

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2018

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 sul 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 2018:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) 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 l'evoluzione dei profili professionali (*skill mix*) del personale SSN; la centralizzazione degli acquisti, con un approfondimento sulle politiche di acquisto nel comparto farmaceutico; l'introduzione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici; i modelli per la segmentazione dei pazienti e il *Population Health Management*;
- a livello aziendale, si focalizza sui processi attuativi di certificabilità dei bilanci, sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali, sugli strumenti per la gestione del sapere professionale, sulla diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e 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. Quest'anno, inoltre, il CERGAS celebra il suo 40° anniversario, di pari passo con il SSN.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5156-6



9 788823 851566

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2018



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

CERGAS - Bocconi



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

CERGAS
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 della SDA Bocconi School of Management



**CER GAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CER GAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

CER GAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



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

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2018 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 2018

ISBN 978-88-238-5156-6

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®

3

La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

di Patrizio Armeni, Arianna Bertolani, Ludovica Borsoi,
Francesco Costa¹

3.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati di spesa, finanziamento e risultato d'esercizio del SSN italiano, integrandoli con un confronto internazionale e con approfondimenti regionali. Per quanto riguarda la parte internazionale, il capitolo riprende parte del contenuto del Capitolo 3 del Rapporto OASI 2017 (Armeni *et al.*, 2017), al quale si rimanda per approfondimenti metodologici. Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria italiana, invece, si rimanda all'allegato del 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), Cortei dei Conti (commento alle variazioni degli aggregati di spesa e analisi dell'avanzamento dei PdR, riportate nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2017). Il capitolo è così strutturato: nel §3.2 si analizzano i dati di spesa sanitaria di 29 Paesi europei ed extra europei, con particolare riferimento all'incidenza economica dell'assistenza sanitaria sul settore pubblico e sui cittadini²; nel §3.3 sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e risorse complessivamente disponibili³) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il §3.4 è, invece, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa. Nel §3.5 è analizzata l'evoluzione dei risultati d'esercizio a livello regionale e sono riportate le principali

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 3.1 e 3.6 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni, il § 3.2 a Ludovica Borsoi, i §§ 3.3.1 e 3.3.2 a Francesco Costa, i §§ 3.4 e 3.5 ad Arianna Bertolani.

² Il presente paragrafo rappresenta un aggiornamento rispetto al Capitolo 3, paragrafo 3.2 del Rapporto 2017 (Armeni *et al.*, 2017) sul confronto dei sistemi sanitari internazionali. Per gli aspetti introduttivi e metodologici, nonché per la scelta del perimetro di analisi, si rimanda, invece, al Rapporto 2013 (Armeni *et al.*, 2013).

³ Le risorse complessivamente disponibili sono equivalenti alla voce denominata "Ricavi del SSN" presente in alcuni rapporti di spesa pubblica.

misure attivate per la copertura degli stessi. Infine, nel §3.6 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.

3.2 La spesa sanitaria: un confronto internazionale⁴

La spesa sanitaria nei 29 Paesi considerati⁵ riflette l'eterogeneità degli assetti istituzionali e si caratterizza per livelli, composizioni e dinamiche altamente differenziate (Tabella 3.1 e Figura 3.1).

Un'analisi comparativa sui livelli complessivi di spesa pro-capite può essere condotta analizzando i differenti assetti istituzionali. Il sistema comunemente considerato più vicino al mercato, gli Stati Uniti, presenta, in media, livelli di spesa nettamente più elevati. Nel 2016, infatti, il livello medio di spesa sanitaria complessiva pro-capite negli Stati Uniti risulta più alto del 131% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (ad esempio, Francia, Germania, Olanda) e del 135% rispetto a quella dei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale o locale (ad esempio, Italia, Regno Unito, Svezia)⁶. Il distacco risulta ancora più accentuato prendendo a riferimento l'Italia: gli Stati Uniti presentano infatti un livello medio di spesa sanitaria pro-capite più alto del 187% rispetto a quello italiano, ossia una spesa sanitaria pro-capite che, in valore assoluto, è circa tre volte quella dell'Italia. Ovviamente, i livelli di spesa sono da leggere anche in funzione dell'insieme di servizi offerti, della loro organizzazione e ge-

⁴ In linea con il precedente Rapporto, sono stati qui considerati i dati forniti dall'OECD, in virtù del mancato aggiornamento al momento della realizzazione del lavoro di ricerca delle rilevazioni tradizionalmente utilizzate, relative alle tavole del WHO. Inoltre, si segnala che le grandezze monetarie inserite nel presente paragrafo sono state convertite in \$PPA (Parità dei Poteri di Acquisto), con riferimento al PIL. Le serie storiche così calcolate sono soggette a frequenti *reworking*. In virtù di tali considerazioni, i valori che si riferiscono anche ad anni lontani potranno differire, pur se in misura non qualitativamente rilevante, rispetto a quelli riportati nei precedenti Rapporti. A proposito della Parità dei Poteri di Acquisto, si osserva inoltre che esistono PPA specifiche per la spesa sanitaria (e anche per alcune classi di spesa sanitaria, quali la spesa farmaceutica), che però non vengono aggiornate con frequenza annuale e non sono state, pertanto, utilizzate in questa sede. Per spesa sanitaria «pubblica» si intende la spesa finanziata attraverso fondi pubblici (ossia tributi prelevati dagli enti pubblici territoriali e contributi di schemi assicurativi sociali), mentre la spesa «privata» include schemi assicurativi privati (ovvero volontari), compartecipazioni alla spesa e pagamenti diretti da parte del paziente (*out-of-pocket* e *co-payment*). Mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da stime ottenute da indagini campionarie sui consumi delle famiglie, con copertura e attendibilità conseguentemente minori.

⁵ Si tratta dei principali Paesi europei (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera), a cui sono stati aggiunti Australia, Stati Uniti, Canada, Giappone e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina).

⁶ Si precisa che tali dati non sono riportati in Tabella 3.1 ma sono presentati unicamente nel testo.

Tabella 3.1 **Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA (1995, 2000, 2005, 2010-2016)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
UE (15)										
Austria	2.111	2.704	3.371	4.298	4.457	4.738	4.929	5.060	5.159	5.273
Belgio	1.685	2.222	2.989	3.945	4.130	4.289	4.479	4.612	4.589	4.660
Danimarca	1.761	2.323	3.104	4.448	4.508	4.589	4.752	4.872	5.001	5.075
Finlandia	1.438	1.829	2.559	3.439	3.641	3.774	3.920	3.931	4.099	4.130
Francia	2.055	2.507	3.124	4.037	4.207	4.276	4.534	4.666	4.657	4.773
Germania	2.250	2.707	3.314	4.397	4.575	4.691	4.937	5.160	5.297	5.452
Grecia	1.229	1.414	2.301	2.694	2.378	2.246	2.196	2.134	2.188	2.263
Irlanda	1.155	1.782	3.093	4.552	4.835	4.996	4.951	4.940	5.106	5.267
Italia	1.531	2.048	2.513	3.138	3.211	3.245	3.235	3.250	3.292	3.429
Lussemburgo	2.226	3.407	5.126	6.456	6.049	6.490	6.783	7.118	7.016	6.973
Olanda	1.702	2.229	3.455	4.634	4.846	5.093	5.303	5.278	5.148	5.235
Portogallo	1.036	1.581	2.145	2.684	2.552	2.473	2.536	2.594	2.650	2.783
Spagna	1.143	1.468	2.127	2.883	2.915	2.903	2.943	3.042	3.175	3.257
Svezia	1.662	2.170	2.812	3.533	4.673	4.892	5.070	5.183	5.272	5.348
Regno Unito	1.144	1.567	2.331	3.040	3.083	3.144	3.841	3.958	4.072	4.164
UE (nuovi Paesi)										
Repubblica Ceca	789	926	1.401	1.919	2.009	2.042	2.380	2.469	2.424	2.482
Repubblica Slovacca	n.d.	603	1.096	1.949	1.917	2.034	2.100	1.998	2.027	2.170
Polonia	377	564	807	1.352	1.424	1.478	1.576	1.600	1.687	1.784
Ungheria	617	803	1.366	1.621	1.723	1.724	1.776	1.810	1.862	1.966
Altri Paesi europei										
Norvegia	1.769	2.849	3.981	5.163	5.456	5.737	5.979	6.158	6.239	6.175
Svizzera	2.787	3.519	4.391	5.683	6.050	6.397	6.801	7.115	7.570	7.824
Altri Paesi non europei										
Australia	1.551	2.152	2.842	3.611	3.794	3.805	4.180	4.300	4.409	4.514
Stati Uniti	3.598	4.557	6.443	7.940	8.150	8.421	8.620	9.028	9.491	9.832
Canada	2.002	2.422	3.282	4.225	4.252	4.316	4.469	4.538	4.633	4.722
Giappone	1.469	1.918	2.464	3.205	3.798	4.014	4.207	4.245	4.428	4.585
Brasile	n.d.	763	889	1.143	1.178	1.211	1.284	1.375	1.402	n.d.
Russia	n.d.	367	606	1.095	1.162	1.272	1.331	1.355	1.305	1.305
India	n.d.	82	111	146	150	164	197	206	238	n.d.
Cina	n.d.	130	218	407	468	535	592	658	762	n.d.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2018.

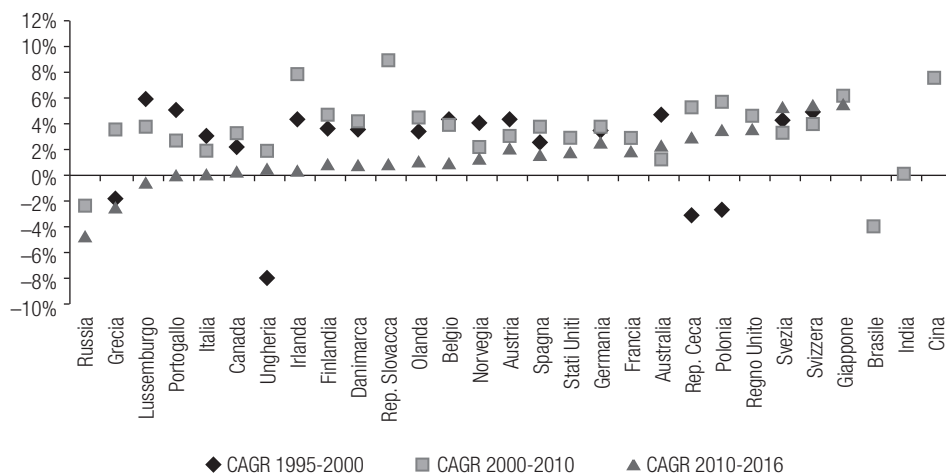
stione, nonché della capacità che i Paesi hanno di rendere disponibili e diffusi internamente i frutti del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica.

Per quanto concerne l'evoluzione della spesa sanitaria totale pro-capite (Figura 3.1), i coefficienti di crescita⁷ misurati in termini reali⁸ fanno registrare, tra il 2010

⁷ Il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (Compound Annual Growth Rate), ossia come tasso di crescita annuale composto. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a: $(\text{Valore ultimo anno}/\text{Valore primo anno})^{(1/3)}-1$.

⁸ La spesa sanitaria totale pro-capite è stata divisa per il valore del deflatore del PIL calcolato dal Fondo Monetario Internazionale. Si evidenzia che, in virtù del mancato aggiornamento dei dati relativi al deflatore del PIL, sono state utilizzate le medesime rilevazioni del Rapporto OASI 2017.

Figura 3.1 **Tasso di crescita medio annuo (CAGR) della spesa sanitaria totale pro-capite in termini reali (1995-2000, 2000-2010 e 2010-2016)**



Nota: Il CAGR 1995-2000 non è disponibile per Repubblica Slovacca e Paesi BRIC, e il CAGR 2010-2016 per Brasile, India e Cina.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2018 e Fondo Monetario Internazionale 2018.

e il 2016, un aumento medio pari all'1,6%. In generale, si rileva un numero contenuto di Paesi che mostrano tassi di crescita negativi: quattro Paesi (Russia, Grecia, Lussemburgo, Portogallo) nel periodo 2010-2016 e due Paesi (Russia e Brasile) nel periodo 2000-2010. Il tasso di crescita della spesa sanitaria reale pro-capite per l'Italia è stato pressoché pari a zero (+0,4%) nel corso degli ultimi sei anni, mentre nel periodo 2000-2010 è stato pari al 2,0% (comunque tra i più bassi).

Una dimensione importante della spesa sanitaria è la sua composizione rispetto ai soggetti pagatori. Essendo un settore critico di ogni Paese sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza sempre per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione variabili. La Tabella 3.2 mostra la percentuale di spesa sanitaria coperta dal finanziamento pubblico e dagli schemi assicurativi sanitari obbligatori previsti *ex-lege* (sociali e privati). Appare evidente come tale componente di spesa sia molto elevata e superiore al 60% in tutti i Paesi considerati, ad eccezione della Russia (57,0%)⁹. La parte residua di spesa è coperta dal settore privato nella forma di premi assicurativi volontari, a carico dei cittadini o delle imprese che offrono copertura per i propri dipendenti, oppure di spesa *out-of-*

⁹ È interessante osservare che, nel periodo 2010-2016, gli Stati Uniti hanno registrato un incremento significativo della copertura della spesa sanitaria tramite finanziamento pubblico e schemi assicurativi sanitari obbligatori, pari al 33,5%. Questo incremento è diretta conseguenza dell'*Affordable Care Act* (ObamaCare) che dal 2014 impone ai cittadini americani, o alle imprese per conto dei propri dipendenti, la stipula obbligatoria di uno schema assicurativo.

Tabella 3.2 **Copertura della spesa sanitaria attraverso finanziamento pubblico e schemi assicurativi sanitari obbligatori (%) (1995, 2000, 2005, 2010-2016)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Differ. 1995-2000	Differ. 2000-2010	Differ. 2010-2016
UE (15)													
Austria	75,3	75,5	74,0	74,6	74,6	74,7	74,0	74,0	74,1	74,1	0,3	-0,9	-0,5
Belgio	76,8	74,6	77,0	78,1	77,9	78,3	78,0	78,2	78,4	78,8	-2,2	3,5	0,7
Danimarca	82,0	83,1	83,7	83,9	83,6	84,0	84,3	84,2	84,2	84,1	1,1	0,8	0,2
Finlandia	71,2	71,2	75,5	74,3	74,8	75,3	75,2	74,9	74,9	73,7	0,0	3,1	-0,6
Francia	79,1	78,9	78,7	76,3	76,0	76,1	76,2	76,5	76,6	82,9	-0,2	-2,6	6,6
Germania	80,3	78,3	75,6	83,4	83,3	83,1	83,9	84,4	84,3	84,6	-2,0	5,1	1,2
Grecia	52,9	61,6	61,7	69,1	66,0	66,5	62,1	58,2	58,3	61,3	8,8	7,4	-7,7
Irlanda	74,1	77,5	78,9	76,2	71,5	71,0	70,5	70,4	71,2	72,1	3,4	-1,3	-4,1
Italia	71,3	72,6	77,5	78,5	77,0	76,1	76,1	75,6	74,6	74,5	1,4	5,8	-4,0
Lussemburgo	92,4	82,0	83,2	84,9	83,2	82,9	82,5	82,3	81,9	80,9	-10,5	2,9	-4,0
Olanda	75,4	66,4	67,3	82,6	82,2	82,0	81,1	80,7	81,0	81,0	-9,0	16,2	-1,6
Portogallo	61,5	70,5	71,3	69,8	67,7	65,6	66,9	66,1	66,2	66,4	9,0	-0,7	-3,4
Spagna	72,0	71,4	71,9	74,8	73,8	72,2	71,0	70,4	71,3	71,2	-0,7	3,4	-3,5
Svezia	86,6	85,5	81,8	81,9	84,0	83,6	83,4	83,4	83,3	83,5	-1,1	-3,7	1,6
Regno Unito	84,1	79,3	81,5	83,1	82,6	82,8	79,6	79,6	79,6	79,5	-4,8	3,8	-3,5
UE (nuovi Paesi)													
Rep. Ceca	89,7	89,8	86,8	83,3	83,9	83,7	83,6	82,7	82,4	82,0	0,1	-6,5	-1,4
Rep. Slovacca	n.d.	89,2	75,3	71,9	73,8	72,2	74,2	80,2	79,7	80,8	n.d.	-17,3	8,8
Polonia	73,5	68,9	68,7	71,7	70,9	70,0	70,7	70,7	70,0	69,8	-4,6	2,8	-1,8
Ungheria	82,9	69,6	70,7	67,1	66,5	65,5	66,6	67,1	66,9	66,2	-13,2	-2,5	-0,9
Altri Paesi europei													
Norvegia	83,9	81,7	83,1	84,7	84,4	84,8	85,0	85,3	85,5	85,1	-2,2	3,0	0,4
Svizzera	53,4	55,6	60,6	61,8	62,3	63,5	64,1	63,2	63,4	62,8	2,2	6,2	1,0
Altri Paesi non europei													
Australia	66,4	68,4	68,4	68,6	69,2	67,5	67,6	67,4	68,2	68,3	2,0	0,3	-0,3
Stati Uniti	46,2	44,2	45,4	48,4	48,4	48,3	48,8	81,4	81,9	81,8	-2,0	4,2	33,5
Canada	70,9	70,0	69,9	70,0	70,6	70,5	70,5	70,4	70,5	70,3	-1,0	0,0	0,3
Giappone	81,8	80,4	81,2	81,9	83,7	83,9	84,3	84,1	84,1	84,3	-1,3	1,5	2,3
Brasile	n.d.	41,9	41,7	45,2	44,7	44,0	44,7	44,4	43,3	n.d.	n.d.	3,3	n.d.
Russia	n.d.	59,4	61,1	61,4	62,7	63,7	62,4	61,8	58,7	57,0	n.d.	2,0	-4,4
India	n.d.	22,6	21,2	25,5	28,0	27,1	22,1	22,9	24,8	n.d.	n.d.	3,0	n.d.
Cina	n.d.	20,6	29,0	50,7	51,8	54,3	55,9	57,9	56,8	n.d.	n.d.	30,2	n.d.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2018.

pocket, direttamente sostenuta dai pazienti al momento dell'accesso ai servizi o dell'acquisto di beni. Nella spesa *out-of-pocket* rientrano le prestazioni non coperte da programmi assicurativi pubblici e privati o garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (*out-of-pocket* in senso stretto) e le compartecipazioni per prestazioni solo parzialmente coperte dalla spesa pubblica.

La proporzione tra il contributo dei tre pagatori (settore pubblico, assicurazioni e cittadini-pazienti) può essere letta come una misura di equità del sistema

sanitario. Più è elevata la copertura pubblica, infatti, più il sistema è caratterizzato da equità formale rispetto al reddito. Infatti, una quota di spesa pubblica elevata corrisponde ad una forte azione di redistribuzione della ricchezza, che rende il sistema più equo nell'accesso alle prestazioni¹⁰. Tuttavia, è opportuno sottolineare che per valutare una dimensione come l'equità non è sufficiente soffermarsi sulla composizione della spesa totale, perché essa prescinde dalla sua distribuzione tra i cittadini e non considera la tipologia di servizi erogati e la loro qualità. La componente privata di spesa sanitaria è, invece, maggiormente legata alla capacità di reddito degli individui. In particolare, un sistema incentrato sulla spesa privata assicurativa pone barriere all'accesso a coloro che non possono acquistare una copertura e che non rientrano nei programmi pubblici o a coloro ai quali il datore di lavoro non offre coperture assicurative sanitarie. Inoltre, un'importante barriera all'accesso è costituita da fattori culturali e di percezioni imperfette circa l'effettiva estensione della copertura pubblica, che possono rallentare la diffusione di forme assicurative complementari. Più critica è la componente *out-of-pocket*, in quanto si tratta di spesa direttamente sostenuta dai pazienti al momento della fruizione dei servizi e, teoricamente, almeno in parte prevenibile tramite sistemi assicurativi. Questa componente non solo crea la percezione di barriere all'accesso, ma è anche regressiva rispetto al reddito (per la popolazione non esente). In questa categoria, infatti, ricade anche la spesa di coloro che non hanno potuto o voluto accedere a coperture assicurative private. Tale componente, più legata al reddito che alle politiche sanitarie pubbliche, è un importante oggetto di studio (cfr. Capitolo 6 sui consumi privati) in quanto presenta dinamiche proprie e non banalizzabili con una semplice lettura «per differenza» rispetto alla copertura pubblica.

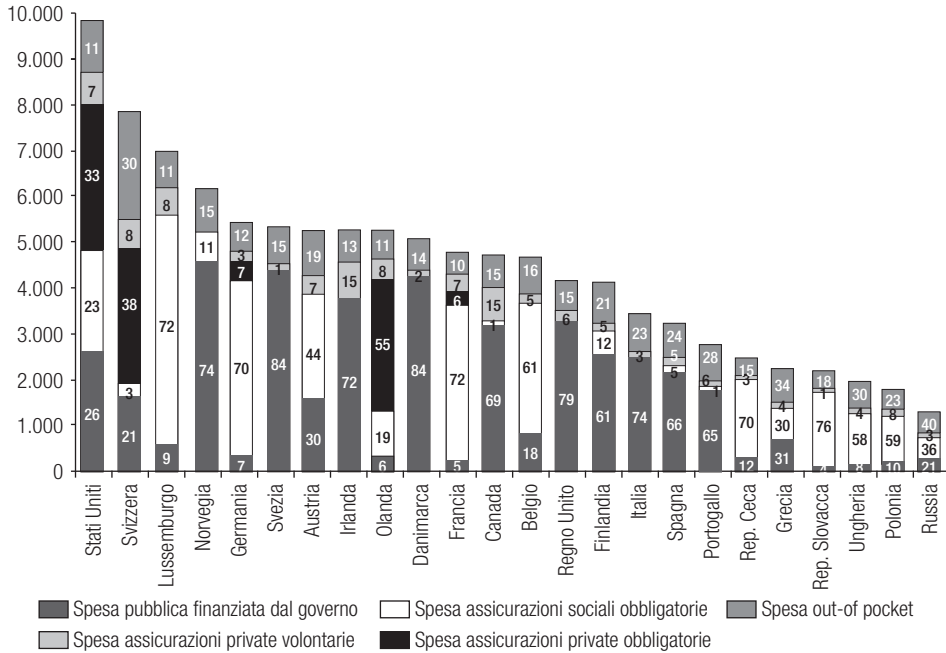
Nei Paesi analizzati, la componente *out-of-pocket*, costituita soprattutto da compartecipazioni (es. accesso alle cure specialistiche, farmaci) e ricorso privato ai servizi varia, nel 2016, dal 9,8% della Francia al 40,5% della Russia (Figura 3.2), mentre l'ultima rilevazione disponibile per l'India (dato 2015)¹¹ mostra una quota *out-of-pocket* per il Paese asiatico pari al 65,1%. Restringendo l'analisi all'ultimo anno di rilevazione disponibile (2016), si registra una percentuale di spesa *out-of-pocket* simile tra i Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (19,7%) e i Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (19,6%)¹² e più bassa negli Stati Uniti (11,1%), sebbene in quest'ultimo caso la spesa in termini asso-

¹⁰ Il concetto di equità potrebbe essere declinato in diverse prospettive. Ad esempio, un sistema altamente redistributivo è funzionale a una maggiore equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi, ma è meno equo rispetto alla quantità di contribuzione. In questo contesto si fa riferimento all'equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi.

¹¹ Il dato non è riportato in Figura 3.2.

¹² Si precisa che le percentuali medie relative ai Paesi con Servizio Sanitario Nazionale e con assicurazione sanitaria obbligatoria non sono riportate in alcuna tabella ma sono presentate unicamente nel testo.

Figura 3.2 **Spesa sanitaria pro-capite finanziata dal governo, per schemi assicurativi obbligatori (sociali e privati), per assicurazioni private volontarie e out-of-pocket (2016) (\$PPA e %)**



Note: I valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la percentuale di ogni componente di spesa rispetto al totale del Paese. Non sono presenti dati relativi ad Australia, Giappone, Brasile, India e Cina.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2018.

luti sia la più elevata (Figura 3.2). L'Italia presenta un dato relativamente elevato, 23,1%, a testimonianza del fatto che circa un quarto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricade direttamente sul paziente¹³ nel momento del consumo. Da notare, inoltre, che tale valore, insieme a quello del 2015, è il più elevato dal 2004, contrastando la tendenza che per quasi un decennio aveva visto, nel nostro Paese, una progressiva riduzione dell'incidenza dell'*out-of-pocket* rispetto alla spesa sanitaria totale (seppur con qualche eccezione, specialmente tra 2010 e 2011, quando la quota di *out-of-pocket* è passata dal 20,5% al 22,0%). In Italia, inoltre, si mantiene marginale la percentuale di spesa per premi assicurativi obbligatori¹⁴ (0,3%) e quella intermediata dalle assicurazioni private

¹³ Fatte salve le fasce esenti.

¹⁴ Si tratta dell'assicurazione obbligatoria INAIL a cui sono tenuti tutti i datori di lavoro che occupano lavoratori dipendenti e lavoratori parasubordinati nelle attività che la legge individua come rischiose (DPR n. 1124 del 30/06/1965), nonché gli artigiani e i lavoratori autonomi.

(2,4%). Tale tendenza è comune, seppur meno accentuata, ai Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (es. Regno Unito, Spagna, Svezia). Va segnalato, tuttavia, che il ruolo delle compartecipazioni potrebbe assumere particolare rilevanza nei Paesi in cui la spesa pubblica è sempre più soggetta a vincoli di budget e dove, come tendenza generalizzata, si è ridotta la copertura pubblica negli ultimi anni. In tali circostanze, e tenendo conto delle diverse determinanti di scelte di consumo pubblico e privato, infatti, la compartecipazione può evolvere concettualmente da semplice sostituto della spesa pubblica a contributo per un *upgrade* qualitativo dei servizi. In tal senso, invece che rappresentare uno strumento iniquo che porta alla rinuncia alle cure, la compartecipazione potrebbe rappresentare uno dei primi *driver* della diffusione di nuovi servizi e tecnologie, liberando così risorse pubbliche per i servizi essenziali e prioritari.

Un'ultima analisi comparativa sulla spesa sanitaria riguarda l'incidenza rispetto all'economia di un Paese in generale e del settore pubblico in particolare.

La spesa sanitaria come percentuale del PIL (Tabella 3.3) indica la quota dell'economia di un Paese che è relativa ai servizi sanitari, ovvero la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi¹⁵.

L'indicatore si presta a diverse interpretazioni. In primo luogo, esso fornisce una misura del grado di rilevanza economica del sistema sanitario rispetto al macro-sistema produttivo di un Paese, inteso come somma dei redditi di tutte le famiglie e di tutte le imprese. In secondo luogo, è possibile interpretare questo indicatore come punto di equilibrio tra domanda e offerta di servizi. A parità di livello dei prezzi, un valore elevato è associabile a Paesi in cui la domanda di servizi incontra maggiore soddisfazione. Tuttavia, questa ultima interpretazione deve essere integrata da due considerazioni. Primo, le differenze nei livelli dei prezzi delle risorse possono rendere una tale interpretazione deviata. Infatti, a parità di peso sul PIL, due Paesi possono mostrare livelli di accesso complessivo, di equità di accesso nella popolazione e di sostenibilità diversi proprio a causa di differenze nei prezzi. È il caso degli Stati Uniti, sistema più vicino alle logiche di mercato, con prezzi poco regolati, dove la spesa sanitaria rappresenta il 17,1% del PIL (dato più alto in assoluto); tuttavia, al rilevante peso della sanità sul PIL non corrisponde la stessa equità nell'accesso ai servizi che si trova in Paesi come Italia o Francia, che proporzionalmente hanno una spesa inferiore. Secondo, sistemi diversamente strutturati hanno costi di funzionamento differenti. La produzione dello stesso paniere di servizi a parità di prezzi e di equità è tipicamente più costosa in un sistema assicurativo privato, in cui un attore aggiuntivo nel sistema (le assicurazioni) impone maggiori costi fissi e, soprattutto, di transazione. Rispetto all'incidenza sul PIL del 17,1% degli Stati Uniti,

¹⁵ Non si parla di settore sanitario in generale in quanto quest'ultimo comprende anche altri attori, come le imprese fornitrici, la cui dimensione economica non è inclusa in questo indicatore, se non nei limiti delle operazioni di acquisto (cfr. Del Vecchio, 2012).

Tabella 3.3 **Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL (1995, 2000, 2005, 2010-2016)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Differ. 1995- 2000	Differ. 2000- 2010	Differ. 2010- 2016
UE (15)													
Austria	8,9	9,2	9,6	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,3	10,4	0,3	1,0	0,2
Belgio	7,5	7,9	9,0	9,8	10,0	10,1	10,3	10,3	10,1	10,0	0,5	1,9	0,2
Danimarca	7,8	8,1	9,1	10,3	10,2	10,2	10,2	10,2	10,3	10,4	0,3	2,2	0,0
Finlandia	7,4	6,8	8,0	8,9	8,9	9,3	9,5	9,5	9,7	9,5	-0,5	2,0	0,7
Francia	9,8	9,5	10,2	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	-0,3	1,6	0,4
Germania	9,5	9,8	10,2	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1	0,3	1,2	0,1
Grecia	8,0	7,2	9,0	9,6	9,1	8,9	8,4	8,0	8,2	8,5	-0,7	2,3	-1,1
Irlanda	6,1	5,9	7,6	10,5	10,7	10,8	10,3	9,7	7,4	7,4	-0,2	4,6	-3,1
Italia	6,9	7,6	8,4	9,0	8,8	9,0	9,0	9,0	9,0	8,9	0,7	1,4	0,0
Lussemburgo	5,3	5,9	7,2	7,0	6,1	6,6	6,6	6,4	6,2	6,2	0,6	1,1	-0,9
Olanda	7,4	7,1	9,3	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,4	10,4	-0,3	3,3	0,0
Portogallo	7,2	8,4	9,4	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	9,0	9,1	1,2	1,4	-0,7
Spagna	7,0	6,8	7,7	9,0	9,1	9,1	9,0	9,0	9,1	9,0	-0,2	2,2	-0,1
Svezia	7,3	7,4	8,3	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11,0	10,9	0,1	1,1	2,4
Regno Unito	5,6	6,0	7,2	8,5	8,4	8,3	9,8	9,7	9,8	9,8	0,4	2,5	1,3
UE (nuovi Paesi)													
Rep. Ceca	5,7	5,7	6,4	6,9	7,0	7,0	7,8	7,7	7,2	7,1	0,0	1,2	0,2
Rep. Slovacca	n.d.	5,3	6,6	7,8	7,4	7,6	7,5	6,9	6,9	7,1	n.d.	2,5	-0,7
Polonia	4,9	5,3	5,8	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,3	6,5	0,4	1,1	0,1
Ungheria	6,7	6,8	8,0	7,5	7,5	7,5	7,3	7,1	7,1	7,4	0,0	0,8	-0,2
Altri Paesi europei													
Norvegia	7,3	7,7	8,3	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,5	0,4	1,2	1,6
Svizzera	9,3	9,8	10,8	10,7	10,8	11,1	11,3	11,5	11,9	12,2	0,5	0,9	1,5
Altri Paesi non europei													
Australia	6,9	7,6	8,0	8,4	8,6	8,7	8,8	9,1	9,3	9,3	0,7	0,8	0,8
Stati Uniti	12,5	12,5	14,5	16,4	16,4	16,4	16,3	16,5	16,8	17,1	0,0	3,9	0,7
Canada	8,6	8,3	9,1	10,6	10,2	10,2	10,1	10,0	10,4	10,5	-0,3	2,3	0,0
Giappone	6,3	7,2	7,8	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	0,9	2,0	1,7
Brasile	n.d.	8,4	8,0	8,0	7,8	7,8	8,0	8,4	8,9	n.d.	n.d.	-0,4	n.d.
Russia	n.d.	5,0	4,7	4,9	4,8	4,9	5,1	5,2	5,3	5,3	n.d.	-0,1	0,3
India	n.d.	4,0	3,8	3,3	3,2	3,3	3,7	3,6	3,9	n.d.	n.d.	-0,8	n.d.
Cina	n.d.	4,5	4,3	4,4	4,6	4,8	4,9	5,0	5,4	n.d.	n.d.	-0,1	n.d.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2018.

infatti, nei sistemi europei con assicurazione obbligatoria, la percentuale scende in media al 9,1%, variando dal 6,2% del Lussemburgo al 12,2% della Svizzera. Nei sistemi europei con Servizio Sanitario Nazionale, il valore medio è simile (9,3%), variando dal 7,4% di Irlanda e Ungheria al 10,9% della Svezia. In Italia, la spesa sanitaria complessiva sul PIL mostra un'incidenza dell'8,9% nel 2016, tendenzialmente stabile dal 2010.

Infine, un aspetto cruciale riguarda la variazione nel tempo dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL. Nel decennio 2000-2010, tutti i Paesi analizzati, ad eccezione dei BRIC, registravano un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL in significativa crescita. Questo fenomeno rispecchiava la tendenza dei bisogni e dei costi della sanità a superare la dinamica della crescita economica generale, determinando forti preoccupazioni per la sostenibilità. Tali preoccupazioni hanno portato molti Paesi, nell'ultimo periodo, ad adottare misure di contenimento e di monitoraggio della spesa sanitaria, in particolare della spesa pubblica. Il risultato è evidente dai dati riferiti al periodo 2010-2016, in cui la maggior parte dei Paesi (considerando anche realtà come India e Cina, che hanno dinamiche proprie in merito all'andamento del PIL e della spesa sanitaria) fa registrare una diminuzione o sostanziale stabilità dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL (variazione uguale o inferiore agli 0,7 punti percentuali), malgrado nello stesso periodo i tassi di crescita del PIL fossero tra i più bassi mai registrati. Questa tendenza al contenimento è, peraltro, riscontrabile in modo trasversale tra le varie tipologie di sistema sanitario. Le uniche eccezioni a questa tendenziale stabilità dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL sono rappresentate da Svezia, Regno Unito, Norvegia, Svizzera e Giappone, Paesi per i quali si è registrato un incremento compreso tra 1,3 (Regno Unito) e 2,4 punti percentuali (Svezia) nel periodo 2010-2016.

L'analisi della percentuale di spesa pubblica destinata alla sanità (Tabella 3.4) consente, invece, di valutare l'importanza relativa dell'assistenza sanitaria rispetto all'insieme degli ambiti d'intervento pubblico. Un elevato valore di questo indicatore può derivare da due fenomeni. Innanzitutto, è possibile che la spesa pubblica sia in generale limitata, come avviene tipicamente in Paesi dove l'intervento pubblico è circoscritto a livelli minimi in molti settori o diretto a pochi settori, tra cui la sanità è, comunque, in genere presente (es. Stati Uniti). Diversamente, in Paesi dove l'intervento pubblico è estensivo, lo stesso valore può derivare da una priorità elevata assegnata dallo Stato all'assistenza sanitaria rispetto ad altri ambiti. Nel campione considerato in questo capitolo, è da rilevare come il peso della spesa per sanità sulla spesa pubblica sia generalmente aumentato rispetto al 2000, mentre è più stabile dal 2010, con riduzioni marcate solo in Grecia (-3,5 punti percentuali) e incrementi significativi (superiori a 4 punti percentuali) in Svezia, Polonia, Stati Uniti e Irlanda.

Un altro aspetto rilevante è la variabilità tra tipi di sistema diversi. Negli Stati Uniti, paradossalmente, la spesa sanitaria pubblica, sebbene non sia associata a una copertura universale, rappresenta il 22,6% della spesa totale del settore pubblico. Il dato deriva anche dalla filosofia generale d'intervento pubblico meno estensiva che nella maggior parte dei contesti europei, per cui la percentuale risulta più alta data la minore estensione degli ambiti di spesa pubblica. Vale anche la pena evidenziare il fatto che, pur costando allo Stato quasi un quinto delle risorse disponibili (incluso il deficit), gli Stati Uniti non

Tabella 3.4 **Spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa pubblica complessiva (2000, 2005, 2010-2015)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Differenza 2010-2000	Differenza 2015-2010
UE(15)										
Austria	9,2	14,0	14,5	14,7	14,9	15,0	14,7	15,1	5,3	0,6
Belgio	7,9	14,3	15,2	15,1	14,9	15,2	15,4	16,0	7,3	0,8
Danimarca	12,8	14,9	15,5	15,1	14,9	15,4	15,6	15,8	2,7	0,3
Finlandia	10,5	12,7	12,5	12,8	12,9	12,9	12,7	12,8	2,0	0,3
Francia	9,5	15,1	14,9	15,0	14,9	15,1	15,3	15,3	5,4	0,4
Germania	17,5	17,0	19,5	20,0	20,3	20,6	21,0	21,4	2,0	1,9
Grecia	7,2	9,0	12,6	11,1	10,5	8,3	9,1	9,1	5,4	-3,5
Irlanda	5,9	7,6	10,5	9,9	10,1	18,3	18,2	18,4	4,6	7,9
Italia	12,1	13,7	14,1	13,8	13,4	13,3	13,4	13,4	2,0	-0,7
Lussemburgo	12,8	13,7	13,6	12,0	12,5	12,6	12,5	12,1	0,8	-1,5
Olanda	7,1	14,7	17,8	18,4	19,0	19,1	19,0	19,0	10,7	1,2
Portogallo	13,8	14,4	13,2	12,9	12,6	12,2	11,5	12,3	-0,6	-0,9
Spagna	6,8	14,4	14,8	14,6	13,6	14,1	14,2	14,9	8,0	0,1
Svezia	7,4	12,8	13,6	17,7	17,7	17,7	18,0	18,4	6,2	4,8
Regno Unito	13,8	14,5	15,0	15,3	15,3	17,7	18,0	18,5	1,2	3,5
UE (nuovi Paesi)										
Repubblica Ceca	5,7	13,3	13,5	13,6	13,2	15,3	15,0	14,3	7,8	0,8
Repubblica Slovacca	5,3	12,5	13,3	13,4	13,6	13,5	13,2	12,0	8,0	-1,3
Polonia	5,3	5,8	6,4	6,2	6,2	10,6	10,4	10,7	1,1	4,3
Ungheria	6,8	11,5	10,2	10,1	10,1	9,8	9,8	9,7	3,4	-0,5
Altri Paesi europei										
Norvegia	7,7	16,5	16,8	16,9	17,3	17,2	17,4	17,5	9,1	0,7
Svizzera	9,3	0,0	22,7	23,1	23,7	23,9	24,3	25,2	13,4	2,5
Altri Paesi non europei										
Australia	15,2	16,3	16,3	16,6	16,3	16,5	16,6	n.d.	1,1	n.d.
Stati Uniti	16,4	18,1	18,5	19,0	19,8	20,6	21,7	22,6	2,1	4,1
Canada	14,8	17,1	17,8	18,1	18,4	18,6	19,0	19,1	3,0	1,3
Giappone	14,8	17,8	18,9	21,7	22,3	22,3	22,6	n.d.	4,1	n.d.
Brasile	10,1	8,4	8,4	8,1	7,9	8,3	8,3	7,7	-1,7	-0,7
Russia	9,7	9,9	8,6	9,0	9,2	9,1	9,2	9,6	-1,1	1,0
India	3,3	3,0	3,2	3,5	3,5	3,1	3,0	3,4	-0,1	0,2
Cina	6,2	7,9	9,4	9,5	9,6	9,6	9,9	10,1	3,2	0,7

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2018.

arrivano ad estendere all'intera popolazione le prestazioni sanitarie coperte dal settore pubblico. I dati 2015 mostrano come i sistemi europei ad assicurazione sanitaria obbligatoria spendano nella sanità in media il 15,5% delle risorse del settore pubblico, con gli estremi opposti rappresentati dalla Svizzera (25,2%) e dalla Grecia (9,1%). Nei sistemi europei con Servizio Sanitario Nazionale, la spesa sanitaria pubblica rappresenta in media il 15,2% della spe-

sa pubblica complessiva. Tra questi, il Regno Unito spende in sanità il 18,5% della spesa pubblica (percentuale più elevata), mentre l'Ungheria il 9,7% (percentuale più ridotta). L'Italia si colloca nella fascia media del suo raggruppamento, con una spesa sanitaria pubblica che rappresenta il 13,4% della spesa pubblica complessiva.

3.3 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

3.3.1 Il finanziamento del SSN

Per «finanziamento del SSN» si fa riferimento, in genere, 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 alle risorse complessivamente disponibili per il SSN (riportate nei conti ministeriali con la dicitura “ricavi del SSN”), rilevate a consuntivo, tra cui rientrano, oltre ai trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN¹⁶ e i trasferimenti da soggetti privati. 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 infatti differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ▶ ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e delle Province Autonome, 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 2017 il livello di finanziamento complessivo cui ha concorso ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 112,6 miliardi di euro. Tale importo è stato ridotto di 325 milioni di euro¹⁷ e di 500 mi-

¹⁶ Soprattutto ticket e proventi per le attività intramoenia.

¹⁷ I restanti 175 milioni di euro sono inclusi nei 1.500 milioni di euro per obiettivi di piano (cfr. *infra*).

lioni di euro per consentire il finanziamento, rispettivamente, di un Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e di un Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (L. 232/2016 art. 1 c. 400-401). Al netto dei due Fondi lo stanziamento iniziale è stato quantificato in 111,7 miliardi di euro.

In merito alla destinazione del finanziamento, lo stanziamento complessivo di 111,7 miliardi di euro è stato diviso in quattro componenti:

1. finanziamento indistinto: 108,9 miliardi di euro. Questo valore, comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate nei precedenti riparti e di nuove voci (pari a 494 milioni di euro, *cfr infra*), è ottenuto come differenza tra, da una parte, lo stanziamento totale, e dall'altra, la somma di stanziamenti vincolati e programmati per Regioni e Province Autonome, stanziamenti vincolati per altri enti e 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 P.P.A.A.: 1,9 miliardi di euro¹⁸;
3. finanziamento vincolato per altri enti: 653 milioni di euro;
4. accantonamenti: 281,4 milioni di euro¹⁹.

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2017 e le variazioni rispetto al 2016 sono contenute nella Tabella 3.5. Da evidenziare che per il 2017 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. Rispetto al documento di riparto dell'anno precedente, nel 2017, si aggiungono al finanziamento indistinto le seguenti voci: i) 100 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini – NPNV (L. 232/2016 art. 1 c. 408); ii) 75 milioni di euro per il concorso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN da svolgere ai sensi dell'art. 1 c. 543 L. 205/2015.

¹⁸ Tale voce, rispetto al 2016, non vede l'inclusione delle quote stanziare per lo screening neonatale (L. 147/2013 e L. 190/2014).

¹⁹ L'accantonamento, limitatamente al 2017, è pari allo 0,25% del livello del finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2017, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'art. 2, comma 67-bis L. 191/2009 e di quanto stabilito, ad integrazione del già citato comma 67-bis, nell'ambito della L. 21 del 25 febbraio 2016 e come successivamente integrato dal DL del 24 aprile 2017.

Tabella 3.5 **Articolazione delle risorse finanziarie 2017 e variazione 2016-2017 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2017	Variazione 2016-2017
1. Finanziamento indistinto di cui	108.949	0,70%
1.1 Ospedale Bambin Gesù	192	0,39%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	49	31,19%
1.3 Finanziamento finalizzato	494	-55,85%
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%
1.3.3 Gioco d'azzardo	50	0,00%
1.3.4 Vaccini NPNV	100	/
1.3.5 Stabilizzazione Personale	75	/
2. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.	1.869	-0,53%
2.1 Obiettivi PSN	1.500	0,00%
2.2 Emergenza veterinaria	40	0,00%
2.3 Borse di studio triennali medici medicina generale	39	0,00%
2.4 Fondo per l'esclusività del rapporto personale dirigente ruolo sanitario	30	0,00%
2.5 Assistenza extracomunitari irregolari	31	0,00%
2.6 Attività di medicina penitenziaria	7	0,00%
2.7 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	0,00%
2.8 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	55	0,00%
2.9 Revisione tariffe prestazioni termali	2	0,00%
3. Finanziamento vincolato per altri enti	653	0,00%
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	0,00%
4. Accantonamenti	281	1,42%
TOTALE	111.752	0,68%

Fonte: Elaborazioni da dati Ministero della Salute (2018).

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 2017, 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 Piani di Rientro (PdR) (cfr. §3.5).

Da questa rosa di cinque Regioni eleggibili, la Conferenza Stato-Regioni individua le tre Regioni *benchmark* per la determinazione dei costi e fabbisogni standard. Per l'anno 2017, nel corso della seduta politica del 2 febbraio 2017 (Intesa n. 16/CSR), la Conferenza Stato-Regioni ha individuato come Regioni di riferimento quelle già utilizzate per la costruzione della proposta di riparto relativa all'anno 2016: Marche, Umbria e Veneto.

Per la definizione del finanziamento a livello regionale, il costo medio pro-capite delle tre Regioni *benchmark* viene rapportato alla popolazione pesata per genere ed età²⁰ al 1 gennaio 2016. 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 LEA. Proporzionalmente sono poi determinati i relativi sub-livelli assistenziali:

- ▶ prevenzione: 5%;
- ▶ distrettuale: 51%;
 - ◀ medicina di base: 7,00%;
 - ◀ farmaceutica: 11,66%²¹;
 - ◀ specialistica: 13,30%;
 - ◀ territoriale: 19,04%;
- ▶ ospedaliera: 44%.

Tali percentuali, per il 2017, risultano variate rispetto all'anno precedente soltanto per i sub-livelli "farmaceutica" e "territoriale". Nello specifico la farmaceutica distrettuale passa dall'11,58% del 2016 all'11,66% del 2017, mentre la territoriale subisce una leggera riduzione (dal 19,12% nel 2016 al 19,04% nel 2017).

Nell'ultimo documento di riparto si è rispettato quanto disposto dall'art. 27 del D.lgs 68/11 che prevede che la quota percentuale assicurata alla migliore Regione *benchmark* non possa essere inferiore a quella già assegnata alla stessa Regione l'anno precedente al netto delle variazioni di popolazione. L'utilizzo dei costi pro-capite, pesati per i livelli di assistenza delle Regioni *benchmark*, rende la quota di accesso delle Marche (prima Regione) per l'anno 2017 pari al 2,59189% contro il 2,59185% del riparto 2016.

²⁰ Sono stati utilizzati i pesi del riparto FSN anno 2011 e anno 2015.

²¹ Per quanto concerne il riparto della quota relativa all'assistenza farmaceutica distrettuale, è stato mantenuto il peso 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 delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie, così come fissato dalle precedenti disposizioni di legge in materia (L. 135/2012) non contemplando le novità introdotte con la L. 232/2016 in tema di tetti della spesa farmaceutica. Tale criterio è stato adottato per non escludere dal conteggio la spesa per i farmaci di classe A in DD e in DPC che rientra comunque nella spesa farmaceutica distrettuale, diversa da quella consumata in ambito ospedaliero. La predetta percentuale, rapportata al finanziamento complessivo "indistinto", si ridetermina in 11,66%.

Tabella 3.6 **Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2017 e variazione 2016-2017**

Ricavi	Miliardi di Euro (2017)	Variazione 2016-2017
1. Regioni e PPAA.	116,54	1,31%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	29,32	-4,33%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	65,46	2,62%
1.3 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	12,22	10,08%
1.4 Riparto quota premiale	0,28	1,42%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	2,97	-2,93%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,56	0,00%
1.7 Costi capitalizzati	1,81	-2,73%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	-0,09	-66,28%
2. Altri enti del SSN	0,65	0,00%
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,65	0,00%
TOTALE	117,19	1,30%

Fonte: Nostra elaborazione della delibera CIPE di riparto delle risorse per il SSN per l'anno 2017 e dei dati del Ministero della Salute, NSIS (dati del IV trimestre 2017 aggiornati alla data del 26 aprile 2018).

Le risorse complessivamente disponibili del SSN

Le risorse complessivamente disponibili per il SSN (indicate nelle tabelle ministeriali come ricavi e calcolate al netto dei proventi della gestione straordinaria e di quelli dell'intramoenia) per l'anno 2017 ammontano complessivamente a 117,19 miliardi di euro (Tabella 3.6). Di questi:

- ▶ 116,54 miliardi di euro sono riferiti alle Regioni e alle Province Autonome;
- ▶ 0,65 miliardi di euro sono riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato²².

Tali valori includono: i) i fondi messi a disposizione dal livello centrale; ii) le risorse proprie regionali (es. addizionali IRPEF e IRAP); iii) le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN (ticket e intramoenia) e iv) i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati²³.

Da segnalare che, dal 2012, sono riportate come ricavi a consuntivo per tutte le Regioni e PPAA. (tra i finanziamenti da altri enti del settore pubblico e dai

²² 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).

²³ Gli ulteriori trasferimenti comprendono, oltre la quota parte del fabbisogno nazionale ripartito dal CIPE, dalla Regione o dalla P.A. a carico dei loro bilanci, i trasferimenti dal settore pubblico (altre amministrazioni statali, province, comuni) e da quello privato, desunti dal SIS.

privati) anche le risorse destinate dalle stesse a copertura dei disavanzi sanitari. Tali fondi derivano dai maggiori introiti fiscali relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP²⁴. Pertanto, il gettito della maggiorazione delle aliquote è contabilizzato come risorsa aggiuntiva erogata dalla Regione per la copertura dei LEA²⁵.

Le voci che concorrono alla definizione delle risorse complessivamente a disposizione del SSN nel 2017 e le variazioni rispetto al 2016 sono riportate nella Tabella 3.6. Nel 2017, il rapporto tra ricavi netti²⁶ del SSN e PIL mostra minime variazioni rispetto al 2016 e si attesta al 6,8% (Tabella 3.7). Il finanziamento medio pro-capite nazionale (1.934 euro) invece mostra un incremento rispetto all'anno precedente del 1,3%.

Complessivamente, si registra un incremento dell'1,3% delle risorse totali rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare, rispetto al 2016, si registra una crescita delle seguenti voci:

- ▶ ricavi riferiti al fabbisogno ex D.lgs 56/00 (IVA ed accise): 2,62%;
- ▶ entrate relative ad ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato: 10,08%;
- ▶ ricavi relativi al riparto della quota premiale: 1,42%.

Il finanziamento relativo al Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e quote vincolate a carico dello Stato non ha invece registrato alcuna variazione rispetto all'anno precedente.

Hanno invece mostrato una variazione negativa i ricavi riferiti a:

- ▶ entrate legate alle addizionali IRPEF ed IRAP: -4,33%;
- ▶ ricavi ed entrate proprie: -2,93%;
- ▶ costi capitalizzati: -2,73%;
- ▶ rettifiche e utilizzo fondi -66,28%²⁷.

Infine, è da notare che, a partire dall'anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i) i costi capitalizzati²⁸, che per il 2017 si attesta-

²⁴ IRPEF: Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRAP: Imposta regionale sulle attività produttive.

²⁵ 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 (come 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).

²⁶ Vedi nota a Tabella 3.7.

²⁷ Per maggiori approfondimenti si rimanda al Capitolo 17 del Rapporto OASI 2017 (Anessi *et al.*).

²⁸ Questa voce fa riferimento al valore pro-quota delle risorse stanziati per il finanziamento dell'acquisto di beni di investimento in relazione alla durata dell'ammortamento.

Tabella 3.7 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010-2017) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Tasso crescita medio			
														'90/'17	'95/'01	'01/'10	'10/'17
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.900	114.260	114.578	115.913	117.474	3,9%	8,1%	4,1%	0,8%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	1,3%	1,0%	-0,9%	1,2%	0,3%	1,2%	1,3%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	73,2%	75,2%	77,5%	78,2%	77,2%	77,7%	77,5%	77,2%	76,3%	76,3%	75,9%				
- % sul PIL	5,7%	4,9%	5,7%	6,0%	6,5%	6,9%	6,9%	7,1%	7,0%	7,0%	6,9%	6,9%	6,8%				
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	109.135	111.548	114.547	113.233	114.484	113.909	115.687	117.191	4,6%	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%	-0,5%	1,6%	1,3%				
- % sul PIL	4,8%	4,9%	5,4%	5,7%	6,1%	6,8%	6,8%	7,1%	7,1%	7,1%	6,9%	6,9%	6,8%				
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-5.735	-2.196	-1.262	583	333	224	-669	-226	-282				
- variazione %	-74,5%	-2,0%	-13,9%	17,0%	-10,7%	-34,7%	-42,5%	-146,2%	-42,8%	-32,8%	-398,4%	-66,2%	24,8%				
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-6,3%	-2,0%	-1,1%	0,5%	0,3%	0,2%	-0,6%	-0,2%	-0,2%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.704	25.609	28.040	30.954	33.254	32.765	32.703	33.742	35.634	36.003	37.325	5,5%	6,8%	2,1%	2,7%
- variazione %	-	13,0%	8,3%	-0,4%	-0,5%	1,1%	7,4%	-1,5%	-0,2%	3,2%	5,6%	1,0%	3,7%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	26,8%	24,8%	22,5%	21,8%	22,8%	22,3%	22,5%	22,8%	23,7%	23,7%	24,1%				
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.877	103.295	124.837	142.285	146.065	146.730	145.603	148.001	150.212	151.916	154.799	4,3%	7,7%	3,6%	1,2%
- variazione %	-	2,7%	10,4%	7,7%	4,6%	1,0%	2,7%	0,5%	-0,8%	1,6%	1,5%	1,1%	1,9%				
- % sul PIL	6,9%	6,7%	7,7%	8,0%	8,4%	8,9%	8,9%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,0%	9,0%				
PIL	722.811	984.984	1.239.266	1.298.890	1.489.726	1.604.514	1.637.461	1.613.265	1.604.600	1.621.828	1.652.623	1.680.949	1.716.239	3,3%	4,7%	2,4%	1,0%
- variazione %	-	8,8%	5,7%	4,8%	2,9%	2,0%	2,1%	-1,5%	-0,5%	1,1%	1,9%	1,7%	2,1%				

Tabella 3.7 (segue)

Note.

- Dati del INSS: 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'intraoemia. 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.
- La voce «Ricavi netti» comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intraoemia. 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 International Monetary Fund (IMF). Il PIL 2017 è una stima IMF.
- La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018), ISTAT (2018), IMF (2018).

no a 1.813 milioni di euro e ii) il riparto della quota premiale^{29,30} (0,281 miliardi di euro per il 2017). Tale quota sarà ripartita tra le Regioni 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.

3.3.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), aggiornati al 26 aprile 2018 (flusso del 4° trimestre 2017³¹) e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN³² ha subito nel 2017 un aumento dell'1,3% rispetto al 2016, in linea con quanto era emerso nel 2016, in cui i livelli di spesa erano aumentati rispetto all'anno precedente con una variazione percentuale dell'1,2% (Tabella 3.7 e Figura 3.3). L'incremento di spesa sanitaria si associa ad una ripresa del PIL (+2,1% rispetto al 2016), sicché il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL si riduce, passando dal 6,9% del 2016 al 6,8% del 2017.

La spesa privata corrente mostra un aumento rispetto al 2016 (+3,7%) portandosi a 37,3 miliardi di euro. Tale incremento rispecchia in parte la crescita del PIL. La spesa privata mantiene, pertanto, una prociclicità più marcata rispetto alla componente pubblica, sottolineando come le due componenti di spesa, pubblica e privata, sono influenzate da fattori prevalentemente differenti. Le dinamiche dei consumi privati, approfondite nel Capitolo 6 del presente Rapporto, non sono solo collegate al contenimento della spesa pubblica, ma sono influenzate soprattutto da altri fenomeni. Complessivamente, la spesa sanitaria totale corrente (pubblica³³ e privata) è aumentata dell'1,9% nel 2017 (155 miliardi di euro pari al 9% del PIL, Tabella 3.7).

A fronte della spesa pubblica, le risorse nette complessive del SSN (vedi *supra* §3.3.1) nel 2017 sono state pari a 117,19 miliardi di euro, in aumento dell'1,3%

²⁹ 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).

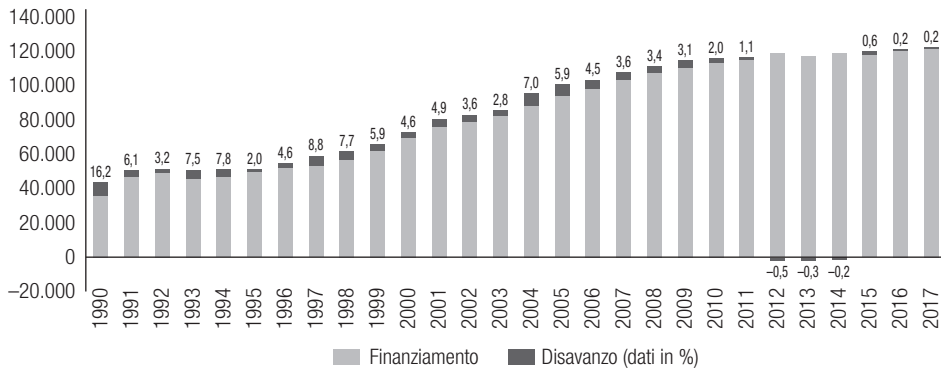
³⁰ La Legge n. 135 del 2012 prevede che, a decorrere dall'anno 2013, la quota premiale a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del SSN sia annualmente pari allo 0,25% di tali risorse. Unicamente per il 2014, invece, la percentuale è stata fissata pari all'1,75%.

³¹ Per il 2015 e il 2016 i dati sono aggiornati rispettivamente alla data del 21 novembre 2017 e 25 maggio 2018.

³² Regioni, Province Autonome e altri enti.

³³ Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

Figura 3.3 **Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2017) (milioni di Euro)**



Nota: La spesa sanitaria è data dalla somma del finanziamento e del disavanzo. Il segno – denota un avanzo, mentre il segno + denota un disavanzo

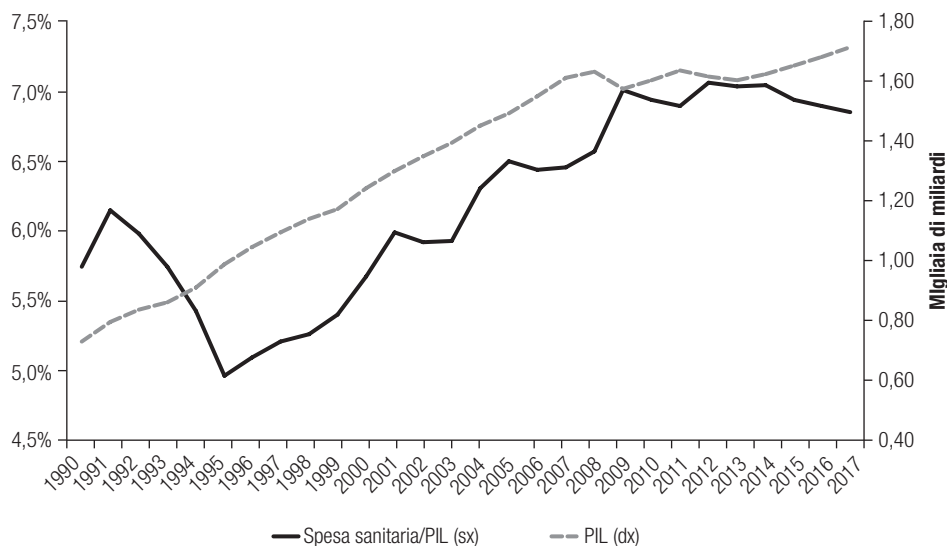
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018).

rispetto al 2016. Il disavanzo pubblico, quindi, si attesta nel 2017 a 282 milioni di euro (0,2% della spesa sanitaria pubblica corrente). I dati definitivi relativi agli anni precedenti evidenziano che, dopo un triennio (2012-2014) in avanzo, dal 2015 la sanità pubblica ha chiuso l'esercizio in leggero disavanzo (differentemente da quanto riportato nel Rapporto OASI 2017). Confrontando, tuttavia, i disavanzi registrati negli ultimi tre anni con quelli registrati prima del 2012, si evidenzia come, integrate nei conti tutte le somme di effettiva competenza della sanità, il sistema sia complessivamente in grado di mantenersi in equilibrio economico, senza che il disavanzo, per il momento, torni a rappresentare un elemento strutturale. Questa considerazione, tuttavia, riguarda esclusivamente la tenuta economica dei conti e non rappresenta, in alcun modo, una valutazione della capacità del sistema di erogare l'assistenza per cui è finanziato in modo universale, equo ed efficiente.

La situazione per quanto riguarda i disavanzi pregressi risulta 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 miliardi³⁴; 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 31/12/2017. Si segnala che l'eventuale avanzo d'eserci-

³⁴ Risultano infatti iscritti a patrimonio netto delle aziende e dovrebbero corrispondere, secondo quanto disposto dal D.lgs. 118/2011, ai ripiani assegnati ma non ancora erogati.

Figura 3.4 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1990-2017)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018), IMF (2018).

zio rimane comunque a disposizione delle Regioni. Nel §3.5 vengono analizzate in dettaglio le misure di copertura dei disavanzi adottate dalle Regioni.

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 3.4). 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'evoluzione³⁵. 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 spesa³⁶,

³⁵ Cfr. nota 25 al Capitolo 3, Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

³⁶ Cfr. nota 26 al Capitolo 3 del Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

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 Province Autonome. 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 (-1,5% rispetto al 2011), il peso della spesa sanitaria torna su livelli simili a quelli del 2009 (7,1%; Figura 3.4), nonostante la crescita contenuta della spesa. Nel 2013, si sono verificate congiuntamente le diminuzioni di spesa e PIL, ma essendo la diminuzione di spesa più consistente, il suo peso sul PIL diminuisce e si attesta al 7%. Anche dal 2014 al 2017 spesa sanitaria pubblica e PIL mostrano variazioni concordi; un nuovo aumento congiunto di spesa sanitaria pubblica e PIL ha portato l'incidenza al 7% per il 2014, al 6,9% per i due anni successivi e al 6,8% per l'ultimo anno, rispettivamente.

Alla base del rallentamento della crescita della spesa (anche rispetto al PIL) 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 lavoro³⁷ 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 e di tetti di spesa per gli operatori privati e la riorganizzazione della rete di offerta (vedi *infra* §3.5).

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 3.8 mostra come nel 2017 la sanità assorba una quota di spesa del 21,8%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (68,0%). L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità sia stabile rispetto alla spesa

³⁷ 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.

Tabella 3.8 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010-2017) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Tasso crescita medio			
														'90/'17	'95/'01	'01/'10	'10/'17
Sanità																	
spesa (milioni Euro)	38.790	45.397	64.651	71.486	91.436	106.361	105.038	103.208	102.616	103.914	104.035	105.150	106.415	3,8%	7,9%	4,5%	0,0%
% sul totale	26,5%	20,6%	22,8%	23,9%	25,2%	24,0%	23,4%	22,8%	22,3%	22,2%	21,9%	21,9%	21,8%				
var. %	-	0,7%	12,2%	10,6%	6,7%	1,9%	-1,2%	-1,7%	-0,6%	1,3%	0,1%	1,1%	1,2%				
Previdenza																	
spesa (milioni Euro)	96.413	159.634	200.463	207.960	244.828	301.642	308.430	314.617	321.329	320.130	323.520	327.111	332.324	4,7%	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%	68,5%	68,2%	68,1%	68,0%				
var. %	-	17,7%	2,2%	3,7%	3,3%	3,4%	2,3%	2,0%	2,1%	-0,4%	1,1%	1,1%	1,6%				
Assistenza																	
spesa (milioni Euro)	11.447	15.493	18.895	20.263	26.961	35.497	34.497	34.698	35.757	43.042	46.536	48.289	49.931	5,6%	4,6%	6,4%	5,0%
% sul totale	7,8%	7,0%	6,7%	6,8%	7,4%	8,0%	7,7%	7,7%	7,8%	9,2%	9,8%	10,0%	10,2%				
var. %	-	2,1%	4,4%	7,2%	1,8%	-2,8%	-2,8%	0,6%	3,1%	20,4%	8,1%	3,8%	3,4%				
Totale	146.650	220.524	284.009	299.709	363.225	443.500	447.965	452.523	459.702	467.086	474.091	480.550	488.670	4,6%	5,2%	4,5%	1,4%
var. %	-	12,6%	4,5%	5,5%	4,0%	2,5%	1,0%	1,0%	1,6%	1,6%	1,5%	1,4%	1,7%				

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT (2018)

per assistenza³⁸ e previdenza³⁹ (Tasso di crescita medio pari a +5,0% e +1,4%, rispettivamente). Interessante anche la dinamica della spesa per assistenza, che nel 2009 era cresciuta dell'11,6% rispetto al 2008⁴⁰, 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 economica⁴¹. 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 (+20,4%), per poi rallentare la crescita nel 2015 e ulteriormente nel 2016 (+8,1% e 3,8%, rispettivamente). Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta, nel 2017, dell'1,7%.

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica»⁴² (Tabella 3.9, Figura 3.5 e Figura 3.6), 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, 2018) è possibile ricavare l'incidenza di alcune funzioni di spesa. Ad esempio, l'assistenza ospedaliera in strutture pubbliche, nel 2017, ha rappresentato il 35,7% 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 44,5% della spesa complessiva. Nel complesso, la spesa per servizi sanitari forniti da produttori *non market*⁴³ rappresenta il 62,8%, in leggera crescita rispetto al 2016. La spesa per servizi forniti da produttori *market*⁴⁴ si attesta invece al 37,2% del totale delle uscite per la

³⁸ 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.

³⁹ Rientrano in questo aggregato: pensioni e rendite, liquidazioni per fine rapporto di lavoro, indennità per malattia/infortunio/maternità, indennità di disoccupazione, assegno integrazione salariare, assegni familiari, altri sussidi e assegni.

⁴⁰ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica, si rimanda all'Allegato contenuto nel Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009).

⁴¹ 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.

⁴² È importante rilevare che, a partire dall'anno 2008, i conti del SSN sono effettuati attraverso un nuovo modello di Conto Economico (CE) molto più analitico del precedente. Attraverso il nuovo modello, oltre ad essere più agevole il consolidamento a livello regionale e –successivamente– a livello nazionale, è possibile isolare meglio alcune tipologie di ricavo e di costo. Ulteriori revisioni al modello CE sono avvenute nel 2011.

⁴³ Regioni e aziende pubbliche.

⁴⁴ 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 3.9 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010-2017) (milioni di Euro)**

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Tasso crescita medio			
														'90/'17	'95/'01	'01/'10	'10/'17
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	26.888	31.759	36.674	36.101	35.585	35.090	34.779	34.608	34.321	34.313	2,8%	4,7%	3,5%	-0,9%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	16.883	26.611	33.103	34.423	35.620	35.559	37.202	37.909	39.221	40.715	6,6%	10,5%	7,8%	3,0%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	4.511	5.691	6.541	6.626	6.647	6.609	6.614	6.619	6.633	6.649	3,7%	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	8.235	8.100	7.605	0,2%	14,6%	-0,7%	-5,0%
Ospedialiera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.131	8.147	8.849	8.641	8.525	8.538	8.712	8.757	8.697	8.737	2,9%	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	4.553	4.622	4.712	3,5%	12,3%	6,8%	0,6%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	6.025	7.939	10.177	10.261	10.533	10.821	11.013	11.298	11.590	11.863	7,2%	11,4%	6,0%	2,2%
Altri costi (c)	375	471	578	703	1.066	7	34	202	-212	-255	-520	-329	-122	-195,9%	6,9%	-39,7%	-249,2%
Altro	375	471	194	259	201	197	202	202	232	234	244	229	240	-1,6%	-9,5%	-3,0%	2,9%
Saldo voci straordinarie	-	-	384	64	1.002	-132	-89	51	-378	-398	-652	-465	-235	n.d.	n.d.	-208,4%	8,6%
Saldo intramoenia	-	-	-	-93	-137	-58	-78	-195	-209	-210	-220	-226	-227	n.d.	n.d.	-5,2%	21,6%
Saldo svalutazioni/ rivalutazioni								144	143	119	109	133	98	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Altri enti (d)	74	637	509	398	459	563	641	647	592	633	653	653	653	8,4%	-7,5%	3,9%	2,2%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.559	2.502	2.528	2.452	2.392	2.336	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.795	114.186	114.564	115.900	117.460	3,9%	8,1%	4,1%	0,8%
Totale al netto di (c) e (d) : (f)	41.017	47.644	69.085	76.585	95.271	110.761	112.135	113.115	112.415	113.809	114.431	115.576	116.929	4,0%	8,2%	4,2%	0,8%
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	43.771	56.370	69.777	70.524	71.205	70.649	71.980	72.517	73.543	75.028	4,4%	6,7%	5,3%	1,0%
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	41.914	42.033	41.901	3,3%	10,6%	2,5%	0,3%

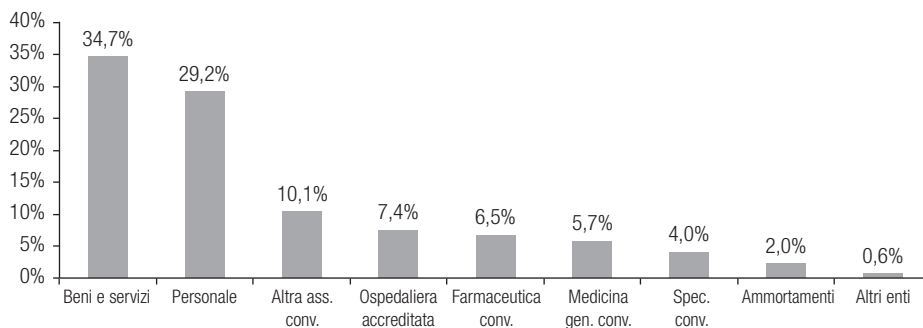
Tabella 3.9 (segue)

Variazione percentuale	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	5,0%	7,6%	1,3%	-1,6%	-1,4%	-1,4%	-0,9%	-0,5%	-0,8%	0,0%
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	6,7%	18,2%	0,8%	4,0%	3,5%	-0,2%	4,6%	1,9%	3,5%	3,8%
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	8,2%	13,5%	2,8%	1,3%	0,3%	-0,6%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	33,3%	-1,7%	-0,8%	-9,6%	-9,8%	-3,1%	-2,6%	-1,8%	-1,6%	-6,1%
Ospedaliere accreditata	-	2,0%	10,5%	1,4%	-10,8%	0,3%	-2,4%	-1,3%	0,1%	2,0%	0,5%	-0,7%	0,5%
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	9,3%	4,4%	10,4%	3,6%	1,9%	-1,6%	-2,3%	-0,4%	1,5%	2,0%
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	35,9%	7,2%	3,6%	0,8%	2,7%	2,7%	1,8%	2,6%	2,6%	2,3%
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	21,6%	-47,1%	-98,5%	364,5%	485,4%	-205,0%	20,5%	103,6%	-36,8%	-62,8%
Altri enti (d)	-	207,6%	6,6%	-21,9%	2,3%	1,3%	13,9%	1,0%	-8,5%	6,9%	3,2%	0,0%	0,0%
Ammortamenti (e)	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	64,7%	-2,2%	1,0%	-3,0%	-2,4%	-2,4%
Totale	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,1%	1,3%	1,0%	-1,0%	1,2%	0,3%	1,2%	1,3%
Totale al netto di (c), (d) ed (e) : (f)	-	-0,9%	10,7%	10,9%	7,3%	1,5%	1,2%	0,9%	-0,6%	1,2%	0,5%	1,0%	1,2%
Fattori interni (a+b)	-	-0,2%	10,0%	5,6%	12,2%	1,1%	1,1%	1,0%	-0,8%	1,9%	0,7%	1,4%	2,02%
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	-	-2,0%	11,7%	18,7%	0,4%	2,2%	1,5%	0,7%	-0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	-0,32%

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. Dal 2011 è inserita anche la voce «Ammortamenti».

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018)

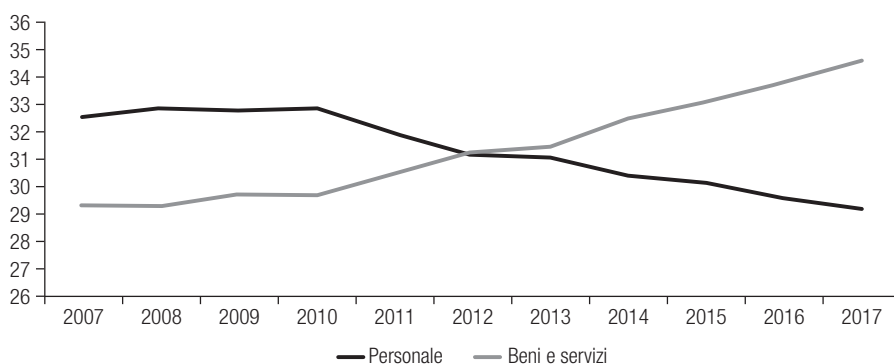
Figura 3.5 **Composizione della spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica (2017)**



Nota: Le prime due colonne dell'istogramma (Beni e servizi; Personale) rappresentano i fattori interni alla produzione.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018).

Figura 3.6 **Incidenza percentuale dei due fattori interni (Beni e servizi e personale) sulla spesa sanitaria pubblica (2007-2017)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018).

sanità, in diminuzione rispetto al 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 rilevante⁴⁵. Dal 2011 sono inseriti gli ammortamenti e

⁴⁵ 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.

i costi capitalizzati, mentre dal 2012 sono comprese le voci di rettifica e utilizzo fondi⁴⁶.

Nella Tabella 3.9, nella Figura 3.5 e nella Figura 3.6 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, insieme al personale. 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 3.5, nel 2017 il 63,9% della spesa è assorbita dai fattori interni di produzione, mentre il restante 36,1% è rappresentato dai fattori esterni. È da sottolineare che la distinzione tra fattori interni ed esterni rappresenta la realtà gestionale in modo imperfetto a causa del fatto che l'acquisto di servizi gestiti da terzi sia concettualmente assimilabile alla spesa per le componenti gestite in convenzione (es. specialistica, farmaceutica convenzionata, ecc.) e rappresenti un fattore esterno, sebbene sia classificata diversamente a causa del soggetto (l'azienda sanitaria) che attiva l'atto di spesa.

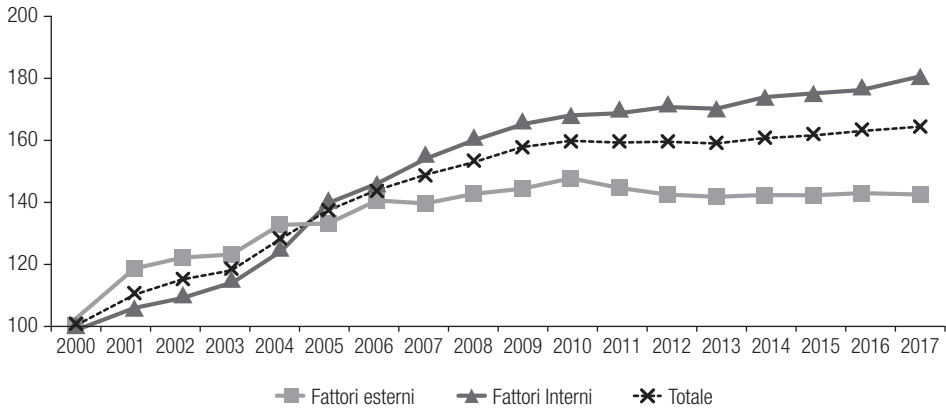
In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia tendenzialmente più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 3.9): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995, 2001-2010 e 2010-2017) il tasso di crescita dei costi per fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni (sebbene negli ultimi sette anni il gap tenda ad assottigliarsi); in periodi di espansione della spesa (1995-2001) i fattori esterni aumentano ad un tasso molto più sostenuto⁴⁷. 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. Infatti, oltre a notare come la politica sanitaria sia stata

⁴⁶ 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*).

⁴⁷ 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. Per maggiori approfondimenti si rimanda al Capitolo 17 del Rapporto OASI 2017 (Anessi *et al.*).

Figura 3.7 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000–2017, numeri indice: 2000=100**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018)

particolarmente attenta al contenimento della spesa su alcuni fattori esterni, ad esempio attraverso l'istituzione di tetti di spesa per la farmaceutica⁴⁸, 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 3.7, in cui si nota come la spesa per fattori interni cresca ad un tasso più sostenuto. Accanto al trend di lungo periodo, è interessante osservare la dinamica degli ultimi sette 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 quadriennio 2014-2017 (+1,39% contro +0,06%). Nel 2017, in particolare, nonostante la stabilità della spesa per personale (+0,0%), la spesa per acquisti ha visto una forte crescita (+3,8%), determinando un tasso di crescita dei fattori interni pari al 2,02% contro lo 0,32% di quello relativo ai fattori esterni.

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 40,7 miliardi di euro nel 2017 (34,7% sul totale della spesa del SSN nel 2017, un'incidenza in crescita rispetto al 33,6% dell'anno precedente). Si tratta della voce di spesa con l'andamento più variabile ma che negli ultimi anni è in crescita. Va rilevato che nel 1990 tale voce rappresentava solo il 17,7% della spesa totale. Tra il 1995 e il 2001, gli acquisti di beni e servizi sono cresciuti

⁴⁸ Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (acquisto di farmaci).

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 45 e 46), 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 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%. Infine, nel 2015, nel 2016 e nel 2017 questa componente di spesa ha continuato ad aumentare a tassi crescenti, seppure in maniera per ora più contenuta rispetto al passato (+1,9% nel 2015, +3,5% nel 2016 e +3,8% nel 2017). A questo aggregato di spesa 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; accantonamenti tipici; interessi passivi ed oneri finanziari. Come evidenziato dal quarto Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la dinamica di questa voce di spesa negli ultimi sei anni 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 misure 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. Dal 2017 il tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera, incrementata anche della spesa

per tutti i farmaci rimborsabili acquistati dal settore pubblico, è stato ride-terminato al 6,89% del fabbisogno sanitario standard, ed è stato rinominato “tetto sugli acquisti diretti”.

Come riportato nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2018, le singole componenti di spesa per beni e servizi hanno fatto registrare, nel 2017, andamenti diversi. La componente che maggiormente traina la crescita è l'acquisto di beni, che fa registrare una crescita del 4,2% rispetto al 2016 (anno in cui aveva già evidenziato un aumento del 4,7%). Più nel dettaglio, la spesa per farmaci al lordo dei *pay-back* è cresciuta del 4,4% (soprattutto per effetto dei nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C e dei farmaci oncologici innovativi – rispettivamente 143 e 409 milioni di euro nel 2017), ed è aumentata del 2,3% anche la spesa per dispositivi medici. Quest'ultima, peraltro, supera del 21,4% il tetto (nel 2016 lo sfondamento era stato pari al 20,4%). Il tetto del 4,4% è rispettato solo in Lombardia, Lazio, 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. In tutte le Regioni si osserva nel 2017 un aumento della spesa per dispositivi medici (ad eccezione di Liguria, Abruzzo, Molise e Sardegna), seppure mediamente superiore per le Regioni in PdR rispetto alle altre Regioni (2,8% e 2,1%, rispettivamente). La spesa per dispositivi diagnostici in vitro e per quelli impiantabili attivi mostra una crescita, rispettivamente, dello 0,7% e dello 0,5%, mentre aumentano del 3,1% gli esborsi per gli altri dispositivi. 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)⁴⁹.

Per quanto riguarda la componente della spesa per servizi sanitari e non sanitari, rispetto al 2016, si registra una diminuzione dello 0,4% per quanto riguarda i primi e una sostanziale stabilità per quanto riguarda i secondi (+0,1%). Da segnalare, però, un aumento della spesa per manutenzioni e riparazioni (+2,5% rispetto al 2016) e della spesa per godimento di beni di terzi (+4,1%). La spesa per interessi passivi e oneri finanziari è in leggero aumento rispetto all'anno

⁴⁹ Come riportato nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2018: «Il permanere di andamenti della spesa superiori ai tetti concordati e soprattutto le forti differenze tra enti regionali richiedono una attenta valutazione e rendono sempre meno comprensibile che, a quasi due anni dall'approvazione del DL n. 78/2015 non risulti ancora attuato quanto disposto con l'articolo 9-ter c.1 lettera a) riguardo alla definizione dei tetti di spesa a livello regionale e alle modalità per il ripiano». «Nel 2015 e nel 2016 l'indicazione del tetto ha significato solo a livello nazionale».

precedente (+0,5%), ma con grandi differenze tra Regioni in PdR (+1,8% circa rispetto al 2016) e Regioni non in PdR (-2,7% circa).

La spesa per il personale⁵⁰, pari a 34,3 miliardi di euro, mostra una tendenziale stabilità, facendo registrare una variazione del -0,05% rispetto al 2016. Su questo risultato hanno inciso prevalentemente:

- ▶ il blocco del turn-over nelle Regioni in Piano di Rientro (PdR) sia a seguito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa sia nell'ambito della procedura sanzionatoria di cui all'articolo 1, comma 174 della legge 311/2004;
- ▶ le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto dalle Regioni non in PdR;
- ▶ gli automatismi introdotti nella rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale (DL 78/2010);
- ▶ lo slittamento al 2018 dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato.

Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti, la riduzione della spesa per il personale è maggiore nelle Regioni in PdR (-0,6% rispetto all'anno precedente). In particolare, la spesa per il personale del ruolo sanitario si mantiene stabile, mentre la flessione della spesa per il ruolo amministrativo (-1,2%) è compensata da una seppur limitata crescita della spesa per quello professionale e tecnico (+0,9% e +0,3%, rispettivamente).

La spesa per la medicina generale convenzionata, pari a 6,6 miliardi di euro, è rimasta stabile rispetto al 2016 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 del 6,1%, portandosi a 7,6 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;

⁵⁰ 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 diffusione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni;
- ▶ 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 rimodulazione del tetto relativo alla spesa farmaceutica territoriale, che assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica convenzionata, nella misura del 6,96% del FSN (cfr. §3.4).

È da sottolineare che la cifra di 7,6 miliardi di euro per la farmaceutica convenzionata differisce dal dato riportato nei monitoraggi AIFA per la stessa (8,17 miliardi di euro al netto del ticket, 8,4 al lordo di quest'ultimo) in quanto i dati da modello CE sottraggono all'ammontare della spesa per acquisti di servizi sanitari per farmaceutica (da convenzione e da pubblico come mobilità intraregionale) tutte le entrate per rimborsi da parte delle aziende farmaceutiche a titolo di *pay back*. Quest'ultima voce include un insieme di *pay back* (es. *pay back* da riduzione prezzo, da accordi di prezzo-volume, da *managed entry agreement* ecc.) che l'AIFA, nel suo monitoraggio, separa e imputa a diversi aggregati ai fini della verifica del rispetto dei tetti di spesa.

La spesa per assistenza specialistica convenzionata, pari 4,7 miliardi di euro nel 2017, è in crescita del 2,0%. 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 inappropriata spesa). Il fatto che la voce sia comunque in 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 8,7 miliardi di euro, tendenzialmente stabile rispetto al 2016 (+0,5%). Tra il 2013 e il 2017 tale voce di spesa ha subito una variazione molto contenuta (+2,3%). Ciò sembra testimoniare l'efficacia delle misure assunte a partire dal 2012 (DL n. 95 del 2012 e DL n. 78 del 2015), che prevedevano una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo).

La spesa per «altra assistenza» è cresciuta nel 2017 del 1,1%. Nel dettaglio, gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture

private accreditate registrano una crescita pari al +2%, senza differenze significative tra Regioni in PdR e non, interrompendo la progressiva riduzione di tale voce di spesa osservata dal 2007. La spesa per l'assistenza integrativa e protesica comprende le prestazioni che comportano l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare 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, risulta invariata rispetto al 2016 (+0,3%). Il risultato dell'anno è frutto di un aumento del 2,9% della spesa integrativa, pressoché compensato da una flessione di quella protesica: un andamento che risulta evidente soprattutto nelle Regioni non in PdR del Nord (Corte dei Conti, 2018).

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 8,2 miliardi di euro, in aumento del 2,9% rispetto al 2016 (Corte dei Conti, 2018).

3.4 I dati di spesa regionali

Nel 2017 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (+1,5% rispetto al 2016, Tabella 3.10) è di poco superiore al tasso di crescita della spesa complessiva (+1,3%). Questa differenza si spiega attraverso la dinamica dell'andamento demografico della popolazione (-0,13% nell'ultimo anno). Il dato presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2016 che vanno dal -1,6% del Molise al +3,7% della Provincia Autonoma di Trento. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa pro-capite negli ultimi 7 anni risulti mediamente più basso nelle Regioni con PdR, Regioni maggiormente esposte a politiche esplicite di contenimento dei costi (cfr. nota a Tabella 3.10). In particolare, la variazione media annua della spesa corrente pubblica pro-capite nelle Regioni interessate da PdR è stata pressoché nulla. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono, tendenzialmente, molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2017, 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, ad 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 al +3,6%. Infine, nell'ultimo periodo (2010-2017) sono nuovamente le Regioni del Centro ad avere un andamento più contenuto (+0,2%). La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazio-

Tabella 3.10 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010-2017) (Euro)**

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017/ 2016	Tasso crescita medio			
															'90/'17	'95/'01	'01/'10 '10/'17	
Piemonte	688	828	1.319	1.415	1.661	1.904	1.897	1.965	1.914	1.886	1.869	1.908	1.928	1,0%	3,9%	9,3%	3,4%	0,2%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.522	1.829	2.172	2.236	2.275	2.253	2.121	2.125	2.099	2.105	0,3%	3,9%	9,7%	4,0%	-0,4%
Lombardia	709	868	1.198	1.344	1.573	1.813	1.872	1.920	1.917	1.934	1.932	1.938	1.981	2,2%	3,9%	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	2.288	2.323	2.398	3,2%	4,5%	9,2%	2,9%	1,4%
Trento	731	907	1.327	1.533	1.722	2.089	2.209	2.281	2.246	2.223	2.170	2.201	2.282	3,7%	4,3%	9,2%	3,5%	1,3%
Veneto	746	861	1.257	1.365	1.609	1.788	1.782	1.851	1.832	1.828	1.842	1.877	1.943	3,6%	3,6%	8,0%	3,0%	1,2%
Friuli VG	730	868	1.241	1.361	1.650	1.979	2.076	2.125	2.083	1.994	1.970	2.003	2.038	1,8%	3,9%	7,8%	4,3%	0,4%
Liguria	841	957	1.374	1.505	1.837	2.006	2.043	2.060	2.040	2.027	2.048	2.068	2.094	1,2%	3,4%	7,8%	3,2%	0,6%
Emilia R	856	975	1.282	1.422	1.699	1.920	1.926	2.094	2.031	2.002	2.025	2.047	2.080	1,6%	3,3%	6,5%	3,4%	1,1%
Toscana	788	891	1.256	1.412	1.647	1.899	1.914	2.016	1.964	1.970	1.987	2.011	2.046	1,7%	3,6%	8,0%	3,3%	1,1%
Umbria	766	865	1.273	1.376	1.629	1.806	1.841	1.912	1.902	1.863	1.891	1.922	1.992	3,6%	3,6%	8,0%	3,1%	1,4%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.544	1.795	1.793	1.832	1.802	1.806	1.811	1.854	1.880	1,4%	3,1%	7,4%	3,2%	0,7%
Lazio	788	891	1.319	1.464	1.919	1.970	1.965	2.037	1.976	1.875	1.879	1.881	1.883	0,1%	3,3%	8,6%	3,4%	-0,6%
Abruzzo	724	761	1.299	1.383	1.729	1.743	1.751	1.836	1.802	1.821	1.806	1.866	1.866	0,0%	3,6%	10,5%	2,6%	1,0%
Molise	678	776	1.164	1.387	2.033	2.070	2.037	2.151	2.250	2.134	2.081	2.144	2.110	-1,6%	4,3%	10,2%	4,5%	0,3%
Campania	692	743	1.163	1.300	1.670	1.719	1.710	1.713	1.689	1.696	1.712	1.738	1.756	1,0%	3,5%	9,8%	3,1%	0,3%
Puglia	671	783	1.123	1.223	1.515	1.772	1.731	1.742	1.741	1.760	1.767	1.805	1.823	1,0%	3,8%	7,7%	4,2%	0,4%
Basilicata	603	707	1.079	1.184	1.505	1.797	1.818	1.835	1.818	1.829	1.840	1.850	1.871	1,1%	4,3%	9,0%	4,7%	0,6%
Calabria	586	721	1.142	1.254	1.423	1.719	1.697	1.741	1.712	1.721	1.724	1.762	1.764	0,1%	4,2%	9,7%	3,6%	0,4%
Sicilia	700	747	1.073	1.254	1.559	1.688	1.717	1.743	1.743	1.735	1.736	1.775	1.805	1,6%	3,6%	9,0%	3,4%	1,0%
Sardegna	695	860	1.173	1.288	1.632	1.871	1.932	2.006	1.979	1.988	1.988	2.034	2.018	-0,8%	4,0%	7,0%	4,2%	1,1%
Totale	730	846	1.223	1.356	1.648	1.836	1.850	1.908	1.882	1.869	1.874	1.900	1.928	1,5%	3,7%	8,2%	3,4%	0,7%

Tabella 3.10 (segue)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017/ 2016	Tasso crescita medio			
															'90/'17	'95/'01 '01/'10 '10/'17		
<i>Nord</i>	745	885	1.265	1.393	1.646	1.873	1.902	1.976	1.949	1.939	1.941	1.963	2.005	2,1%	3,7%	7,8%	3,3%	1,0%
<i>Centro</i>	792	888	1.284	1.426	1.759	1.913	1.917	1.993	1.944	1.895	1.904	1.921	1.941	1,1%	3,4%	8,2%	3,3%	0,2%
<i>Sud e isole</i>	678	760	1.138	1.271	1.590	1.743	1.743	1.770	1.757	1.762	1.767	1.804	1.818	0,8%	3,7%	9,0%	3,6%	0,6%
<i>Regioni soggette a Piani di Rientro</i>						1.804	1.798	1.837	1.810	1.789	1.791	1.821	1.819	-0,1%	n.d.	n.d.	n.d.	0,1%
<i>Altre regioni</i>	730	846	1.223	1.356	1.648	1.864	1.897	1.972	1.946	1.942	1.949	1.972	2.002	1,5%	3,8%	8,2%	3,6%	1,0%
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,72%	8,47%	9,89%	7,87%	8,98%	9,54%	9,75%	8,51%	8,07%	7,82%	8,21%					
Rapporto max/min	46,2%	40,7%	49,3%	42,2%	44,8%	29,4%	31,8%	36,4%	36,8%	34,9%	33,6%	33,6%	36,5%					

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 ed il Piemonte nel 2017, 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 (2018) ed ISTAT (2018).

ne⁵¹, nel 2017 è aumentata rispetto al 2016, in contrasto con la progressiva diminuzione riscontrata a partire dal 2013.

Guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità (spesa riferita all'utilizzo delle strutture della Regione) e al netto della stessa (spesa riferita alla popolazione residente nella Regione) si può notare come nel 2017 la variabilità interregionale della spesa (coefficiente di variazione) si riduca una volta tenuto conto della mobilità, mettendo in luce una maggiore omogeneità dei bisogni individuali (tradotti in domanda) (Tabella 3.11).

Nella Figura 3.8 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 (vedi anche Figura 3.9). 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 2017, dai circa 105 milioni di euro registrati nel 2013 ai 14 milioni di euro del 2017. 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.

La Tabella 3.12 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto della mobilità⁵², in coerenza con quanto riportato nel precedente Rapporto OASI (Armeni *et al.*, 2017). 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 25,9% nel 2017 (in diminuzione rispetto al 26,4% del 2016), mentre si attesta intorno al 7,4% nel caso della spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (Tabella 3.12). 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 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

⁵¹ Deviazione standard/media. Maggiore è il valore del coefficiente di variazione, più ampia è la variabilità interregionale.

⁵² Come specificato in nota alla Tabella 3.11, per il 2016 ed il 2017 sono stati utilizzati i dati di mobilità interregionale programmata, come riportati nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2016 e del 2017.

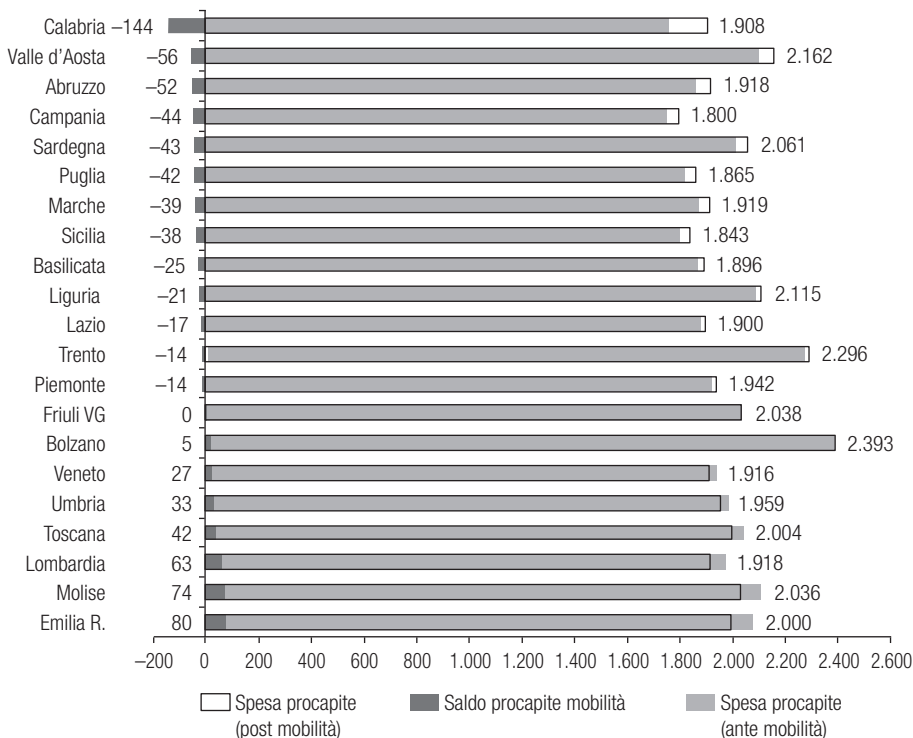
Tabella 3.11 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2017). Valori assoluti (v.a.) e numeri indice (n.i.)**

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	1.928	100,0	1.942	100,7	-13,9	-0,72%
Valle d'Aosta	2.105	109,2	2.162	112,1	-56,5	-2,68%
Lombardia	1.981	102,7	1.918	99,5	62,7	3,16%
Bolzano	2.398	124,4	2.393	124,1	4,6	0,19%
Trento	2.282	118,4	2.296	119,1	-14,2	-0,62%
Veneto	1.943	100,8	1.916	99,4	27,4	1,41%
Friuli VG	2.038	105,7	2.038	105,7	0,2	0,01%
Liguria	2.094	108,6	2.115	109,7	-21,1	-1,01%
Emilia R	2.080	107,9	2.000	103,7	80,1	3,85%
Toscana	2.046	106,1	2.004	103,9	41,8	2,04%
Umbria	1.992	103,3	1.959	101,6	32,9	1,65%
Marche	1.880	97,5	1.919	99,6	-39,3	-2,09%
Lazio	1.883	97,7	1.900	98,5	-16,8	-0,89%
Abruzzo	1.866	96,8	1.918	99,5	-52,4	-2,81%
Molise	2.110	109,4	2.036	105,6	73,7	3,49%
Campania	1.756	91,1	1.800	93,4	-44,2	-2,52%
Puglia	1.823	94,6	1.865	96,8	-42,4	-2,33%
Basilicata	1.871	97,0	1.896	98,4	-25,4	-1,36%
Calabria	1.764	91,5	1.908	99,0	-144,3	-8,18%
Sicilia	1.805	93,6	1.843	95,6	-38,0	-2,10%
Sardegna	2.018	104,7	2.061	106,9	-43,0	-2,13%
Totale	1.928	100,0	1.928	100,0	0,0	0,00%
<i>Nord</i>	<i>2.005</i>	<i>104,0</i>	<i>1.968</i>	<i>102,1</i>	<i>36,5</i>	<i>1,82%</i>
<i>Centro</i>	<i>1.941</i>	<i>100,7</i>	<i>1.939</i>	<i>100,6</i>	<i>2,1</i>	<i>0,11%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.818</i>	<i>94,3</i>	<i>1.868</i>	<i>96,9</i>	<i>-49,9</i>	<i>-2,75%</i>
Coeff. Var.	8,2%	-	7,4%	-	-	-
Rapporto max/min	36,5%	-	32,9%	-	-	-

Nota: La mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2017.

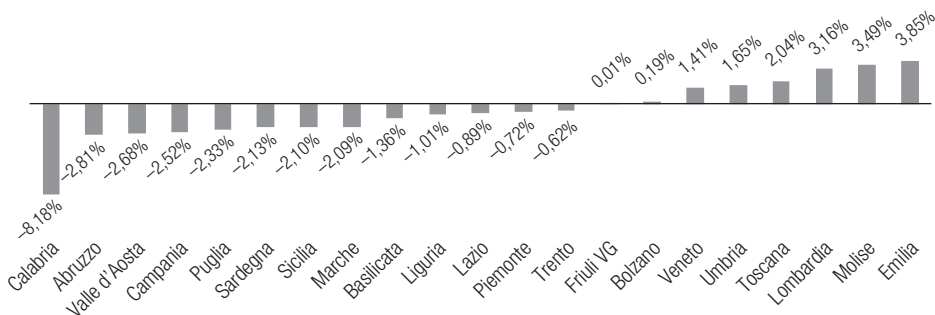
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018).

Figura 3.8 **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 (2017) (Euro)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018).

Figura 3.9 **Saldo pro-capite della mobilità su spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo della mobilità (riferimento alle aziende del SSR) (2017)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018).

Tabella 3.12 Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2004-2017)

Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Piemonte	6,10%	5,99%	5,98%	5,99%	6,26%	6,91%	6,76%	6,61%	6,90%	6,67%	6,67%	6,50%	6,50%	6,47%
Valle d'Aosta	5,58%	5,82%	6,10%	5,94%	6,03%	6,49%	6,46%	6,55%	6,50%	6,77%	6,38%	6,31%	6,23%	6,10%
Lombardia	4,29%	4,62%	4,66%	4,72%	4,69%	5,06%	5,02%	5,12%	5,21%	5,26%	5,30%	5,19%	5,12%	5,09%
Bolzano	5,90%	6,10%	5,99%	5,96%	6,01%	5,84%	5,83%	5,77%	5,76%	5,63%	5,53%	5,47%	5,42%	5,47%
Trento	5,41%	5,51%	5,59%	5,56%	5,77%	6,25%	6,30%	6,61%	6,76%	6,56%	6,51%	6,38%	6,38%	6,46%
Veneto	5,16%	5,45%	5,49%	5,43%	5,62%	6,00%	5,99%	5,82%	6,04%	6,02%	5,95%	5,88%	5,86%	5,90%
Friuli VG	5,91%	5,97%	5,71%	5,94%	6,41%	7,06%	6,91%	7,12%	7,40%	7,16%	6,82%	6,54%	6,53%	6,60%
Liguria	6,71%	6,66%	6,52%	6,47%	6,49%	7,02%	7,00%	6,97%	6,95%	6,96%	6,88%	6,79%	6,75%	6,72%
Emilia R	5,20%	5,31%	5,21%	5,17%	5,32%	5,82%	5,82%	5,66%	6,11%	5,95%	5,84%	5,80%	5,70%	5,60%
Toscana	5,87%	6,02%	6,03%	5,98%	6,16%	6,70%	6,60%	6,53%	6,74%	6,67%	6,64%	6,62%	6,58%	6,52%
Umbria	6,49%	6,68%	6,68%	6,60%	6,79%	7,48%	7,42%	7,54%	7,88%	7,95%	8,04%	7,86%	8,00%	8,20%
Marche	6,40%	6,39%	6,32%	6,24%	6,48%	6,95%	7,09%	7,03%	7,22%	7,25%	7,14%	7,06%	7,10%	7,12%
Lazio	5,79%	5,86%	5,99%	5,86%	5,97%	6,17%	6,05%	5,98%	6,12%	6,09%	6,08%	6,08%	5,96%	5,89%
Abruzzo	7,36%	8,09%	7,62%	7,75%	7,72%	8,08%	7,85%	7,57%	7,88%	7,80%	8,02%	7,88%	8,03%	7,91%
Molise	8,58%	10,45%	8,64%	8,72%	9,27%	9,66%	9,68%	9,52%	10,09%	11,49%	11,12%	10,52%	10,43%	9,97%
Campania	9,47%	10,15%	9,35%	9,51%	9,77%	10,18%	10,14%	10,09%	10,06%	10,08%	10,19%	10,04%	9,80%	9,45%
Puglia	8,63%	9,62%	9,35%	9,79%	10,32%	10,69%	10,70%	10,33%	10,27%	10,53%	10,70%	10,49%	10,64%	10,62%
Basilicata	8,61%	9,14%	8,71%	8,83%	9,24%	9,91%	10,19%	9,95%	9,89%	9,47%	10,10%	9,26%	9,40%	9,44%
Calabria	9,81%	9,85%	9,90%	10,99%	10,66%	11,26%	11,15%	10,94%	11,14%	11,18%	11,45%	11,42%	11,36%	11,19%
Sicilia	9,50%	9,47%	9,77%	9,48%	9,32%	9,69%	9,80%	10,03%	10,16%	10,31%	10,63%	10,42%	10,59%	10,65%
Sardegna	8,33%	8,99%	8,46%	8,42%	8,78%	9,43%	9,66%	9,92%	10,08%	10,29%	10,49%	10,09%	10,34%	10,25%
Totale	6,22%	6,47%	6,40%	6,42%	6,53%	6,97%	6,90%	6,85%	7,02%	7,00%	7,01%	6,89%	6,86%	6,81%
Coeff. di variazione	23,97%	26,14%	23,61%	25,46%	24,97%	24,04%	24,56%	24,18%	23,49%	25,28%	26,60%	25,89%	26,41%	25,93%

* Il dato 2017 del PIL è stimato.

Nota: La mobilità interregionale 2016 e 2017 è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2016 e del 2017, e quella consuntiva per gli anni precedenti.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2018), ISTAT (2018).

PIL (da poco più del 5% in alcune Regioni del Nord, es. 5,1% in Lombardia, fino a più dell'11% in alcune Regioni del Sud, es. 11,2% in Calabria) si trasforma 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, e pari al 72,6% della spesa corrente delle regioni nel 2016 (ISTAT). In altri termini, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL mette in evidenza la *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 una delle ragioni principali per cui il federalismo fiscale in sanità non è stato mai applicato nella sua forma più radicale.

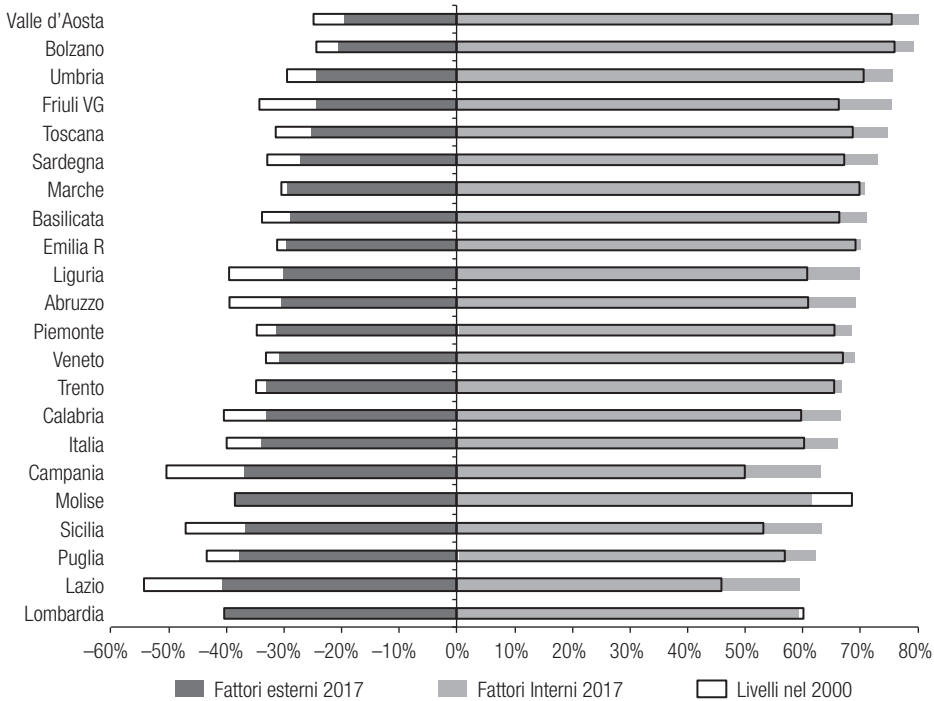
Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie, si evidenziano rilevanti differenze a livello regionale. La Figura 3.10 illustra l'evoluzione del dato tra il 2000 e il 2017. La Tabella 3.13 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

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 3.13), Lombardia, Lazio, Campania e Puglia e 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.⁵³

Per quanto concerne la spesa farmaceutica (Tabella 3.14), con la L. 233/2016 (Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno 2017) sono stati definiti i due nuovi tetti a partire dall'anno 2017.

⁵³ Per maggiori dettagli si rinvia al Capitolo 4 del presente Rapporto.

Figura 3.10 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente regionale, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) (2000, 2017 – l'anno 2000 è stato utilizzato come riferimento per il calcolo delle differenze percentuali)**



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 accorpate 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 (2018).

Pur mantenendo invariate le risorse complessive, pari al 14,85% del FSN, i nuovi tetti di spesa si distinguono da quelli in vigore dal 2013 sia per le voci di spesa che li compongono, sia per i rispettivi livelli di finanziamento⁵⁴. In particolare:

⁵⁴ Il tetto di spesa del 7,96% è riferito alla spesa farmaceutica convenzionata, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta e delle compartecipazioni in quota fissa regionale, al netto degli sconti a carico degli attori della filiera diversi dalle imprese produttrici e di tutti i *pay-back* (vedi nota 58). Il tetto di spesa del 6,89% è riferito alla spesa farmaceutica per acquisti diretti che è calcolato a partire dal dato di tracciabilità del farmaco (acquisti da parte delle aziende sanitarie) al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione in nome e per conto e al netto delle voci come previste dalla «*Spending Review*» (spesa per farmaci in classe C e C-bis erogati in *setting* ospedaliero) e di tutti i *pay-back* (vedi nota 57).

Tabella 3.13 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2017)**

Anno 2017	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)	Fattori Interni	Fattori esterni
Piemonte	32,8%	35,5%	5,7%	6,4%	5,7%	2,9%	11,1%	8.442	68,3%	31,7%
Valle d'Aosta	43,2%	37,0%	6,0%	5,7%	2,7%	0,5%	4,9%	260	80,2%	19,8%
Lombardia	25,2%	33,9%	4,4%	6,4%	11,6%	5,5%	12,9%	19.668	59,1%	40,9%
Bolzano	48,1%	30,9%	4,9%	3,5%	2,1%	0,7%	9,8%	1.248	79,0%	21,0%
Trento	36,3%	30,2%	4,9%	5,3%	4,7%	2,3%	16,3%	1.215	66,5%	33,5%
Veneto	29,0%	40,0%	5,9%	5,3%	5,7%	3,6%	10,5%	9.416	68,9%	31,1%
Friuli VG	37,9%	37,5%	5,3%	6,7%	2,5%	2,1%	8,0%	2.441	75,4%	24,6%
Liguria	33,3%	36,4%	4,9%	5,5%	6,3%	3,5%	10,2%	3.243	69,6%	30,4%
Emilia R	32,6%	37,4%	5,8%	4,9%	6,7%	2,3%	10,4%	9.159	70,0%	30,0%
Toscana	33,7%	40,8%	5,6%	5,7%	3,8%	2,1%	8,3%	7.466	74,5%	25,5%
Umbria	35,0%	40,3%	5,5%	6,9%	2,6%	1,2%	8,5%	1.754	75,3%	24,7%
Marche	34,6%	35,8%	5,9%	7,7%	3,8%	1,9%	10,3%	2.902	70,5%	29,5%
Lazio	24,2%	35,0%	5,6%	7,5%	11,7%	4,5%	11,6%	10.836	59,1%	40,9%
Abruzzo	30,7%	38,5%	6,3%	8,7%	5,4%	1,9%	8,5%	2.456	69,1%	30,9%
Molise	27,0%	34,2%	7,3%	6,2%	11,0%	5,9%	8,4%	650	61,2%	38,8%
Campania	25,6%	37,2%	6,4%	7,7%	8,1%	7,5%	7,5%	10.108	62,8%	37,2%
Puglia	27,3%	34,7%	7,1%	7,7%	10,0%	4,0%	9,1%	7.314	62,0%	38,0%
Basilicata	35,0%	35,7%	7,3%	7,2%	1,6%	3,3%	9,9%	1.054	70,7%	29,3%
Calabria	32,7%	33,9%	7,2%	8,2%	5,7%	3,1%	9,2%	3.447	66,5%	33,5%
Sicilia	30,5%	32,5%	6,6%	6,8%	7,8%	5,8%	9,9%	9.038	63,0%	37,0%
Sardegna	36,1%	36,6%	6,0%	7,1%	2,5%	3,7%	8,0%	3.297	72,7%	27,3%
Italia	29,7%	36,0%	5,8%	6,6%	7,6%	4,1%	10,3%	115.413	65,7%	34,3%
<i>Nord</i>	30,1%	35,9%	5,2%	5,8%	7,7%	3,8%	11,4%	55.091	66,1%	33,9%
<i>Centro</i>	29,4%	37,4%	5,6%	6,9%	7,4%	3,1%	10,1%	22.958	66,8%	33,2%
<i>Sud e Isole</i>	29,3%	35,2%	6,7%	7,5%	7,4%	5,1%	8,8%	37.364	64,5%	35,5%

Nota: Rispetto alla Tabella 3.9 non vengono considerate le seguenti voci: «altri costi»; «altri enti»; «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 (2018).

Tabella 3.14 **La spesa farmaceutica pubblica: convenzionata e acquisti diretti (2017) (milioni di Euro)**

Regione	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA				SPESA FARMACEUTICA PER ACQUISTI DIRETTI			
	Tetto (7,96%)	Farmaceutica convenzionata netto pay-back	Sfondamento (segno positivo)	% Incidenza su FSR	Tetto (6,89%)	Farmaceutica acquisti diretti lordo pay-back	Sfondamento (segno positivo)	% Incidenza su FSR
Piemonte	661,82	570,58	-91,24	6,86%	572,85	641,31	68,46	7,71%
Valle d'Aosta	18,38	14,94	-3,44	6,47%	15,91	14,55	-1,36	6,30%
Lombardia	1.463,03	1.453,86	-9,17	7,91%	1.266,37	1.267,62	1,26	6,90%
Bolzano	72,75	50,05	-22,69	5,48%	62,97	71,40	8,43	7,81%
Trento	76,42	63,84	-12,58	6,65%	66,15	63,82	-2,33	6,65%
Veneto	721,03	582,17	-138,86	6,43%	624,11	672,43	48,32	7,42%
Friuli VG	179,31	168,38	-10,93	7,47%	155,21	204,67	49,46	9,09%
Liguria	248,55	217,04	-31,51	6,95%	215,14	261,01	45,87	8,36%
Emilia R	660,50	488,47	-172,04	5,89%	571,72	734,81	163,09	8,86%
Toscana	559,77	467,37	-92,39	6,65%	484,52	683,85	199,33	9,72%
Umbria	134,28	126,49	-7,80	7,50%	116,23	156,99	40,75	9,31%
Marche	230,29	231,79	1,50	8,01%	199,33	269,90	70,57	9,33%
Lazio	859,16	884,88	25,72	8,20%	743,67	890,99	147,32	8,25%
Abruzzo	195,73	222,06	26,34	9,03%	169,42	210,66	41,24	8,57%
Molise	48,51	43,52	-4,99	7,14%	41,99	48,88	6,90	8,02%
Campania	845,64	871,11	25,47	8,20%	731,97	918,37	186,41	8,64%
Puglia	589,78	648,76	58,98	8,76%	510,50	723,96	213,46	9,77%
Basilicata	85,79	82,68	-3,11	7,67%	74,26	101,76	27,50	9,44%
Calabria	286,13	306,59	20,46	8,53%	247,67	324,46	76,79	9,03%
Sicilia	728,29	689,04	-39,25	7,53%	630,39	729,78	99,39	7,98%
Sardegna	238,60	246,86	8,25	8,24%	206,53	298,91	92,38	9,97%
Italia	8.903,77	8.430,47	-473,30	7,54%	7.706,90	9.292,26	1.585,35	8,31%

Nota: Spesa farmaceutica convenzionata: calcolata come somma della spesa convenzionata netta più le compartecipazioni in quota fissa regionali al netto di tutti i *pay-back*.

Spesa farmaceutica per acquisti diretti: calcolata come spesa farmaceutica non convenzionata al netto delle voci come previste dalla «Spending Review» (spesa per farmaci in classe C e C-bis erogati in setting ospedaliero) e di tutti i *pay-back*.

Fonte: Dati Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2017 consuntivo. Riunione CdA AIFA del 28 maggio 2018.

- il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica convenzionata ed è rideterminato nella misura del 7,96% del FSN;
- il tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti ed è rideterminato nella misura del 6,89%.

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 cronica 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, invece, 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. Inoltre, la L. 232/2016 (Legge di Stabilità 2017) rinnova il fondo di 500 milioni di euro annui per i medicinali innovativi ed introduce, a partire dal 1 gennaio 2017, un ulteriore fondo di 500 milioni di euro annui per l'acquisto di farmaci oncologici innovativi. Viene inoltre ulteriormente specificato che, a partire dal 2017, la spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi concorrerà al raggiungimento del nuovo tetto della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei fondi (comma 406). Il DM del 16 febbraio 2018, all'articolo 4 cita che «per l'anno 2017, il Ministero della salute concorre a rimborsare alle Regioni a statuto ordinario e alla Regione Sicilia (in coerenza con la quota di compartecipazione statale al finanziamento derivante da quanto disposto dalla Legge di stabilità per il 2017) sulla base: (i) della spesa regionale di competenza sostenuta per i residenti delle Regioni limitatamente alle risorse del Fondo e (ii) della quota regionale di competenza».

Nel 2017 la spesa farmaceutica convenzionata al netto del *pay-back* a carico delle imprese⁵⁵ è stata pari a 8.430 milioni di euro (7,54% del FSN), al di sotto delle risorse assegnate da tetto. Il dettaglio regionale fornito dal monitoraggio della spesa farmaceutica AIFA (consuntivo 2017, CdA 28/05/2018) evidenzia, tuttavia, alcune realtà regionali del Centro-Sud in cui il tetto del 7,96% non è stato rispettato. In particolare, la spesa farmaceutica convenzionata (al netto del *pay-back*) è stata superiore al tetto nelle Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sardegna, le stesse Regioni che, insieme alla Sicilia, non hanno rispettato il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale nel 2016. Tale scostamento dalla media nazionale potrebbe essere spiegato da una maggiore propensione all'utilizzo di farmaci prescrittibili e rimborsati dal SSR e dispensati dalle farmacie territoriali, rispetto a farmaci per automedicazione o a farmaci etici non rimborsabili (entrambi a carico del cittadino). Un'ulteriore spiegazione potrebbe essere trovata nel maggior ricorso a molecole ancora coperte da brevetto rispetto a molecole che hanno perso la copertura brevettuale. L'incidenza media della spesa farmaceutica convenzionata (al netto del *pay-back*) sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) è del 7,54%, dove la P.A. di Bolzano e l'Emilia Romagna mostrano i livelli più bassi (5,48% e 5,89%), mentre l'Abruzzo registra un'incidenza superiore al 9%.

⁵⁵*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).

La spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto del *pay-back* a carico delle imprese⁵⁶ è pari a 9.292 milioni di euro e assorbe l'8,31% delle assegnazioni per il 2017. Lo sfondamento complessivo registrato per il 2017 è quindi pari a 1.585 milioni di euro, dove tutte le Regioni registrano sfondamenti del tetto del 6,89%, ad esclusione della Valle d'Aosta e della PA di Trento.

3.5 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 sanitari⁵⁷. 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. §3.3.

In seguito all'ultimo aggiornamento dei dati pubblicati dal Ministero della Salute, nel 2016 il sistema sanitario ha chiuso l'anno con un disavanzo pari a 226 milioni di euro, a differenza di quanto riportato nel precedente Rapporto OASI (Armeni *et al.*, 2017). La principale voce che ha contribuito a questo risultato di esercizio, seppur in maniera inferiore rispetto all'anno precedente, è correlata al saldo per la gestione straordinaria delle aziende sanitarie (–465 milioni di euro nel 2016). Nel 2017 continua la serie di risultati di disavanzo, attestandosi a valori simili a quelli osservati nel 2016 (282 milioni di euro – Tabella 3.15 e Tabella 3.7). A livello regionale si rilevano tuttavia eterogeneità nei livelli di

⁵⁶ Vedi nota 55.

⁵⁷ 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».

Tabella 3.15 Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2017)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	-2	-5	-21	-13	-57	-6	-52	56
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	4	-1	-7	-3	50	0	-1
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-22	-14	-2	-10	-6	-15	-6	196
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	42	5	-11	422	-22	-6
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	190	-2	-1	-25	-1	-1
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-13	-162	-42	-46	-56	-8	-17	76
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-15	-17	62	-16	-23	-31	0	31
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	13	78	64	95	64	96
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-29	-55	10	-1	-14	8	2	82
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	2	25	-8	26	39	60
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-20	-7	-10	-5	-7	12
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	2	-21	-50	-61	-62	-66	-25	22
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.031	775	-204	-31	0	-3	1	-529
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-48	-53	-7	0	37	36
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	33	70	40	26	0	-3
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	478	245	-148	-63	-183	-76	-102	-77
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	322	108	-4	5	-5	-10	27	77
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	28	31	-7	-2	-1	7	-10	-15
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	-44	-76	-41	-43	-10	16
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	31	13	-324	-120	-55	-15	-7	2
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	149	173	-18	-10	216	339	317	151
Totale	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.709	3.658	3.364	2.196	1.262	-583	-333	-224	669	226	282
Nord	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	17	-133	250	-11	-107	489	-34	529
Centro	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.041	728	-272	-74	-80	-47	7	-435
Sud e Isole	1.683	1.461	1.224	2.434	3.597	2.250	2.178	2.043	1.932	1.138	666	-561	-248	-36	228	252	188

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 (2018).

avanzo sanitario, con solo sette Regioni che registrano risultati di avanzo: Lazio (529 milioni di euro), Campania (77 milioni di euro), Basilicata (15 milioni di euro), P.A. di Bolzano (6 milioni di euro), Molise (3 milioni di euro), P.A. di Trento e Valle d'Aosta (1 milione di euro) (Tabella 3.15). Nel 2017 la Sardegna e la Lombardia incidono sul disavanzo annuale complessivo per il 38%.

Le Regioni in PdR⁵⁸ anche nel 2017 hanno confermato il trend degli anni precedenti, ad eccezione della Calabria; 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 regioni, 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 Basilicata, si dimostra la realtà in cui l'avanzo, dopo le coperture, è maggiore (529, 77 e 15 milioni di euro rispettivamente)⁵⁹.

La Figura 3.11 illustra il livello delle risorse complessivamente a disposizione del SSN (cfr §3.3) sulla spesa sanitaria pubblica corrente per singola regione. Dal grafico si evince il grado di copertura della spesa sanitaria attraverso: i) i fondi messi a disposizione dal livello centrale, ii) le risorse aggiuntive regionali e iii) le risorse aggiuntive aziendali. Tale informazione permette di valutare il mix di risorse utilizzate dalle varie Regioni per finanziare la spesa sanitaria. Si segnala che, prevedibilmente, le regioni a statuto speciale fanno maggiore ricorso agli ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato rispetto alle regioni a statuto ordinario che, invece, attingono maggiormente alle fonti nazionali.

Piani di rientro e forme di copertura a livello regionale

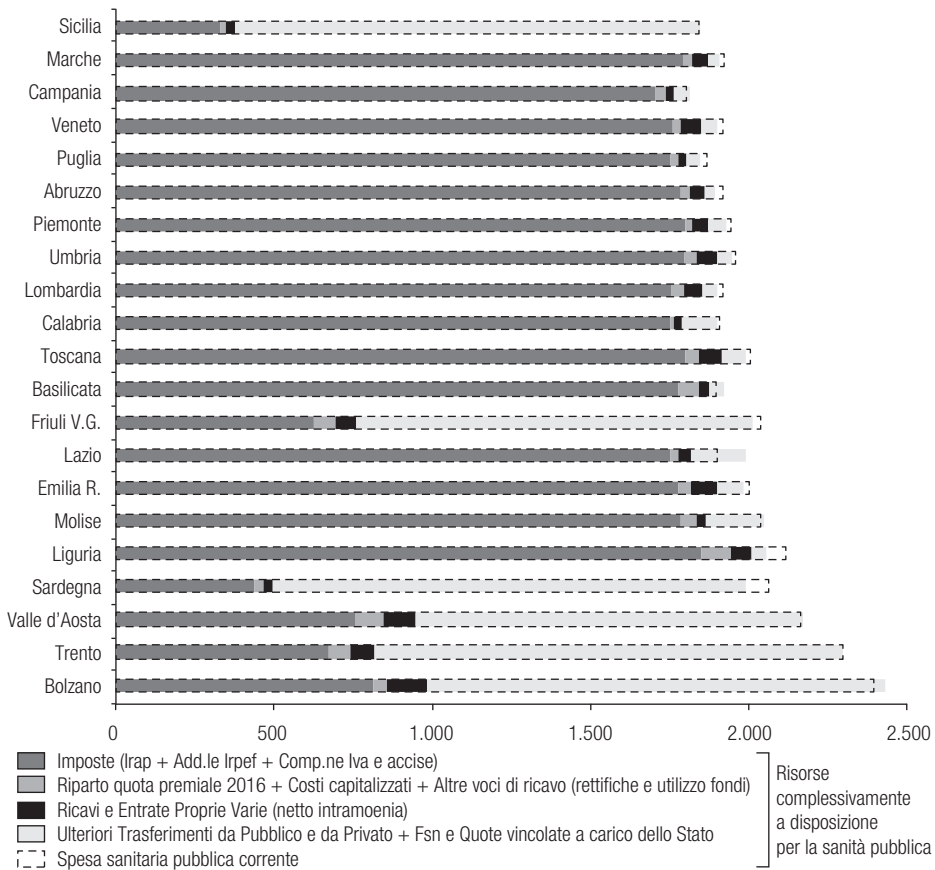
Per quelle Regioni che, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, fanno registrare un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati sufficienti), le LL. 311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 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 determi-

⁵⁸ 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. Viene compresa anche l'unica Regione con PdR «leggero»: Puglia, che a partire dall'anno 2010 è sottoposta a un piano con un livello di gravosità minore da quello ordinario.

⁵⁹ I valori sono tratti dai flussi ministeriali, più aggiornati rispetto a quelli riportati nel rapporto della Corte dei Conti.

Figura 3.11 **Copertura della spesa sanitaria pubblica pro-capite tramite finanziamento indistinto (2017) (Euro)**



Nota: La spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2017. 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 (2018).

nato, 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) sottoscrissero il PdR nel 2007, altre seguirono in tempi relativamente 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 Sardegna⁶⁰. Inoltre, a marzo 2017, dopo oltre sei anni dalla sottoscrizione, il Piemonte è uscito dal Piano di Rientro.

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 garantire il proseguimento dell'equilibrio economico e l'erogazione dei LEA. Tutte le Regioni commissariate⁶¹ presentano i PO, così come previsto dall'art.2, comma 88 della L. 191/2009. Delle sette Regioni ancora sotto PdR, tutte hanno scelto di proseguire predisponendo dei PO per il biennio 2010- 2012⁶². Tra le sette Regioni a luglio 2018 in PdR⁶³, quelle che hanno pubblicato i PO per il proseguimento dei piani per il triennio 2013-2015 sono Abruzzo, Molise, Campania, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia.

A luglio 2018 le Regioni commissariate sono cinque: Sicilia, Puglia, Molise, Campania e Calabria (Tabella 3.16).

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 LEA⁶⁴ 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 LEA⁶⁵ delle sette Regioni in PdR, cinque sono risultate inadempienti nel 2015: sono ancora sot-

⁶⁰ 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)

⁶¹ Per il dettaglio sulla procedura di commissariamento si rimanda al Capitolo 3 del Rapporto OASI 2010 (Armeni, 2010)

⁶² 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.

⁶³ Le Regioni in PdR a luglio 2018 sono: Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Sicilia.

⁶⁴ Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stata prevista l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

⁶⁵ 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 ≥ 160), adempiente con impegno ($130 \leq \text{punteggio} < 160$) e critica (punteggio < 130).

Tabella 3.16 **Le Regioni in PdR, Commissariate, e il punteggio in griglia LEA (2018)**

Regioni non in PdR	Commissariamento	Punteggio Griglia LEA 2015	Punteggio Griglia LEA 2014	Punteggio Griglia LEA 2012
Toscana		212	217	193
Emilia Romagna		205	204	210
Piemonte		205	200	186
Veneto		202	189	193
Lombardia		196	193	184
Liguria		194	194	176
Marche		190	192	165
Umbria		189	190	171
Basilicata		170	177	169
Abruzzo		182	163	145
Lazio		176	168	167
Molise	x	156	159	146
Puglia	x	155	162	140
Sicilia	x	153	170	157
Calabria	x	147	137	133
Campania	x	106	139	117

to soglia, infatti, Calabria (147 punti), Molise (156), Puglia (155), Sicilia (153) e Campania con 106 punti. Il dato della Campania è davvero allarmante perché, rispetto al 2014, dove la Regione raggiungeva un punteggio di 139, nell'ultimo anno si è notato un calo di ben 33 punti. Ad aver peggiorato le *performance* sono anche Puglia, Molise e Sicilia (per un approfondimento in merito ai singoli indicatori valutati per l'ottenimento del punteggio si rimanda al "Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2015").

L'equilibrio economico complessivo di una regione dipende però dalle *performance* delle singole aziende sanitarie. In questo senso, la L. 208/2015, integrata dal DM 21/06/2016, impone alle aziende ospedaliere che presentano situazioni critiche in termini di *performance* economiche e/o di esiti clinici la redazione di un PdR aziendale.⁶⁶

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 2012⁶⁷). Per le Regioni sottoposte a PdR che non raggiungono gli obiettivi fis-

⁶⁶ Vedi nota 24.

⁶⁷ 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%

sati nei rispettivi piani, scatta l'applicazione automatica di un ulteriore incremento dello 0,30% (art.2, comma 6 D.lgs 120/2013)⁶⁸.

Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF superiori alla minima dell'1,23% sono attualmente presenti in 15 Regioni⁶⁹, di cui 5 mostrano l'aliquota minima dell'1,23% per la fascia di reddito più bassa che progressivamente aumenta in funzione del reddito. L'unica variazione intervenuta nel 2018 rispetto al 2017 (Tabella 3.17) riguarda la modifica dell'aliquota in Sicilia, che da 1,73% nel 2017 passa a 1,50% nel 2018.

Tutte le Regioni hanno adottato un'aliquota progressiva, ad eccezione della Valle D'Aosta, delle PP.AA. 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 2018 il Piemonte e il Lazio registrano il livello più alto, pari al 3,33% (aliquota per i redditi superiori ai 75.000 euro in entrambe le Regioni).

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota ordinaria del 3,9%⁷⁰, 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). 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 PdR⁷¹ (quindi l'aliquota ordinaria massima è pari al 4,97%). Nell'ambito di quest'autonomia, tutte le Regioni hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamen-

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.

⁶⁸ 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).

⁶⁹ Informazione aggiornata al 25 luglio 2018.

⁷⁰ 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%.

⁷¹ 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.

Tabella 3.17 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2017-2018)**

Regioni	2016		2017		Differenza rispetto al 2017
	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	
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	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,73	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,73	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,93	da 28.000,01 a 55.000,00	2,93	
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,23	da 55.000,01 a 75.000,00	3,23	
	oltre 75.000,00	3,33	oltre 75.000,00	3,33	

Tabella 3.17 (segue)

Regioni	2016		2017		Differenza rispetto al 2017
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Abruzzo	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	–
Molise	fino a 15.000,00	1,73	fino a 15.000,00	1,73	–
	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	2,13	da 28.000,01 a 55.000,00	2,13	
	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	
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	1,50	Modificata l'aliquota
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 (2018).

te 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 2018, le Regioni del Sud fanno registrare aliquote superiori all'aliquota base per effetto dei disavanzi pregressi. In particolare, la Campania, continua ad applicare l'aliquota massima del 4,97% (pari a 4,82% + 0,15%); anche Calabria, Molise, 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 della Sardegna e della 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 2018 non sono state apportate 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.

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, si registrano alcune variazioni rispetto a quanto riportato nel Rapporto 2011 (Armeni 2011) per quanto riguarda le seguenti Regioni: P.A. di Trento (quota fissa di 25 euro per l'accesso al Pronto Soccorso per i soli codici bianchi e quota fissa di 50 euro per l'assistenza specialistica sia per i codici bianchi che verdi) e di Bolzano (quota fissa pari a 15 euro indipendentemente dal colore del codice e una quota fissa pari a 35 euro per i soli codici bianchi, blu e verdi), Friuli Venezia Giulia (quota fissa di 25 euro), Toscana (oltre al ticket riportato nel suddetto Rapporto OASI è stato introdotto un contributo sulla digitalizzazione delle procedure di diagnostica per immagini pari a 10 euro), Campania (quota fissa di 25 euro) e Basilicata (quota fissa di 25 euro). 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)⁷². Ogni Regione può applicare o non applicare autonomamente il superticket. La situazione, in particolare, è la seguente:

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

Riguardo alle compartecipazioni alla spesa farmaceutica si segnala che a luglio 2018 (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 15 ottobre 2016 ha introdotto il pagamento di una quota fissa (la cui entità è stata modificata a partire dal 28 dicembre 2017) per ogni ricetta di assistenza farmaceutica convenzionata, che varia in base al reddito. 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

⁷² Introdotto con la L. 111/2011.

Tabella 3.18 **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 Piemonte e Sicilia hanno effettuato solo cartolarizzazioni dei crediti sanitari e quindi non sono valide come strumento di copertura dei disavanzi.

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 3.18 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni⁷³.

⁷³ 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).

3.6 Conclusioni

La spesa sanitaria in Italia si conferma, nel panorama internazionale, piuttosto contenuta e con una copertura pubblica del 74,5%, nella media dei Paesi europei ma in diminuzione. A differenza di quanto avviene nella maggior parte di tali Paesi, però, la componente privata è prevalentemente *out-of-pocket* (circa il 23% della spesa totale), mentre è ancora marginale il ricorso a forme assicurative complementari. Al cospetto di una spesa pubblica la cui copertura tende a ridursi, anche a causa della sempre più estesa portata del concetto di “sanità” e dei suoi confini sempre più sfumati con ambiti contigui come il benessere, gli stili di vita sani ecc., le aspettative dei cittadini si mantengono prevalentemente ancorate a schemi più tradizionali, nei quali tutto ciò che è sanità è un diritto e quindi deve essere erogato o finanziato dal settore pubblico. La transizione ad un modello di interazione tra cittadini e sistema salute più moderno appare ancora non perfettamente a fuoco, con dinamiche relative ai consumi privati ancora nella fase di costruzione di consapevolezza (vedi Capitolo 6 sul presente Rapporto).

Con riferimento alla spesa pubblica corrente, negli ultimi anni, si segnala una certa variabilità nei dati, con revisioni importanti come quella che vede il 2016 chiudere in disavanzo di oltre 200 milioni, mentre era stato evidenziato un avanzo nel corso della prima *release*. La motivazione, in questo caso, era relativa all’impatto della gestione straordinaria, resa definitiva nel corso dell’anno 2018. Questa variabilità impone prudenza nell’interpretazione del risultato dell’ultimo anno. Fatta tale doverosa premessa, è possibile sottolineare che spesa pubblica corrente e finanziamento tendono ad essere allineati, con oscillazioni intorno al punto di equilibrio (a livello aggregato nazionale). La complessiva stabilità a livello nazionale nasconde, tuttavia, una rilevante eterogeneità a livello regionale, non tanto con riferimento ai risultati d’esercizio, 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 (tenuto conto della mobilità) sia piuttosto bassa, segnalando come il costo dell’assistenza tenda ad essere relativamente omogeneo. Al contrario, la variabilità dell’incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale è molto più elevata. Questa evidenza segnala il contrasto tra un sistema che, da un lato, tende ad uniformare le funzioni di costo e, dall’altro, si finanzia (anche se con forti interventi perequativi) a partire da sistemi economici locali molto 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 Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Anessi Pessina E., Sicilia M. (2010), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, Egea.
- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, Egea.
- Armeni P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, Egea.
- Armeni P. (2011), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- Armeni P., Ferré F., Lorenzoni L., Sommariva S. (2013), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, Egea.
- Armeni P., Bertolani A., Costa F. (2017), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Armeni P., Costa F., Furnari A. (2017), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Cantù E., Notarnicola E., Anessi Pessina E. (2015), «L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea.
- Cantù E., Notarnicola E., Anessi Pessina E. (2017), «Le performance economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei Piani di Rientro Aziendali», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- CIPE (2017), Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2017. Richiesta di intesa alla conferenza Stato Regioni.
- Corte dei Conti (2018), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2018.
- Corte dei Conti (2016), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2016.
- Corte dei Conti (2015), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015.

- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda: logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.
- Fondo Monetario Internazionale (2018), «World Economic Outlook Database» (ultimo accesso, 12 luglio 2018).
- OECD (2018), «OECD Health Data: Health care resources», OECD Health Statistics (database) (ultimo accesso, 12 luglio 2018).
- ISTAT (2018), *Statistiche demografiche*, <http://demo.istat.it/pop2017/index.html> (ultimo accesso, 15 luglio 2018).
- ISTAT (2018), *Conti nazionali*, <http://www.istat.it/it/conti-nazionali> (ultimo accesso, 15 luglio 2018).
- ISTAT (2018), *Rapporto annuale 2018 – La situazione del Paese*, <https://www.istat.it/it/archivio/214230> (ultimo accesso, 15 luglio 2018).
- Jommi C., Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2017), *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4*.
- Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2017 (Primo rilascio). Riunione CdA AIFA del 28 maggio 2018.
- WHO (2018), «World Health Statistics». Global Health Observatory database (ultimo accesso, 12 luglio 2018).