.926	2.094	2.031	2.002	2.021	0,9%	3,5%	6,5%	3,4%	1,0%
Toscana	788	891	1.256	1.412	1.647	1.899	1.914	2.016	1.964	1.970	1.972	0,1%	3,7%	8,0%	3,3%	0,8%
Umbria	766	865	1.273	1.376	1.629	1.806	1.841	1.912	1.902	1.863	1.905	2,3%	3,7%	8,0%	3,1%	1,1%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.544	1.795	1.793	1.832	1.802	1.806	1.816	0,5%	3,2%	7,4%	3,2%	0,2%
Lazio	788	891	1.319	1.464	1.919	1.970	1.965	2.037	1.976	1.875	1.885	0,5%	3,6%	8,6%	3,4%	-0,9%
Abruzzo	724	761	1.299	1.383	1.729	1.743	1.751	1.836	1.802	1.821	1.803	-1,0%	3,7%	10,5%	2,6%	0,7%
Molise	678	776	1.164	1.387	2.033	2.070	2.037	2.151	2.250	2.134	2.069	-3,0%	4,6%	10,2%	4,5%	0,0%
Campania	692	743	1.163	1.300	1.670	1.719	1.710	1.713	1.689	1.696	1.715	1,1%	3,7%	9,8%	3,1%	0,0%
Puglia	671	783	1.123	1.223	1.515	1.772	1.731	1.742	1.741	1.760	1.771	0,6%	4,0%	7,7%	4,2%	0,0%
Basilicata	603	707	1.079	1.184	1.505	1.797	1.818	1.835	1.818	1.829	1.840	0,6%	4,6%	9,0%	4,7%	0,5%
Catabria	586	721	1.142	1.254	1.423	1.719	1.697	1.741	1.712	1.721	1.717	-0,2%	4,4%	9,7%	3,6%	0,0%
Sicilia	700	747	1.073	1.254	1.559	1.688	1.717	1.743	1.743	1.735	1.728	-0,4%	3,7%	9,0%	3,4%	0,5%
Sardegna	695	860	1.173	1.288	1.632	1.871	1.932	2.006	1.979	1.988	1.983	-0,3%	4,3%	7,0%	4,2%	1,2%
<b>Totale</b>	<b>730</b>	<b>840</b>	<b>1.223</b>	<b>1.356</b>	<b>1.648</b>	<b>1.836</b>	<b>1.850</b>	<b>1.908</b>	<b>1.882</b>	<b>1.869</b>	<b>1.873</b>	<b>0,2%</b>	<b>3,8%</b>	<b>8,3%</b>	<b>3,4%</b>	<b>0,4%</b>

Tabella 4.6 (segue)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015/ 2014	Tasso crescita medio			
													'90/'15	'95/'01	'01/'10	'10/'15
<i>Nord</i>	745	885	1.265	1.393	1.646	1.873	1.902	1.976	1.949	1.939	1.941	0,1%	3,9%	7,8%	3,3%	0,7%
<i>Centro</i>	792	888	1.284	1.426	1.759	1.913	1.917	1.993	1.944	1.895	1.905	0,5%	3,6%	8,2%	3,3%	-0,1%
<i>Sud e Isole</i>	678	760	1.138	1.271	1.590	1.743	1.743	1.770	1.757	1.762	1.765	0,2%	3,9%	9,0%	3,6%	0,3%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>	701	797	1.194	1.325	1.686	1.818	1.810	1.805	1.779	1.836	1.833	-0,2%	3,9%	8,8%	3,6%	0,2%
<i>Altre regioni</i>	758	894	1.251	1.388	1.675	1.895	1.921	1.945	1.919	1.983	1.977	-0,3%	3,9%	7,6%	3,5%	0,9%
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,72%	8,47%	9,89%	7,87%	8,98%	9,54%	9,75%	8,51%	8,28%					
Rapporto max/min	46,2%	40,7%	49,3%	42,2%	44,8%	29,4%	31,8%	36,4%	36,8%	34,9%	35,1%					

*Nota:* le Regioni inizialmente soggette a PdR sono Lazio (28.2.07), Abruzzo (06.3.07), Campania (13.3.07), Molise (27.3.07) e Sicilia (31.7.07). La Calabria ha approvato il proprio PdR con DGR n.845 del 17.12.2009, pertanto nel 2010 è inclusa nel computo delle Regioni in PdR. La Puglia e il Piemonte hanno approvato il PdR nel corso del 2010 (rispettivamente con DGR 2624 del 30.11.2010 e DGR 1-415 del 2.8.2010 e successive integrazioni) e risultano pertanto incluse a partire dal 2010. La Liguria e la Sardegna sono uscite dal Piano nel 2010, con valutazione positiva circa il raggiungimento degli obiettivi. La voce Regioni in PdR comprende le Regioni che allo stato attuale risultano essere in PdR.

*Fonte:* elaborazioni su dati Ministero della Salute(2016) ed ISTAT (2016)

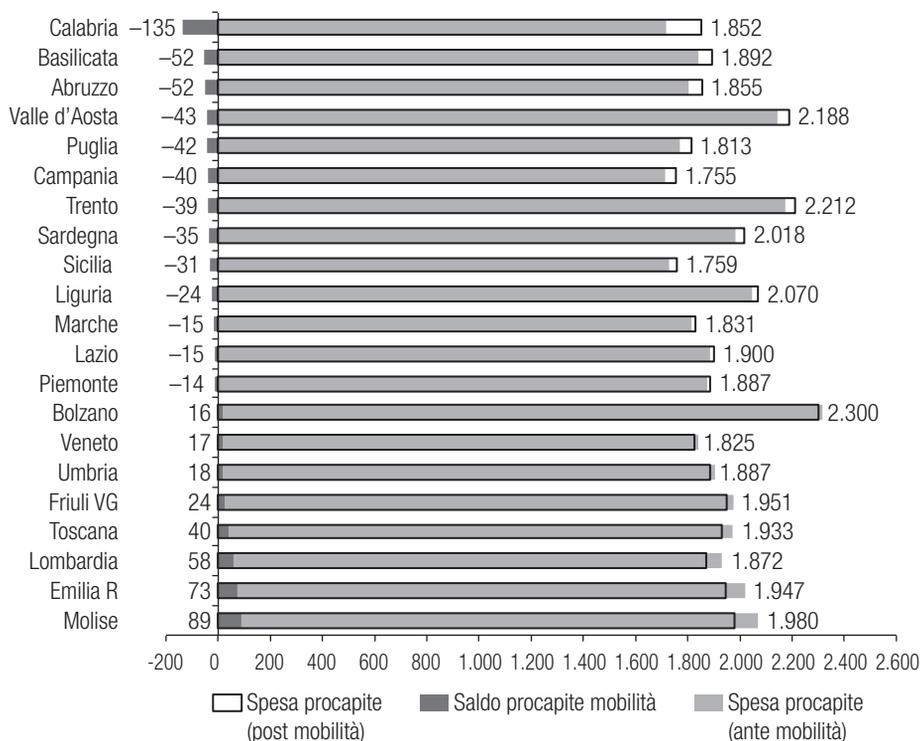
Tabella 4.7 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2015). Valori assoluti e numeri indice**

Regioni	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità	Saldo procapite mobilità/ spesa procapite
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	percentuale
Piemonte	1.873	100,0	1.887	100,7	-13,8	-0,74%
Valle d'Aosta	2.145	114,5	2.188	116,8	-43,2	-2,02%
Lombardia	1.930	103,0	1.872	99,9	58,3	3,02%
Bolzano	2.317	123,7	2.300	122,8	16,2	0,70%
Trento	2.174	116,0	2.212	118,1	-38,8	-1,78%
Veneto	1.842	98,3	1.825	97,4	16,8	0,91%
Friuli VG	1.974	105,4	1.951	104,1	23,8	1,21%
Liguria	2.045	109,2	2.070	110,5	-24,1	-1,18%
Emilia R	2.021	107,9	1.947	103,9	73,3	3,63%
Toscana	1.972	105,3	1.933	103,2	39,9	2,02%
Umbria	1.905	101,7	1.887	100,7	17,9	0,94%
Marche	1.816	96,9	1.831	97,7	-15,5	-0,85%
Lazio	1.885	100,6	1.900	101,4	-14,6	-0,78%
Abruzzo	1.803	96,2	1.855	99,0	-52,1	-2,89%
Molise	2.069	110,4	1.980	105,7	88,5	4,28%
Campania	1.715	91,5	1.755	93,7	-40,3	-2,35%
Puglia	1.771	94,5	1.813	96,8	-42,1	-2,38%
Basilicata	1.840	98,2	1.892	101,0	-52,3	-2,84%
Calabria	1.717	91,7	1.852	98,9	-134,8	-7,85%
Sicilia	1.728	92,2	1.759	93,9	-30,6	-1,77%
Sardegna	1.983	105,8	2.018	107,7	-34,8	-1,76%
<b>Totale</b>	<b>1.873</b>	<b>100,0</b>	<b>1.873</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,00%</b>
<i>Nord</i>	<i>1.941</i>	<i>103,6</i>	<i>1.909</i>	<i>101,9</i>	<i>32,5</i>	<i>1,68%</i>
<i>Centro</i>	<i>1.905</i>	<i>101,7</i>	<i>1.900</i>	<i>101,4</i>	<i>4,6</i>	<i>0,24%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.765</i>	<i>94,2</i>	<i>1.811</i>	<i>96,7</i>	<i>-45,9</i>	<i>-2,60%</i>
Coeff. Var.	8,28%	-	7,5%	-	-	-
Rapporto max/min	35,11%	-	31,1%	-	-	-

Nota: la mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2015.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

Figura 4.5 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo e al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale pro-capite (2015)**

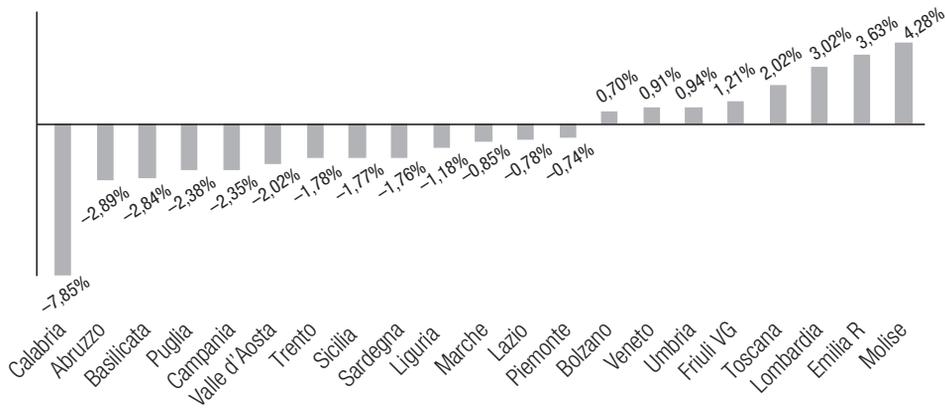


Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

La Tabella 4.8 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto della mobilità<sup>30</sup>, in coerenza con quanto riportato nel precedente rapporto OASI (Armeni e Costa, 2015). Il dato è da leggere in una doppia prospettiva. Innanzitutto, è da notare come la variabilità tra le Regioni di questo indicatore sia molto superiore rispetto a quella della sola spesa. Il coefficiente di variazione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è pari al 25,4% nel 2015 (in aumento rispetto al 25,3% del 2014), mentre si attesta intorno al 7,5% nel caso della spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (Tabella 4.7). Questa evidenza dimostra che, se l'intensità di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non può dirsi della sua incidenza sul PIL, una misura di assorbimento potenziale

<sup>30</sup> Come specificato in nota alla Tabella 4.7, per il 2014 ed il 2015 sono stati utilizzati i dati di mobilità interregionale programmata, come riportati nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2014 e del 2015.

Figura 4.6 **Saldo pro-capite della mobilità su spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) (2015)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

da parte della sanità pubblica delle risorse generate dal sistema produttivo di ogni Regione. Si parla di assorbimento potenziale perché la spesa sanitaria pubblica assorbe solo in parte le risorse generate dai sistemi produttivi regionali. Infatti, i meccanismi di perequazione fanno sì che l'assorbimento reale sia livellato sul territorio, al fine di evitare che la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (da poco più del 5% in alcune Regioni del Nord, es. 5,3% in Lombardia, fino a più dell'11% in alcune Regioni del Sud, es. 11,3% in Calabria) si trasformi in un ostacolo insormontabile per alcune Regioni nell'erogazione dei servizi essenziali. Tale variabilità, infatti, se non fosse livellata tramite il meccanismo perequativo, comporterebbe un'accentuazione delle differenze nella capacità delle Regioni di erogare i LEA, se non a prezzo di un forte aumento della pressione fiscale o delle compartecipazioni, oppure di una sostanziale distrazione di risorse da altri ambiti di intervento pubblico nelle Regioni in cui l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è maggiore (soprattutto a causa del minore PIL pro-capite), con margini di manovra molto ristretti in quanto la spesa sanitaria rappresenta una quota molto rilevante della spesa pubblica regionale. In altri termini, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL mette in evidenza il *trade-off* tra finalità di equità del SSN sul territorio nazionale e spinte federaliste verso una maggiore responsabilizzazione delle Regioni sul finanziamento e sulla spesa. Questo *trade-off* è la ragione principale per cui il federalismo fiscale in sanità non è stato mai applicato nella sua forma più radicale.

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie, si evidenziano rilevanti differenze a livello regionale. La Figura 4.7 illustra l'evoluzione del dato tra il 2000 e il 2015. La Tabella 4.9 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

Tabella 4.8 Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2004-2015)

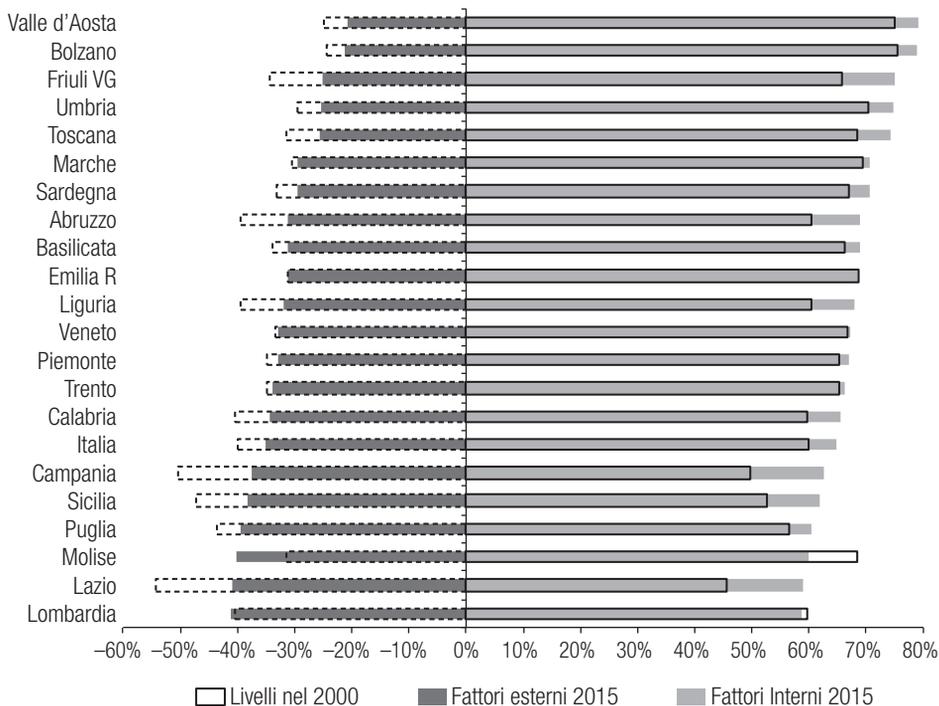
Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Piemonte	6,10%	5,99%	5,98%	5,99%	6,25%	6,91%	6,75%	6,59%	6,89%	6,84%	6,82%	6,69%
Valle d'Aosta	5,58%	5,82%	6,09%	5,94%	6,08%	6,49%	6,46%	6,55%	6,49%	6,42%	5,94%	5,72%
Lombardia	4,28%	4,61%	4,65%	4,71%	4,69%	5,06%	5,01%	5,11%	5,21%	5,22%	5,36%	5,28%
Bolzano	5,90%	6,09%	5,99%	5,96%	6,00%	5,84%	5,83%	5,76%	5,76%	5,62%	5,63%	5,76%
Trento	5,41%	5,50%	5,59%	5,55%	5,77%	6,24%	6,30%	6,60%	6,76%	6,63%	6,63%	6,46%
Veneto	5,16%	5,45%	5,49%	5,43%	5,62%	6,00%	5,99%	5,81%	6,04%	6,07%	6,03%	5,93%
Friuli VG	5,90%	5,97%	5,71%	5,94%	6,42%	7,05%	6,91%	7,12%	7,39%	7,33%	7,07%	6,94%
Liguria	6,70%	6,65%	6,52%	6,47%	6,48%	7,02%	6,99%	6,97%	6,94%	7,12%	7,11%	6,97%
Emilia R	5,20%	5,30%	5,21%	5,17%	5,32%	5,82%	5,82%	5,66%	6,11%	5,95%	5,93%	5,91%
Toscana	5,87%	6,02%	6,03%	5,98%	6,15%	6,70%	6,59%	6,52%	6,73%	6,57%	6,67%	6,60%
Umbria	6,48%	6,67%	6,67%	6,59%	6,79%	7,48%	7,41%	7,53%	7,87%	7,79%	7,75%	7,81%
Marche	6,40%	6,39%	6,32%	6,24%	6,49%	6,94%	7,09%	7,03%	7,22%	7,28%	7,27%	7,08%
Lazio	5,79%	5,85%	5,99%	5,86%	5,96%	6,17%	6,05%	5,97%	6,12%	6,05%	5,94%	5,82%
Abruzzo	7,36%	8,09%	7,62%	7,75%	7,64%	8,08%	7,84%	7,56%	7,87%	7,73%	8,08%	8,09%
Molise	8,58%	10,44%	8,63%	8,71%	9,36%	9,65%	9,67%	9,51%	10,08%	10,72%	10,08%	9,46%
Campania	9,46%	10,15%	9,35%	9,51%	9,76%	10,18%	10,14%	10,08%	10,06%	10,06%	10,34%	10,42%
Puglia	8,63%	9,62%	9,35%	9,78%	10,33%	10,68%	10,69%	10,32%	10,26%	10,39%	10,65%	10,65%
Basilicata	8,60%	9,13%	8,70%	8,83%	9,23%	9,91%	10,18%	9,95%	9,89%	9,83%	10,09%	9,99%
Calabria	9,81%	9,85%	9,89%	10,98%	10,64%	11,25%	11,14%	10,93%	11,13%	11,28%	11,41%	11,26%
Sicilia	9,54%	9,52%	9,82%	9,52%	9,35%	9,72%	9,83%	10,06%	10,15%	10,21%	10,37%	10,27%
Sardegna	8,33%	8,99%	8,45%	8,42%	8,78%	9,42%	9,65%	9,92%	10,07%	10,06%	10,25%	10,07%
<b>Totale</b>	<b>6,22%</b>	<b>6,47%</b>	<b>6,40%</b>	<b>6,42%</b>	<b>6,53%</b>	<b>6,97%</b>	<b>6,90%</b>	<b>6,85%</b>	<b>7,02%</b>	<b>7,00%</b>	<b>7,05%</b>	<b>6,96%</b>

\*Il dato 2015 del PIL è stimato.

Nota: la mobilità interregionale 2014 e 2015 è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2014 e del 2015 e a quella consuntiva per gli anni precedenti.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016), ISTAT (2016)

Figura 4.7 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente regionale, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) (2000; 2015)**



*Nota:* dal dato sono esclusi gli altri costi, rappresentati in prevalenza dal saldo delle voci economiche. Sono invece inclusi gli accantonamenti tipici, che (cfr. supra) vengono accorpati ai servizi, anche se in parte si riferiscono al rinnovo delle convenzioni di fattori esterni alla produzione (MMG e specialisti).

*Fonte:* elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

Le differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare, al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: ad esempio, Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). Queste Regioni presentano, infatti, valori per quanto riguarda i servizi accreditati (ospedaliera, specialistica e altra assistenza) tendenzialmente superiori alla media nazionale. È inoltre interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente (Tabella 4.9), Lombardia, Lazio, Campania e Puglia e, in parte, Molise presentino incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre la Sicilia, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzia valori più elevati della media nazionale.

Tabella 4.9 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2015)**

Anno 2015	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)	Fattori Interni	Fattori esterni
Piemonte	33,9%	33,1%	5,8%	7,1%	6,0%	2,9%	11,1%	8.255	67,0%	33,0%
Valle d'Aosta	42,6%	36,5%	6,1%	6,2%	2,7%	0,6%	5,4%	266	79,2%	20,8%
Lombardia	26,2%	32,6%	4,6%	6,8%	11,9%	5,2%	12,7%	19.082	58,8%	41,2%
Bolzano	48,8%	30,1%	4,7%	3,9%	1,9%	0,6%	10,0%	1.189	78,8%	21,2%
Trento	36,0%	30,3%	5,0%	5,4%	4,6%	2,3%	16,4%	1.173	66,2%	33,8%
Veneto	30,4%	36,7%	6,1%	6,1%	5,8%	3,8%	11,0%	8.989	67,2%	32,8%
Friuli VG	38,9%	36,1%	5,2%	7,7%	2,6%	2,0%	7,5%	2.376	75,0%	25,0%
Liguria	33,8%	34,2%	4,9%	6,9%	6,9%	3,6%	9,7%	3.209	68,0%	32,0%
Emilia R	33,4%	35,3%	5,9%	5,5%	7,3%	2,2%	10,4%	8.899	68,7%	31,3%
Toscana	34,8%	39,5%	5,7%	6,2%	3,9%	2,0%	7,9%	7.275	74,3%	25,7%
Umbria	36,5%	38,2%	5,7%	7,6%	2,5%	1,2%	8,4%	1.680	74,7%	25,3%
Marche	35,4%	35,2%	6,1%	8,5%	3,6%	1,8%	9,5%	2.798	70,6%	29,4%
Lazio	24,9%	34,1%	5,6%	8,2%	11,7%	4,6%	11,0%	10.866	59,0%	41,0%
Abruzzo	32,0%	36,8%	6,5%	9,4%	5,3%	2,0%	8,1%	2.385	68,8%	31,2%
Molise	29,9%	30,0%	7,3%	7,1%	11,3%	6,0%	8,4%	645	59,9%	40,1%
Campania	26,9%	35,6%	6,4%	8,6%	8,3%	7,4%	6,8%	9.965	62,5%	37,5%
Puglia	27,8%	32,7%	7,2%	8,6%	10,4%	4,0%	9,3%	7.132	60,5%	39,5%
Basilicata	36,2%	32,6%	7,7%	7,8%	2,1%	3,6%	9,9%	1.042	68,8%	31,2%
Calabria	33,9%	31,6%	7,4%	9,1%	5,6%	3,6%	8,7%	3.379	65,6%	34,4%
Sicilia	32,2%	29,5%	6,9%	7,8%	8,2%	5,7%	9,6%	8.679	61,8%	38,2%
Sardegna	36,6%	33,9%	6,2%	8,7%	2,7%	3,9%	8,1%	3.257	70,5%	29,5%
<b>Italia</b>	<b>30,8%</b>	<b>34,1%</b>	<b>5,9%</b>	<b>7,3%</b>	<b>7,8%</b>	<b>4,1%</b>	<b>10,1%</b>	<b>112.539</b>	<b>64,9%</b>	<b>35,1%</b>
<i>Nord</i>	<i>31,1%</i>	<i>34,0%</i>	<i>5,3%</i>	<i>6,4%</i>	<i>8,1%</i>	<i>3,7%</i>	<i>11,4%</i>	<i>53.436</i>	<i>65,1%</i>	<i>34,9%</i>
<i>Centro</i>	<i>30,3%</i>	<i>36,3%</i>	<i>5,7%</i>	<i>7,5%</i>	<i>7,5%</i>	<i>3,2%</i>	<i>9,6%</i>	<i>22.619</i>	<i>66,5%</i>	<i>33,5%</i>
<i>Sud e isole</i>	<i>30,5%</i>	<i>33,0%</i>	<i>6,8%</i>	<i>8,5%</i>	<i>7,6%</i>	<i>5,2%</i>	<i>8,4%</i>	<i>36.484</i>	<i>63,5%</i>	<i>36,5%</i>

Nota: rispetto alla tabella 4.5 non vengono considerate le seguenti voci: «altri costi»; «altri enti» ed «ammortamenti». Per fattori interni si intende la somma della spesa per personale e acquisti di beni e servizi; per fattori esterni si intende l'insieme delle altre voci di spesa.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

Per quanto concerne la spesa farmaceutica (Tabella 4.10), nel 2013 i tetti di spesa territoriale e ospedaliera sono stati fissati rispettivamente al 11,35%<sup>31</sup> e al 3,5% delle assegnazioni regionali. I tetti sono stati modificati dal 2013, diminuendo rispetto al 2012 il tetto sulla spesa territoriale (precedentemente fissato al 13,1%) e aumentando il tetto sulla spesa ospedaliera (precedentemente fissato al 2,4%). Da segnalare che la L. 190/2014 (Legge di Stabilità 2015) ha previsto l'istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (soprattutto nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C dispensati direttamente dalle strutture sanitarie) pari a 500 milioni di euro rispettivamente per il 2015 e il 2016. La Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) stabilisce che ogni eccedenza del fondo *ad hoc* destinato per gli anni 2015 e 2016 per l'acquisto dei farmaci innovativi concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica territoriale.

Nel 2015 la spesa territoriale al lordo del *pay-back* a carico delle imprese<sup>32</sup> è stata pari a 12.380 milioni di euro, in incremento rispetto al livello 2014 (+8,2%). Il dettaglio regionale fornito dal monitoraggio della spesa farmaceutica AIFA (consuntivo 2015) evidenzia, tuttavia, alcune realtà regionali in cui il tetto dell'11,35% è stato rispettato. In particolare, la spesa farmaceutica territoriale (al lordo del *pay-back*) è stata superiore al tetto in tutte le Regioni ad eccezione del Piemonte, della Valle d'Aosta, delle PP.AA. di Trento e Bolzano, del Veneto e dell'Emilia Romagna. Nel 2015 il Lazio, la Puglia e la Campania registrano gli scostamenti maggiori, rispettivamente +210,8, +224,8, e +250,9 milioni di euro. L'incidenza media della spesa farmaceutica territoriale (al lordo del *pay-back*) sul FSR è del 12,1%, dove P.A. di Bolzano e P.A. di Trento mostrano i livelli più bassi (9,2% e 10,2%), mentre Sardegna e Puglia registrano un'incidenza superiore al 14%.

La spesa ospedaliera al lordo del *pay-back* a carico delle imprese<sup>33</sup> è pari a 5.480 milioni di euro, in crescita rispetto al 2014 del 10,1%, e assorbe il 5,02% delle assegnazioni per il 2015. Lo sfondamento complessivo registrato per il 2015 è quindi pari a 1.663 milioni di euro, dove tutte le Regioni registrano sfondamenti del tetto del 3,5% ad esclusione della P.A. di Trento.

<sup>31</sup> Il tetto di spesa del 11,35% è riferito alla spesa farmaceutica territoriale, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta, delle compartecipazioni in quota fissa regionale e della distribuzione diretta di farmaci di fascia A, inclusa la distribuzione in nome e per conto e in sede di dimissione ospedaliera, al netto degli sconti a carico degli attori della filiera diversi dalle imprese produttrici. Rientra, quindi, nel budget per la spesa territoriale anche una parte di spesa non convenzionata (per la parte di distribuzione diretta e distribuzione per conto dei farmaci di fascia A).

<sup>32</sup> *Pay-back* della sospensione della riduzione dei prezzi del 5% (settembre 2006), *pay-back* legato allo sfondamento dei tetti di prodotto, *pay-back* relativo agli accordi di rimborso condizionato, *pay-back* relativo alla mancata riduzione del prezzo dei farmaci (Det. AIFA 1525/2015, GU 282/2015).

<sup>33</sup> Vedi nota 33.

Tabella 4.10 La spesa farmaceutica pubblica: territoriale e ospedaliera (2015) milioni di euro

Regione	FARMACEUTICA TERRITORIALE				FARMACEUTICA OSPEDALIERA					
	Tetto (11,35%)	Farmaceutica territoriale lordo payback	Sfondamento (segno positivo)	% Variazione 2014/2015 (lordo Pay-back)	% Incidenza su FSR	Tetto (3,5%)	Farmaceutica ospedaliera lordo payback	Sfondamento (segno positivo)	% Variazione 2014/2015 (lordo Pay-back)	% Incidenza su FSR
Piemonte	917,73	901,46	-16,26	4,00	11,15	283,00	382,53	99,53	-0,11	4,73
Valle d'Aosta	25,94	24,04	-1,90	6,21	10,52	8,00	10,10	2,10	26,25	4,42
Lombardia	2.028,61	2.074,89	46,29	12,97	11,61	625,56	838,17	212,60	14,71	4,69
Bolzano	101,20	82,38	-18,82	12,72	9,24	31,21	43,42	12,21	1,73	4,87
Trento	106,58	95,94	-10,65	11,87	10,22	32,87	32,58	-0,29	-5,79	3,47
Veneto	1.000,55	926,36	-74,20	5,74	10,51	308,54	393,50	84,96	3,79	4,46
Friuli VG	251,81	262,54	10,74	9,04	11,83	77,65	108,64	30,99	-2,29	4,90
Liguria	348,50	353,71	5,21	5,59	11,52	107,47	161,32	53,85	11,65	5,25
Emilia R	915,49	879,55	-35,94	11,01	10,90	282,31	424,71	142,41	8,16	5,27
Toscana	780,44	821,56	41,12	9,52	11,95	240,66	445,88	205,22	17,37	6,48
Umbria	187,17	187,32	0,15	4,30	11,36	57,72	92,21	34,49	11,39	5,59
Marche	322,74	351,60	28,86	6,07	12,36	99,52	154,89	55,37	9,38	5,45
Lazio	1.188,48	1.399,34	210,87	6,96	13,36	366,49	484,42	117,93	7,40	4,63
Abruzzo	274,17	315,85	41,69	5,98	13,08	84,54	138,05	53,51	14,11	5,72
Molise	68,96	71,56	2,60	6,56	11,78	21,27	25,98	4,71	6,71	4,28
Campania	1.168,26	1.419,26	250,99	9,51	13,79	360,26	528,89	168,64	19,41	5,14
Puglia	824,44	1.049,32	224,88	9,11	14,45	254,23	412,50	158,26	3,22	5,68
Basilicata	119,84	133,07	13,24	10,22	12,60	36,95	52,95	16,00	10,20	5,02
Calabria	401,21	473,13	71,93	2,37	13,38	123,72	187,13	63,41	24,64	5,29
Sicilia	1.014,63	1.127,39	112,76	5,17	12,61	312,88	391,92	79,04	9,03	4,38
Sardegna	333,67	463,88	130,20	11,08	15,78	102,89	171,02	68,13	11,99	5,82
<b>Italia</b>	<b>12.380,42</b>	<b>13.414,16</b>	<b>1.033,74</b>	<b>8,23</b>	<b>12,30</b>	<b>3.817,75</b>	<b>5.480,81</b>	<b>1.663,06</b>	<b>10,06</b>	<b>5,02</b>

Nota: spesa farmaceutica Territoriale: calcolata come somma della spesa convenzionata netta più la spesa per farmaci di fascia A erogati in distribuzione diretta e in distribuzione in nome e per conto, più le compartecipazioni in quota fissa regionali.

Spesa farmaceutica Ospedaliera: calcolata come differenza tra la spesa farmaceutica non convenzionata, la spesa per farmaci di fascia A erogati in distribuzione diretta e in distribuzione in nome e per conto e le voci come previste dalla «Spending Review» (spesa per farmaci in classe C e C-bis erogati in setting ospedaliero).

Fonte: dati Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2015 consuntivo. Riunione CdA AIFA del 21 giugno 2016

#### 4.4 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari<sup>34</sup>. Con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle Leggi Finanziarie per gli anni successivi.

Negli anni, le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. È ovviamente importante usare molta cautela nell'interpretare i dati di disavanzo: esiste, infatti, una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci introdotte a seguito dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina, 2005). A partire dall'implementazione dell'armonizzazione contabile prevista dal D.lgs 118/2001 e quindi dai dati di consuntivo 2012, si registra una netta convergenza delle Regioni nella contabilizzazione dei livelli di disavanzo: fino al 2011, questi ultimi erano contabilizzati dalle Regioni prevalentemente al lordo delle coperture regionali, mentre dal 2012 sono riportati al netto delle stesse – cfr. § 4.2.

Per il quarto anno consecutivo il sistema sanitario evidenzia un risultato di avanzo: nel 2012 era pari a 583 milioni di euro, nel 2013 a 333 milioni di euro, nel 2014 pari a 253 milioni di euro e nel 2015 pari a 346 milioni di euro (con un incremento del 36% rispetto all'anno precedente) (Tabella 4.11 e Tabella 4.3). A livello regionale si rilevano tuttavia eterogeneità nei livelli di avanzo sanitario, con sette Regioni che registrano risultati negativi: Sardegna (–340 milioni di euro), Liguria (–103 milioni di euro), Molise (–25 milioni di euro), Basilicata (–8 milioni di euro), Emilia Romagna (–8 milioni di euro), Lombardia (–7 milioni di euro) e P.A. di Trento (–6 milioni di euro) (Tabella 4.11). Nel 2015 la Sardegna incide sul disavanzo annuale complessivo per quasi il 70%.

Le Regioni in PdR<sup>35</sup> anche nel 2015 hanno confermato il trend degli anni precedenti; tra il 2009 e il 2014 hanno infatti ridotto il disavanzo prima delle coperture da quasi 3,5 miliardi di euro nel complesso a poco più di 275 milioni di euro. Un dato particolarmente significativo considerando che, per cinque regio-

<sup>34</sup> In particolare l'art. 4 stabilisce che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati (...) sono coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...); variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».

<sup>35</sup> Tra le Regioni in PdR ricomprendiamo le Regioni che hanno avviato il PdR nel periodo 2007-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia. Vengono comprese anche le due Regioni con PdR «leggero»: Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano con un livello di gravosità minore da quello ordinario.

Tabella 4.11 Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2015)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	210	40	100	671	1	7	31	5	17	2	5	21	13	57	8
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	2	1	7	3	1
Lombardia	281	323	64	131	14	4	10	4	2	22	14	2	10	6	7
Bolzano	297	71	25	25	28	25	22	15	37	8	17	42	5	11	0
Trento	4	1	5	9	3	14	8	10	12	12	2	190	2	1	6
Veneto	304	204	145	6	114	71	75	68	27	13	162	42	46	56	1
Friuli VG	18	34	19	9	27	18	39	22	17	15	17	62	16	23	3
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	13	78	64	103
Emilia R	16	50	40	380	16	38	26	27	22	29	55	10	1	14	8
Toscana	88	44	20	240	15	121	42	3	7	16	14	2	25	8	38
Umbria	7	10	46	52	8	41	7	9	5	9	12	20	7	10	3
Marche	125	98	71	163	18	39	15	37	17	2	21	50	61	62	60
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.031	775	204	31	0	503
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	52	48	53	7	15
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	33	70	40	25
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	478	245	148	63	212	92
Puglia	166	4	109	42	412	170	313	358	302	322	108	4	5	5	4
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	28	31	7	2	1	8
Catabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	44	76	41	44
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	31	13	324	120	55	70
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	149	173	18	10	216	340
<b>Totale</b>	<b>4.122</b>	<b>2.891</b>	<b>2.323</b>	<b>5.790</b>	<b>5.735</b>	<b>4.483</b>	<b>3.709</b>	<b>3.658</b>	<b>3.364</b>	<b>2.196</b>	<b>1.262</b>	<b>583</b>	<b>333</b>	<b>253</b>	<b>346</b>
<i>Nord</i>	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.709	3.658	3.364	2.196	1.262	583	333	253	346
<i>Centro</i>	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.041	728	272	74	80	604
<i>Sud e isole</i>	1.683	1.461	1.224	2.434	3.597	2.250	2.178	2.043	1.932	1.138	666	561	248	66	148

Nota: valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari fino al 2011. Il segno - denota un avanzo, mentre il segno + denota un disavanzo.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

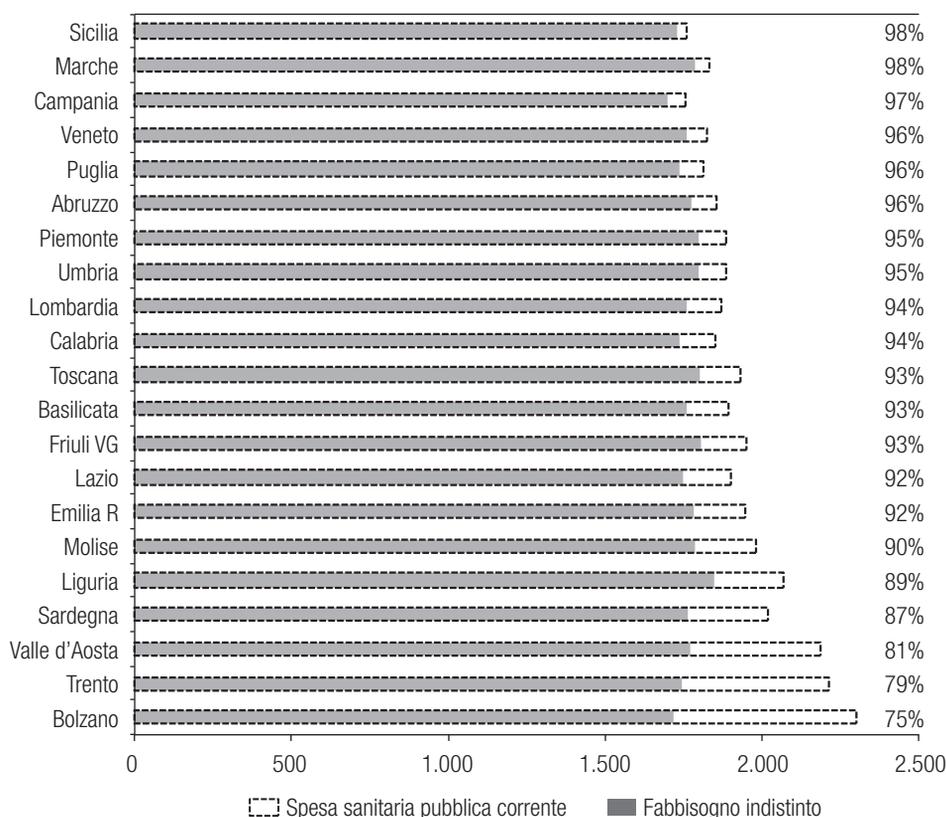
ni, i consuntivi 2014 registravano una gestione in avanzo e sole tre regioni presentano ancora ampi margini di miglioramento (Corte dei Conti, 2016).

Il Lazio, seguito da Campania e Sicilia, si dimostra la realtà in cui l'avanzo, dopo le coperture, è maggiore (502,5, 92,2 e 69,6 milioni di euro rispettivamente).

Come già evidenziato, l'avanzo degli ultimi tre anni è principalmente dovuto alla contabilizzazione di risorse aggiuntive a livello regionale (addizionali IRPEF e IRAP per il ripiano dei disavanzi dell'anno) come previsto dal D.lgs 118/2011, mentre in precedenza non erano riportate perché disposte in sede di assestamento dei bilanci previsionali dell'anno successivo.

La Figura 4.8 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria pubblica corrente per i residenti. Questa misura indica il grado di coper-

Figura 4.8 **Copertura della spesa sanitaria pubblica tramite finanziamento indistinto (2015)**



*Nota:* la spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2015. La percentuale riportata si riferisce all'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria pubblica corrente al netto della mobilità.

*Fonte:* elaborazioni su dati Ministero della Salute (2016)

tura della spesa sanitaria attraverso il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, le risorse aggiuntive regionali e le risorse aziendali. A prescindere dal risultato di esercizio, quindi, questo indicatore permette di valutare quali Regioni riescono maggiormente a contenere la spesa nei limiti delle assegnazioni e quali, invece, fanno ricorso ad altre voci di ricavo (o al disavanzo) per integrarle. Escludendo le Regioni a Statuto speciale che presentano una maggiore incidenza di risorse regionali, per il loro assetto istituzionale, Liguria e Molise presentano i minori livelli di copertura (inferiori o uguali al 90%).

#### *Piani di Rientro e forme di copertura a live*

Per quelle Regioni che, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, fanno registrare un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati sufficienti), le LL.311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 2005 ed il 2006) hanno istituito una procedura di diffida e sottoscrizione dei PdR. Si rimanda al Capitolo 3 del Rapporto Oasi 2010 (Armeni, 2010) per il dettaglio sulla procedura prevista per la sottoscrizione dei PdR.

I PdR erano articolati, inizialmente, sul triennio 2007-2009 ed erano finalizzati a coprire il disavanzo pregresso e ad individuare e definire le misure di intervento per governare le cause che, in maniera strutturale, avevano determinato, nel corso degli anni, gli elevati livelli di disavanzo sanitario. L'imposizione di interventi strutturali avrebbe dovuto consentire non solo il recupero del disavanzo pregresso, ma soprattutto il cambiamento verso una gestione sostenibile del sistema sanitario, ponendo le condizioni per operare in equilibrio di bilancio a partire dal 2010. Sette Regioni (Liguria, Abruzzo, Lazio, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna) avevano sottoscritto il PdR nel 2007, altre hanno seguito in tempi più recenti con piani triennali di minor complessità (Calabria a fine 2009; Piemonte e Puglia nella seconda metà del 2010).

Nel corso del 2010 si sono conclusi, con esiti diversi, i percorsi previsti per il riequilibrio della Regione Liguria e per lo svincolo di somme rimaste sospese per il mancato rispetto degli obiettivi di copertura di disavanzi sanitari pregressi da parte della Regione Sardegna<sup>36</sup>.

Le Regioni sottoposte a PdR dal disavanzo sanitario e che presentano situazioni di mancato mantenimento dei LEA, possono redigere, in prosecuzione del piano, Programmi Operativi Regionali (PO) volti a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in coerenza con gli obiettivi finanziari programmati. Attraverso i PO, le Regioni specificano gli strumenti e gli interventi necessari per garan-

<sup>36</sup> La Regione Liguria ha raggiunto gli obiettivi sia sotto il profilo dell'equilibrio economico e finanziario, sia in riferimento all'adeguamento del SSR al quadro normativo nazionale ed al Patto per la salute. Per la Sardegna la verifica annuale 2009 ha avuto esito negativo. Tale valutazione ha indotto i Tavoli di monitoraggio nel febbraio 2011 a considerare definitivamente non assegnabili alla Regione le risorse residue (14,8 milioni di euro) (Armeni e Ferré, 2012).

tire il proseguimento dell'equilibrio economico e l'erogazione dei LEA. Tutte le Regioni commissariate<sup>37</sup> presentano i PO, così come previsto dall'art.2, comma 88 della L. 191/2009. Delle otto Regioni ancora sotto PdR, tutte hanno scelto di proseguire predisponendo dei PO per il biennio 2010- 2012<sup>38</sup>. Tra le otto Regioni a luglio 2016 in PdR<sup>39</sup>, quelle che hanno pubblicato i PO per il proseguimento dei piani per il triennio 2013 – 2015 sono Abruzzo, Campania, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia.

A luglio 2016 le Regioni commissariate sono cinque: Abruzzo, Lazio, Molise, Campania e Calabria (Tabella 4.12).

Il rispetto dei vincoli di bilancio non deve però tradursi, nelle Regioni in PdR, in un peggioramento della qualità dell'offerta sanitaria pubblica; pertanto l'erogazione dei LEA viene costantemente monitorata dal Comitato LEA attraverso un insieme di indicatori che riguardano: i) l'assistenza ospedaliera; ii) l'emergenza urgenza; iii) l'assistenza territoriale e la prevenzione.

Guardando al complessivo punteggio della c.d. Griglia LEA<sup>40</sup>, delle otto Regioni in PdR, cinque sono risultate adempienti nel 2014: al Piemonte, che si è sempre situata ben al di sopra del limite previsto (con un «punteggio» compless-

Tabella 4.12 **Le Regioni in PdR, Commissariate, e il punteggio in griglia LEA (2016)**

Regioni in PdR	Commissariamento	Punteggio Griglia LEA
Piemonte		200
Lazio	X	168
Abruzzo	X	163
Molise	X	159
Puglia		161
Campania	X	139
Calabria	X	137
Sicilia		170

<sup>37</sup> Per il dettaglio sulla procedura di commissariamento si rimanda al Capitolo 3 del Rapporto Oasi 2010 (Armeni, 2010).

<sup>38</sup> Ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 191/2009 per le Regioni commissariate (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania), ai sensi dell'art. 11, comma 1, del D.lgs 78/2010, per le Regioni non commissariate (Sicilia). Nel corso del 2012 anche alla Regione Calabria, Puglia e Piemonte i tavoli di monitoraggio hanno chiesto di redigere e adottare i Programmi Operativi per il biennio 2013-2015.

<sup>39</sup> Le Regioni in PdR a luglio 2016 sono: Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Sicilia.

<sup>40</sup> La metodologia prevede di assegnare ad ogni indicatore un peso di riferimento e di calcolare un punteggio rispetto al valore raggiunto dalla regione nei confronti dello standard nazionale nell'erogazione dei LEA. Il punteggio totale consente di valutare la Regione come adempiente (punteggio  $\geq 160$ ), adempiente con impegno ( $130 \leq$  punteggio  $< 160$ ) e critica (punteggio  $< 130$ ).

sivo pari a 200 rispetto alla soglia di 160) e alla Sicilia che ha superato tale valore già nel 2013, si aggiungono ora il Lazio (168), l'Abruzzo (163) e la Puglia (161) con un significativo miglioramento rispetto all'esercizio precedente, mentre il Molise si situa poco al di sotto (159). Si mantengono su livelli significativamente inferiori, ma comunque al di fuori dell'area definita «critica», Campania (139) e Calabria (137) (Corte dei Conti, 2016).

Con riferimento alle forme di copertura previste dalla L. 405/2001 e dall'accordo tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2004, un primo provvedimento è rappresentato dalle misure fiscali, ed in particolare dalle addizionali IRPEF, IRAP e Bollo auto. Per quanto concerne l'addizionale regionale all'IRPEF l'aliquota base è pari a 1,23% (0,9%, a cui è stato aggiunto un aumento dello 0,33% nel 2012<sup>41</sup>). Per le Regioni sottoposte a PdR che non raggiungono gli obiettivi fissati nei rispettivi piani, scatta l'applicazione automatica di un ulteriore incremento dello 0,30% (art.2, comma 6 D.lgs 120/2013)<sup>42</sup>.

Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF superiori alla minima dell'1,23% sono attualmente presenti in 15 Regioni<sup>43</sup>. Le uniche variazioni intervenute nel 2016 rispetto al 2015 (Tabella 4.13) riguardano la modifica delle aliquote in Molise, ridotte per ogni scaglione dello 0,3%.

Tutte le Regioni hanno adottato un'aliquota progressiva, ad eccezione della Valle d'Aosta, delle P.P.A.A. di Trento e Bolzano, del Veneto, dell'Abruzzo, della Campania, della Calabria, della Sicilia e della Sardegna, che hanno adottato un'aliquota unica. Rispetto all'entità delle addizionali, nel 2015 il Piemonte e il Lazio registrano il livello più alto, pari al 3,33% (aliquota per i redditi superiori ai 75.000 euro in Piemonte e a tutti i redditi superiori ai 15.000 in Lazio).

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota ordinaria del 3,9%<sup>44</sup>, ma viene data in capo alle Regioni la facoltà di variare tale aliquota fino ad un massimo di 0,92 punti percentuali. L'aliquota IRAP è poi modulata per settori di attività o categorie di contribuenti (ad esempio, banche e altri enti o società finanziarie, imprese assicuratrici, soggetti che operano nel settore agricolo e amministrazioni pubbliche).

<sup>41</sup> Ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del D.lgs 201/2011 convertito nella L. 214/2011, a decorrere dall'anno di imposta 2011, l'aliquota base è aumentata di 0,33 punti percentuali, passando da 0,9% a 1,23%. Tale aliquota (1,23%) può essere innalzata dalle Regioni fino ad un massimo dell'1,73%. Il D.lgs 76/2013 inoltre prevede per le Regioni a statuto speciale, a decorrere dall'anno 2014, la possibilità di aumentare fino a un massimo dell'1% l'aliquota base dell'IRPEF.

<sup>42</sup> L'art. 2, comma 6 del D.lgs 120/2013 ha integrato l'art. 2, comma 80, L.191/2009 e, a decorrere dal 2013, consente alle Regioni che presentano in ciascuno degli ultimi tre anni d'esecuzione del PdR o PO un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, la riduzione delle maggiorazioni (IRPEF e IRAP).

<sup>43</sup> Informazione aggiornata al 13 luglio 2016.

<sup>44</sup> Come previsto dall'art. 1, comma 50, lett. h della L.244/2007 (esclusi i casi previsti dal comma 2 dell'art.16 e dai commi 1 e 2 dell'art. 45 D.lgs. n. 446/1997), che ha modificato la precedente aliquota base pari a 4,25%, portandola al 3,90%.

Tabella 4.13 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2015-2016)**

Regioni	2015		2016		Differenza rispetto al 2015
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Piemonte	fino a 15.000,00	1,62	fino a 15.000,00	1,62	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	
	oltre 75.000,00	3,33	oltre 75.000,00	3,33	
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Lombardia	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,74	oltre 75.000,00	1,74	
Bolzano	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Trento	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Veneto	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Friuli Venezia Giulia	fino a 15.000,00	0,70	fino a 15.000,00	0,70	-
	oltre 15.000,00	1,23	oltre 15.000,00	1,23	
Liguria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Toscana	fino a 15.000,00	1,42	fino a 15.000,00	1,42	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Umbria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,83	oltre 75.000,00	1,83	

Tabella 4.13 (segue)

Regioni	2015		2016		Differenza rispetto al 2015
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Marche	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Lazio	fino a 15.000,00	1,73	fino a 15.000,00	1,73	-
	superiori a 15.000,00	3,33	superiori a 15.000,00	3,33	
Abruzzo	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Molise	fino a 15.000,00	2,03	fino a 15.000,00	1,73	Modifiche aliquote
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,23	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,43	da 28.000,01 a 55.000,00	2,13	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,53	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	
	oltre 75.000,00	2,63	oltre 75.000,00	2,33	
Campania	per tutti i redditi	2,03	per tutti i redditi	2,03	-
Puglia	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Basilicata	da 15.000,00 a 55.000,00	1,23	da 15.000,00 a 55.000,00	1,23	-
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Calabria	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Sicilia	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Sardegna	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2016)

Similmente all'IRPEF, anche l'addizionale IRAP è incrementabile di 0,15 punti percentuali oltre il limite massimo per le Regioni che non raggiungono gli obiettivi del PdR<sup>45</sup> (quindi l'aliquota ordinaria massima è pari al 4,97%). Nell'ambito di quest'autonomia, tutte le Regioni hanno deliberato, nel corso degli anni, di-

<sup>45</sup> Art. 2 commi 66-98 della legge Finanziaria 2010, che recepisce a livello normativo il contenuto del nuovo «Patto per la Salute» per gli anni 2010-2012, approvato il 3 dicembre 2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Mediante le suddette disposizioni è stata integrata la disciplina relativa all'aumento automatico dell'IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF nelle Regioni che presentino disavanzi di gestione del Servizio sanitario, già prevista dall'art. 1 commi 174 e 175 della L. 30 dicembre 2004 n. 311 (Finanziaria 2005) e successive modifiche ed integrazioni.

versi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se contemporaneamente sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti (per esempio coloro che operano nel settore agricolo). Per il 2016, le Regioni del Sud fanno registrare aliquote superiori all'aliquota base per effetto dei disavanzi pregressi. In particolare, Campania, Calabria e Molise continuano ad applicare l'aliquota massima del 4,97% (pari a 4,82% + 0,15%); anche Sicilia, Puglia, Lazio e dal 2015 l'Abruzzo continuano ad applicare l'aliquota del 4,82% (3,90% + 0,92%). Le Marche continuano ad applicare un'aliquota base pari a 4,73% (3,90% + 0,83%) come previsto già dal 2008.

Tutte le altre Regioni ad eccezione delle PP.AA. di Trento e Bolzano applicano l'aliquota ordinaria del 3,9%.

Infine, sul fronte delle entrate fiscali, le Regioni sottoposte a PdR possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto. Si rimanda al Capitolo 3 del Rapporto Oasi 2009 (Armeni, 2009) per il dettaglio dei provvedimenti normativi. Nel corso del 2015, sono state apportate alcune modifiche sulle disposizioni per il pagamento del bollo auto. L'importo annuale del bollo è pari, di base, a 2,58 euro per Kw, ma diverse Regioni hanno introdotto maggiorazioni o riduzioni.

Nel dettaglio:

- ▶ la tariffa di 2,58 euro per Kw è applicata in Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Umbria, e Valle d'Aosta;
- ▶ Abruzzo e Campania applicano una tariffa di 3,12 euro per Kw (+20,9% rispetto al benchmark);
- ▶ Calabria, Lazio, Liguria e Veneto applicano una tariffa di 2,84 euro per Kw (una maggiorazione dell'8,5%);
- ▶ Il Molise applica una tariffa di 2,76 euro per Kw (+7%);
- ▶ le Marche applicano una tariffa di euro 2,79 (+8,1%);
- ▶ la Toscana applica una tariffa di euro 2,71 (+5%);
- ▶ la P.A. di Bolzano applica una tariffa di euro 2,09 per i veicoli Euro 5/6 mentre di euro 2,32 per i veicoli Euro 4 (-18,9% e -10%, rispettivamente);
- ▶ la P.A. di Trento applica una tariffa di euro 2,06 per i veicoli Euro 5/6 mentre di euro 2,32 per i veicoli Euro 4 (-18,6% e -10%, rispettivamente).

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero *ticket* sul pronto soccorso, specialistica e farmaceutica. Rispetto al *ticket* sul pronto soccorso, non si registrano variazioni rispetto a quanto riportato nel Rapporto 2011 (Armeni 2011), al quale, pertanto, si rinvia. Riguardo alle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale, la normativa nazionale prevede un *ticket* massimo sulle prestazioni pari a 36,15 euro e una quota fissa di 10 euro

(*superticket*)<sup>46</sup>. Ogni Regione può applicare o non applicare autonomamente il *superticket*. La situazione, in particolare, è la seguente:

- ▶ applicazione *superticket* pari a 10 euro: Puglia, Calabria, Sicilia, Lazio, Marche, Molise, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Sardegna;
- ▶ applicazione *superticket* in base al reddito: Campania, Abruzzo, Umbria, Toscana, Emilia Romagna e Veneto;
- ▶ applicazione del *superticket* in base al costo della prestazione erogata: Piemonte e Lombardia;
- ▶ applicazione del *superticket* pari a 3 euro per la P.A. di Trento;
- ▶ applicazione del *superticket* pari a 10 euro per ricette superiori ai 20 euro in Valle d'Aosta;
- ▶ nessuna applicazione del *superticket* in Basilicata e in P.A. di Bolzano.

Riguardo alle compartecipazioni alla spesa farmaceutica si segnala che alla data di aggiornamento del presente Rapporto non viene applicato alcun *ticket* in quota fissa regionale in Sardegna, Marche e Friuli Venezia Giulia. La Valle d'Aosta invece, dal 1 gennaio 2016, ha introdotto il pagamento da 0,50 a 1 euro per ogni confezione/ricetta di assistenza farmaceutica convenzionata. Le compartecipazioni in quota fissa regionale (*ticket*) si aggiungono alle compartecipazioni, attive a livello nazionale, che ogni cittadino deve sostenere, in caso di acquisto di un farmaco generico, come differenza rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci inseriti nella lista di trasparenza dell'AIFA.

Una terza misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dall'Accordo del 16/12/2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione. La Regione Lazio è stata la prima a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Non sono invece riconosciute come forme di copertura dei disavanzi le cartolarizzazioni dei crediti, finalizzate a recuperare liquidità e le operazioni di cessione dei crediti, finalizzate a rilevare i debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori (Armeni, 2009).

La Tabella 4.14 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> Introdotto con la L. 111/2011.

<sup>47</sup> Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consip, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le Regioni, e l'applicazione puntuale del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle Regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).

Tabella 4.14 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate**

Regione	Maggiorazione addizionale IRPEF	IRAP aliquota ordinaria >3,9%	Maggiorazione bollo auto	Cartolarizzazione
Piemonte	•			
Valle d'Aosta				
Lombardia	•			
Bolzano				
Trento				
Veneto			•	
Friuli VG				
Liguria	•		•	
Emilia R	•			
Toscana	•		•	
Umbria	•			
Marche	•	•	•	
Lazio	•	•	•	Immobiliare
Abruzzo	•	•	•	•*
Molise	•	•	•	•*
Campania	•	•	•	•*
Puglia	•	•		
Basilicata	•			
Calabria	•	•	•	
Sicilia	•	•		•*
Sardegna				

\* Si segnala che la Regione Lazio ha effettuato sia cartolarizzazioni immobiliari che dei crediti, mentre Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno effettuato solo cartolarizzazioni dei crediti sanitari e quindi non sono valide come strumento di copertura dei disavanzi.

## 4.5 Conclusioni

La spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è ormai stabilizzata. Rispetto al 2012, nel 2015 abbiamo speso solo circa 600 milioni di euro in più (+0,5%). L'efficacia delle manovre di contenimento ha permesso al sistema di chiudere l'esercizio 2015 in avanzo di 346 milioni di euro, confermando la capacità del sistema di mantenere l'equilibrio economico-finanziario complessivo per il quarto anno di seguito. A frenare la crescita della spesa è soprattutto la spesa per il personale, in calo dal 2010 ad un tasso medio annuo dell'1,2% e la farmaceutica convenzionata che diminuisce dal 2010 mediamente del 5,5% ogni anno. La diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata è da leggere soprattutto in funzione della diffusione delle forme alternative di distribuzione dei farmaci e del numero rilevante di scadenze brevettuali degli ultimi anni; la dinamica della spesa per il personale è, invece, più problematica in quanto legata ai limiti imposti al turno-

ver, con conseguenti potenziali difficoltà nel garantire la necessaria copertura professionale. Crescono, invece, gli acquisti di beni e servizi (CAGR 2010-2015 pari a 2,5%) soprattutto con riferimento alla componente sanitaria, indicando una concentrazione di risorse sull'innovazione tecnologica. Degno di nota è l'aumento della spesa per riparazioni e manutenzioni, probabile indicatore di uno *stock* di capitale che invecchia e mostra segni di obsolescenza. La spesa privata è aumentata nel 2015 del 2,9%, incrementando anche la propria incidenza sulla spesa sanitaria totale (dal 22,7% del 2014 al 23,1% del 2015). La componente privata della spesa sanitaria è naturalmente più legata alle dinamiche del ciclo economico ma le sue variazioni non sono speculari a quelle della spesa pubblica che mostra anch'essa una certa prociclicità.

La complessiva stabilità a livello nazionale nasconde, tuttavia, una rilevante eterogeneità a livello regionale, non tanto con riferimento ai risultati d'esercizio (il 70% dei disavanzi sono riconducibili alla sola Sardegna), ma soprattutto in relazione alla variabilità della spesa e dell'incidenza di quest'ultima sul PIL regionale. In particolare, emerge come la variabilità regionale della spesa sanitaria pubblica pro-capite sia in diminuzione, segnalando come il costo dell'assistenza si stia lentamente omogenizzando. Questa tendenza è ancora più visibile se si tiene conto della mobilità, testimoniando come la domanda reale di servizi sia poco variabile sul territorio. Al contrario, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale aumenta. Questa evidenza segnala il contrasto tra un sistema che, da un lato, tende ad uniformare le funzioni di costo e, dall'altro, si finanzia a partire da sistemi economici locali sempre più diversi tra loro. Si tratta di una dinamica da tenere in cauta considerazione al fine di mantenere l'unità del SSN non solo in termini di costi ma anche in termini di reperimento delle risorse che contribuiscono al suo finanziamento.

## Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. e Sicilia M. (2010), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.

- Armeni P. (2011), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Armeni P. e Ferrè F. (2012), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.
- Armeni P. e Costa F. (2015), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CER GAS – Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, Milano, EGEA.
- Cantù E., Notarnicola E. & Anessi Pessina E. (2015), «L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche», in CER GAS – Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, Milano, EGEA.
- CIPE (2015), Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2015. Richiesta di intesa alla conferenza Stato Regioni.
- Corte dei Conti (2016), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2016.
- Corte dei Conti (2015), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015.
- ISTAT (2016), *Statistiche demografiche*, <http://demo.istat.it/pop2016/index.html> (ultimo accesso, 8 giugno 2016).
- ISTAT (2016), *Conti nazionali*, <http://www.istat.it/it/conti-nazionali> (ultimo accesso, 8 giugno 2016).
- ISTAT (2016), *Rapporto annuale 2016 – La situazione del Paese*, <http://www.istat.it/it/archivio/185497> (ultimo accesso, 5 luglio 2016).
- Jommi C. e Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2015), Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2.