

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2013

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 mondo della sanità italiana, adottando l'approccio economico-aziendale. OASI rappresenta un tavolo comune dove ricercatori e professionisti 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 2013:

- presenta l'assetto complessivo del SSN, del settore sanitario (con un particolare focus sui consumi privati), nonché del sistema socio-sanitario e i principali dati che li caratterizzano (parametri di struttura, di attività, di spesa), anche in una prospettiva di confronto internazionale;
- approfondisce quattro temi di *policy* rilevanti per il sistema sanitario: gli investimenti e le relative modalità di finanziamento, la gestione dei tempi di pagamento, la selezione dei Direttori Generali, l'evoluzione del ruolo delle Società Medico Scientifiche;
- a livello aziendale, discute lo sviluppo di due innovazioni, il *lean management* e il fascicolo sanitario elettronico; propone due tematiche rilevanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie: il cambiamento dello *skill mix* e la gestione di assenze (permessi *ex lege* 104/92) e inidoneità alla mansione; approfondisce i sistemi multidimensionali di misurazione della performance e i nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario (*HealthCare Retailization*).

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Negli ultimi 35 anni, il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e alla diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in sanità; introduzione di 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 sanitarie) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



150 Years
Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5122-1



9 788823 851221

€ 60,00

www.egeaonline.it



Rapporto OASI 2013

CERGAS - Bocconi

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE SULLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea



Collana CERGAS

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





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 Egea

5 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*

di Patrizio Armeni e Francesca Ferré¹

5.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati relativi alla spesa sanitaria e ai disavanzi nazionali e regionali, e presenta le misure decise a livello centrale e dalle Regioni a parziale copertura di questi ultimi. Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria, si rimanda all'Allegato al capitolo 3 del Rapporto 2009 (Armeni, 2009). Per questo capitolo, i dati di spesa sanitaria pubblica sono tratti dal Rapporto Sanità della RGSEP (Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese) nella versione disponibile sul sito del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL) e Osservatorio Farmaci del CERGAS (dettaglio della spesa farmaceutica). Il capitolo è così strutturato: nel paragrafo 5.2 sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e ricavi) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il paragrafo 5.3 è, invece, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa. Infine, nel paragrafo 5.4 è analizzata l'evoluzione dei disavanzi a livello regionale e sono riportate le principali misure di copertura degli stessi attivati.

5.2 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

5.2.1 Il finanziamento del SSN

Per «finanziamento del SSN» si fa, in genere, riferimento a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria:

* I dati di spesa relativi al 2012 sono provvisori e potranno subire variazioni in sede di pubblicazione della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese.

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 5.1, 5.2.2 e 5.3 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni, e i §§ 5.2.1 e 5.4 sono da attribuirsi a Francesca Ferré.

si tratta, quindi, di una voce di preventivo. Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'insieme dei ricavi del SSN, rilevati a consuntivo, tra cui rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN e i trasferimenti da privati. 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 Finanziaria e di Patto per la Salute, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ▶ ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e 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 ricavi e entrate proprie.

Infine, è da rilevare che, i dati della RGSEP non corrispondono ai totali di ricavo così come risultanti dai modelli Conto Economico (CE) presenti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). In particolare, in luogo dei contributi in conto esercizio, rappresentati dalla quota del Fondo Sanitario Regionale (FSR) che ciascuna Regione e Provincia Autonoma attribuisce alle proprie Aziende sanitarie, la RGSEP considera le quote di finanziamento assegnate con delibera CIPE a ciascuna Regione e Provincia Autonoma per l'anno di competenza. Tale correzione si rende necessaria anche a fronte dei diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione delle queste voci di bilancio adottati da ciascuna Regione e Provincia Autonoma, al fine di annullare le disomogeneità e di uniformare le situazioni economiche territoriali, rendendole confrontabili anche nel tempo².

Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato

Per l'anno 2012, il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 107,961 miliardi di euro. Alla definizione di tale finanziamento hanno concorso diverse disposizioni normative, di seguito brevemente richiamate. Il valore iniziale, pari a 108,780 miliardi di euro, è stato fissato dalla Conferenza Stato-Regioni il 9 novembre 2011, come somma di:

- ▶ 111,644 miliardi di euro previsti dal Patto della Salute 2010-2012, al netto dell'importo di 50 milioni per l'ospedale pediatrico Bambin Gesù;

² La correzione non riguarda la quota di contributi finanziati con risorse proprie regionali.

- ▶ 167,8 milioni di euro per la sanità penitenziaria, come previsto dall'art 2, comma 6 della L. 244/2007.

A questo importo, pari a 111,812 miliardi di euro, sono stati sottratti:

- ▶ 466 milioni di euro per la copertura delle risorse aggiuntive per il finanziamento del SSN a carico del bilancio dello Stato per l'anno 2011 (art. 2, comma 67, della L.191/2009, attuativa del Patto per la Salute 2010-2012);
- ▶ 834 milioni di euro per introduzione della quota fissa per ricetta specialistica ambulatoriale (L.111/2011);
- ▶ 1.132 milioni di euro, per le economie realizzabili in materia di contrattazione collettiva nazionale del personale del comparto SSN (art. 9, comma 16 del DL 78/2010, convertito dalla L. 122/2010);
- ▶ 600 milioni di euro per le economie realizzabili nella spesa farmaceutica (L. 122/2010).

Lo stanziamento iniziale di 108,780 miliardi di euro così definito viene però ridotto in corso d'anno a seguito della *spending review* (art.15 comma 22 della L.135/2012) ed è quindi rideterminato nella cifra di 107,961miliardi di euro. In merito alla destinazione di tale finanziamento, lo stanziamento è diviso in cinque componenti (Tabella 5.1):

1. Finanziamento indistinto: 105,063 miliardi di euro. Questo valore, ottenuto come differenza tra lo stanziamento totale e gli stanziamenti vincolati e accantonamenti (di cui sotto), è destinato alla copertura del fabbisogno c.d. indistinto, genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
2. Finanziamento finalizzato: 269 milioni di euro;
3. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.: 1.795 milioni di euro;
4. Finanziamento vincolato per altri enti: 573,933 milioni di euro;
5. Accantonamenti: 260 milioni di euro.

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2012 e le variazioni rispetto al 2011 sono contenute nella Tabella 5.1. Da evidenziare come per il 2012 nel finanziamento vincolato (4) per altri enti, la voce «finanziamento agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali» è separata rispetto alla voce «oneri contrattuali» del relativo personale. Nel 2011 non erano inoltre previste le risorse per accantonamenti (5).

I ricavi del SSN

Le risorse destinate al finanziamento del SSN (inteso come ricavi) per l'anno 2012 (Tabella 5.2), al netto dei ricavi della gestione straordinaria e quelli dell'intramoenia, che sono portati in detrazione a livello di spesa, ammontano com-

Tabella 5.1 **Articolazione delle risorse finanziarie 2012 e variazione 2011-2012**

Risorse finanziarie	Milioni di Euro	Variazione 2011-2012
1. Finanziamento indistinto	105.063	1,71%
2. Finanziamento finalizzato	269	-59,79%
2.1 Rinnovo convenzioni SSN	69	0,00%
2.2 Regolarizzazione cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona	200	0,00%
2.3 Copertura dell'abolizione dei ticket sulla specialistica ambulatoriale	-	-100,00%
3. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PPA.	1.795	-2,91%
3.1 Obiettivi PSN	1.453	-1,59%
3.2 Prevenzione AIDS	49	-0,01%
3.3 Emergenza veterinaria	10	-75,00%
3.4 Borse di studio triennali medici medicina generale	39	-0,01%
3.5 Fondo per l'esclusività del rapporto personale dirigente ruolo sanitario	30	0,01%
3.6 Assistenza extracomunitari irregolari	31	0,00%
3.7 Attività di medicina penitenziaria	7	-2,29%
3.8 Prevenzione e cura fibrosi cistica	4	0,00%
3.9 Providenze economiche agli Hanseniani	4	0,00%
3.10 Accantonamenti medicina penitenziaria	168	-0,12%
4. Finanziamento vincolato per altri enti	574	0,51%
4.1 Borse di studio specializzandi	173	0,00%
4.2 Istituti zooprofilattici sperimentali	240	0,80%
4.3 Croce Rossa Italiana	143	1,00%
4.4 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	13	n.d.
4.5 Mutui CC.DD.PP.	3	0,00%
4.6 Centro Nazionale Trapianti	2	0,00%
5. Accantonamenti	260	n.d.
5.1 Maggiori oneri per accertamenti medico legali dip. pubblici	70	n.d.
5.2 Sistemi sanzionatori e premianti regioni, provincie e comuni	109	n.d.
5.3 Oneri superamento Ospedali psichiatrici giudiziari	38	n.d.
5.4 Interventi su immigrati irregolari	43	n.d.
TOTALE	107.961	1,42%

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012) e CIPE (2012)

plessivamente a 112,641 miliardi di euro, di cui 111,994 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province Autonome e 0,647 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato³. Tali valori includono le risorse

³ 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), Centro Nazionale Trapianti, altre Amministrazioni pubbliche, in applicazione dell'articolo 17, comma 5, del decreto-legge 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011 in materia di accertamenti medico-legali ai pubblici dipendenti. Per questi enti la spesa ammonta, nel 2012 a 0,647 miliardi di euro, in crescita dell'1% rispetto al 2011.

Tabella 5.2 **Articolazione dei ricavi 2012 e variazione 2011-2012**

Ricavi	Milioni di Euro	Variazione 2011-2012
1. Regioni e PPA.	111,994	0,98%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	39,902	4,60%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	52,969	-1,55%
1.3 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	10,367	-3,58%
1.4 Ricavi e Entrate Proprie varie	3,077	-1,22%
1.5 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,004	-0,04%
1.6 Costi capitalizzati	1,611	0,05%
1.7 Rettifiche e utilizzo fondi ⁽¹⁾	0,064	n.d.
2. Altri enti del SSN	0,647	1,00%
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,647	1,00%
TOTALE	112,641	0,98%

Nota (1): posta introdotta a partire dall'anno 2012 con il nuovo modello di rilevazione CE, a seguito della definizione di criteri contabili uniformi con il D.lgs 118/2011.

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

proprie regionali, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN, i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati. Inoltre, a partire dall'anno 2011 tale importo comprende anche i costi capitalizzati (1,611 miliardi di euro per il 2012). Quest'ultima 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.

Nel 2012, il rapporto tra ricavi netti⁴ del SSN e PIL si attesta al 7,2%, valore in linea rispetto ai tre anni precedenti. L'incremento percentuale dei ricavi netti rispetto al 2011 è del 2,7%, mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.852 euro.

Le voci che concorrono alla definizione dei ricavi complessivamente a disposizione del SSN nel 2012 e le variazioni rispetto al 2011 sono contenute nella Tabella 5.2 sopra riportata.

5.2.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del NSIS, aggiornati al 3 maggio 2013 (flusso del 4° trimestre 2012⁵) e riportati nella RGSEP, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN⁶ ha subito nel 2012 una crescita dello 0,8% rispetto al 2011, apparentemente inferio-

⁴ Vedi nota a Tabella 5.3.

⁵ Per il 2009 e il 2010 i dati sono aggiornati rispettivamente alla data del 18 agosto 2011 e dell'8 dicembre 2012, mentre per il 2011, l'ultimo aggiornamento è del 3 maggio 2013.

⁶ Regioni, Province Autonome e altri enti (cfr. nota 3).

re rispetto all'incremento registrato l'anno precedente, pari all'1,3%, che era, tuttavia, sovrastimato a causa dell'inclusione degli ammortamenti, non prevista in precedenza (Tabella 5.3). Al netto degli ammortamenti, infatti, la variazione della spesa sanitaria pubblica corrente tra il 2010 e il 2011 era stata pari allo 0,06%. La variazione tra il 2011 e il 2012 è, pertanto, superiore rispetto a quella registrata l'anno precedente, pur rimanendo uno dei dati di crescita più bassi degli ultimi anni. Poiché il PIL ha subito un calo nel 2012 dello 0,8%, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL è leggermente aumentata. Il dato suggerisce che, sebbene siano evidenti gli sforzi di contenimento della spesa sanitaria, essa rimane in parte non comprimibile e, in tempi di crisi, il suo peso sul PIL tende a crescere. Ad ulteriore conferma, è interessante notare come dal 2001 al 2012 il tasso di crescita medio annuo⁷ della spesa corrente pubblica sia stato del 3,5%, (a fronte dell'8,1% rilevato nel periodo 1995-2001) mentre il tasso di crescita medio annuo del PIL è stato pari al 2% nello stesso periodo (a fronte del 6,4% rilevato nel periodo 1995-2001).

La spesa sanitaria privata corrente mostra invece una diminuzione del 2,8% rispetto al 2011. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa pubblica fino al 2001 (con aumenti più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica), mostra tra il 2003 e il 2009 un aumento contenuto, sistematicamente inferiore alla spesa pubblica e con tendenza decrescente. Nel 2010 la spesa privata corrente era cresciuta dell'1,9%, ovvero circa il doppio rispetto alla spesa pubblica corrente. Nel 2011, i dati definitivi EUROSTAT hanno invece ribaltato il calo dell'1% riportato nel precedente Rapporto OASI con fonte ISTAT (Armeni e Ferré, 2012), evidenziando un incremento del 2,2%, nuovamente superiore rispetto all'aumento della spesa pubblica. Nell'ultimo anno, secondo quanto riportato nell'indagine sui consumi dei cittadini ISTAT, la spesa sanitaria privata è diminuita del 2,8%, pur in presenza di un aumento contenuto della spesa pubblica. Questo dato è piuttosto rilevante in quanto misura, almeno parzialmente, l'eventuale traslazione di alcuni voci di spesa dal pubblico al privato, tipicamente attuata per mezzo delle compartecipazioni. Dai dati emerge che l'introduzione o l'inasprimento di misure di compartecipazione ha contribuito a ridurre l'aumento della spesa pubblica, ma non sembra essersi trasferita in pari misura sui privati che, infatti, hanno ridotto il proprio consumo di beni e servizi sanitari. Un esempio di questo fenomeno è la reazione dei consumi in seguito alla reintroduzione in tutte le Regioni, del «superticket» sulla specialistica (D.L. 98/2011), una quota fissa di 10 euro per ricetta a carico dei soggetti non esenti sull'assistenza specialistica, in aggiunta al ticket già in vigore (pari alla tariffa delle singole prestazioni, fino all'importo massimo di 36,15 euro per

⁷ Il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (*compound average growth rate*), ovvero come tasso di crescita annuale composto. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a: $((\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{1/3}) - 1$.

ricetta⁸) come misura generale di contenimento della spesa sanitaria⁹ (Cantù e Ferré, 2012). I primi dati di esito sui consumi di prestazioni specialistiche dopo l'introduzione del «superticket» sono stati elaborati da Agenas confrontando i consumi e i ricavi tra il primo semestre 2011 e il primo semestre 2012 (Agenas, 2013). I risultati evidenziano un calo medio di circa l'8,5% nei consumi di prestazioni specialistiche, con una diminuzione maggiore negli esami di laboratorio rispetto a visite specialistiche e diagnostica strumentale. Rimane comunque una grande variabilità nei consumi di servizi specialistici tra le Regioni. I soggetti privati accreditati rispetto ai presidi pubblici registrano una riduzione più significativa di servizi erogati (rispettivamente -11,8% e -7,6%). Complessivamente, la diminuzione maggiore fa riferimento alle prestazioni non esenti da ticket (-17,2%). Gli introiti da compartecipazioni sulle prestazioni specialistiche sono aumentati rispetto al 2011 di 244 milioni di euro (+12,5%).

Oltre alle compartecipazioni, anche la diminuita capacità di spesa è da leggere come causa del decremento della spesa privata. Infatti, alcune prestazioni non coperte dal SSN sono state eliminate o procrastinate. Ciò si è verificato, ad esempio, per le cure dentali: come si rileva dai dati forniti dal Congresso Nazionale del Collegio dei Docenti di Odontoiatria: infatti, una famiglia italiana su tre ormai non può più permettersi le cure dentali per i figli¹⁰. Anche la Corte dei Conti, nella Memoria sul Rendiconto Generale dello Stato, sottolinea la crisi che ha investito nell'ultimo anno la sanità privata. Nella Tabella 5.4 sono riportate, nel dettaglio le voci di spesa privata più rilevanti. Come si può notare, la componente principale di spesa privata riguarda i servizi ambulatoriali (10,5 miliardi di euro), seguita dalla spesa per farmaci (9,1 miliardi di euro), da quella per servizi ospedalieri (4,5 miliardi di euro) e per dispositivi medici (3,7 miliardi di euro).

Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica¹¹ + privata) è rimasta costante, nel 2012, rispetto al 2011 (140,77 miliardi di Euro pari al 9% del PIL, Tabella 5.3).

⁸ Tale limite, in Calabria è stato aumentato a 45 euro + 1 euro di quota fissa e in Sardegna è di 46,15 euro. La Campania ha introdotto il pagamento di un'ulteriore quota di 10 euro e in Lazio e nel Molise sono previste ulteriori quote per specifiche prestazioni. In Veneto, al fine di agevolare i pazienti, il limite è calcolato su un tariffario che prevede valori più bassi rispetto a quelli in vigore per il pagamento degli erogatori.

⁹ Rispetto a questo disposto normativo le Regioni hanno fatto scelte differenziate nell'applicazione della compartecipazione. Si è assistito a Regioni in cui il ticket è stato applicato subito senza modifiche (Lazio, Liguria, Calabria, Puglia, Sicilia, Campania, Friuli Venezia Giulia, Marche e Molise); Regioni che hanno scelto di non applicare il nuovo ticket (Valle d'Aosta, PA di Trento e Bolzano) o, di applicarlo in modo simbolico (Sardegna); Regioni che hanno modulato i ticket per le prestazioni di specialistica in base al reddito familiare (Veneto, Abruzzo, Emilia Romagna, Toscana e Umbria); Regioni che hanno scelto di proporzionare il ticket in base al valore delle prestazioni (Lombardia, Piemonte e Basilicata).

¹⁰ http://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=14526

¹¹ Inclusi gli ammortamenti per il 2011 e il 2012.

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

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	'90/'12	'90/'95	'95/'01	'01/'12
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	96.797	111.331	112.809	113.683	4,7%	3,3%	8,1%	3,5%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	6,1%	1,0%	1,3%	0,8%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	75,6%	79,5%	80,3%	80,2%	80,8%				
- % sul PIL	4,6%	5,6%	5,9%	6,7%	7,2%	7,1%	7,3%				
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	91.062	109.135	111.548	112.641	5,5%	6,6%	7,5%	3,9%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	7,4%	2,1%	2,2%	1,0%				
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-6.735	-2.196	-1.261	-1.043				
- variazione %	-74,5%	-13,9%	-10,7%	-34,7%	-42,6%	-17,3%	-0,9%				
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-6,3%	-2,0%	-1,1%	-0,9%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	22.640	24.997	27.250	27.860	27.087	5,3%	14,7%	4,3%	1,8%
- variazione %	-	13,0%	-4,6%	0,3%	1,9%	2,2%	-2,8%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	24,4%	20,5%	19,7%	19,8%	19,2%				
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	92.813	121.793	138.580	140.669	140.770	4,8%	5,7%	7,1%	3,2%
- variazione %	-	2,7%	6,8%	4,9%	1,2%	1,5%	0,1%				
- % sul PIL	5,6%	7,6%	7,7%	8,5%	8,9%	8,9%	9,0%				
PIL	895.949	865.499	1.198.292	1.436.380	1.551.886	1.578.497	1.565.916	2,6%	-0,7%	6,4%	2,0%
- variazione %	-	-2,9%	5,7%	2,8%	2,1%	1,7%	-0,8%				

Ricavi netti : ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e dell'intraoena.

Note

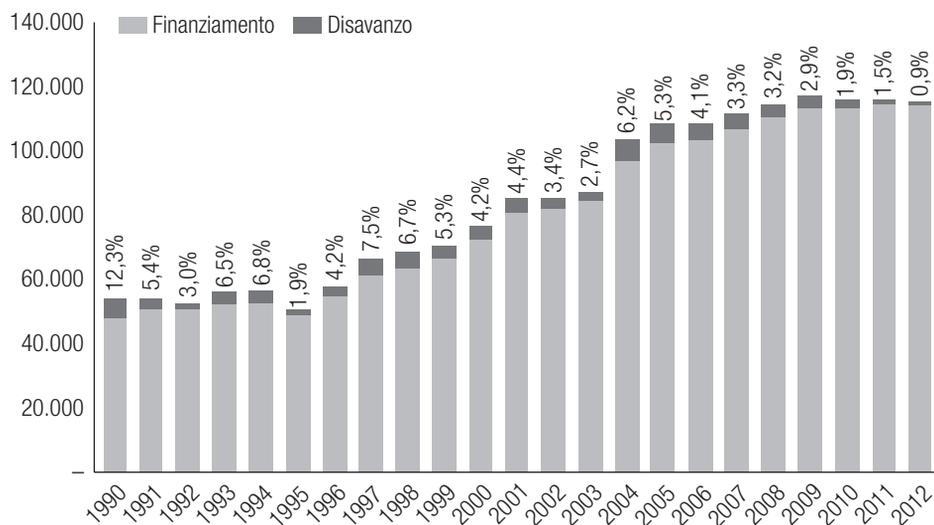
- Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di consuntivo per gli anni fino al 2010; al IV trimestre per l'anno 2012 (questi ultimi risultano aggiornati alla data del 3 maggio 2013).
- Per Spesa SSN (corrente) si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e il saldo relativo all'intraoena. Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Spedialiera accreditata». È esclusa la svalutazione di crediti e attività finanziarie e, fino al 2010, gli ammortamenti. A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti e nei finanziamenti i costi capitalizzati, 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.
- Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti (vedi nota 3).
- La voce «Ricavi netti» comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intraoena. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse 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.
- L'ammontare complessivo della spesa per il 4° trimestre 2012 non può ritenersi definitivo, dal momento che, con specifico riferimento alle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro, è in corso l'attività di verifica della contabilizzazione delle informazioni trasmesse al NSIS, la cui conclusione potrebbe essere posteriore alla data di aggiornamento della RGSEP.
- I dati relativi al PIL sono di fonte ISTAT.
- La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da EUROSTAT come somma della spesa per consumi delle famiglie per le serie: «Medical products, appliances and equipment», «Out-patient services» e «Hospital services». La variazione tra 2011 e 2012 (-2,8%) è stata stimata dall'ISTAT nell'«Indagine sui consumi delle Famiglie».

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012), EUROSTAT (2013) e ISTAT (2013)

Tabella 5.4 **Composizione della spesa sanitaria privata corrente (2000-2011)**

Voce di spesa	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Farmaci	7.994	7.281	7.897	8.458	8.664	8.777	9.189	9.245	9.379	9.045	8.901	9.106
Dispositivi medici	3.087	2.813	3.220	3.206	3.360	3.458	3.431	3.571	3.716	3.653	3.943	3.739
Servizi ospedalieri	3.419	3.610	3.657	3.576	3.619	3.659	3.724	3.690	3.887	4.119	4.215	4.515
Servizi Ambulatoriali	8.140	8.517	8.548	8.589	9.284	9.102	9.491	9.697	10.250	9.916	10.191	10.500
Totale	22.640	22.221	23.323	23.828	24.927	24.997	25.835	26.202	27.232	26.734	27.250	27.860

Fonte: EUROSTAT (2013)

Figura 5.1 **Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2012)**

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

A fronte della spesa pubblica, i ricavi netti complessivi del SSN (vedi *supra* §5.2.1) nel 2012 sono stati pari a 112,641 miliardi di euro, in aumento dell'1% rispetto al 2011. Il disavanzo pubblico, infine, si attesta nel 2012 a 1,04 miliardi di euro (0,9% della spesa sanitaria pubblica corrente), in calo del 17,3% rispetto al 2011. Nel § 5.4 vengono analizzate in dettaglio le misure di copertura dei disavanzi adottate dalle Regioni.

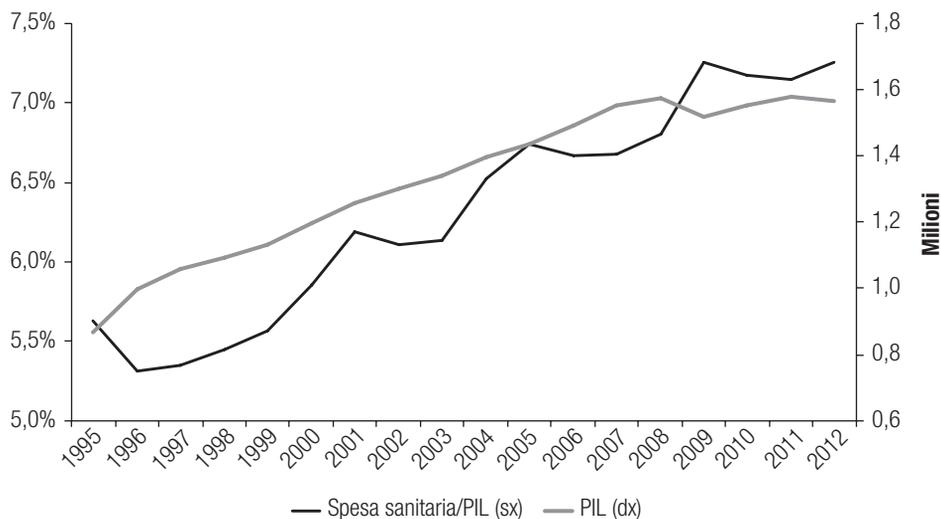
La lettura storica dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL permette di ripercorrere le principali tappe evolutive dell'approccio alla gestione delle risorse finanziarie per la sanità, con particolare riferimento alle azioni di conteni-

mento della spesa (Figura 5.2). Innanzitutto, l'andamento particolarmente contrastato della serie spesa sanitaria/PIL si contrappone alla crescita regolare del PIL, segnalando che la dinamica della spesa sanitaria è influenzata da elementi, come le politiche pubbliche, in grado di indirizzarne l'evoluzione¹². 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 di 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 spesa¹³, 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 triennio 2008-2009, il peso della spesa sanitaria sul PIL ha risentito del rallentamento della crescita macroeconomica, particolarmente evidente tra il 2008 e 2009, anno in cui il rapporto ha raggiunto il picco del 7,3%. Nel biennio successivo la spesa ha subito un ulteriore rallentamento, indotto anche dalle numerose manovre di correzione degli stanziamenti inizialmente previsti. Infine, nel 2012, complice anche il rallentamento del PIL (-0,8% rispetto al 2011), il peso della spesa sanitaria torna su livelli simili a quelli del 2009 (7,2%; Figura 5.2), nonostante la crescita contenuta della spesa. Alla base della variazione contenuta della spesa vi sono principalmente le manovre di contenimento attivate nel corso dell'anno. Ad esempio, a livello nazionale, a decorrere dal 2010 è attivo il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro e, per il 2011 sono stati previsti diversi interventi in materia di farmaci. Sul 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 Piano di Rientro (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 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 5.5 mostra come il comparto della sanità assorba una quota di spesa del 24,4%,

¹² Cfr. nota 25 al capitolo 3, Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

¹³ Cfr. nota 26 al capitolo 3 del Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

Figura 5.2 **PIL e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (1990-2012)**

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011) e ISTAT (2012)

mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (68,1%). L'andamento tendenziale degli ultimi 11 anni evidenzia come la spesa per la sanità sia cresciuta mediamente in modo minore (CAGR +3,5%) rispetto alla spesa per assistenza¹⁴ e previdenza¹⁵ (CAGR +4,7% e +3,9%, rispettivamente). Interessante anche l'andamento della spesa per assistenza, che nel 2009 era cresciuta del 11,3%¹⁶, 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 -2,9% nel 2010 e a -2,5% nel 2011, malgrado lo stento della ripresa economica¹⁷. Anche nel 2012 questa voce evidenzia una diminuzione, ma inferiore rispetto al biennio precedente (-1,1%). Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta nel 2012 dell'1,3%, tra i valori più bassi della serie storica (anno iniziale, 1990), secondo solo al dato 2011 (+1,1%).

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classifica-

¹⁴ Rientrano in questo aggregato: pensione e assegno sociale, pensione di guerra, prestazioni agli invalidi civili, prestazioni ai non vedenti e non udenti, altre assegni e sussidi.

¹⁵ 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.

¹⁶ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica, si rimanda all'Allegato contenuto nel Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009).

¹⁷ 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 condizioni di difficoltà.

Tabella 5.5 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2005; 2010-2012)

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	Tasso crescita medio '90/'12	Tasso crescita medio '90/'95	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'12
Sanità											
spesa (milioni Euro)	38.790	44.642	63.781	89.962	104.711	103.609	102.791	4,5%	2,9%	7,9%	3,5%
% sul totale	26,5%	22,1%	24,2%	26,6%	25,4%	24,9%	24,4%				
var. %	-	-1,0%	12,5%	6,6%	2,0%	-1,1%	-0,8%				
Previdenza											
spesa (milioni Euro)	96.413	142.200	182.314	222.917	274.125	280.654	287.418	5,1%	8,1%	4,8%	3,9%
% sul totale	65,7%	70,3%	69,1%	65,8%	66,5%	67,4%	68,1%				
var. %	-	4,9%	2,7%	3,3%	3,2%	2,4%	2,4%				
Assistenza											
spesa (milioni Euro)	11.447	15.473	17.802	25.689	33.119	32.275	31.928	4,8%	6,2%	3,7%	4,7%
% sul totale	7,8%	7,6%	6,7%	7,6%	8,0%	7,7%	7,6%				
var. %	-	1,9%	5,9%	2,3%	-2,9%	-2,5%	-1,1%				
Totale	146.650	202.315	263.897	338.568	411.955	416.538	422.137	4,9%	6,6%	5,4%	3,9%
var. %	-	3,3%	5,2%	4,1%	2,4%	1,1%	1,3%				

Fonte: ISTAT (2013)

zione «economica»¹⁸, 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. Nel 2010, la «Relazione sul rendiconto generale dello Stato» della Corte dei Conti ha pubblicato una classificazione delle voci di Conto Economico, basate su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze e dell'Istat, dalla quale è possibile ricostruire, pur con un certo grado di approssimazione, il peso complessivo dell'assistenza ospedaliera a carico SSN sulla spesa sanitaria pubblica complessiva. In particolare, l'assistenza ospedaliera erogata in strutture pubbliche rappresentava circa il 44% delle uscite correnti del SSN, mentre la spesa per assistenza in case di cura private, circa l'8%. L'assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata rappresentava nel 2010, pertanto, il 52% delle uscite correnti del SSN, e non si evidenziavano particolari variazioni dal 2006. Tuttavia, questa stima non è stata aggiornata al 2012. Inoltre, da alcuni anni, Regioni e aziende inviano al ministero i modelli LA (dati di costo per Livello Assistenziale), ma tali dati non vengono considerati affidabili (Cantù, 2012).

Un ulteriore elemento di attenzione da sottolineare ai fini della lettura storica dei dati di spesa è l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale. In particolare, a partire dal 2000, vengono aggiunte voci precedentemente non previste, quali accantonamenti, variazioni delle rimanenze, minusvalenze, sopravvenienze passive (tra cui gli oneri per arretrati nei contratti e nelle convenzioni), insussistenze dell'attivo. Dal 2011 sono inseriti anche gli ammortamenti e i costi capitalizzati, mentre dal 2012 sono comprese anche le voci di rettifica e utilizzo fondi. Gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante¹⁹.

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*).

Nella Tabella 5.6 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

¹⁸ 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.

¹⁹ Cfr. capitolo 4 del Rapporto OASI 2010 (Anessi Pessina e Sicilia, 2010), che analizza in modo approfondito i bilanci delle Aziende sanitarie, mostrando l'incidenza delle diverse componenti di ricavo e costo e il capitolo 3 del Rapporto OASI 2012 (Armeni e Ferré, 2012) per un'analisi dell'impatto dell'inclusione di alcune voci di dettaglio.

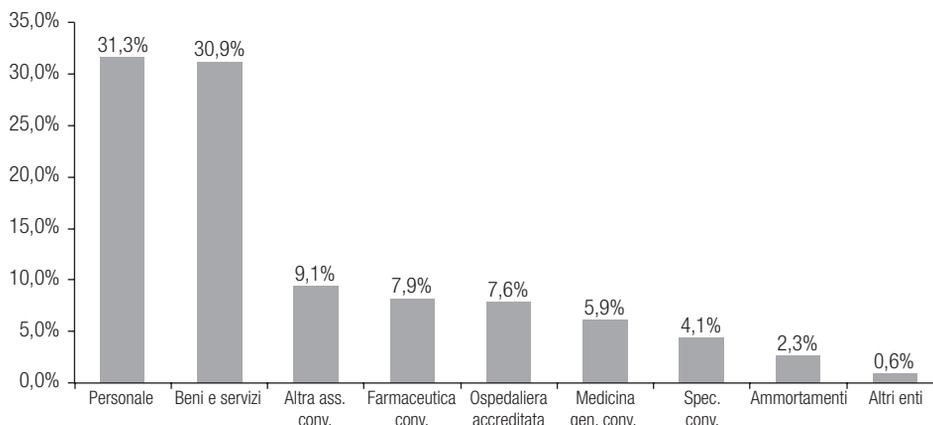
Tabella 5.6 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000; 2005; 2010-2012)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	Tasso crescita medio '90/'12	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '90/'95	Tasso crescita medio '01/'12
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	31.759	36.674	36.101	35.606	3,6%	4,7%	4,8%	2,6%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	26.611	33.103	34.422	35.159	7,4%	10,5%	4,8%	6,9%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	5.691	6.541	6.626	6.664	4,6%	7,9%	2,8%	3,6%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.894	10.913	9.862	9.011	1,0%	14,6%	-6,7%	-2,3%
Ospedaliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.147	8.849	8.641	8.659	3,5%	6,6%	6,4%	0,6%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	3.231	4.504	4.668	4.700	4,3%	12,3%	-7,7%	6,0%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	7.939	10.177	10.261	10.366	8,3%	11,4%	11,7%	5,1%
Altri costi (c)	375	471	578	1.066	7	34	217	-2,4%	4,7%	4,7%	-10,1%
Altri enti (d)	74	637	509	459	563	641	647	10,4%	-7,5%	53,8%	4,5%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.654	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale	41.466	48.752	70.173	96.797	111.331	112.809	113.683	4,7%	3,3%	3,3%	8,1%
Totale al netto di (c), (d) ed (e), (f)	41.017	47.644	69.085	95.271	110.761	112.134	112.819	4,7%	3,0%	3,0%	8,2%
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	58.370	69.777	70.523	70.765	5,1%	4,8%	4,8%	4,5%
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	36.901	40.984	41.611	42.054	4,1%	10,6%	0,5%	2,3%
Variazione percentuale	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012				
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	7,6%	1,3%	-1,6%	-1,4%				
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	18,2%	0,8%	4,0%	2,1%				
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	13,5%	2,8%	1,3%	0,6%				
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	-1,7%	-0,8%	-9,6%	-8,6%				
Ospedaliera accreditata	-	2,0%	10,5%	-10,8%	0,3%	-2,4%	0,2%				
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	4,4%	10,4%	3,6%	0,7%				
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	7,2%	3,6%	0,8%	1,0%				
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	-47,1%	-98,5%	364,5%	530,1%				
Altri enti (d)	-	207,6%	6,6%	2,3%	1,3%	13,9%	1,0%				
Ammortamenti (e)	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	70,8%				
Totale	-	-0,6%	11,1%	6,1%	1,1%	1,3%	0,8%				
Totale con ammortamenti											
Totale al netto di (c), (d) ed (e), (f)	-	-0,9%	10,7%	7,3%	1,5%	1,2%	0,6%				
Fattori interni (a+b)	-	-0,2%	10,0%	12,2%	1,1%	1,1%	0,3%				
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	-	-2,0%	11,7%	0,4%	2,2%	1,5%	1,1%				

Nota: Gli accantonamenti tipici vengono inseriti nella voce «Servizi». La voce Altri costi (c) contiene il saldo della gestione straordinaria, il saldo intramoenia e la spesa relativa all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta). La voce «Altri Enti (d)» è riferita agli enti non regionali (vedi nota 3). Dal 2011 è inserita anche la voce «Ammortamenti».

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

Figura 5.3 **Composizione della spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica (2012)**



Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

direttamente o indirettamente collegata alle prestazioni erogate internamente alle Aziende sanitarie (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o erogati tramite distribuzione diretta). Sono quindi classificati come fattori interni. Al contrario, le prestazioni convenzionate / accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti dal 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 la RGSEP, 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 2012 il 62,2% della spesa è assorbita dai fattori interni di produzione, mentre il restante 37,8% è rappresentato dai fattori esterni²⁰.

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 5.6): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995 e 2001-2012) il tasso di crescita dei costi per fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni; in periodi di espansione della spesa (1995-2001²¹) i fattori esterni aumentano ad un tasso più sostenuto. 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

²⁰ Inclusi gli altri costi, non riportati in Figura 4.3.

²¹ 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.

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 farmaceutica²², 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, dato che appare evidente dalla Figura 5.4. Si pensi, ad esempio, all'acquisto dei farmaci da distribuire con le modalità diretta e per conto. Pertanto, il rallentamento nel trend di crescita della spesa sanitaria è da imputare non solo agli effetti delle politiche sui fattori esterni, ma anche alle azioni delle Regioni e delle aziende sanitarie che, nel ricondurre alcune voci di spesa su fattori produttivi da esse direttamente gestiti, hanno potuto intervenire in maniera più efficace nel perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione e contenimento. Accanto al trend di lungo periodo, è interessante osservare la dinamica degli ultimi tre anni. In particolare, dal 2010 il tasso di crescita dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni. Questa inversione di tendenza relativa è da imputarsi a una netta riduzione della spesa specifica per personale e ad una crescita contenuta dell'acquisto di beni e servizi. Infatti, soprattutto negli ultimi due anni, la spesa per il personale ha mostrato tassi di crescita negativi e nel 2012 anche la spesa per acquisti è cresciuta in modo minore rispetto alla media degli ultimi anni. A tal proposito è importante notare un'accresciuta attenzione sulla spesa per dispositivi medici, che prende avvio con la L. 111/2011 che istituisce un tetto del 5,2% per il 2012; la «*spending review*» (L. 135/2012) prevede inoltre una riduzione del 5% degli importi e dei volumi di fornitura per il secondo semestre 2012 e l'introduzione di un tetto del 4,9% per il 2013 (successivamente ridotto al 4,8% dalla legge di stabilità) e 4,8% per il 2014 (successivamente ridotto al 4,4% dalla legge di stabilità).

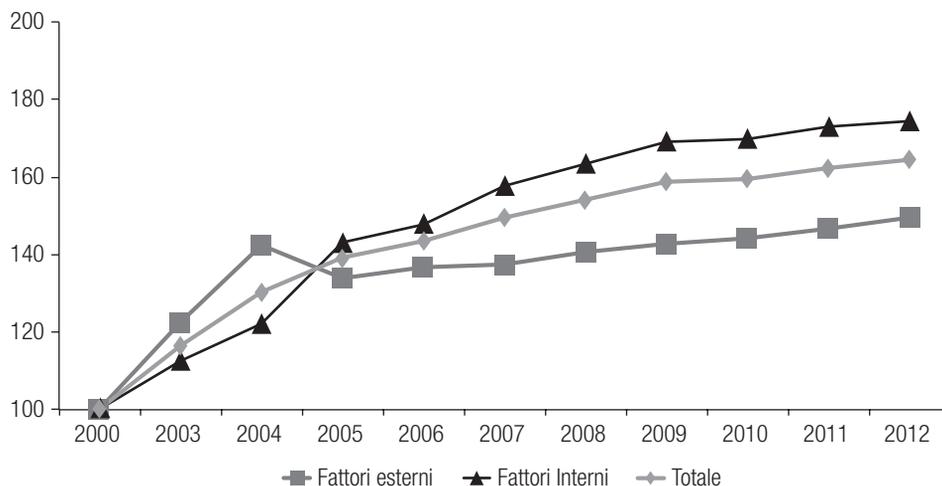
Venendo ad una sintetica analisi del costo dei fattori della produzione, quello più importante secondo la classificazione economica è il personale dipendente, che rappresenta il 31,3% della spesa complessiva nel 2012²³. Dopo tre anni (2004-2006) di crescita sostenuta del costo del personale²⁴, il 2007 aveva evidenziato una sensibile contrazione del trend di crescita (attestatosi all'1,2%).

²² Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (voce acquisti di farmaci).

²³ Considerata al lordo della mobilità (quindi non scorporandola) verso Bambin Gesù e SMOM.

²⁴ L'aumento negli anni precedenti al 2007 è da ascrivere, almeno in parte, alla riclassificazione della spesa che le Regioni sostengono per gli IRCCS pubblici e le AO universitarie integrate con il SSN (cfr. *supra*) ed in parte agli effetti del rinnovo dei contratti del comparto (prima) e della dirigenza (poi). Il contratto del comparto è stato infatti rinnovato il 19 Aprile 2004 per il quadriennio 2002-2005 (parte normativa) e per il biennio 2002-2003 (parte economica). Il 5 Giugno 2006 è stato raggiunto l'accordo anche per la parte economica riferita al biennio 2004-2005. Il 10 Aprile 2008 è stato poi rinnovato il contratto 2006-2009 (parte normativa) e 2006-2007 (biennio economico), mentre il 7 luglio 2009 è stato rinnovato il contratto per il periodo 2008-2009 (biennio economico). Il contratto per la dirigenza sanitaria, professionale, tecnico-amministrativa e medico-veterinaria è stato rinnovato il 17 ottobre 2008 per il quadriennio 2006-2009 (parte normativa) e per il biennio 2006-2007 (parte economica), quest'ultimo rinnovato il 6 maggio 2010.

Figura 5.4 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000-2012, anno 2000 = anno base**



Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

Nel 2008, la variazione si era attestata a +4,2%, principalmente per effetto di ulteriori rinnovi contrattuali, sebbene tale dato fosse lontano dai tassi riscontrati negli anni precedenti il 2007. Nel 2009, invece, la crescita della voce *Persone* è stata pari al 2,6%, in linea con l'andamento del totale della spesa sanitaria. Nel 2010, il tasso di crescita era nuovamente ridotto (+1,3%). Nel 2011 la voce è diminuita dell'1,6% e questa tendenza è confermata anche nel 2012 (-1,4%). La spesa del ruolo sanitario assorbe circa l'80% della spesa complessiva per il personale.

La seconda voce di costo è rappresentata dall'acquisto di beni e servizi (30,9% sul totale della spesa del SSN nel 2012, quota sostanzialmente invariata rispetto al 2011). Si tratta della voce di costo con l'andamento più variabile. Va innanzi tutto rilevato che nel 1990 tale voce rappresentava circa il 18% 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'Università, 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 del 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%, mentre torna a stabilizzarsi intorno al

2,1% nel 2012. 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.

La spesa farmaceutica convenzionata, ovvero la spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico su ricetta SSN, ha subito un calo significativo, pari all'8,6%, di poco superiore a quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci del CERGAS (Osservatorio Farmaci, 2013). Il contenimento di tale voce di spesa deriva da diversi fattori di influenza, alcuni riferiti al consolidamento degli interventi già predisposti negli anni precedenti, tra cui i) l'ordinaria attività dell'AI-FA in materia di determinazione dei prezzi dei farmaci, ii) l'introduzione e il rafforzamento di forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte di un numero sempre più ampio di Regioni, iii) l'implementazione e la diffusione della distribuzione diretta e per conto nelle varie Regioni, comprese quelle sottoposte ai piani di rientro, iv) la diffusione di forme di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, v) l'allineamento del prezzo di riferimento al livello di altri Paesi europei e, più in generale, la scadenza dei brevetti con applicazione sempre più estesa dei prezzi di riferimento e l'aumento della sensibilità alla prescrizione generica. Nonostante si tratti dell'unica voce di spesa ormai in calo da diversi anni, la Corte dei Conti (2013) sottolinea la possibilità di ulteriori risparmi, riferendosi in particolare i) alla prevenzione di episodi, peraltro riportati come diffusi in più ambiti regionali, di eccessive prescrizioni di farmaci o di falsità delle stesse, nonché di loro sostanziale inappropriata terapeutica, per le quali alcuni MMG sono stati condannati a risarcire il relativo danno, ii) al ridimensionamento di alcune confezioni, reputate eccessive rispetto alla terapia prescritta e iii) alla lotta contro la falsificazione dei farmaci, che tuttora trova sbocco sul mercato parallelo.

La spesa per la medicina generale convenzionata (5,7% dei costi totali) è rimasta sostanzialmente invariata rispetto al 2011 (+0,6%).

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate, invertendo la tendenza alla diminuzione registrata l'anno precedente (-2,4%), ha fatto registrare nel 2012 un lieve incremento (+0,2%), comunque ben più contenuto di quelli avutisi negli anni precedenti (in particolare fino al 2008, quando l'incremento era stato del 2,0%; nel 2009 si era invece registrata una flessione di -0,6%, nel 2010 +0,3%), attestandosi infine ad un valore assoluto di 8,659 miliardi di euro. Tale incremento è comunque contenuto, soprattutto grazie alle misure adottate da diverse Regioni come l'introduzione di tetti a volumi delle prestazioni tariffate e tetti di spesa.

L'assistenza specialistica convenzionata e accreditata e le diverse componenti della spesa per altre prestazioni erogate da strutture convenzionate con il SSN (assistenza riabilitativa, assistenza agli anziani, assistenza a disabili psichici e psi-

chiatrici, assistenza protesica, assistenza integrativa, assistenza termale) hanno evidenziato, nel 2012, tassi di crescita moderati (+0,7% e +1%, rispettivamente), dato di particolare rilievo dati gli elevati tassi di crescita osservati negli anni precedenti (in particolare fino al 2010).

5.3 I dati di spesa regionali

Nel 2012 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (0,5%) presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2011 che vanno dal +3% dell'Emilia-Romagna al -2,9% della Liguria (Tabella 5.7). È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa risulti mediamente più basso nelle Regioni che hanno stipulato un PdR con la Pubblica Amministrazione centrale (cfr. nota a Tabella 5.7). In particolare, la crescita media della spesa corrente nelle Regioni interessate da PdR è stata pari a +0,1%, contro un valore nelle altre Regioni pari a +1,4%. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2012, 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). Infine, nell'ultimo periodo (2001-2012) sono nuovamente le Regioni del Sud e del Centro ad evidenziare l'andamento di crescita più contenuto. La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione, nel 2012 è rimasta sostanzialmente stabile rispetto al 2011, anno in cui era, invece, significativamente aumentata (+1,1 punti percentuali rispetto al 2010, anno in cui la variabilità aveva ricominciato a crescere)²⁵.

Guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo e al netto della mobilità (Tabella 5.8)²⁶ si può notare come nel 2011 la variabilità interregionale della spesa fosse ulteriormente aumentata prendendo in considerazione la mobilità (+1%). Il motivo è che il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle Regioni del Nord e del Centro (ad eccezione di Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria e Marche) e negativo (con un conseguente aumento della spesa pro-capite) in tutte le Regioni del Sud (escluso il Molise).

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 Re-

²⁵ Tale variabilità è misurata attraverso il coefficiente di variazione, ovvero dal rapporto tra deviazione standard e media.

²⁶ L'ultimo dato disponibile si riferisce ancora al 2011. I valori definitivi dei saldi della mobilità interregionale sono, infatti, aggiornati in ritardo di un anno, in relazione agli esiti degli accordi regionali bilaterali per la composizione delle controversie concernenti i relativi importi di accredito e addebito.

Tabella 5.7 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2005; 2010-2012)**

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2012 /2011	Tasso crescita medio			
									'90/'12	'90/'95	'95/'01	'01/'12
Piemonte	688	828	1.300	1.661	1.903	1.897	1.914	0,9%	4,8%	3,8%	9,0%	2,9%
Valle d'Aosta	756	875	1.392	1.829	2.170	2.236	2.224	-0,5%	5,0%	3,0%	9,5%	3,6%
Lombardia	709	868	1.185	1.573	1.813	1.872	1.870	-0,1%	4,5%	4,1%	7,3%	3,2%
Bolzano	722	995	1.589	2.059	2.183	2.234	2.259	1,1%	5,3%	6,6%	9,0%	2,8%
Trento	731	907	1.318	1.722	2.088	2.209	2.229	0,9%	5,2%	4,4%	9,0%	3,5%
Veneto	746	861	1.249	1.609	1.788	1.782	1.823	2,3%	4,1%	2,9%	7,9%	2,7%
Friuli VG	730	868	1.234	1.650	1.979	2.076	2.095	0,9%	4,9%	3,5%	7,7%	4,1%
Liguria	841	957	1.342	1.837	2.006	2.043	1.983	-2,9%	4,0%	2,6%	7,4%	2,8%
Emilia R	856	975	1.282	1.699	1.920	1.926	1.983	3,0%	3,9%	2,6%	6,5%	3,1%
Toscana	788	891	1.240	1.647	1.899	1.914	1.945	1,6%	4,2%	2,5%	7,7%	3,1%
Umbria	766	865	1.251	1.629	1.806	1.841	1.850	0,5%	4,1%	2,5%	7,7%	2,9%
Marche	834	886	1.237	1.544	1.795	1.793	1.800	0,4%	3,6%	1,2%	7,4%	2,6%
Lazio	788	891	1.283	1.919	1.971	1.965	1.950	-0,7%	4,2%	2,5%	8,0%	3,0%
Abruzzo	724	761	1.281	1.729	1.743	1.751	1.773	1,2%	4,2%	1,0%	10,2%	2,4%
Molise	678	776	1.145	2.033	2.070	2.037	2.035	-0,1%	5,1%	2,7%	9,8%	3,7%
Campania	692	743	1.150	1.670	1.719	1.710	1.692	-1,0%	4,1%	1,4%	9,5%	2,5%
Puglia	671	783	1.109	1.515	1.772	1.731	1.730	0,0%	4,4%	3,1%	7,4%	3,3%
Basilicata	603	707	1.071	1.505	1.796	1.818	1.816	-0,1%	5,1%	3,3%	8,8%	4,1%
Calabria	586	721	1.130	1.423	1.719	1.697	1.686	-0,6%	4,9%	4,3%	9,4%	2,8%
Sicilia	700	747	1.054	1.559	1.688	1.717	1.727	0,6%	4,2%	1,3%	8,7%	3,1%
Sardegna	695	860	1.163	1.632	1.874	1.932	1.951	1,0%	4,8%	4,4%	6,8%	3,9%
Totale	730	840	1.208	1.648	1.836	1.850	1.859	0,5%	4,3%	2,8%	8,0%	3,0%
<i>Nord</i>	<i>745</i>	<i>885</i>	<i>1.253</i>	<i>1.646</i>	<i>1.873</i>	<i>1.902</i>	<i>1.919</i>	<i>0,9%</i>	<i>4,4%</i>	<i>3,5%</i>	<i>7,7%</i>	<i>3,1%</i>
<i>Centro</i>	<i>792</i>	<i>888</i>	<i>1.261</i>	<i>1.759</i>	<i>1.913</i>	<i>1.917</i>	<i>1.922</i>	<i>0,2%</i>	<i>4,1%</i>	<i>2,3%</i>	<i>7,8%</i>	<i>3,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>678</i>	<i>760</i>	<i>1.123</i>	<i>1.590</i>	<i>1.743</i>	<i>1.743</i>	<i>1.742</i>	<i>-0,1%</i>	<i>4,4%</i>	<i>2,3%</i>	<i>8,7%</i>	<i>3,0%</i>
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,70%	9,89%	7,86%	8,98%	9,02%					
Differenza max/min	0,46	0,41	0,51	0,45	0,29	0,32	0,34					

Nota: Le Regioni soggette a PdR sono Liguria (accordo stipulato il 6/2/07), Lazio (28/2/07), Abruzzo (13/3/07), Campania (13/3/07), Molise (27/3/07) e Sicilia (31/7/07). Alla Sardegna è stato richiesto un piano meno impegnativo, finalizzato al recupero del finanziamento statale non erogato a seguito dell'inadempienza per il 2001. La Calabria ha approvato il proprio PdR con DGR n.845 del 16.12.2009, 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 2789 del 21.6.2010 e DGR 1-415 del 2.8.2010 e successive integrazioni) e risultano, pertanto incluse a partire dal 2010. La Liguria è uscita dal Piano nel 2010, con valutazione positiva circa il raggiungimento degli obiettivi.

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012) ed ISTAT (2013)

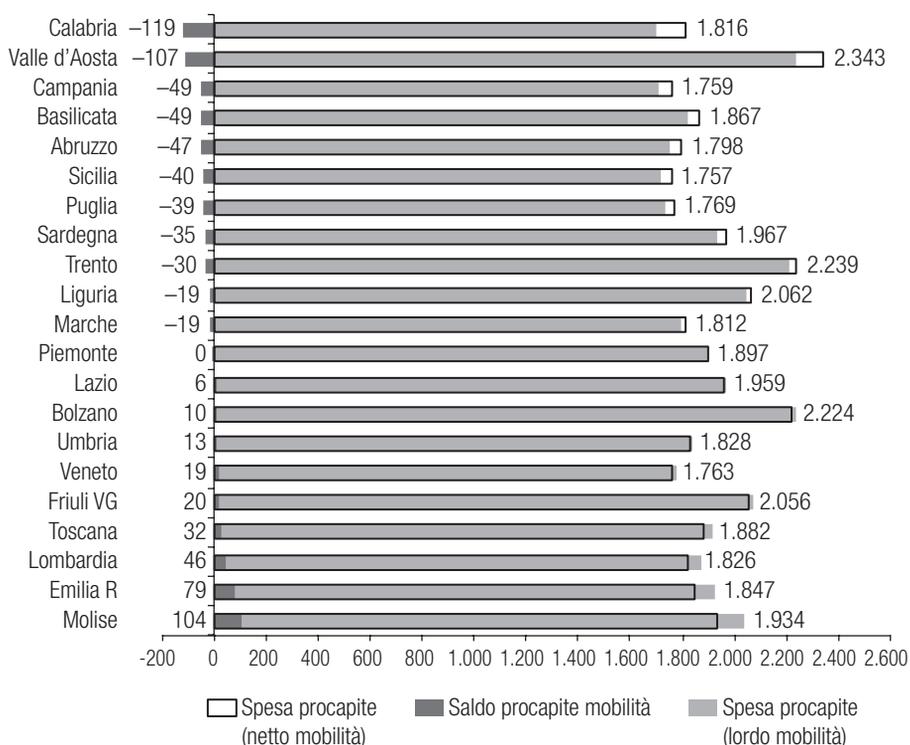
Tabella 5.8 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2011)**

	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità
	v.a. (Euro)	n.i.*	v.a. (Euro)	n.i.*	v.a. (Euro)
Piemonte	1.897	102,5	1.897	102,5	0,0
Valle d'Aosta	2.236	120,8	2.343	126,6	-106,8
Lombardia	1.872	101,2	1.826	98,7	45,8
Bolzano	2.234	120,7	2.224	120,2	9,9
Trento	2.209	119,4	2.239	121,0	-29,9
Veneto	1.782	96,3	1.763	95,3	19,3
Friuli VG	2.076	112,2	2.056	111,1	20,1
Liguria	2.043	110,4	2.062	111,5	-19,0
Emilia R	1.926	104,1	1.847	99,8	78,8
Toscana	1.914	103,4	1.882	101,7	31,7
Umbria	1.841	99,5	1.828	98,8	12,5
Marche	1.793	96,9	1.812	97,9	-18,6
Lazio	1.965	106,2	1.959	105,9	5,6
Abruzzo	1.751	94,7	1.798	97,2	-47,2
Molise	2.037	110,1	1.934	104,5	103,8
Campania	1.710	92,4	1.759	95,1	-49,0
Puglia	1.731	93,5	1.769	95,6	-38,9
Basilicata	1.818	98,3	1.867	100,9	-48,7
Calabria	1.697	91,7	1.816	98,1	-119,2
Sicilia	1.717	92,8	1.757	94,9	-39,5
Sardegna	1.932	104,4	1.967	106,3	-35,4
Totale	1.850	100,0	1.850	100,0	0,0
<i>Nord</i>	<i>1.902</i>	<i>102,8</i>	<i>1.871</i>	<i>101,1</i>	<i>31,3</i>
<i>Centro</i>	<i>1.917</i>	<i>103,6</i>	<i>1.906</i>	<i>103,0</i>	<i>11,2</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.743</i>	<i>94,2</i>	<i>1.791</i>	<i>96,8</i>	<i>-47,9</i>
Coeff. Var.	7,9%	-	8,8%	-	-
Diff max/min	29,3%	-	33,4%	-	-

*Numeri indice.

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

Figura 5.5 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo ed al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale pro-capite (2011)**



Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

gioni il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Calabria e (in positivo) per il Molise.

La Tabella 5.9 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto della mobilità²⁷, in coerenza con quanto osservato nel precedente rapporto OASI (Armeni e Ferré, 2012). 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 del peso della spesa sanitaria pubblica sul PIL è pari al 22% nel 2012 (leggermente inferiore rispetto al 23% dell'anno precedente), mentre si attesta intorno al 9% nel caso della spesa sanitaria pro-capite (Tabella 5.7). Questo fatto dimostra che, se l'intensità di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non

²⁷ Come specificato in nota alla Tabella 5.9, per il 2012 è stata utilizzata la mobilità 2011.

Tabella 5.9 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2004-2012)**

Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Piemonte	6,17%	6,07%	6,08%	6,09%	6,34%	6,99%	6,83%	6,70%	6,81%
Valle d'Aosta	5,79%	6,01%	6,25%	6,08%	6,23%	6,59%	6,55%	6,63%	6,65%
Lombardia	4,52%	4,87%	4,91%	4,95%	4,98%	5,32%	5,29%	5,43%	5,52%
Bolzano	6,04%	6,23%	6,13%	6,11%	6,19%	5,98%	5,98%	6,05%	6,20%
Trento	5,94%	6,05%	6,14%	6,11%	6,33%	6,87%	6,90%	7,28%	7,50%
Veneto	5,19%	5,48%	5,52%	5,45%	5,68%	6,02%	6,01%	5,89%	6,06%
Friuli VG	5,81%	5,90%	5,67%	5,87%	6,32%	6,92%	6,77%	6,99%	7,10%
Liguria	7,24%	7,20%	7,06%	7,02%	7,09%	7,60%	7,48%	7,53%	7,40%
Emilia R	5,24%	5,36%	5,27%	5,24%	5,40%	5,88%	5,90%	5,81%	6,01%
Toscana	5,97%	6,12%	6,12%	6,09%	6,23%	6,81%	6,69%	6,66%	6,84%
Umbria	6,69%	6,87%	6,89%	6,77%	6,95%	7,64%	7,53%	7,61%	7,75%
Marche	6,30%	6,31%	6,25%	6,18%	6,40%	6,85%	6,96%	6,85%	6,93%
Lazio	6,39%	6,46%	6,61%	6,46%	6,53%	6,77%	6,66%	6,63%	6,74%
Abruzzo	7,71%	8,50%	8,03%	8,14%	8,00%	8,50%	8,32%	8,14%	8,23%
Molise	8,80%	10,67%	8,86%	8,91%	9,48%	9,83%	9,79%	9,59%	9,78%
Campania	10,12%	10,86%	10,00%	10,14%	10,33%	10,88%	10,66%	10,59%	10,72%
Puglia	8,57%	9,52%	9,26%	9,73%	10,13%	10,58%	10,49%	10,08%	10,14%
Basilicata	9,06%	9,60%	9,18%	9,36%	9,68%	10,19%	10,50%	10,13%	9,89%
Calabria	9,79%	9,86%	9,87%	10,92%	10,58%	11,23%	11,08%	10,76%	10,74%
Sicilia	9,92%	9,90%	10,24%	9,86%	9,70%	10,16%	10,18%	10,22%	10,38%
Sardegna	8,41%	9,03%	8,49%	8,47%	8,82%	9,54%	9,68%	9,80%	9,95%
Totale	6,44%	6,71%	6,64%	6,65%	6,77%	7,21%	7,14%	7,11%	7,22%

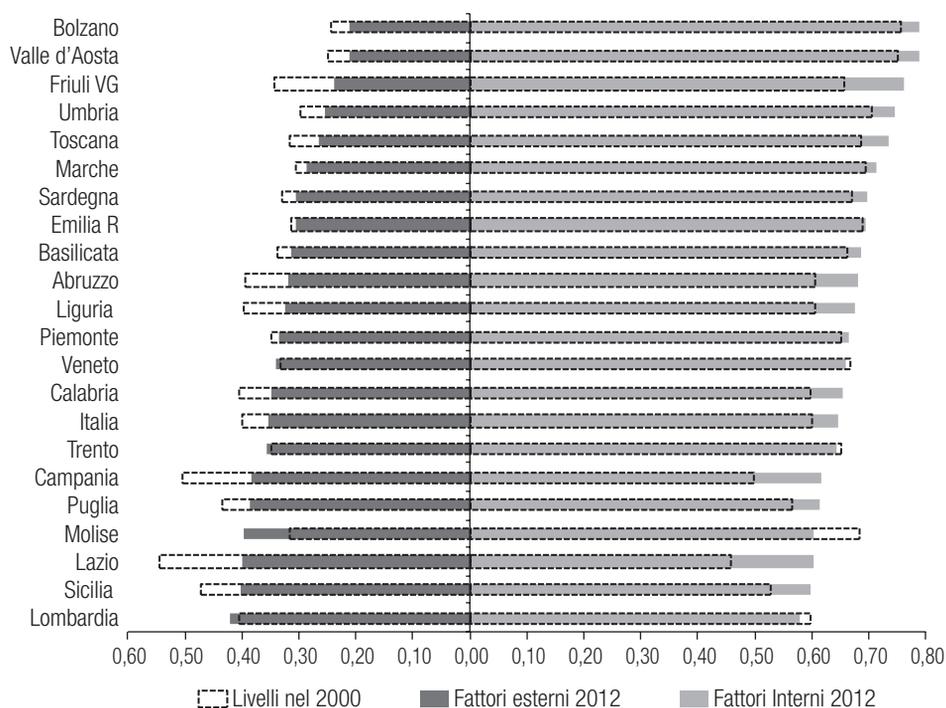
Nota: Per il 2012 è stata utilizzata la mobilità 2011

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012) ed ISTAT (2013)

può dirsi per il peso dell'assistenza sanitaria pubblica rispetto al sistema produttivo di una Regione. La spesa sanitaria riflette in misura soltanto indiretta, infatti, il grado di sviluppo economico, anche per la presenza dei meccanismi di perequazione finanziaria interregionale. Assicurare livelli simili di prestazioni sarebbe più gravoso, in termini relativi, nelle Regioni a basso reddito se non si contassero tali meccanismi perequativi. In genere, le Regioni del Sud presentano un valore superiore alla media, essenzialmente a causa del PIL, inferiore a quello delle Regioni del Centro e del Nord.

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie, vengono confermate le sostanziali differenze a livello regionale. La Figura 5.6 illustra l'evoluzione del dato tra il 2000 e il 2012. La Tabella 5.10 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

Figura 5.6 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente regionale, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) (2000; 2012)**



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 accorpato ai servizi, anche se in parte si riferiscono al rinnovo delle convenzioni di fattori esterni alla produzione (MMG e specialisti).

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

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, P.A. di Trento, 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). È interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente (Tabella 5.10), Lombardia, Lazio e – in parte – Puglia, Campania e Molise presentino incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre Sicilia e P.A. di Trento (cfr. cap. 4), pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzino valori più elevati della media nazionale.

Un altro importante fenomeno, già riscontrato nei precedenti Rapporti OASI, è l'ulteriore accentuazione delle differenze regionali, dovuta anche alle di-

Tabella 5.10 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2012)**

Anno 2012	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliere accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)
Piemonte	34,1%	32,5%	5,6%	7,6%	6,4%	3,3%	10,5%	8.457
Valle d'Aosta	40,0%	38,9%	5,5%	6,7%	2,2%	0,8%	5,9%	283
Lombardia	27,6%	30,3%	4,9%	7,5%	12,0%	5,4%	12,2%	18.425
Bolzano	50,7%	28,2%	4,8%	4,1%	2,1%	0,5%	9,7%	1.129
Trento	35,7%	28,7%	5,2%	6,2%	4,9%	2,3%	17,0%	1.159
Veneto	31,0%	35,0%	6,2%	6,7%	5,6%	4,1%	11,4%	8.862
Friuli VG	37,2%	38,9%	5,1%	7,7%	2,6%	2,1%	6,4%	2.548
Liguria	35,3%	32,4%	5,2%	7,8%	5,9%	3,6%	9,9%	3.173
Emilia R	34,5%	34,8%	6,1%	6,5%	7,2%	2,3%	8,6%	8.676
Toscana	35,8%	37,8%	5,8%	7,0%	3,7%	2,3%	7,7%	7.168
Umbria	37,1%	37,4%	5,6%	8,5%	2,6%	1,0%	7,8%	1.657
Marche	36,4%	34,9%	6,3%	8,5%	3,8%	1,6%	8,5%	2.775
Lazio	26,4%	33,8%	5,6%	8,5%	11,9%	4,7%	9,1%	10.983
Abruzzo	32,7%	35,5%	6,5%	9,5%	5,3%	2,3%	8,2%	2.345
Molise	31,8%	28,6%	8,0%	7,6%	10,9%	6,7%	6,5%	643
Campania	30,3%	31,3%	6,7%	9,2%	8,4%	7,8%	6,3%	9.700
Puglia	29,5%	31,9%	7,4%	9,2%	10,2%	3,8%	8,0%	6.937
Basilicata	37,0%	31,6%	7,8%	8,0%	1,7%	3,5%	10,4%	1.030
Calabria	36,4%	28,9%	7,4%	10,1%	5,6%	3,5%	8,0%	3.356
Sicilia	33,8%	25,9%	6,9%	10,3%	8,4%	6,1%	8,7%	8.580
Sardegna	36,5%	33,1%	6,2%	10,2%	2,9%	3,7%	7,4%	3.213
Totale	32,0%	32,5%	6,0%	8,1%	7,8%	4,2%	9,3%	111.101
<i>Nord</i>	32,0%	32,7%	5,5%	7,1%	8,0%	3,9%	10,8%	52.714
<i>Centro</i>	31,4%	35,5%	5,7%	8,0%	7,6%	3,3%	8,5%	22.583
<i>Sud e isole</i>	32,5%	30,3%	6,9%	9,6%	7,6%	5,3%	7,7%	35.804

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

verse politiche di contenimento della spesa. Ad esempio, alcune Regioni hanno adottato forme di distribuzione dei farmaci alternative a quella tradizionale, ovvero per tramite di farmacia aperta al pubblico, su ricettari SSN e con i margini alla distribuzione previsti dalla normativa. Tra queste, alcune hanno privilegiato la distribuzione diretta (Emilia Romagna, Toscana e Umbria), altre accordi con le farmacie aperte al pubblico per distribuzione in nome e per conto delle aziende sanitarie (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Basilicata) (Jommi et al., 2011).

Per quanto concerne la spesa farmaceutica (Tabella 5.11), nel 2012 i tetti di spesa territoriale e ospedaliera sono stati fissati rispettivamente al 13,1%²⁸ e al 2,4% delle assegnazioni regionali, con una diminuzione percentuale del tetto sulla spesa territoriale rispetto al 2011, in cui era fissato al 13,3%.

Ai fini del calcolo degli sfondamenti sono stati utilizzati i dati del riparto del finanziamento pubblicati dalla Conferenza Stato-Regioni²⁹ che differiscono rispetto al riparto complessivo riportato in precedenza. La spesa territoriale è stata pari a 13,51 miliardi di euro, pari al 12,7% delle assegnazioni a livello nazionale. Il dettaglio regionale (Tabella 5.11) evidenzia, tuttavia, alcuni sfondamenti locali. In particolare, la spesa territoriale è stata superiore alle assegnazioni in Valle d'Aosta (15,8%), Lazio (14,2%), Abruzzo (14%), Campania (13,7%), Puglia (14,6%), Calabria (14,1%), Sicilia (14,7%) e Sardegna (15,5%).

Parallelamente, si rileva un aumento della quota di compartecipazione (ticket) del 14,4% su base annua, con un livello medio di incidenza del 12,2% sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda³⁰. Anche l'incidenza delle forme alternative di distribuzione sulla spesa farmaceutica lorda è aumentata nell'ultimo anno (33,8%, ossia +60% rispetto al 21,1% di incidenza del 2011). Sia le compartecipazioni sia le forme alternative di distribuzione dei farmaci sono adottate da molte Regioni in quanto misure esplicitamente previste dalla L. 405/2001 (compartecipazioni alla spesa ed interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci). La spesa ospedaliera assorbe il 4,4% delle assegnazioni per il 2012 ed è superiore rispetto al tetto assegnato (2,4%).

²⁸ Il tetto di spesa del 13,1% è riferito alla spesa farmaceutica territoriale, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta, delle compartecipazioni e della distribuzione diretta di farmaci in classe 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 in classe A).

²⁹ Disponibili al sito web: http://www.Regioni.it/home_art.php?id=262, ultimo accesso effettuato il 15 luglio 2013.

³⁰ Calcolata come valore delle confezioni dispensate in farmacia a carico del SSN in prezzi al pubblico al netto degli sconti a carico della filiera.

Tabella 5.11 **La spesa farmaceutica pubblica: rispetto dei tetti di spesa, misure di compartecipazione e incidenza delle modalità alternative di distribuzione dei farmaci (2012)**

Regione	Territoriale	Convenzionata netta	Compartecipazioni	Di cui per quota fissa	SSN Lorda	Distribuzione diretta	Distribuzione per conto	Spesa Ospedaliera	Compartecipazioni / Spesa lorda	Incidenza della spesa territoriale su Finanziamento	Incidenza della spesa ospedaliera su Finanziamento	Distribuzione diretta e per conto / Territoriale
Piemonte	955,5	672,9	75,8	21,3%	798,7	260,4	85,3	337,7	9,5%	12,0%	4,2%	36,2%
Valle d'Aosta	35,6	18,8	1,5	0,0%	21,7	19,1	6,3	24,8	7,1%	15,8%	11,0%	71,4%
Lombardia	1.940,2	1.420,9	247,2	55,8%	1.800,2	492,9	110,4	809,0	13,7%	11,2%	4,7%	31,1%
Bolzano	79,1	49,0	8,9	50,8%	61,6	29,4	7,4	32,0	14,4%	9,1%	3,7%	46,5%
Trento	93,9	69,3	4,4	0,0%	78,7	21,8	7,8	34,0	5,6%	10,2%	3,7%	31,5%
Veneto	969,7	638,4	123,6	47,0%	814,9	300,7	57,0	353,0	15,2%	11,3%	4,1%	36,9%
Friuli VG	264,6	195,6	16,3	0,0%	227,0	84,7	9,2	87,1	7,2%	11,9%	3,9%	35,5%
Liguria	371,9	246,4	42,7	46,1%	309,0	97,6	28,0	147,6	13,8%	12,2%	4,8%	33,8%
Emilia R	873,5	590,3	69,9	20,7%	703,3	330,2	32,0	343,2	9,9%	11,1%	4,3%	41,5%
Toscana	817,9	519,8	57,3	21,0%	614,5	250,9	109,1	352,1	9,3%	12,2%	5,2%	44,0%
Umbria	202,7	138,7	15,8	14,9%	164,0	62,1	19,9	73,4	9,7%	12,5%	4,5%	40,5%
Marche	355,5	245,0	24,2	0,0%	287,5	94,1	45,3	112,8	8,4%	12,8%	4,0%	39,2%
Lazio	1.416,7	972,1	141,9	33,3%	1.197,5	251,4	212,6	529,1	11,9%	14,2%	5,3%	32,8%
Abruzzo	334,2	230,4	29,7	33,2%	278,4	107,6	9,5	83,8	10,7%	14,0%	3,5%	35,0%
Molise	67,0	50,2	9,0	32,8%	62,6	14,9	2,3	23,9	14,3%	11,7%	4,2%	25,5%
Campania	1.356,9	907,6	173,2	45,9%	1.167,3	312,7	97,6	386,1	14,8%	13,7%	3,9%	30,2%
Puglia	1.029,4	672,1	118,8	44,1%	845,6	248,3	117,9	293,7	14,0%	14,6%	4,2%	35,6%
Basilicata	131,6	85,3	12,6	33,8%	104,2	32,4	16,8	34,4	12,1%	12,8%	3,3%	37,3%
Calabria	490,5	346,5	46,9	28,4%	418,9	79,5	61,0	103,4	11,2%	14,1%	3,0%	28,6%
Sicilia	1.271,7	912,6	162,1	59,5%	1.157,2	269,2	0,0	346,7	14,0%	14,7%	4,0%	21,2%
Sardegna	450,3	325,2	24,4	0,0%	375,4	143,2	21,4	115,2	6,5%	15,5%	4,0%	36,6%
Italia	13.508,7	9.307,2	1.406,3	40,6%	11.488,0	3.503,2	1.056,6	4.623,0	12,2%	12,7%	4,4%	33,8%

Nota:

- I dati regionali e nazionali sono una stima dell'Osservatorio Farmaci (in parte derivata dal Report 31).
- Il dato di spesa territoriale è calcolato come somma di spesa convenzionata netta, compartecipazioni e spesa per distribuzione diretta e distribuzione per conto dei soli farmaci in classe A (stima). La spesa territoriale si intende al lordo del payback e dello sconto del 1,83% a carico delle imprese.
- I dati di incidenza della spesa territoriale e della spesa ospedaliera sono considerate rispetto al riparto 2012 e non devono considerarsi, pertanto, equivalenti alle stime AIFA e OSFAR rispetto agli sfondamenti effettivi.
- L'entità delle compartecipazioni alla spesa sui farmaci è calcolata come incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda, che è pari al valore dei farmaci dispensati dalle farmacie convenzionate in prezzi al pubblico. Le compartecipazioni sono rappresentate da quote fisse per ricetta o confezione dispensata a carico del SSN, dall'eventuale differenza tra prezzo della prescrizione e prezzo di riferimento applicato ai principi attivi per i quali sia disponibile almeno un generico nel normale ciclo distributivo regionale, prezzo di riferimento applicato in tutte le Regioni, oltre che alla eventuale applicazione di prezzi di riferimento per le categorie terapeutiche omogenee.

Fonte: Elaborazioni su dati Osservatorio Farmaci (2013)

5.4 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/2001, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari³¹. Con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le PA 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).

Complessivamente, si evidenzia un minore livello di disavanzo a livello nazionale per l'anno 2012 (- 218 milioni di euro) rispetto al 2011, in cui il disavanzo sanitario nazionale era stato pari a 1,261 miliardi di euro (Tabella 5.12). Il risultato di disavanzo del 2012 (1,043 miliardi di euro) è il più basso degli ultimi anni, e rimane tutto a carico delle Regioni e province autonome³².

Il miglioramento è valutabile anche in relazione all'incidenza percentuale del disavanzo sanitario rispetto al finanziamento complessivo, pari a circa il 3% negli anni 2008-2009 a fronte di un valore di 0,9% nell'anno 2012 (-0,8 punti percentuali rispetto al 2011). Tra le Regioni, esistono comunque sostanziali divergenze nei livelli di disavanzo, che vengono solo in parte influenzate da aspetti di natura contabile. Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo pari al 39% di quello complessivo a livello nazionale (Tabella 5.12). La situazione è peggiorata nel tempo: l'incidenza delle due Regioni sul disavanzo annuale complessivo nazionale è aumentata quasi costantemente nel corso degli anni, arrivando ad attestarsi al 62% nel 2005, tra il 2006 e il 2010 è oscillato tra il 65 e il 68%, per poi tornare nel 2011 ai livelli del 2005 (63%) e raggiungere quota 73% nel 2012. Le due Regioni continuano a generare il 58,3% del disavanzo cumulato 2001-2012. Ed è sempre la Regione Lazio quella che fa registrare il dato di disavanzo cumulato pro-capite (2001-2012) più elevato (2.562 euro), seguita dal Molise e dalla Campania (Figura 5.7). Tuttavia è da segnalare come il

³¹ 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».

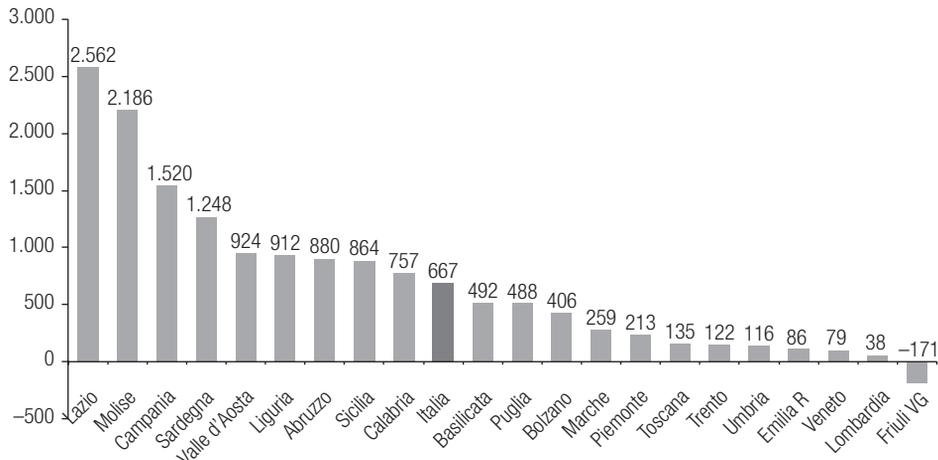
³² Fino all'esercizio 2009 una quota pari a 892 milioni era rimasta a carico dello Stato, coperta con i due strumenti istituiti con la Legge Finanziaria 2007 (L 296/2006) (Corte dei Conti, 2013).

Tabella 5.12 Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2012)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2001-2012
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	-2	-5	-16	951
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	-2	-1	119
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-22	-14	0	376
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	-7	208
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	-2	65
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-13	-162	-7	394
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-15	-17	-10	-211
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	30	1.472
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-29	-55	-0	382
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	48	506
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-18	105
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	2	-21	-22	406
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.031	775	644	14.794
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-53	1.184
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	32	698
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	478	245	121	8.871
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	322	108	-12	1.994
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	28	31	17	288
Catabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	67	1.522
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	31	13	16	4.362
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	149	172	213	2.090
Totale	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.709	3.658	3.364	2.196	1.261	1.043	40.575
<i>Nord</i>	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	17	-133	-12	3.756
<i>Centro</i>	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.041	728	653	15.812
<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	665	401	21.008

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

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

Figura 5.7 **Disavanzo sanitario procapite cumulato (2001-2012)**

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

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012) e ISTAT (2013)

Lazio, successivamente alla stipula del PdR nel 2007, abbia fatto registrare disavanzi sempre minori (ad eccezione della crescita dell'1,8% nel 2008), con una sensibile riduzione nel 2010 (-27% rispetto al 2009); tra il 2011 e il 2012 si continua a registrare una contrazione del 17%, in linea con l'andamento dell'anno precedente e la media nazionale. Nel 2012 molte altre Regioni, tra quelle sotto osservazione per i PdR, hanno ridotto significativamente il proprio disavanzo. La Liguria, uscita dal PdR nel 2010, ha diminuito del 80% il disavanzo rispetto al livello del 2011 (da 143 a 30 milioni di euro), la Campania ha dimezzato il valore registrato nel 2011 (da 245 a 121 milioni di euro), e la Calabria rispettivamente hanno ridotto del 46% e 39% il proprio disavanzo. Sicilia e Sardegna invece vedono aumentare il livello di disavanzo tra il 2011 e il 2012 (in media del 24,5%) livello che dal 2007 per la Sicilia e dal 2009 per la Sardegna aveva registrato un costante decremento. I valori di disavanzo presentati non tengono conto delle assegnazioni di copertura stanziata dal livello centrale fino al 2009 (dal 2010 non sono stati previsti ulteriori fondi a copertura parziale dei disavanzi) e consentono di apprezzare quanto le Regioni siano state in grado, autonomamente, di gestire in equilibrio il proprio sistema sanitario.

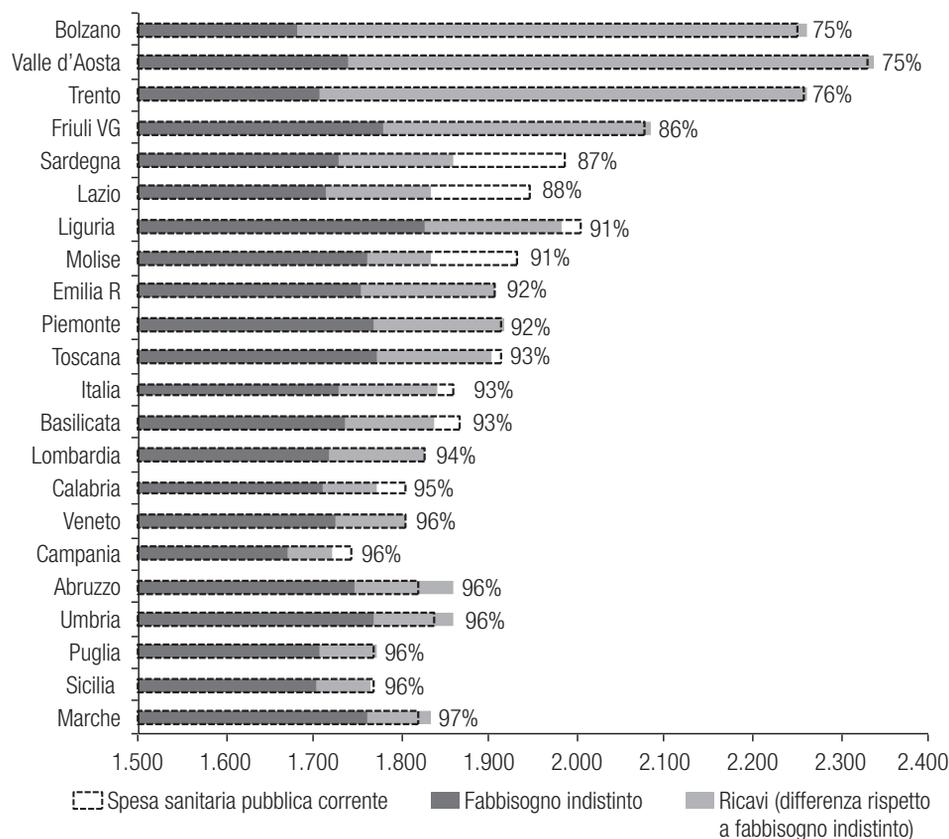
Le Regioni che, nel 2012, presentano la migliore situazione di equilibrio economico-finanziario di lungo periodo³³ sono il Friuli-Venezia Giulia (che presenta un avanzo pro-capite cumulato di 171 euro), la Lombardia (con un disavanzo

³³ Valutato sulla base del disavanzo pro-capite cumulato 2001-2012.

pro-capite cumulato pari a 38 euro), il Veneto e Emilia Romagna (rispettivamente 79 e 86 euro pro-capite cumulato di disavanzo) (Figura 5.7).

La Figura 5.8 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA e degli altri ricavi sulla spesa sanitaria pubblica corrente per i residenti. Questa misura indica il grado di copertura della spesa sanitaria attraverso il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato e i ricavi regionali. A prescindere dal risultato di esercizio, quindi, questo indicatore permette di valutare quali Regioni riescono maggiormente a contenere la spesa nei limiti delle assegnazioni e quali, invece, fanno ricorso ad altre voci di ricavo (o al disavanzo) per integrarle. Escludendo le Regioni a Statuto speciale che hanno particolari regole di finanziamento, Lazio, Liguria e Molise presentano i minori livelli di copertura (inferiori o uguali al 91%). In genere, le Regio-

Figura 5.8 **Finanziamento per i LEA (fabbisogno indistinto), ricavi e spesa sanitaria pubblica corrente al netto della mobilità (2012)**



Nota: La spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2011. La percentuale riportata si riferisce all'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria pubblica corrente al netto della mobilità.

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2012)

ni con maggiore disavanzo presentano un grado di copertura inferiore. Diversa è la situazione delle Regioni a statuto ordinario in condizioni di avanzo o di equilibrio: per tali Regioni le assegnazioni per i LEA vanno quasi integralmente a coprire la spesa sanitaria corrente. Da segnalare, come parziali eccezioni, la Calabria e la Campania pur generando disavanzi consistenti hanno un grado di copertura della spesa tramite assegnazioni piuttosto elevato (rispettivamente 95% e 96%).

Le leggi finanziarie dal 2005 al 2007, in deroga a quanto stabilito dalla L. 405/2001, hanno previsto ulteriori assegnazioni a copertura dei disavanzi sanitari regionali. Per aspetti di dettaglio, si rimanda al capitolo 3 del Rapporto Oasi 2010 (Armeni, 2010) e al capitolo 3 del Rapporto Oasi 2012 (Armeni e Ferré, 2012). Da sottolineare come per il 2010, il 2011 e il 2012 non sono state previste misure integrative a parziale copertura dei disavanzi.

Piani di rientro

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 L.311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 2005 ed il 2006) hanno istituito una procedura di diffida e sottoscrizione dei documenti di 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. Imporre interventi strutturali avrebbe dovuto consentire non solo il recupero del disavanzo pregresso, ma soprattutto il cambiamento verso la gestione sostenibile del sistema sanitario, ponendo le condizioni per operare in equilibrio di bilancio a partire dal 2010. Sette Regioni (Liguria, Abruzzo, Lazio, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna) avevano sottoscritto il PdR nel 2007, altre hanno seguito in tempi più recenti con piani triennali di minor complessità (Calabria a fine 2009; Piemonte e Puglia nella seconda metà del 2010).

Nel corso del 2010 si sono conclusi, con esiti diversi (Armeni e Ferré, 2012), i percorsi previsti per il riequilibrio della Regione Liguria e per lo svincolo di somme rimaste sospese per il mancato rispetto da parte della Regione Sardegna degli obiettivi di copertura di disavanzi sanitari pregressi. Tutte le altre Regioni hanno scelto di proseguire nella gestione dei Piani di Rientro, predisponendo dei Programmi operativi³⁴.

³⁴ 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 DL 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 triennio 2013-2015.

Di seguito si presentano in modo sintetico i risultati delle valutazioni del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei LEA redatte a fine 2012 nei vari contesti regionali e si prosegue poi con la descrizione delle forme di copertura dei disavanzi sanitari come previste dalla L. 405/2001.

Nel 2012, le azioni intraprese dalla Regione siciliana per l'esecuzione del Programma Operativo sono state molteplici, di ordine normativo ed esecutivo. Tuttavia, il Tavolo di monitoraggio ministeriale sottolinea ancora delle criticità nell'area dell'assistenza territoriale, ovvero la mancanza del piano di aggregazione dei laboratori, una carenza di strutture residenziali per le non autosufficienze e gli anziani, e un ritardo nella programmazione della rete ospedaliera e dei punti nascita (UTIN). Infine, si evidenzia la necessità di armonizzare il sistema contabile regionale e di condurre una valutazione sistematica sull'effettiva situazione dei creditori.

Pur rimanendo ancora forte la perdita di esercizio, anche la Regione Lazio ha avviato in modo positivo la fase post – PdR. Nel 2012 si registrano tuttavia difficoltà nei rapporti di collaborazione tra la struttura commissariale e l'apparato tecnico-giuridico regionale tali da poter compromettere l'effettiva attuazione degli interventi previsti³⁵. In particolare, dal resoconto della valutazione per l'attuazione delle azioni previste dal PdR, risulta difficoltosa la programmazione della rete assistenziali di specialità e l'attuazione delle riconversione dei posti letto, unito a criticità nei rapporti con gli erogatori privati.

Anche la Regione Campania impegnata nella fase di attuazione del Programma operativo, conferma notevoli criticità nella mancata regolarizzazione delle carte contabili di alcune aziende sanitarie, ed evidenzia inoltre livelli di incongruità normativa e comportamenti in contrasto con il PdR e il Programma operativo. Priorità principale del Programma operativo rimane il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale. Come misura eccezionale vista la crisi di liquidità regionale, il Tavolo di Monitoraggio ha previsto un trasferimento di 300 milioni di euro per non compromettere l'andamento del piano dei pagamenti verso i fornitori³⁶.

³⁵ Diversi sono stati i cambiamenti nella struttura commissariale. Ai sensi della Delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012, si è proceduto alla sostituzione del Presidente pro tempore della Regione Lazio dimissionario, quale Commissario ad acta, con altro Commissario individuato nella persona del dott. Enrico Bondi. Successivamente, con Delibera del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013, a fronte delle dimissioni rassegnate dal dott. Enrico Bondi, è stato nominato il dott. Filippo Palumbo quale Commissario Straordinario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro. Infine, ai sensi della delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013 è stato nominato commissario ad acta il neo eletto Presidente della Regione, N. Zingaretti.

³⁶ Nella Relazione di monitoraggio 2012 del Tavolo Tecnico del Ministero si legge: «al fine di non compromettere l'andamento del piano dei pagamenti verso i fornitori, si valuta possibile erogare alla Regione un importo di 300 mln di euro subordinatamente alla ricezione della seguente documentazione, attestante:

In miglioramento, nel 2012, le condizioni economiche del sistema sanitario abruzzese. In ordine al Programma Operativo 2011-2012 e alla sua attuazione, con riferimento alla verifica annuale, il Tavolo tecnico ha registrato buoni miglioramenti sulla rete laboratoristica pubblica e l'attivazione degli *hospice*; rimane ancora in attesa invece l'attuazione degli interventi nella rete emergenza-urgenza. Per il Molise, invece, in ordine alla verifica annuale sull'attuazione del PdR e successivo Piano operativo, risulta la mancata adozione del Piano sanitario regionale e il non adeguamento delle azioni regionali rispetto ai piani di riordino o provvedimenti in contrasto. Oltre a questi comportamenti non funzionali all'esecuzione del Programma operativo, risulta difficile l'esecuzione di quanto contenuto nel D.L.95/2012.

Anche con riferimento alla Calabria, infine, hanno continuato a persistere nel 2012, come nel 2011, dei ritardi nell'attuazione del piano, specificamente nella riorganizzazione delle reti assistenziali, a cui si aggiunge la debole capacità di committenza verso gli erogatori privati accreditati. Grave rimane la gestione del personale: il Tavolo di Monitoraggio ha ribadito la debolezza dell'impianto sanzionatorio nei confronti dei Direttori Generali che hanno effettuato assunzioni in contrasto con il PdR e con la normativa vigente.

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 sul Bollo auto. Per quanto concerne l'addizionale regionale all'IRPEF essa è pari allo 0,9%, a cui è stato aggiunto un ulteriore aumento dello 0,33% nel 2012³⁷. A partire dal 2010 le Regioni che hanno generato rilevanti disavanzi sono soggette ad un ulteriore incremento dell'addizionale nella misura dello 0,30%. Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF superiori alla minima sono attualmente presenti in 14 Regioni³⁸ (come nel 2012). Le uniche variazioni intervenute riguardano: l'applicazione dell'aliquota unica pari a 1,73% in Abruzzo rispetto ai tre scaglioni previsti nel 2012 e la rimodulazione degli scaglioni nelle Marche e in Puglia (Tabella 5.13).

- un piano di trasferimenti delle risorse al SSR da parte del bilancio regionale tale da assicurare il trasferimento al SSR di 400 mln di euro o parte di essi entro il 31.12.2012 e tale da assicurare l'integrale trasferimento di tutte le risorse entro il 31.12.2013; le risorse erogate saranno ad ogni modo, proporzionate alla percentuale di risorse sbloccate dal bilancio regionale;
- il superamento dei rilievi di illegittimità delle leggi regionali impugnate dal Governo».

³⁷ Ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del D.L. 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 dello 1,73%. Il D.L. 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, stabilita nell'1,23%.

³⁸ Informazione aggiornata al 13 luglio 2013.

Tabella 5.13 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2013)**

	2013		Differenza rispetto al 2012
	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Piemonte	fino a 15.000,00	1,23	–
	da 15.000,00 a 22.000,00	1,53	–
	oltre	1,73	–
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	1,23	–
Lombardia	fino a 15.493,71	1,23	–
	da 15.493,71 a 30.987,41	1,63	–
	oltre	1,73	–
Bolzano	oltre 15.000,00	1,23	–
Trento	per tutti i redditi	1,23	–
Veneto	fino a 45.000,00	0,90	–
	oltre 45.000,00	1,23	–
Friuli Venezia Giulia	fino a 15.000,00	0,70	–
	oltre 15.000,00	1,23	–
Liguria	fino a 20.000,00	1,23	–
	oltre 20.000,00	1,73	–
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,43	–
	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,53	–
	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,63	–
	superiori a 25.000,00	1,73	–
Toscana	fino a 75.000,00	1,23	–
	oltre 75.000,00	1,73	–
Umbria	fino a 15.000,00	1,23	–
	oltre 15.000,00	1,43	–
Marche	fino a 15.500,00	1,23	–
	da 15.500,01 a 28.000,00	1,53	–
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	nuovi scaglioni
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	nuovi scaglioni
	oltre 75.000,00	1,73	–
Lazio	per tutti i redditi	1,73	–
Abruzzo	per tutti i redditi	1,73	aliquota unica
Molise	per tutti i redditi	2,03	–
Campania	per tutti i redditi	2,03	–
Puglia	fino a 15.500,00	1,33	nuovi scaglioni
	da 15.000,01 a 28.000,00	1,43	nuovi scaglioni
	oltre 28.000,00	1,73	–
Basilicata	per tutti i redditi	1,23	–
Calabria	per tutti i redditi	2,03	–
Sicilia	per tutti i redditi	1,73	–
Sardegna	per tutti i redditi	1,23	–

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2013)

Le Regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, PA Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche) insieme alla Puglia hanno optato per un'aliquota progressiva, mentre quelle meridionali (Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) insieme al Lazio, PA Trento e Valle d'Aosta per un'aliquota proporzionale. Rispetto all'entità delle addizionali, nel 2013 il Molise, la Campania e la Calabria sono le Regioni dove le stesse hanno toccato la punta più elevata (il 2,03% per tutti gli scaglioni di reddito. Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota del 3,9%³⁹, ma viene conferita in capo alle Regioni la facoltà di variare l'aliquota sino ad un massimo di 0,92 punti percentuali⁴⁰, anche differenziandola per settori di attività o categorie di contribuenti. Similmente all'IRPEF anche l'addizionale IRAP è incrementabile di 0,15 punti percentuali oltre il limite massimo in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi del PdR⁴¹. 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 sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti. Nel 2012, tutte le Regioni del Sud, esclusa la Basilicata e la Sardegna, insieme al Lazio registrano un'aliquota base del 4,82% (3,90% + 0,92%) o, come nel caso di Molise, Campania e Calabria del 4,97% (pari a 4,82% + 0,15%) per effetto dei deficit fatti registrare nel 2011. Le Marche continuano ad applicare un'aliquota ordinaria pari a 4,73% (3,90% + 0,83%) come previsto già dal 2008.

Infine, 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. Per il 2012 sono confermati, su tutto il territorio nazionale, gli importi di tariffa in vigore per l'anno precedente. Con riguardo sia alle vetture sia ai motocicli (oltre che per il rimanente parco veicoli) vi sono

³⁹ 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%.

⁴⁰ Il comma 226 dell'art 1 della L 244/2007 ha altresì disposto che le aliquote IRAP vigenti alla data del 1° gennaio 2008, nel caso in cui abbiano subito variazioni in base al comma 3 dell'art. 16 del D.lgs. n. 446/1997, debbano essere riparametrate in funzione di un coefficiente pari a 0,9176 (derivante dal rapporto tra 3,9 – nuova aliquota – e 4,25 – vecchia aliquota –). L'intervallo di aliquota che potrà sussistere sarà quindi pari a $3,90 \pm 0,92\%$, ossia a 2,98% – 4,82%.

⁴¹ 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.

marcate differenze tariffarie da Regione a Regione. A decorrere dal 2009 le fattispecie di appartenenza sono divenute sei (in precedenza quattro):

- ▶ la prima, costituita dalle Regioni nelle quali si applica la tariffa base, così come prevista dalla Finanziaria 2007: Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, PA Trento, Umbria;
- ▶ la seconda, composta dalle Regioni in cui si applica la maggiorazione del 10%: Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria e Veneto;
- ▶ la terza comprende la sola Regione Marche, che applica una maggiorazione del 7,98 per cento;
- ▶ la quarta riguarda il Molise, che applica un incremento pari al 7%;
- ▶ la quinta riguarda la PA di Bolzano che dal 2009 applica su tutti i veicoli una riduzione del 10% sulla tariffa base, come previsto dalla Finanziaria 2007;
- ▶ la sesta riguarda la Toscana, che dal 2009 applica nuove esenzioni pluriennali per taluni veicoli a doppia alimentazione, nonché riduzioni tariffarie per veicoli appartenenti alla classe ambientale Euro 4 o Euro 5.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero ticket sul pronto soccorso e compartecipazioni alla spesa farmaceutica. Rispetto al ticket sul pronto soccorso, non si registrano variazioni rispetto a quanto riportato nel Rapporto 2011, al quale, pertanto, si rinvia.

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

La Tabella 5.14 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni⁴².

⁴² Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consip, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le Regioni, e l'applicazione puntuale del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle Regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).

Tabella 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.

Bibliografia

- Agenas (2013), Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica, http://www.agenas.it/agenas_pdf/Effetti_superTicket_crisi_specialistica.pdf
- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. e Sicilia M. (2010), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (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. e Ferrè F. (2012), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.
- CIPE (2012), Fondo sanitario nazionale 2012, www.cipecomitato.it/it/il_cipe/delibere/download?f=E120141.pdf
- Cantù E. (2012), «I modelli economici ministeriali», Ragiusan, Fascicolo Monografico «*Principi contabili e nuovo bilancio delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale*», n. 344.
- Cantù E. e Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Cantù E. e Ferrè F. (2012), «Specialistica e farmaceutica: puzzle di scelte nel territorio», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 17-23 aprile 2012.
- Corte dei Conti (2013), Giudizio sul Rendiconto Generale dello Stato per l'Esercizio 2012, udienza 27 giugno 2013.
- ISTAT (2013), *Statistiche demografiche*, <http://demo.ISTAT.it/pop2011/index.html> (ultimo accesso, 20 Luglio 2013).
- Jommi C. e Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Jommi C., Armeni P., De Luca C., Otto M. e Vella V. (2011), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica e il suo impatto sulla spesa», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*.
- Osservatorio Farmaci – CER GAS Bocconi (2013), *Report 31, annuale per il 2012*.