

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2017

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 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definatori, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

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.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di
CERGAS-SDA Bocconi

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

B Università Bocconi
CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management





5 **La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione**

di Patrizio Armeni, Arianna Bertolani e Francesco Costa¹

5.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati relativi al finanziamento del SSN, alla spesa sanitaria e ai risultati d'esercizio registrati dalle Regioni e Province Autonome (PP.AA.) italiane, presentando lo stato di avanzamento dei Piani di Rientro (PdR) e le misure a copertura dei disavanzi sanitari pregressi. Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria, si rimanda all'allegato 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), Corte 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 par. 5.2 sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e risorse complessivamente disponibili) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il par. 5.3 è, invece, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa. Infine, nel par. 5.4 è analizzata l'evoluzione dei risultati d'esercizio a livello regionale e sono riportate le principali misure attivate per la copertura degli stessi. Infine, nel par. 5.5 sono riportate le conclusioni. In molte tabelle viene riportato anche l'anno 2001 poiché coincide con la riforma del Titolo V della Costituzione che ha trasferito alle Regioni la responsabilità sulla spesa sanitaria e sui relativi disavanzi.

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 5.1 e 5.5 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni, i §§ 5.2.1 e 5.2.2 a Francesco Costa e i § 5.3 e 5.4 ad Arianna Bertolani.

5.2 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

5.2.1 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 SSN² 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 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 2016 il livello di finanziamento complessivo cui ha concorso ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 111 miliardi di euro.

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

1. finanziamento indistinto: 108,2 miliardi di euro. Questo valore, comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate nei precedenti riparti (pari a 1,1 miliardi di euro), 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

² Soprattutto ticket e proventi per le attività intramoenia.

fabbisogno c.d. indistinto, genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;

2. finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.: 1,9 miliardi di euro³;
3. finanziamento vincolato per altri enti: 653 milioni di euro;
4. accantonamenti: 277,5 milioni di euro⁴.

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2016 e le variazioni rispetto al 2015 sono contenute nella Tabella 5.1. Da evidenziare che per il 2016 il finanziamento indistinto comprende anche le voci relative a: i) prevenzione AIDS; ii) prevenzione e cura fibrosi cistica; iii) norme minime relative a sanzioni e provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare iv) provvidenze economiche agli Hanseniani. Tali voci, infatti, seppure non valorizzate, nel precedente documento di riparto erano classificate all'interno del finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PPAA. Rispetto al documento di riparto dell'anno precedente, nel 2016, si aggiungono al finanziamento indistinto le seguenti voci: i) 800 milioni di euro in applicazione di quanto disposto nella Legge di Stabilità 2016 (art. 1 c. 555) per l'aggiornamento del DPCM 29/11/2001 (Definizione dei LEA); ii) 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo (L. 190/2014).

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 2016, che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sia chiamato ad individuare le cinque migliori Regioni che:

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

Da questa rosa di cinque regioni eleggibili, la Conferenza Stato-Regioni individua le tre regioni benchmark per la determinazione dei costi e fabbisogni stan-

³ Tale voce, rispetto al 2015 vede l'inclusione anche di 2 milioni di euro per le prestazioni termali (L. 208/2015, art. 1 c.567)

⁴ L'accantonamento limitatamente al 2016 è pari allo 0,25% del livello del finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2016, 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.n. 21 del 25 febbraio 2016.

Tabella 5.1 **Articolazione delle risorse finanziarie 2016 e variazione 2015-2016 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2016	Variazione 2015-2016
1. Finanziamento indistinto di cui	108.193	1,18%
1.1 Ospedale Bambin Gesù	191	-6,69%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	37	0,00%
1.3 Finanziamento finalizzato	1.119	315,99%
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 Aggiornamento DPCM 29/11/2001	800	-
1.3.4 Gioco d'azzardo	50	-
2. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PPAA.	1.879	1,26%
2.1 Obiettivi PSN	1.500	1,35%
2.2 Emergenza veterinaria	40	0,00%
2.3 Borse di studio triennali medici medicina generale	39	-0,01%
2.4 Fondo per l'esclusività del rapporto personale dirigente ruolo sanitario	30	0,01%
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	2,73%
2.9 Screening neonatale	10	0,00%
2.10 Revisione tariffe prestazioni termali	2	-
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	278	1,17%
TOTALE	111.002	1,17%

Fonte: elaborazioni da dati Ministero della Salute (2017)

dard. Per l'anno 2016, l'art. 1 della Legge n. 21 del 2016 individua come Regioni di riferimento quelle stabilite dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 17 dicembre 2015 e già utilizzate per la costruzione della proposta di riparto relativa all'anno 2015: 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 età⁵ al 1 gennaio 2016 (dato anagrafico più aggiornato disponi-

⁵ Sono stati utilizzati i pesi del riparto FSN anno 2011.

bile al momento dell'elaborazione della proposta di riparto). Il costo medio pro-capite ponderato viene poi moltiplicato per la popolazione di ciascuna Regione o P.A., suddividendo così i risultati per i singoli Livelli Essenziali di Assistenza. Proporzionalmente sono poi determinati i relativi sub-livelli assistenziali:

- ▶ prevenzione: 5%;
- ▶ distrettuale: 51%;
 - ◀ medicina di base: 7%;
 - ◀ farmaceutica: 11,58%⁶;
 - ◀ specialistica: 13,3%;
 - ◀ territoriale: 19,12%;
- ▶ ospedaliera: 44%

Tali percentuali, per il 2016, sono invariate rispetto a quelle relative al 2015.

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 2016 identica a quella determinata in sede di riparto 2015.

Le risorse complessivamente disponibili del SSN

Le risorse destinate al finanziamento del SSN (indicate nelle tabelle ministeriali come ricavi) per l'anno 2016 (Tabella 5.2), al netto dei proventi della gestione straordinaria e di quelli dell'intramoenia, che sono portati in detrazione al livello di spesa, ammontano complessivamente a 116,151 miliardi di euro, di cui 115,498 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province Autonome e 0,653 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato⁷. Tali valori includono, oltre ai fondi messi a disposizione dal livello centrale, le risorse proprie regionali (derivanti ad esempio dalle addizionali d'imposta IRPEF e IRAP), le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN

⁶ Per quanto concerne il riparto della quota relativa all'assistenza farmaceutica territoriale, la L.135/2012 fissa il relativo tetto all'11,35% del livello di finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il medesimo anno, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale ed al netto i) degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA e ii) delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende Sanitarie. Pertanto la percentuale dell'11,35%, rapportata al finanziamento indistinto complessivo, si ridetermina in 11,58%.

⁷ In particolare, ci si riferisce a: Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa Depositi e Prestiti (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente).

Tabella 5.2 **Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2016 e variazione 2015–2016**

Ricavi	Miliardi di Euro (2016)	Variazione 2015–2016
1. Regioni e PPAA.	115,50	1,93%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	30,65	1,52%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	63,79	1,20%
1.3 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	11,74	8,96%
1.4 Riparto quota premiale	0,28	1,17%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	2,94	-3,81%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,56	2,95%
1.7 Costi capitalizzati	1,78	-1,25%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	-0,24	-6,27%
2. Altri enti del SSN	0,65	0,00%
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,65	0,00%
TOTALE	116,15	1,92%

Fonte: nostra elaborazione della delibera CIPE di riparto delle risorse per il SSN per l'anno 2016 e dei dati del Ministero della Salute, NSIS (dati del IV trimestre 2016 aggiornati alla data del 9 maggio 2017)

(ticket e intramoenia), i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati⁸.

Dal 2012, sono riportate come ricavi a consuntivo (tra i finanziamenti da altri enti del settore pubblico e dai privati) anche le risorse destinate dalle Regioni a copertura dei disavanzi. Tali fondi derivano dai maggiori introiti fiscali relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP.⁹ Il gettito della maggiorazione delle aliquote è contabilizzato come risorsa aggiuntiva erogata dalla Regione per la copertura dei LEA.¹⁰

Le voci che concorrono alla definizione delle risorse complessivamente a disposizione del SSN nel 2016 e le variazioni rispetto al 2015 sono riportate nella Tabella 5.2. Nel 2016, il rapporto tra ricavi netti¹¹ del SSN e PIL non mostra variazioni rispetto al 2015 e si attesta al 6,9% (Tabella 5.3), mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.913 euro (+1,92% rispetto al 2015).

⁸ 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, nonché quelli dal settore pubblico (altre amministrazioni statali, province, comuni) e da quello privato, desunti dal SIS.

⁹ IRPEF: Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRAP: Imposta regionale sulle attività produttive.

¹⁰ 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).

¹¹ Vedi nota a Tabella 5.3.

Complessivamente, si registra un incremento dell'1,9% delle risorse totali rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare, rispetto al 2015, si registra un incremento delle entrate legate alle addizionali IRPEF ed IRAP (+1,52%), dei ricavi riferiti al fabbisogno ex D.lgs 56/00 (IVA ed accise) (+1,2%), delle entrate relative ad ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato (+8,96%), dei ricavi relativi al riparto della quota premiale (+1,17%) e del finanziamento relativo a FSN e quote vincolate a carico dello Stato (+2,95%).

Hanno invece mostrato una variazione negativa i ricavi riferiti a: i) ricavi e entrate proprie (-3,81%); ii) costi capitalizzati (-1,25%); iii) rettifiche e utilizzo fondi (-6,27%).¹² Infine, è da notare che, a partire dall'anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i costi capitalizzati¹³ (1.779 milioni di euro per il 2016) e il riparto della quota premiale^{14 15} (0,278 milioni di euro per il 2016). 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.

5.2.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del NSIS, aggiornati al 9 maggio 2017 (flusso del 4° trimestre 2016¹⁶) e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN¹⁷ ha subito nel 2016 un aumento dello 1,1% rispetto al 2015, diversamente a quanto era emerso nel 2015 in cui i livelli di spesa si erano mantenuti stabili rispetto all'anno precedente con una variazione percentuale dello 0,3% (Tabella 5.3 e Figura 5.1). L'incremento di spesa sanitaria si associa ad una ripresa del PIL (+1,6% rispetto al 2015) anche se meno accentuato, sicché il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL si riduce, passando dal 7% del

¹² Per maggiori approfondimenti si rimanda al capitolo 17 del presente Rapporto OASI (Anessi *et al.*).

¹³ Questa voce fa riferimento al valore pro-quota delle risorse stanziare per il finanziamento dell'acquisto di beni di investimento in relazione alla durata dell'ammortamento.

¹⁴ 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)

¹⁵ 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, è annualmente pari allo 0,25 per cento di tali risorse. Unicamente per il 2014, invece, la percentuale è stata fissata pari all'1,75%.

¹⁶ Per il 2013, il 2014 e il 2015 i dati sono aggiornati rispettivamente alla data del 9 dicembre 2014, 10 maggio 2017 e 9 maggio 2017.

¹⁷ Regioni, Province Autonome e altri enti (cfr. nota 10).

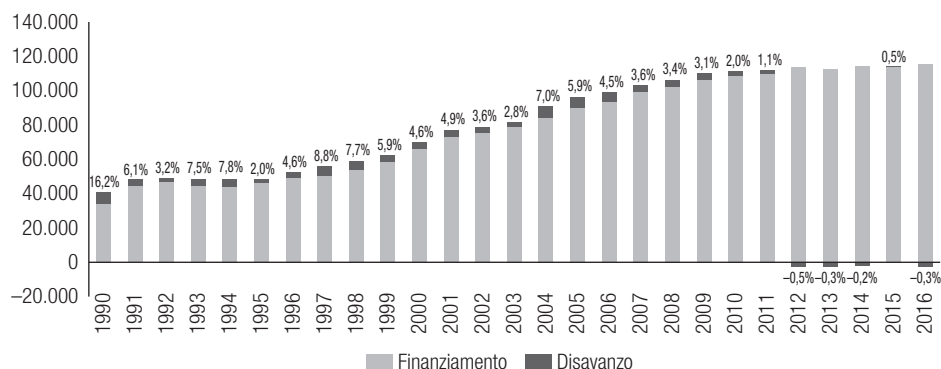
Tabella 5.3 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Tasso crescita medio			
													'90/'16	'95/'01	'01/'10	'10/'16
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.900	114.260	114.574	115.822	4,0%	8,1%	4,1%	0,7%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	1,3%	1,0%	-0,9%	1,2%	0,3%	1,1%				
- % 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%	76,6%	76,7%				
- % sul PIL	5,7%	4,9%	5,7%	6,0%	6,5%	6,9%	6,9%	7,1%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%				
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	109.135	111.548	114.547	113.233	114.484	113.961	116.151	4,8%	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%	1,9%				
- % 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%				
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-5.735	-2.196	-1.262	583	333	224	-614	329				
- variazione %	-	-74,5%	-13,9%	-17,0%	-10,7%	-34,7%	-42,5%	-146,2%	-42,8%	-32,8%	-373,6%	-153,6%				
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-6,3%	-2,0%	-1,1%	0,5%	0,3%	0,2%	-0,5%	0,3%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.704	25.609	28.040	30.954	33.254	32.765	32.703	33.742	35.075	35.182	5,5%	6,8%	2,1%	2,2%
- variazione %	-	13,0%	8,3%	-0,4%	-0,5%	1,1%	7,4%	-1,5%	-0,2%	3,2%	4,0%	0,3%				
- % 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%	23,4%	23,3%				
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.877	103.295	124.837	142.285	146.065	146.730	145.603	148.001	149.649	151.004	4,3%	7,7%	3,6%	-100,0%
- variazione %	-	2,7%	10,4%	7,7%	4,6%	1,0%	2,7%	0,5%	-0,8%	1,6%	1,1%	0,9%				
- % 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%				
PIL	724.468	984.984	1.239.266	1.298.890	1.489.726	1.604.515	1.637.461	1.613.265	1.604.599	1.621.828	1.645.439	1.672.439	3,3%	4,7%	2,4%	0,7%
- variazione %	-	8,6%	5,7%	4,8%	2,9%	2,0%	2,1%	-1,5%	-0,5%	1,1%	1,5%	1,6%				

Tabella 5.3 (segue)

Note:

- Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NISIS): 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'intraumonia. 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'intraumonia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse, dal 2012, le risorse aggiuntive stanziata dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra—LEA).
- Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie. Dal 2011 sono considerati i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rettifiche e utilizzo fondi.
- I dati relativi al PIL sono di fonte ISTAT fino al 2015. Il PIL 2016 è stato stimato in base alla crescita del biennio precedente.
 - La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.
- Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017), ISTAT (2017)

Figura 5.1 **Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2016)**

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

2015 al 6,9% del 2016. Come già avvenuto nel 2014, la spesa sanitaria mostra quindi un andamento pro-ciclico.

La spesa privata corrente mostra una tendenziale stabilità rispetto al 2015 (+0,3%) portandosi a 35,2 miliardi di euro. Il lieve incremento rispecchia in parte la crescita del PIL. Contrariamente a quanto mostra il trend storico, che vede la spesa pubblica e la spesa privata correlate negativamente, le due serie storiche mostrano movimenti paralleli ormai dal 2010 (con l'eccezione del 2012). La correlazione tra spesa pubblica e spesa privata è un dato rilevante in quanto misura, almeno parzialmente, l'eventuale traslazione di alcuni voci di spesa dal finanziamento pubblico a quello privato, prevalentemente attuata per mezzo delle compartecipazioni. In caso di traslazione completa, infatti, la correlazione tra spesa pubblica e privata dovrebbe essere negativa a parità di altre condizioni (diminuisce una e *di conseguenza* aumenta l'altra). Una correlazione positiva, come nel caso degli ultimi quattro anni, invece, segnala che la dinamica alla base delle due serie storiche non è meramente compensativa. Infatti, le dinamiche dei consumi privati, approfondite nel capitolo 8 del presente Rapporto, non sono solo collegate al contenimento della spesa pubblica, ma sono influenzate anche da altri fenomeni. Complessivamente la spesa sanitaria totale corrente (pubblica¹⁸ e privata) è aumentata dello 0,9% nel 2016 (151 miliardi di Euro pari al 9% del PIL, Tabella 5.3).

A fronte della spesa pubblica, le risorse nette complessive del SSN (vedi *supra* § 5.2.1) nel 2016 sono state pari a 116,15 miliardi di euro, in aumento dell'1,9% rispetto al 2015. L'avanzo pubblico, quindi, si attesta nel 2016 a 329 milioni di euro (0,3% della spesa sanitaria pubblica corrente). I dati definitivi

¹⁸ Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

relativi agli anni precedenti evidenziano che, dal 2012, la sanità pubblica ha sempre chiuso l'esercizio in avanzo a eccezione del 2015. Complessivamente, queste evidenze segnalano, in parte, la capacità delle Regioni di coprire i disavanzi correnti. Tuttavia, la situazione per quanto riguarda i disavanzi pregressi risulta più complessa. Al 31/12/2013, infatti, il SSN registrava perdite cumulate per 33,7 miliardi di euro, a fronte di contributi per il ripiano delle perdite di circa 21,3 miliardi¹⁹; 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 31/12/2016. Si segnala che l'eventuale avanzo d'esercizio rimane comunque a disposizione delle Regioni. Nel par. 5.4 vengono analizzate in dettaglio le misure di copertura dei disavanzi adottate dalle Regioni.

A tal proposito, va rilevato che dal 2012 la Corte dei Conti, congiuntamente con la revisione delle regole contabili e dei collegati controlli, ha operato affinché le Regioni imputassero in modo appropriato alla sanità le risorse addizionali ricevute dallo Stato per finalità sanitarie. L'obiettivo è di proteggere i fondi specifici per la sanità da eventuali deviazioni nella destinazione. Nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015, la Corte dei Conti rileva che «in quasi tutte le Regioni è stato rispettato l'impegno di trasferire in corso dell'esercizio al Servizio sanitario regionale almeno il 90% delle risorse ricevute dallo Stato per finalità sanitarie, mentre sono state avviate le procedure (ma in alcuni casi non completate) per la restituzione alla sanità delle somme in precedenza non versate. In molte Regioni, tuttavia, i tempi di pagamento ai fornitori continuano a registrare ritardi elevati». Comunque, è importante sottolineare che dal 2014 si osserva una significativa riduzione dei tempi di pagamento sia a livello nazionale che regionale,²⁰ soprattutto grazie all'iniezione di liquidità da parte dello Stato in seguito all'emanazione di tre decreti legge tra il 2013 ed il 2014.²¹ Nonostante ciò l'attuale trend nazionale e regionale è distante dai 60 giorni stabiliti dalla direttiva europea 2011/7/UE.²²

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 5.2). Innanzitutto, l'andamento particolar-

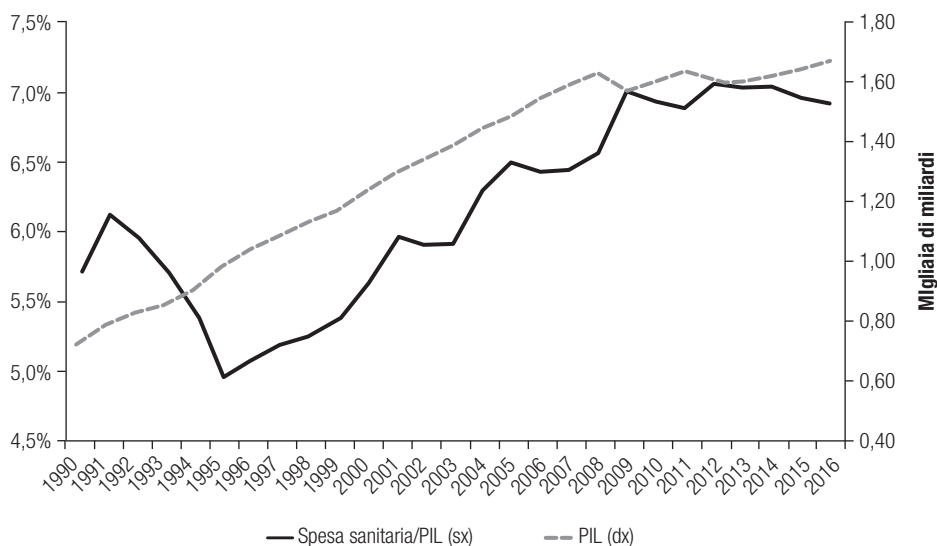
¹⁹ Risultano infatti iscritti a patrimonio netto delle aziende, e, dovrebbero corrispondere, secondo quanto disposto dal D.lgs. 118/2011 ripiani assegnati ma non ancora erogati.

²⁰ Si vedano le elaborazioni periodicamente pubblicate da Assobiomedica (www.assobiomedica.it)

²¹ «Pagamento Debiti P.A.» – GU del 7 giugno 2013 n. 132; «IMU» – GU del 31 agosto 2013 n. 66.; «Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale» – G.U del 24 aprile 2014 n. 95.

²² Decreto Legislativo 9 novembre 2012, n. 192.

Figura 5.2 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1995-2016)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017), ISTAT (2017)

mente 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'evoluzione²³. 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 spesa²⁴, 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

²³ Cfr. nota 25 al capitolo 3, Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

²⁴ Cfr. nota 26 al capitolo 3 del Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

rallentamento della crescita macroeconomica, particolarmente evidente tra il 2008 e il 2009, anno in cui il rapporto spesa sanitaria pubblica / PIL ha raggiunto il picco del 7%. Nel triennio successivo la spesa ha subito un ulteriore rallentamento, indotto anche dalle numerose manovre di correzione degli stanziamenti inizialmente previsti. Nel 2012, complice anche il rallentamento del PIL (-1,4% rispetto al 2011), il peso della spesa sanitaria torna su livelli simili a quelli del 2009 (7,1%; Figura 5.2), 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 nel 2014, nel 2015 e nel 2016 spesa sanitaria e PIL mostrano variazioni concordi; un nuovo aumento congiunto di spesa sanitaria e PIL ha portato l'incidenza al 7% per i primi due anni e al 6,9% per l'ultimo anno, rispettivamente.

Alla base del rallentamento della spesa vi sono principalmente le manovre di contenimento attivate nel corso degli anni. Ad esempio, a livello nazionale, a decorrere dal 2010 è attivo il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro²⁵ 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* § 5.4).

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 5.4 mostra come la sanità assorba una quota di spesa del 21,9%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (68,1%). L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità sia in leggera flessione (CAGR²⁶ -0,2%) rispetto alla spesa per assistenza²⁷ e previdenza²⁸ (CAGR +5,1% e +1,4%, rispettivamente). Interessante anche la dinamica della spesa per assi-

²⁵ 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.

²⁶ Compound annual growth rate – Tasso di crescita annuale composto.

²⁷ 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.

²⁸ Rientrano in questo aggregato: pensioni e rendite, liquidazioni per fine rapporto di lavoro, indennità per malattia/infortunio/maternità, indennità di disoccupazione, assegno integrazione salariale, assegni familiari, altri sussidi e assegni.

Tabella 5.4 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2010-2016)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Tasso crescita medio '90/'16	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'16
Sanità															
Spesa (milioni Euro)	38.790	45.397	64.651	71.486	91.436	106.361	105.038	103.208	102.616	103.914	104.084	105.286	3,9%	7,9%	4,5%
% sul totale	26,5%	20,6%	22,8%	23,9%	25,2%	24,0%	23,4%	22,8%	22,3%	22,2%	22,0%	21,9%			
var. %	-	0,7%	12,2%	10,6%	6,7%	1,9%	-1,2%	-1,7%	-0,6%	1,3%	0,2%	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	323.283	327.425	4,8%	4,5%	4,2%
% 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%			
var. %	-	17,7%	2,2%	3,7%	3,3%	3,4%	2,3%	2,0%	2,1%	-0,4%	1,0%	1,3%			
Assistenza															
Spesa (milioni Euro)	11.447	15.493	18.895	20.263	26.961	35.497	34.497	34.698	35.757	43.042	46.543	47.972	5,7%	4,6%	6,4%
% 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%			
var. %	-	2,1%	4,4%	7,2%	1,8%	-2,8%	-2,8%	0,6%	3,1%	20,4%	8,1%	3,1%			
Totale	146.650	220.524	284.009	299.709	363.225	443.500	447.965	452.523	459.702	467.086	473.910	480.683	4,7%	5,2%	4,5%
var. %	-	12,6%	4,5%	5,5%	4,0%	2,5%	1,0%	1,0%	1,6%	1,6%	1,5%	1,4%			

Fonte: ISTAT (2017)

stenza, che nel 2009 era cresciuta dell'11,6% rispetto al 2008²⁹, 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 economica³⁰. 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 (+8,1%). Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta nel 2016 dell'1,4%.

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica»³¹ (Tabella 5.5 e Figura 5.3), ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di ricovero nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera a carico del SSN in Italia. Solo riclassificando le voci di dettaglio dai conti della protezione sociale (ISTAT, 2017) è possibile ricavare l'incidenza di alcune funzioni di spesa. Ad esempio, l'assistenza ospedaliera in strutture pubbliche, nel 2016, ha rappresentato il 35,5% 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 44,4% della spesa complessiva. Nel complesso, la spesa per servizi sanitari forniti da produttori *non market*³² rappresenta il 62,4%, in leggera crescita rispetto al 2015. La spesa per servizi forniti da produttori *market*³³ si attesta invece al 37,6% del totale delle uscite per la sanità, in diminuzione rispetto al 2015.

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

²⁹ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica, si rimanda all'Allegato contenuto nel Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009).

³⁰ 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.

³¹ 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.

³² Regioni e aziende pubbliche.

³³ 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 5.5 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010-2016)**

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Tasso crescita medio			
													'90/'16	'95/'01	'01/'10	'10/'16
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	26.888	31.759	36.674	36.101	35.585	35.090	34.779	34.608	34.386	2,9%	4,7%	3,5%	-1,1%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	16.883	26.611	33.103	34.423	35.620	35.559	37.202	37.906	38.869	6,6%	10,5%	7,8%	2,7%
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	6.627	3,8%	7,9%	4,2%	0,2%
Farmacautica conv.	7.288	5.146	8.748	11.662	11.894	10.913	9.862	8.891	8.616	8.390	8.235	8.089	0,4%	14,6%	-0,7%	-4,9%
Ospedalliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.131	8.147	8.849	8.641	8.625	8.538	8.712	8.757	8.777	3,0%	6,6%	0,9%	-0,1%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	2.485	3.231	4.504	4.668	4.755	4.679	4.572	4.553	4.604	3,6%	12,3%	6,8%	0,4%
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	11.596	7,4%	11,4%	6,0%	2,2%
Altri costi (c)	375	471	578	703	1.066	7	34	202	-212	-255	-521	-174	n.d.	6,9%	-39,7%	n.d.
Altro	375	471	194	259	201	197	202	202	232	234	244	229	-1,9%	-9,5%	-3,0%	2,6%
Saldo voci straordinarie	n.d.	n.d.	384	64	1.002	-132	-89	51	-378	-398	-653	-238	n.d.	n.d.	-208,4%	10,3%
Saldo intramoenia	n.d.	n.d.	n.d.	-93	-137	-58	-78	-195	-209	-210	-220	-219	n.d.	n.d.	-5,2%	25,0%
Saldo svalutazioni/ rivalutazioni	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	144	143	119	108	55	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Altri enti (d)	74	637	509	398	459	563	641	647	592	633	653	653	8,7%	-7,5%	3,9%	2,5%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.559	2.502	2.528	2.452	2.383	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	114.560	115.809	4,0%	8,1%	4,1%	0,7%
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	114.428	115.330	4,1%	8,2%	4,2%	0,7%
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	43.771	58.370	69.777	70.524	71.205	70.649	71.980	72.514	73.255	4,5%	6,7%	5,3%	0,8%
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	42.075	3,4%	10,6%	2,5%	0,4%

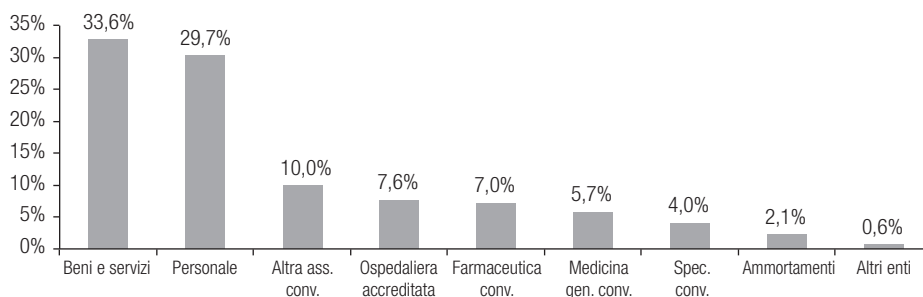
Tabella 5.5 (segue)

Variazione percentuale	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	5,0%	7,6%	1,3%	-1,6%	-1,4%	-1,4%	-0,9%	-0,5%	-0,6%
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	6,7%	18,2%	0,8%	4,0%	3,5%	-0,2%	4,6%	1,9%	2,5%
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	8,2%	13,5%	2,8%	1,3%	0,3%	-0,6%	0,1%	0,1%	0,1%
Farmacaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	33,3%	-1,7%	-0,8%	-9,6%	-9,8%	-3,1%	-2,6%	-1,8%	-1,8%
Ospedallera accreditata	-	2,0%	10,5%	1,4%	-10,8%	0,3%	-2,4%	-1,3%	0,1%	2,0%	0,5%	0,2%
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	9,3%	4,4%	10,4%	3,6%	1,9%	-1,6%	-2,3%	-0,4%	1,1%
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%
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	21,6%	-47,1%	-98,5%	364,5%	485,4%	-205,0%	20,5%	103,8%	-66,7%
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%
Ammortamenti (e)	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	64,7%	-2,2%	1,0%	-3,0%	-2,8%
Totale	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,1%	1,3%	1,0%	-1,0%	1,2%	0,3%	1,1%
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%	0,8%
<i>Fattori interni (a+b)</i>	-	-0,2%	10,0%	5,6%	12,2%	1,1%	1,1%	1,0%	-0,8%	1,9%	0,7%	1,0%
<i>Fattori esterni: (f) - Fattori interni</i>	-	-2,0%	11,7%	18,7%	0,4%	2,2%	1,5%	0,7%	-0,3%	0,2%	0,2%	0,4%

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 (2017)

Figura 5.3 **Composizione della spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica (2016)**



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

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

dell'attivo. Di queste, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante³⁴. Dal 2011 sono inseriti gli ammortamenti e i costi capitalizzati, mentre dal 2012 sono comprese le voci di rettifica e utilizzo fondi³⁵.

Nella Tabella 5.5 e nella Figura 5.3 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni ed esterni alle aziende sanitarie. I beni e servizi, ovvero l'insieme degli acquisti delle aziende sanitarie, rappresentano una componente di costo collegata alle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie pubbliche (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o erogati tramite distribuzione diretta). Sono quindi classificati come fattori interni, 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 5.3, nel 2016 il 63,3% della spesa è assorbita dai fattori interni di produzione, mentre il restante 36,7% è rappresentato dai fattori esterni.

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia tenden-

³⁴ Cfr. capitolo 4 del Rapporto OASI 2010 (Anesi 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.

³⁵ 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*).

Figura 5.4 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000-2016, numeri indice: 2000 = 100**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

zialmente più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 5.5): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995, 2001-2010 e 2010-2016) il tasso di crescita dei costi per fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni (sebbene negli ultimi sei anni il gap tenda ad assottigliarsi); in periodi di espansione della spesa (1995-2001) i fattori esterni aumentano ad un tasso molto più sostenuto³⁶. 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 particolarmente attenta al contenimento della spesa su alcuni fattori esterni, ad esempio attraverso l'istituzione di tetti di spesa per la farmaceutica³⁷, 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 5.4, 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 sei anni. In particolare, dal 2010

³⁶ 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 presente Rapporto OASI (Anessi *et al.*).

³⁷ Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (acquisto di farmaci).

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 triennio 2014-2016 (+0,88% contro +0,29%). Nel 2016, in particolare, nonostante una lieve riduzione della spesa per personale (-0,6%), la spesa per acquisti ha visto una forte crescita (+2,5%), determinando un tasso di crescita dei fattori interni pari all'1,02% contro lo 0,39% 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 38,9 miliardi di euro nel 2016 (33,6% sul totale della spesa del SSN nel 2016, un'incidenza in crescita rispetto al 33,1% dell'anno precedente). Si tratta della voce di spesa con l'andamento più variabile. Va rilevato che nel 1990 tale voce rappresentava il 17,7% della spesa totale. Tra il 1995 e il 2001, gli acquisti di beni e servizi sono cresciuti ad un tasso medio annuo pari al 10,5%. Dopo il picco del 2005, legato essenzialmente alla riclassificazione della spesa sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'SSN (si vedano le note 34 e 35), 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 e nel 2016 questa componente di spesa ha continuato ad aumentare, seppure in maniera più contenuta (+1,9% nel 2015 e +2,5% nel 2016). All'aggregato contribuiscono circa una decina di componenti: acquisizione di beni propriamente detti; servizi sanitari e non; servizi non sanitari appaltati; manutenzioni e riparazioni; godimento di beni di terzi; oneri diversi di gestione ed imposte e tasse; nonché accantonamenti tipici ed interessi passivi ed oneri finanziari. Come evidenziato dal terzo Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la dinamica di questa voce di spesa nell'ultimo quinquennio 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 sa-

nitare di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i Contratti Pubblici;

- ▶ l'individuazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard per il 2013 e del 4,4% dal 2014. Per il 2015 è stato anche previsto un *pay-back* sebbene non sia ancora stata effettuata la ripartizione delle quote a carico delle imprese della filiera;
- ▶ la rideterminazione, a partire dal 2013, del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard, associata al *pay-back* del 50% dello sfondamento a carico delle imprese farmaceutiche.

Come riportato nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2017, le singole componenti di spesa per beni e servizi hanno fatto registrare, nel 2016, andamenti diversi. La componente che maggiormente traina la crescita è l'acquisto di beni, che fa registrare una crescita del 4,7% rispetto al 2015 (anno in cui già aveva evidenziato un aumento del 7,9%). Più nel dettaglio, la spesa per farmaci al lordo dei *pay-back* è cresciuta di poco meno del 2% (soprattutto per effetto dei nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C, vedi capitolo 14 all'interno del presente Rapporto) ed è aumentata dell'1,3% anche la spesa per dispositivi medici. Quest'ultima, peraltro, supera del 20,3% il tetto (nel 2015 lo sfondamento era stato pari al 20%). 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 2016 un aumento della spesa per dispositivi medici, seppure mediamente inferiore per le Regioni in PdR rispetto alle altre Regioni (1,1% e 1,5%, rispettivamente). La spesa per dispositivi diagnostici in vitro e per quelli impiantabili attivi indicano una crescita, rispettivamente, dell'1,3% e del 3,5%, mentre aumentano dell'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 sfondamento nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% a decorrere dal 2017 (art. 9-ter, comma 9)³⁸.

³⁸ Come riportato nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2017: «Al riguardo, non può non osservarsi che, a quasi due anni dall'approvazione del d.l. n. 78/2015 non risulta ancora attuato quanto disposto con l'articolo 9ter 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».

Per quanto riguarda la componente della spesa per servizi sanitari e non sanitari, rispetto al 2015 si registra un aumento dello 0,6% per quanto riguarda i primi, e una diminuzione per quanto riguarda i secondi (-1,8%). Da segnalare, però, un aumento della spesa per manutenzioni e riparazioni (+1,6% rispetto al 2015) e della spesa per godimento di beni di terzi (+3,4%). La spesa per interessi passivi e oneri finanziari è in aumento rispetto all'anno precedente (+22,8%), ma con grandi differenze tra Regioni in PdR (+44,6% circa rispetto al 2015) e Regioni non in PdR (-12,6% circa).

La spesa per il personale³⁹, pari a 34,4 miliardi di euro, è diminuita per il sesto anno consecutivo, facendo registrare una variazione del -0,6% rispetto al 2015. Su questo risultato hanno inciso prevalentemente:

- ▶ la revisione delle dotazioni organiche;
- ▶ la proroga del tetto alla spesa per il personale dipendente (pari alla spesa per il personale registrata nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%) disposta per il periodo 2010-2012 in attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e poi prorogata per il triennio 2013-2015 (DL 98/2011 e DL 95/2012);
- ▶ il blocco dei rinnovi contrattuali e il limite alla crescita dei trattamenti economici per gli anni 2011-2013 (pari al trattamento spettante nell'anno 2010), introdotto dal DL 78/2010 ed esteso fino al 2014 dal DL 98/2011. Di recente la Corte Costituzionale ha contestato la legittimità di questa previsione (vedi nota 25);
- ▶ la rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio (DL 78/2010) e il congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale (DL n. 98/2011 e Legge di Stabilità 2014).
- ▶ la Legge di stabilità per il 2015 (L. 190/2014), ha prorogato solo alcune delle misure originariamente recate dal DL. 78 e dai provvedimenti successivi. Se, da un lato, la Legge ha previsto un ulteriore anno di rinvio della contrattazione collettiva e dell'applicazione di automatismi stipendiali per le categorie non contrattualizzate, dall'altro lato ha di fatto portato alla cessazione delle disposizioni sul blocco degli effetti economici, delle progressioni di carriera e sui passaggi a livelli economici superiori. Inoltre, tale Legge non ha ulteriormente rivisto i limiti al turn-over. Nel corso del 2015, la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 178 del 24 giugno 2015, ha dichiarato poi l'illegittimità costituzionale dell'ulteriore rinvio della contrattazione (vedi nota 25);
- ▶ la Legge di stabilità per il 2016 (L. 208/2015), in attuazione della sentenza

³⁹ 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.

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

Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti, la riduzione della spesa per il personale è maggiore nelle Regioni in PdR (superiore al punto percentuale).⁴⁰ In particolare, la spesa per il personale del ruolo sanitario si riduce di circa lo 0,5%, mentre per i ruoli tecnico e amministrativo la spesa diminuisce dello 0,7% e dell'1,7%, rispettivamente. Infine, la spesa per il personale del ruolo professionale mostra un seppur lieve incremento (+0,6%).

La spesa per la medicina generale convenzionata, pari a 6,6 miliardi di euro, è rimasta stabile rispetto al 2015 in virtù del blocco dei rinnovi delle convenzioni con i medici di medicina generale, simile a quanto previsto per il personale dipendente, e della previsione di un tetto alla crescita delle remunerazioni, pari al livello registrato nel 2011.

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

- ▶ la riduzione del prezzo medio dei farmaci, per effetto dell'inserimento nel prontuario di nuovi farmaci generici e, in parte, della rinegoziazione dei prezzi dei farmaci con effetti dall'ultimo trimestre del 2015;
- ▶ la diffusione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni;
- ▶ la rideterminazione all'11,35% del tetto relativo alla farmaceutica territoriale, con effetti dal 2013, calcolato al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso

⁴⁰ Vedi nota 11.

stabilito dall'AIFA, con attivazione del meccanismo del *pay-back* già previsto dalla normativa vigente in caso di superamento del predetto tetto;

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

La spesa per assistenza specialistica convenzionata, pari 4,6 miliardi di euro nel 2016, è in crescita dello 1,1%. 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 lieve crescita deriva soprattutto dal consolidamento degli effetti già prodotti negli anni passati dal processo di deospedalizzazione, che ha comportato una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni precedentemente erogate in ambito ospedaliero.

La spesa per assistenza ospedaliera accreditata, che comprende le prestazioni acquistate da ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate, è pari a 8,8 miliardi di euro, stabile rispetto al 2015 (+0,2%). Su tale dinamica della spesa nonché su quella per la specialistica ancora da verificare sono gli effetti delle misure disposte (DL n. 78/2015 oltre DL n. 95/2012), che prevedevano, a partire dal 2015, una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo).

La spesa per «altra assistenza» è cresciuta nel 2016 del 2,9%. Nel dettaglio, gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture private accreditate registrano una crescita pari al +2%, da ricondurre prevalentemente alle Regioni in Piano di rientro (+3,2%), 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, mostra un lieve incremento rispetto al 2015 di poco meno dell'1%. Il risultato dell'anno è frutto di un aumento del 2,2% della spesa integrativa, pressoché compensato da una flessione di quella protesica, sia nelle Regioni in Piano che nelle altre (Corte dei Conti, 2017).

Infine, la spesa per l'aggregato «altre prestazioni» (cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza agli alcolisti, assistenza ai disabili, e comunità terapeutiche) ammonta a 7,9 miliardi di euro, in aumento del 3,2% rispetto al 2015 (Corte dei Conti, 2017).

5.3 I dati di spesa regionali

Nel 2016 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (+1,3% rispetto al 2015, Tabella 5.6) è di poco superiore al tasso di crescita della spesa complessiva (+1,1%). Questa differenza si spiega attraverso la dinamica della crescita della popolazione (-0,22% nell'ultimo anno). Il dato presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2015 che vanno dal -0,8% della Valle d'Aosta al +2,7% dell'Umbria e del Molise. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa pro-capite negli ultimi 6 anni risulti mediamente più basso nelle Regioni con PdR (cfr. nota a Tabella 5.6). In particolare, la variazione media annua della spesa corrente pubblica pro-capite nelle Regioni interessate da PdR è stata nulla. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono, tendenzialmente, molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2016 si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Centro, mentre dal 1995 al 2001 sono le Regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Dal 2001 al 2010 si è assistito invece a una riduzione del tasso di crescita medio annuo in tutta Italia, con il Nord e il Centro che si attestano al +3,3% e il Sud a +3,6%. Infine, nell'ultimo periodo (2010-2016) sono nuovamente le Regioni del Centro ad avere un andamento più contenuto (attestandosi al +0,2%). La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione⁴¹, nel 2016 è diminuita rispetto al 2015, in linea con la diminuzione riscontrata l'anno precedente.

Guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo (spesa riferita all'utilizzo delle strutture della Regione) e al netto della mobilità (spesa riferita alla popolazione residente nella Regione) si può notare come nel 2016 la variabilità interregionale della spesa (coefficiente di variazione) si riduca una volta tenuto conto della mobilità, segnalando una maggiore omogeneità della domanda a prescindere dal luogo di residenza (Tabella 5.7).

Nella Figura 5.5 è riportata, per ogni Regione, la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità, il saldo pro-capite della mobilità e la spesa sanitaria pubblica pro-capite al netto della mobilità. È da notare come per alcune Regioni il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Calabria e (in positivo) per il Molise e l'Emilia Romagna. Si registra inoltre la diminuzione del saldo di mobilità internazionale; la spesa netta relativa alla mobilità internazionale diminuisce tra il 2013 e il 2016, dai circa 105 milioni di euro registrati nel 2013 ai 13 milioni di euro del 2016. 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.

⁴¹ Deviazione standard/media.

Tabella 5.6 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010-2015)**

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016/ 2015	Tasso crescita medio			
														'90/'16	'95/'01	'01/'16	
Piemonte	688	828	1.319	1.415	1.661	1.904	1.897	1.965	1.914	1.886	1.869	1.913	2,3%	4,2%	9,3%	3,4%	0,1%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.522	1.829	2.172	2.236	2.275	2.253	2.121	2.125	2.107	-0,8%	4,2%	9,7%	4,0%	-0,6%
Lombardia	709	868	1.198	1.344	1.573	1.813	1.872	1.920	1.917	1.934	1.932	1.931	0,0%	4,1%	7,6%	3,4%	1,3%
Bolzano	722	995	1.603	1.683	2.059	2.183	2.234	2.337	2.310	2.288	2.288	2.348	2,6%	4,8%	9,2%	2,9%	1,5%
Trento	731	907	1.327	1.533	1.722	2.089	2.209	2.281	2.246	2.223	2.170	2.199	1,3%	4,5%	9,2%	3,5%	1,0%
Veneto	746	861	1.257	1.365	1.609	1.788	1.782	1.851	1.832	1.828	1.842	1.882	2,2%	3,8%	8,0%	3,0%	1,0%
Friuli VG	730	868	1.241	1.361	1.650	1.979	2.076	2.125	2.083	1.994	1.970	1.997	1,4%	4,1%	7,8%	4,3%	0,2%
Liguria	841	957	1.374	1.505	1.837	2.006	2.043	2.060	2.040	2.027	2.048	2.063	0,7%	3,7%	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	2.040	0,7%	3,5%	6,5%	3,4%	1,2%
Toscana	788	891	1.256	1.412	1.647	1.899	1.914	2.016	1.964	1.970	1.987	2.016	1,5%	3,8%	8,0%	3,3%	1,2%
Umbria	766	865	1.273	1.376	1.629	1.806	1.841	1.912	1.902	1.863	1.891	1.943	2,7%	3,8%	8,0%	3,1%	1,5%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.544	1.795	1.793	1.832	1.802	1.806	1.811	1.852	2,3%	3,2%	7,4%	3,2%	0,6%
Lazio	788	891	1.319	1.464	1.919	1.970	1.965	2.037	1.976	1.875	1.879	1.890	0,6%	3,6%	8,6%	3,4%	-0,8%
Abruzzo	724	761	1.299	1.383	1.729	1.743	1.751	1.836	1.802	1.821	1.806	1.845	2,2%	3,8%	10,5%	2,6%	1,1%
Molise	678	776	1.164	1.387	2.033	2.070	2.037	2.151	2.250	2.134	2.081	2.136	2,7%	4,7%	10,2%	4,5%	0,6%
Campania	692	743	1.163	1.300	1.670	1.719	1.710	1.713	1.689	1.696	1.712	1.743	1,8%	3,8%	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	1.799	1,8%	4,0%	7,7%	4,2%	0,3%
Basilicata	603	707	1.079	1.184	1.505	1.797	1.818	1.835	1.818	1.829	1.840	1.854	0,7%	4,6%	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	1.722	1.749	1,6%	4,5%	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	1.768	1,8%	3,8%	9,0%	3,4%	0,9%
Sardegna	695	860	1.173	1.288	1.632	1.871	1.932	2.006	1.982	2.020	2.019	2.042	1,1%	4,4%	7,0%	4,2%	1,8%
Totale	730	840	1.223	1.356	1.648	1.836	1.850	1.908	1.882	1.870	1.875	1.899	1,3%	3,9%	8,3%	3,4%	0,7%

Tabella 5.6 (segue)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016/ 2015	Tasso crescita medio			
														'90/'16	'95/'01	'01/'10	'10/'16
<i>Nord</i>	745	885	1.265	1.393	1.646	1.873	1.902	1.976	1.949	1.939	1.941	1.961	1,0%	3,9%	7,8%	3,3%	0,9%
<i>Centro</i>	792	888	1.284	1.426	1.759	1.913	1.917	1.993	1.944	1.895	1.904	1.928	1,2%	3,6%	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	1.764	1.769	1.799	1,7%	4,0%	9,0%	3,6%	0,6%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>	701	797	1.194	1.325	1.686	1.818	1.810	1.805	1.779	1.836	1.832	1.815	-0,9%	3,9%	8,8%	3,6%	0,0%
<i>Altre regioni</i>	758	894	1.251	1.388	1.675	1.895	1.921	1.945	1.919	1.983	1.979	1.969	-0,5%	3,9%	7,6%	3,5%	0,8%
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,72%	8,47%	9,89%	7,87%	8,98%	9,54%	9,75%	8,54%	8,11%	8,02%					
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%	34,7%					

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

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017) ed ISTAT (2017)

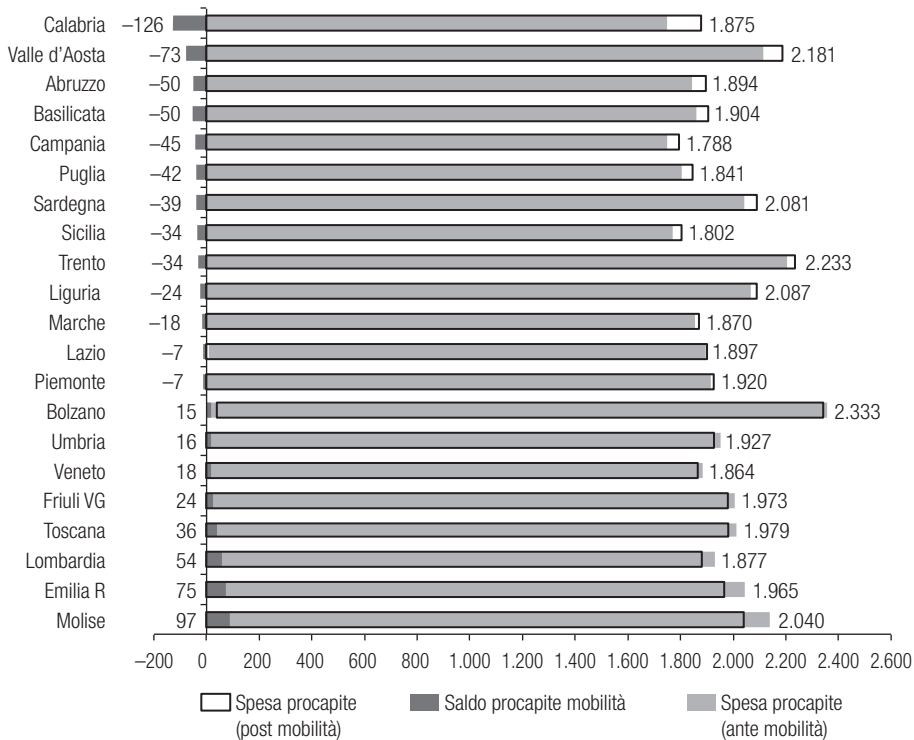
Tabella 5.7 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2016). Valori assoluti e numeri indice**

Regioni	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità	Saldo procapite mobilità/ spesa procapite
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	percentuale
Piemonte	1.913	100,7	1.920	101,1	-6,6	-0,34%
Valle d'Aosta	2.107	111,0	2.181	114,8	-73,1	-3,47%
Lombardia	1.931	101,7	1.877	98,9	53,9	2,79%
Bolzano	2.348	123,6	2.333	122,8	15,1	0,64%
Trento	2.199	115,8	2.233	117,6	-33,6	-1,53%
Veneto	1.882	99,1	1.864	98,2	17,6	0,94%
Friuli VG	1.997	105,2	1.973	103,9	23,9	1,20%
Liguria	2.063	108,6	2.087	109,9	-24,1	-1,17%
Emilia R	2.040	107,4	1.965	103,5	75,2	3,69%
Toscana	2.016	106,1	1.979	104,2	36,4	1,81%
Umbria	1.943	102,3	1.927	101,5	16,0	0,83%
Marche	1.852	97,5	1.870	98,5	-17,8	-0,96%
Lazio	1.890	99,5	1.897	99,9	-7,3	-0,39%
Abruzzo	1.845	97,1	1.894	99,8	-49,6	-2,69%
Molise	2.136	112,5	2.040	107,4	96,6	4,52%
Campania	1.743	91,8	1.788	94,1	-44,9	-2,58%
Puglia	1.799	94,7	1.841	96,9	-42,2	-2,35%
Basilicata	1.854	97,6	1.904	100,2	-49,5	-2,67%
Calabria	1.749	92,1	1.875	98,7	-125,8	-7,19%
Sicilia	1.768	93,1	1.802	94,9	-34,3	-1,94%
Sardegna	2.042	107,5	2.081	109,6	-38,7	-1,89%
Totale	1.899	100,0	1.899	100,0	0,0	0,00%
<i>Nord</i>	<i>1.961</i>	<i>103,3</i>	<i>1.929</i>	<i>101,6</i>	<i>32,6</i>	<i>1,66%</i>
<i>Centro</i>	<i>1.928</i>	<i>101,5</i>	<i>1.921</i>	<i>101,2</i>	<i>6,6</i>	<i>0,34%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.799</i>	<i>94,8</i>	<i>1.847</i>	<i>97,2</i>	<i>-47,2</i>	<i>-2,63%</i>
Coeff. Var.	8,02%	-	7,3%	-	-	-
Rapporto max/min	34,72%	-	30,5%	-	-	-

Nota: la mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2016.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

Figura 5.5 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo e al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale pro-capite (2016)**

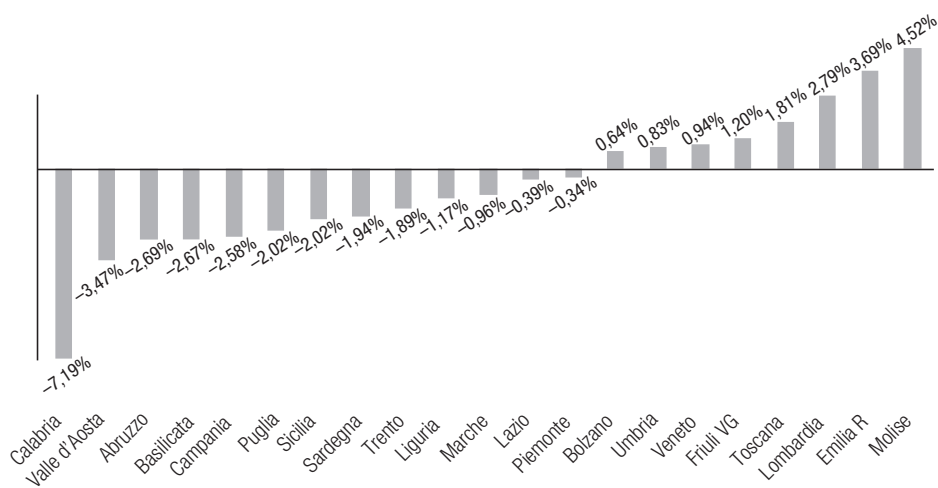


Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

La Tabella 5.8 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto della mobilità⁴², in coerenza con quanto riportato nel precedente Rapporto OASI (Amoroso et al., 2016). 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 24,9% nel 2016 (in aumento rispetto al 23,6% del 2015), mentre si attesta intorno al 7,3% nel caso della spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (Tabella 5.7). Questa evidenza dimostra che, se l'intensità di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non può dirsi della sua incidenza sul PIL, una misura

⁴² Come specificato in nota alla Tabella 5.7, per il 2015 ed il 2016 sono stati utilizzati i dati di mobilità interregionale programmata, come riportati nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2015 e del 2016.

Figura 5.6 **Saldo pro-capite della mobilità su spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) (2016)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

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 PIL (da poco più del 5% in alcune Regioni del Nord, es. 5,2% nella PA di Bolzano, fino a più dell'11% in alcune Regioni del Sud, es. 11,2% in Calabria) si trasformi in un ostacolo insormontabile per alcune Regioni nell'erogazione dei servizi essenziali. Tale variabilità, infatti, se non fosse livellata tramite il meccanismo perequativo, comporterebbe un'accentuazione delle differenze nella capacità delle Regioni di erogare i LEA, se non a prezzo di un forte aumento della pressione fiscale o delle compartecipazioni, oppure di una sostanziale distrazione di risorse da altri ambiti di intervento pubblico nelle Regioni in cui l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è maggiore (soprattutto a causa del minore PIL pro-capite), con margini di manovra molto ristretti in quanto la spesa sanitaria rappresenta una quota molto rilevante della spesa pubblica regionale. In altri termini, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL mette in evidenza il *trade-off* tra finalità di equità del SSN sul territorio nazionale e spinte federaliste verso una maggiore responsabilizzazione delle Regioni sul finanziamento e sulla spesa. Questo *trade-off* è la ragione principale per cui il federalismo fiscale in sanità non è stato mai applicato nella sua forma più radicale.

Tabella 5.8 Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2004-2016)

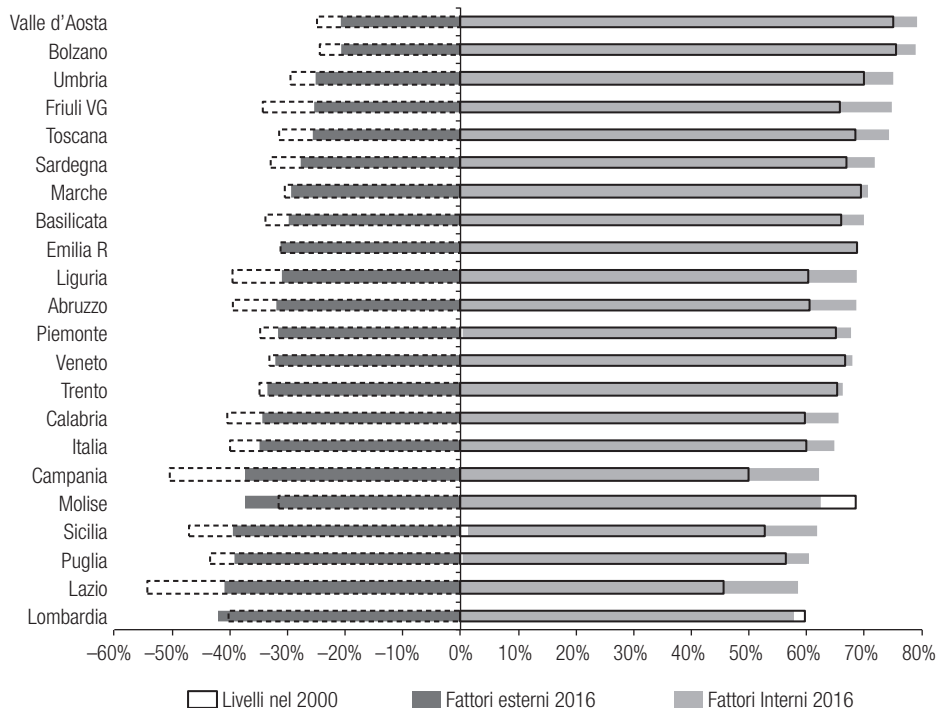
Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Piemonte	6,10%	5,99%	5,98%	5,99%	6,26%	6,91%	6,76%	6,60%	6,90%	6,67%	6,68%	6,54%	6,53%
Valle d'Aosta	6,83%	7,19%	7,42%	7,21%	7,08%	6,94%	7,00%	6,98%	6,79%	6,57%	6,55%	6,16%	5,87%
Lombardia	5,30%	5,56%	5,51%	5,56%	5,57%	5,54%	5,59%	5,65%	5,45%	5,25%	5,66%	5,41%	5,18%
Bolzano	7,28%	7,13%	7,22%	7,38%	7,41%	6,73%	6,84%	6,66%	6,63%	6,37%	6,40%	6,27%	6,25%
Trento	6,54%	6,49%	6,51%	6,62%	6,75%	6,97%	7,01%	7,22%	7,02%	6,89%	7,00%	6,73%	6,66%
Veneto	6,48%	6,58%	6,60%	6,66%	6,57%	6,44%	6,36%	6,16%	6,04%	6,02%	6,27%	6,20%	6,19%
Friuli VG	7,22%	7,09%	6,72%	7,08%	7,52%	7,54%	7,32%	7,36%	7,10%	7,03%	7,15%	6,83%	6,65%
Liguria	8,28%	7,94%	7,56%	7,83%	7,72%	7,68%	7,40%	7,32%	6,80%	6,60%	6,98%	7,02%	7,04%
Emilia R	6,46%	6,31%	6,28%	6,34%	6,42%	6,40%	6,35%	6,09%	6,19%	5,98%	6,31%	6,25%	6,13%
Toscana	7,28%	7,19%	7,18%	7,15%	7,19%	7,38%	7,20%	6,98%	6,90%	6,69%	6,93%	6,92%	6,93%
Umbria	7,92%	7,86%	7,88%	7,91%	7,98%	7,91%	7,83%	7,64%	7,47%	7,32%	7,74%	7,69%	7,73%
Marche	8,04%	7,82%	7,76%	7,57%	7,65%	7,63%	7,57%	7,19%	6,91%	6,87%	7,15%	7,10%	7,22%
Lazio	7,46%	7,39%	7,38%	7,12%	7,04%	6,75%	6,51%	6,33%	6,05%	5,96%	6,07%	6,05%	5,98%
Abruzzo	8,58%	9,28%	8,76%	9,08%	9,03%	9,16%	8,69%	8,35%	8,29%	7,86%	8,37%	8,10%	8,00%
Molise	10,24%	12,16%	10,27%	10,52%	10,83%	10,45%	10,15%	9,36%	9,23%	10,02%	9,83%	9,60%	9,83%
Campania	11,60%	12,10%	10,97%	11,05%	11,15%	10,97%	10,52%	10,10%	9,67%	9,51%	9,93%	10,11%	10,41%
Puglia	10,26%	11,07%	10,84%	11,40%	11,59%	11,32%	11,23%	10,51%	10,19%	10,29%	10,78%	10,70%	10,72%
Basilicata	9,51%	9,95%	9,82%	10,11%	10,60%	10,47%	10,50%	10,00%	9,42%	9,32%	10,11%	10,23%	10,39%
Calabria	11,80%	11,74%	11,67%	13,02%	12,39%	12,26%	11,83%	11,29%	10,99%	10,64%	11,05%	11,10%	11,16%
Sicilia	11,68%	11,52%	11,74%	11,27%	10,81%	10,62%	10,30%	10,08%	9,91%	9,78%	10,14%	10,13%	10,26%
Sardegna	10,41%	10,91%	10,13%	10,21%	10,41%	10,39%	10,44%	10,36%	10,17%	9,78%	10,25%	10,20%	10,29%
Totale	6,22%	6,47%	6,40%	6,42%	6,53%	6,97%	6,90%	6,85%	7,02%	7,00%	7,01%	6,92%	6,89%

*Il dato 2016 del PIL è stimato.

Nota: la mobilità interregionale 2015 e 2016 è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2014 e del 2015, e quella consuntiva per gli anni precedenti.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017), ISTAT (2017)

Figura 5.7 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente regionale, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) (2000; 2016)**



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

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

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 5.7 illustra l'evoluzione del dato tra il 2000 e il 2016. La Tabella 5.9 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

Tabella 5.9 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2016)**

Anno 2016	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacaceutica convenzionata	Ospedaliere accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)	Fattori Interni	Fattori esterni
Piemonte	33,1%	34,7%	5,7%	6,9%	5,8%	2,9%	10,9%	8.399	67,8%	32,2%
Valle d'Aosta	44,0%	35,7%	6,0%	5,9%	2,5%	0,5%	5,3%	258	79,7%	20,3%
Lombardia	26,0%	32,2%	4,6%	6,9%	12,1%	5,3%	12,9%	19.131	58,3%	41,7%
Bolzano	48,8%	30,4%	4,6%	3,8%	2,3%	0,7%	9,4%	1.215	79,2%	20,8%
Trento	35,4%	30,9%	5,0%	5,4%	4,7%	2,3%	16,2%	1.180	66,4%	33,6%
Veneto	29,9%	38,0%	6,1%	5,7%	5,9%	3,6%	10,9%	9.154	67,8%	32,2%
Friuli VG	38,8%	36,5%	5,1%	7,1%	2,5%	2,1%	7,9%	2.390	75,3%	24,7%
Liguria	33,6%	35,4%	4,9%	6,1%	6,5%	3,6%	10,1%	3.214	69,0%	31,0%
Emilia R	33,0%	36,1%	5,8%	5,4%	6,9%	2,2%	10,5%	8.991	69,1%	30,9%
Toscana	34,1%	39,9%	5,6%	6,2%	3,8%	2,1%	8,2%	7.385	74,1%	25,9%
Umbria	35,6%	39,7%	5,4%	7,3%	2,4%	1,2%	8,3%	1.723	75,4%	24,6%
Marche	34,9%	35,7%	6,0%	8,2%	3,6%	1,8%	9,9%	2.846	70,6%	29,4%
Lazio	24,5%	34,5%	5,6%	7,9%	11,7%	4,4%	11,5%	10.875	59,0%	41,0%
Abruzzo	31,3%	37,5%	6,4%	9,2%	5,4%	1,9%	8,4%	2.433	68,7%	31,3%
Molise	27,5%	35,0%	7,1%	6,4%	10,2%	5,8%	8,0%	658	62,6%	37,4%
Campania	25,9%	36,8%	6,4%	8,2%	8,1%	7,5%	7,1%	10.065	62,6%	37,4%
Puglia	27,5%	33,3%	7,2%	8,6%	10,4%	3,9%	9,2%	7.227	60,8%	39,2%
Basilicata	35,8%	34,5%	7,6%	7,5%	1,6%	3,2%	9,8%	1.044	70,3%	29,7%
Calabria	33,3%	32,6%	7,3%	8,8%	5,7%	3,5%	8,8%	3.424	65,9%	34,1%
Sicilia	31,2%	31,1%	6,7%	7,5%	7,9%	5,8%	9,8%	8.884	62,2%	37,8%
Sardegna	36,0%	35,9%	6,0%	7,8%	2,6%	3,7%	7,9%	3.289	72,0%	28,0%
Italia	30,2%	34,9%	5,8%	7,1%	7,7%	4,0%	10,2%	113.785	65,1%	34,9%
<i>Nord</i>	<i>30,8%</i>	<i>34,6%</i>	<i>5,3%</i>	<i>6,3%</i>	<i>8,0%</i>	<i>3,7%</i>	<i>11,4%</i>	<i>53.933</i>	<i>65,3%</i>	<i>34,7%</i>
<i>Centro</i>	<i>29,8%</i>	<i>36,8%</i>	<i>5,6%</i>	<i>7,3%</i>	<i>7,4%</i>	<i>3,1%</i>	<i>10,0%</i>	<i>22.829</i>	<i>66,5%</i>	<i>33,5%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>29,7%</i>	<i>34,2%</i>	<i>6,7%</i>	<i>8,2%</i>	<i>7,5%</i>	<i>5,2%</i>	<i>8,6%</i>	<i>37.024</i>	<i>63,9%</i>	<i>36,1%</i>

Nota: rispetto alla tabella 5.5 non vengono considerate le seguenti voci: «altri costi»; «altri enti» ed «ammortamenti». Per fattori interni si intende la somma della spesa per personale e acquisti di beni e servizi; per fattori esterni si intende l'insieme delle altre voci di spesa

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

dipendente (Tabella 5.9), Lombardia, Lazio, Campania, Puglia e Molise presentano incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre la Sicilia, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzia valori più elevati della media nazionale⁴³.

Per quanto concerne la spesa farmaceutica (Tabella 5.10), nel 2013 i tetti di spesa territoriale e ospedaliera sono stati fissati rispettivamente al 11,35%⁴⁴ e al 3,5% delle assegnazioni regionali. I tetti sono stati modificati dal 2013, diminuendo rispetto al 2012 il tetto sulla spesa territoriale (precedentemente fissato al 13,1%) e aumentando il tetto sulla spesa ospedaliera (precedentemente fissato al 2,4%). Da segnalare che la L. 190/2014 (Legge di Stabilità 2015) ha previsto l'istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (soprattutto nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C dispensati direttamente dalle strutture sanitarie) pari a 500 milioni di euro rispettivamente per il 2015 e il 2016. La Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) stabilisce che ogni eccedenza del fondo *ad hoc* destinato per gli anni 2015 e 2016 per l'acquisto dei farmaci innovativi concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica territoriale. Inoltre, la Legge 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 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 diretti⁴⁵ per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei fondi (comma 406).

Nel 2016 la spesa territoriale al netto del *pay-back* a carico delle imprese⁴⁶ e del fondo *ad hoc* per farmaci innovativi è stata pari a 12.316 milioni di

⁴³ Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo 6 del presente Rapporto.

⁴⁴ Il tetto di spesa del 11,35% è riferito alla spesa farmaceutica territoriale, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta, delle compartecipazioni in quota fissa regionale e della distribuzione diretta di farmaci di fascia A, inclusa la distribuzione in nome e per conto e in sede di dimissione ospedaliera, al netto degli sconti a carico degli attori della filiera diversi dalle imprese produttrici. Rientra, quindi, nel budget per la spesa territoriale anche una parte di spesa non convenzionata (per la parte di distribuzione diretta e distribuzione per conto dei farmaci di fascia A).

⁴⁵ La legge di stabilità 2017 (L. 232/2016) stabilisce la ridefinizione dei nuovi tetti alla spesa farmaceutica a decorrere dal 2017. Il c. 398 stabilisce che il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e in nome e per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89% del FSN. Conseguentemente, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti. Il c. 399 stabilisce invece che il tetto della spesa farmaceutica territoriale è rideterminato nella misura del 7,96% del FSN. Conseguentemente, il tetto della spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica convenzionata.

⁴⁶ *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 condizio-

Tabella 5.10 La spesa farmaceutica pubblica: territoriale e ospedaliera (2016) milioni di euro

Regione	FARMACEUTICA TERRITORIALE				FARMACEUTICA OSPEDALIERA					
	Tetto (11,35%)	Farmaceutica territoriale netto payback	Sfondamento (segno positivo)	% Variazione 2015/2016 (netto Pay-back)	% Incidenza su FSR	Tetto (3,5%)	Farmaceutica ospedaliera lordo payback	Sfondamento (segno positivo)	% Variazione 2014/2015 (lordo Pay-back)	% Incidenza su FSR
Piemonte	930,08	832,01	-98,07	-3,74%	10,15%	286,81	387,99	101,18	4,08%	4,73%
Valle d'Aosta	26,15	21,40	-4,75	-4,68%	9,29%	8,06	10,38	2,32	5,33%	4,51%
Lombardia	2.052,02	1.886,56	-165,46	-2,61%	10,43%	632,78	843,06	210,27	3,12%	4,66%
Bolzano	102,32	81,49	-20,83	2,69%	9,04%	31,55	40,99	9,43	-3,67%	4,55%
Trento	107,71	98,08	-9,63	5,41%	10,34%	33,21	30,99	-2,22	-1,78%	3,27%
Veneto	1.012,69	843,91	-168,78	-4,58%	9,46%	312,28	393,31	81,02	2,70%	4,41%
Friuli VG	254,37	249,41	-4,96	-1,18%	11,13%	78,44	105,10	26,66	-0,38%	4,69%
Liguria	351,21	316,27	-34,94	-4,69%	10,22%	108,30	161,16	52,86	2,30%	5,21%
Emilia R	927,56	789,36	-138,20	-4,28%	9,66%	286,03	433,45	147,42	4,62%	5,30%
Toscana	789,64	746,40	-43,24	-1,86%	10,73%	243,50	439,58	196,08	0,82%	6,32%
Umbria	189,37	183,42	-5,95	1,03%	10,99%	58,40	96,96	38,56	7,73%	5,81%
Marche	325,53	330,60	5,07	-1,95%	11,53%	100,38	162,08	61,69	7,60%	5,65%
Lazio	1.204,57	1.272,55	67,99	-4,53%	11,99%	371,45	475,77	104,32	0,40%	4,48%
Abruzzo	276,60	298,12	21,52	-2,18%	12,23%	85,29	134,62	49,33	-0,38%	5,52%
Molise	69,16	64,78	-4,38	-6,24%	10,63%	21,33	25,91	4,59	1,70%	4,25%
Campania	1.183,70	1.308,54	124,84	-2,10%	12,55%	365,02	511,86	146,84	-1,06%	4,91%
Puglia	831,01	959,30	128,29	-0,33%	13,10%	256,26	384,75	128,50	-4,61%	5,26%
Basilicata	120,93	119,51	-1,41	-5,06%	11,22%	37,29	56,60	19,31	9,51%	5,31%
Calabria	403,29	448,28	44,99	-0,11%	12,62%	124,36	178,92	54,56	-2,78%	5,04%
Sicilia	1.027,00	1.040,65	13,65	-3,18%	11,50%	316,70	401,98	85,28	4,85%	4,44%
Sardegna	337,40	426,23	88,83	-3,74%	14,34%	104,04	156,78	52,74	-6,40%	5,27%
Italia	12.522,30	12.316,88	-205,42	-2,76%	11,16%	3.861,50	5.432,24	1.570,74	1,48%	4,92%

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

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

Fonte: dati Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2016 consuntivo. Riunione CdA AIFA del 20 luglio 2017

euro (11,16% del FSN), in decremento rispetto al 2015 del 2,8%. Il dettaglio regionale fornito dal monitoraggio della spesa farmaceutica AIFA (consuntivo 2016, CdA 20/07/2017) evidenzia, tuttavia, alcune realtà regionali in cui il tetto dell'11,35% non è stato rispettato. In particolare, la spesa farmaceutica territoriale (al netto del *pay-back*) è stata superiore al tetto nelle Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. L'incidenza media della spesa farmaceutica territoriale (al netto del *pay-back*) sul FSR è del 11,16%, dove P.A. di Bolzano e Valle d'Aosta mostrano i livelli più bassi (9,04% e 9,29%), mentre Puglia e Sardegna registrano un'incidenza superiore al 13%.

La spesa ospedaliera al netto del *pay-back* a carico delle imprese⁴⁷ è pari a 5.432 milioni di euro, in crescita rispetto al 2015 del 1,5%, e assorbe il 4,92% delle assegnazioni per il 2016. Lo sfondamento complessivo registrato per il 2016 è quindi pari a 1.571 milioni di euro, dove tutte le Regioni registrano sfondamenti del tetto del 3,5% ad esclusione della PA di Trento.

5.4 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari⁴⁸. 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

nato, *pay-back* relativo alla mancata riduzione del prezzo dei farmaci (Det. AIFA 1525/2015, GU 282/2015).

⁴⁷ Vedi nota 45.

⁴⁸ 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».

coperture regionali, mentre dal 2012 sono riportati al netto delle stesse – cfr. par. 4.2.

In seguito all'ultimo aggiornamento dei dati pubblicati dal Ministero della Salute, nel 2015 si interrompe la serie di risultati di avanzo relativa al periodo 2012-2014, chiudendo l'anno con un disavanzo pari a 614 milioni di euro, a differenza di quanto riportato nel precedente Rapporto OASI (Amoroso *et al.*, 2016). La principale voce che contribuisce a questo risultato di esercizio è correlata al saldo per la gestione straordinaria delle aziende sanitarie, che passa, pur mantenendo valori negativi, da -397 milioni di euro nel 2014 a -653 milioni di euro nel 2015. Nel 2016, invece, il sistema sanitario evidenzia nuovamente un risultato di avanzo, attestandosi a valori simili a quelli osservati nel 2013 (329 milioni di euro – Tabella 5.11 e Tabella 5.3). A livello regionale si rilevano tuttavia eterogeneità nei livelli di avanzo sanitario, con otto Regioni che registrano risultati negativi: Sardegna (-297 milioni di euro), Toscana (-89 milioni di euro), Liguria (-71 milioni di euro), Puglia (-38 milioni di euro), Abruzzo (-24 milioni di euro), Friuli Venezia Giulia (-15 milioni di euro), P.A. di Trento (-7 milioni di euro) e Valle d'Aosta (-4 milioni di euro) (Tabella 5.11). Nel 2016 la Sardegna incide sul disavanzo annuale complessivo per quasi il 55%.

Le Regioni in PdR⁴⁹ anche nel 2016 hanno confermato il trend degli anni precedenti; tra il 2009 e il 2014 hanno infatti ridotto il disavanzo prima delle coperture da quasi 3,5 miliardi di euro nel complesso a poco più di 275 milioni di euro. Un dato particolarmente significativo considerando che, per cinque 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 Sicilia e Campania, si dimostra la realtà in cui l'avanzo, dopo le coperture, è maggiore (547, 143 e 74 milioni di euro rispettivamente)⁵⁰.

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

La Figura 5.8 illustra il livello delle risorse complessivamente a disposizione del SSN (cfr § 5.2) 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

⁴⁹ Tra le Regioni in PdR ricomprendiamo le Regioni che hanno avviato il PdR nel periodo 2007-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia. Vengono comprese anche le due Regioni con PdR «leggero»: Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano con un livello di gravosità minore da quello ordinario.

⁵⁰ I valori sono tratti dai flussi ministeriali, più aggiornati rispetto a quelli riportati nel rapporto della Corte dei Conti.

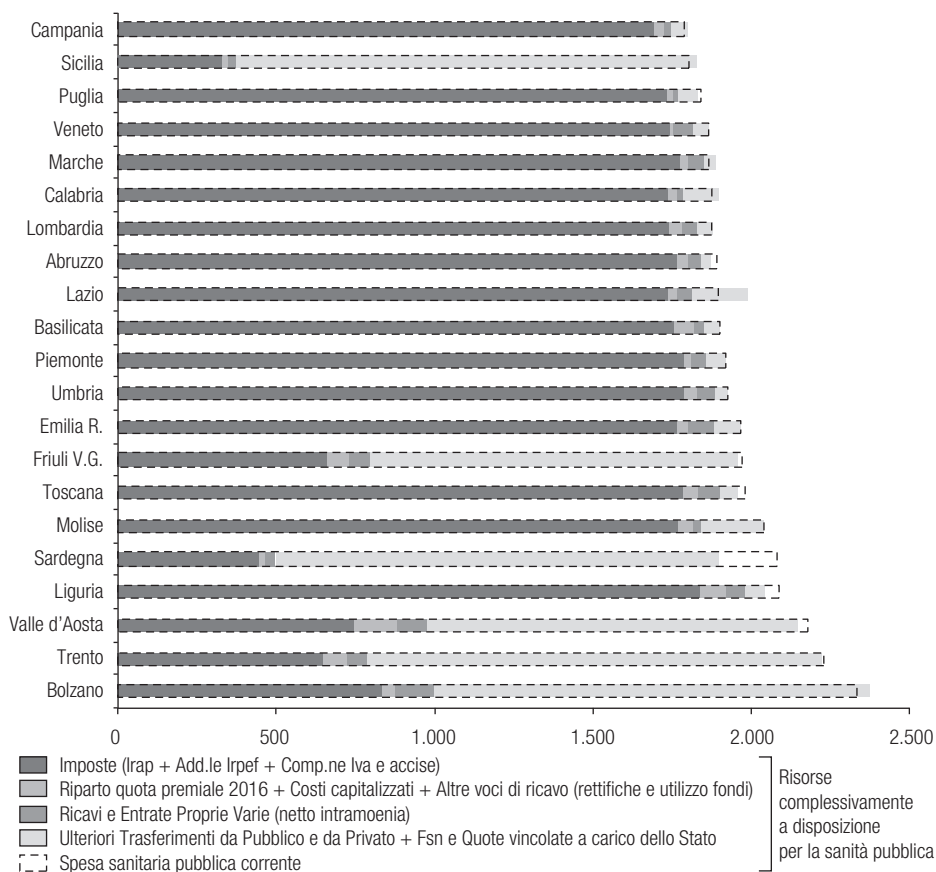
Tabella 5.11 Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2016)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	-2	-5	-21	-13	-57	-6	-8
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	-2	-1	-7	-3	50	4
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-22	-14	-2	-10	-6	-15	-3
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	42	5	-11	422	-10
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	190	-2	-1	-25	7
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-13	-162	-42	-46	-56	-8	-5
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-15	-17	62	-16	-23	-31	15
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	13	78	64	95	71
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-29	-55	10	-1	-14	8	-2
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	2	25	-8	26	89
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-20	-7	-10	-5	-6
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	2	-21	-50	-61	-62	-66	-28
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.031	775	-204	-31	-0	-3	-547
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-48	-53	-7	0	24
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	33	70	40	26	-2
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	478	245	-148	-63	-183	-128	-74
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	322	108	-4	5	-5	-10	38
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	28	31	-7	-2	-1	7	-2
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	-44	-76	-41	-46	-44
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	31	13	-324	-120	-55	-16	-143
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	149	173	-18	-10	216	339	297
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	614	-329
<i>Nord</i>	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	17	-133	250	-11	-107	489	68
<i>Centro</i>	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.041	728	-272	-74	-80	-47	-491
<i>Sud e Isole</i>	1.683	1.461	1.224	2.434	3.597	2.250	2.178	2.043	1.932	1.138	666	-561	-248	-36	172	94

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 (2017)

Figura 5.8 **Copertura della spesa sanitaria pubblica tramite finanziamento indistinto (2016)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

iii) le risorse aggiuntive aziendali. Tale informazione permette di valutare quali Regioni riescono maggiormente a contenere la spesa nei limiti delle risorse a disposizione e quali, invece, fanno ricorso ad altre voci di ricavo (o al disavanzo) per integrarle. Si segnala che 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 ai tributi regionali.

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 determinato, nel corso degli anni, gli elevati livelli di disavanzo sanitario. L'imposizione di interventi strutturali avrebbe dovuto consentire non solo il recupero del disavanzo pregresso, ma soprattutto il cambiamento verso una gestione sostenibile del sistema sanitario, ponendo le condizioni per operare in equilibrio di bilancio a partire dal 2010. Sette Regioni (Liguria, Abruzzo, Lazio, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna) 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 Sardegna⁵¹. Inoltre, a marzo 2017, dopo oltre sei anni dalla sottoscrizione, il Piemonte è uscito dal Piano di rientro dal debito sanitario.

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 commissariate⁵² 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 2010-2012⁵³. Tra le sette Regioni a luglio 2017 in PdR⁵⁴, quelle che hanno pubblicato i PO per il

⁵¹ 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)

⁵² Per il dettaglio sulla procedura di commissariamento si rimanda al Capitolo 3 del Rapporto Oasi 2010 (Armeni, 2010)

⁵³ 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.

⁵⁴ Le Regioni in PdR a luglio 2017 sono: Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Sicilia.

proseguimento dei piani per il triennio 2013 – 2015 sono Abruzzo, Campania, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia.

A ottobre 2017 le Regioni commissariate sono cinque: Abruzzo, Lazio, Molise, Campania e Calabria (Tabella 5.12).

Il rispetto dei vincoli di bilancio non deve però tradursi, nelle Regioni in PdR, in un peggioramento della qualità dell'offerta sanitaria pubblica; pertanto l'erogazione dei LEA viene costantemente monitorata dal Comitato LEA⁵⁵ 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 Lea⁵⁶ delle sette regioni in PdR, cinque sono risultate inadempienti nel 2015: sono ancora sotto 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 oltre 30 punti. Ma ad aver peggiorato le performance sono anche Puglia, Molise e Sicilia.

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

Tabella 5.12 Le Regioni in PdR, Commissariate, e il punteggio in griglia LEA (2017)

Regioni in PdR	Commissariamento	Punteggio Griglia LEA
Piemonte		205
Lazio		176
Abruzzo		182
Molise	X	156
Puglia	X	155
Campania	X	106
Calabria	X	147
Sicilia	X	153

⁵⁵ 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 Livelli Essenziali di Assistenza, cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza 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.

⁵⁶ 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 ($130 \leq$ punteggio < 160) e critica (punteggio < 130).

situazioni critiche in termini di *performance* economiche e/o di esiti clinici la redazione di un piano di rientro aziendale.⁵⁷

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 2012⁵⁸). Per le Regioni sottoposte a PdR che non raggiungono gli obiettivi fissati nei rispettivi piani, scatta l'applicazione automatica di un ulteriore incremento dello 0,30% (art. 2, comma 6 D.lgs 120/2013)⁵⁹.

Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF superiori alla minima dell'1,23% sono attualmente presenti in 15 Regioni⁶⁰. L'unica variazione intervenuta nel 2017 rispetto al 2016 (Tabella 5.13) riguarda l'aumento del numero degli scaglioni in Lazio, che da due nel 2016 passa a cinque nel 2017.

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 2017 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%⁶¹, 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 raggiun-

⁵⁷ Vedi nota 11.

⁵⁸ Ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del D.lgs 201/2011 convertito nella L. 214/2011, a decorrere dall'anno di imposta 2011, l'aliquota base è aumentata di 0,33 punti percentuali, passando da 0,9% a 1,23%. Tale aliquota (1,23%) può essere innalzata dalle Regioni fino ad un massimo dell'1,73%. Il D.lgs 76/2013 inoltre prevede per le Regioni a statuto speciale, a decorrere dall'anno 2014, la possibilità di aumentare fino a un massimo dell'1% l'aliquota base dell'IRPEF.

⁵⁹ 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).

⁶⁰ Informazione aggiornata al 18 luglio 2017.

⁶¹ Come previsto dall'art. 1, comma 50, lett. h della L.244/2007 (esclusi i casi previsti dal comma 2 dell'art. 16 e dai commi 1 e 2 dell'art. 45 D.lgs. n. 446/1997), che ha modificato la precedente aliquota base pari a 4,25%, portandola al 3,90%.

Tabella 5.13 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2016-2016)**

Regioni	2016		2017		Differenza rispetto al 2016
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Piemonte	fino a 15.000,00	1,62	fino a 15.000,00	1,62	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	
	oltre 75.000,00	3,33	oltre 75.000,00	3,33	
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Lombardia	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,74	oltre 75.000,00	1,74	
Bolzano	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Trento	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Veneto	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Friuli Venezia Giulia	fino a 15.000,00	0,70	fino a 15.000,00	0,70	-
	oltre 15.000,00	1,23	oltre 15.000,00	1,23	
Liguria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Toscana	fino a 15.000,00	1,42	fino a 15.000,00	1,42	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Umbria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,83	oltre 75.000,00	1,83	

Tabella 5.13 (segue)

Regioni	2016		2017		Differenza rispetto al 2016
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Marche	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Lazio	fino a 15.000,00	1,73	fino a 15.000,00	1,73	Modifica scaglioni
	superiori a 15.000,00	3,33	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,73	
			da 28.000,01 a 55.000,00	2,93	
			da 55.000,01 a 75.000,00	3,23	
			oltre 75.000,00	3,33	
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	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Calabria	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Sicilia	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Sardegna	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2017)

no gli obiettivi del PdR⁶² (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 (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se contemporaneamente

⁶² 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.

sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti (per esempio coloro che operano nel settore agricolo). Per il 2017, 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 P.P.A.A. 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 2017 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, non si registrano variazioni rispetto a quanto riportato nel Rapporto 2011 (Armeni 2011), al quale, pertanto, si rinvia. Riguardo alle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale, la normativa nazionale prevede un ticket massimo sulle prestazioni pari a 36,15 euro e una quota fissa di 10 euro (superticket)⁶³. Ogni Regione può applicare o non applicare autonomamente il superticket. La situazione, in particolare, è la seguente:

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

Riguardo alle compartecipazioni alla spesa farmaceutica si segnala che a luglio 2017 (data di aggiornamento del presente Rapporto) non viene applicato alcun

⁶³ Introdotto con la L. 111/2011.

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 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 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).

Tabella 5.14 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate**

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

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

La Tabella 5.14 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni⁶⁴.

5.5 Conclusioni

La spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è ormai tendenzialmente stabile, sebbene le rielaborazioni dei dati portino alla luce un disavanzo nel 2015. L'efficacia complessiva delle manovre di contenimento ha permesso al sistema di chiudere l'esercizio 2016, ai dati attuali, con un avanzo di 329 milioni di euro, confermando la capacità del sistema di mantenere l'equilibrio economico-finanziario complessivo per il quarto anno di seguito. A frenare la crescita della spesa è soprattutto la spesa per il personale, in calo dal 2010 ad un tasso medio annuo dell'1,1% e la farmaceutica convenzionata che diminuisce dal 2010 mediamente del 4,9% ogni anno. La diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata è da leggere soprattutto in funzione della diffusione delle forme alternative di distribuzione dei farmaci e del numero rilevante di scadenze brevettuali degli ultimi anni; la dinamica della spesa per il personale è, invece, più problematica in quanto legata ai limiti imposti al turnover, con conseguenti potenziali difficoltà nel garantire la necessaria copertura professionale. Crescono, invece, gli acquisti di beni e servizi (CAGR 2010-2016 pari a 2,7%) soprattutto con riferimento alla componente sanitaria, indicando una concentrazione di risorse sull'innovazione tecnologica. Degno di nota è l'aumento della spesa per riparazioni e manutenzioni, probabile indicatore di uno stock di capitale che invecchia e mostra segni di obsolescenza. La spesa privata è aumentata nel 2016 dello 0,3% rispetto al 2015, anno in cui era però cresciuta del 4%. La componente privata della spesa sanitaria è naturalmente più legata alle dinamiche del ciclo economico ma le sue variazioni non sono speculari a quelle della spesa pubblica che mostra anch'essa una certa prociclicità.

La complessiva stabilità a livello nazionale nasconde, tuttavia, una rilevante eterogeneità a livello regionale, non tanto con riferimento ai risultati d'esercizio, ma soprattutto in relazione alla variabilità della spesa e dell'incidenza di quest'ultima sul PIL regionale. In particolare, emerge come la variabilità regio-

⁶⁴ 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 Consp, 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).

nale della spesa sanitaria pubblica pro-capite sia in diminuzione, segnalando come il costo dell'assistenza si stia lentamente omogenizzando. Questa tendenza è ancora più visibile se si tiene conto della mobilità, testimoniando come la domanda reale di servizi sia poco variabile sul territorio. Al contrario, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale aumenta. Questa evidenza segnala il contrasto tra un sistema che, da un lato, tende ad uniformare le funzioni di costo e, dall'altro, si finanzia a partire da sistemi economici locali sempre più diversi tra loro. Si tratta di una dinamica da tenere in cauta considerazione al fine di mantenere l'unità del SSN non solo in termini di costi ma anche in termini di reperimento delle risorse che contribuiscono al suo finanziamento.

Bibliografia

- Amoroso N., Armeni P., Costa F. (2016), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in *CERGAS – Bocconi (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2016*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E., Sicilia M. (2010), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2011), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Ferrè F. (2012), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Costa F. (2015), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in *CERGAS – Bocconi (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, Milano, EGEA.
- Cantù E., Notarnicola E., Anessi Pessina E. (2015), «L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche», in CER-

- GAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, Milano, EGEA.
- CIPE (2015), Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2015. Richiesta di intesa alla conferenza Stato Regioni.
- Corte dei Conti (2017), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2017.
- Corte dei Conti (2016), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2016.
- Corte dei Conti (2015), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015.
- ISTAT (2016), *Statistiche demografiche*, <http://demo.istat.it/pop2016/index.html> (ultimo accesso, 8 giugno 2016).
- ISTAT (2016), *Conti nazionali*, <http://www.istat.it/it/conti-nazionali> (ultimo accesso, 8 giugno 2016).
- ISTAT (2016), *Rapporto annuale 2016 – La situazione del Paese*, <http://www.istat.it/it/archivio/185497> (ultimo accesso, 5 luglio 2016).
- Jommi C., Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2015), Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2016), Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 3.

