

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2019

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
School of Management

 Egea

Collana CERGAS

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

3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

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

3.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati di spesa, finanziamento e risultato d'esercizio del SSN italiano, integrandoli con un confronto internazionale e con approfondimenti regionali. Per quanto riguarda la parte internazionale, si rimanda al capitolo 3 del Rapporto OASI 2018 (Armeni, Bertolani, Borsoi, Costa, 2018) per gli approfondimenti metodologici. Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria italiana, invece, si rimanda all'allegato del Capitolo 3 del Rapporto 2009 (Armeni, 2009). Per questo capitolo, la fonte dei dati di spesa sanitaria pubblica è il Ministero della Salute. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL), Corte dei Conti (commento alle variazioni degli aggregati di spesa e analisi dell'avanzamento dei PdR, riportate nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2019). Il capitolo è così strutturato: nel § 3.2 si analizzano i dati di spesa sanitaria di 29 Paesi europei ed extra europei, con particolare riferimento all'incidenza economica dell'assistenza sanitaria sul settore pubblico e sui cittadini²; nel § 3.3 sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e risorse complessivamente disponibili³) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il § 3.4 è, invece, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa. Nel § 3.5 è analizzata l'evoluzione dei risultati d'esercizio a livello regionale e sono riportate le principali misure attivate per la copertura degli stessi. Infine, nel § 3.6 sono riportate le conclusioni. In molte tabelle viene riportato anche l'anno

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

² Per gli aspetti introduttivi e metodologici, nonché per la scelta del perimetro di analisi, si rimanda al Rapporto 2013 (Armeni, Ferré, Lorenzoni e Sommariva, 2013).

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

2001 poiché coincide con la riforma del Titolo V della Costituzione che ha trasferito alle Regioni la responsabilità sulla spesa sanitaria e sui relativi disavanzi.

3.2 La spesa sanitaria: un confronto internazionale⁴

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

È possibile condurre un'analisi comparativa sui livelli complessivi di spesa pro-capite considerando i differenti assetti istituzionali. Il sistema comunemente considerato più vicino al mercato, gli Stati Uniti, presenta, in media, livelli di spesa nettamente più elevati. Nel 2017, infatti, il livello medio di spesa sanitaria complessiva pro-capite negli Stati Uniti risulta più alto del 145% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (ad esempio, Francia, Germania, Olanda) e del 148% rispetto a quella dei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale o locale (ad esempio, Italia, Regno Unito, Svezia). Ovviamente, è fondamentale interpretare i livelli di spesa in funzione dell'insieme di servizi offerti, della loro organizzazione e gestione, nonché della capacità che i Paesi hanno di rendere disponibili e diffusi internamente i frutti del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica.

Analizzando l'evoluzione della spesa sanitaria totale pro-capite in diversi intervalli temporali (Figura 3.1), si rileva, tra il 2010 e il 2017, un aumento medio dei coefficienti di crescita⁶ misurati in termini reali pari all'1,5%, inferiore rispetto

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

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

⁶ Il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (Compound Average Growth Rate), ossia come tasso di crescita annuale composto. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a: $(\text{Valore ultimo anno}/\text{Valore primo anno})^{1/3} - 1$.

Tabella 3.1 **Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000, 2005, 2010-2017)**

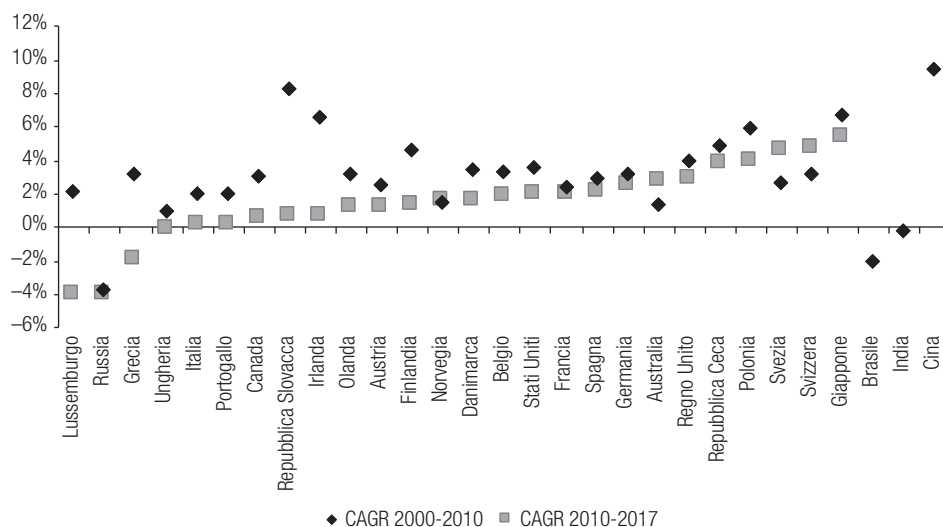
Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
UE (15)										
Austria	2.802	3.476	4.257	4.345	4.588	4.767	4.859	4.945	5.140	5.270
Belgio	2.297	3.045	3.840	3.998	4.161	4.349	4.478	4.527	4.666	4.832
Danimarca	2.344	3.015	4.160	4.170	4.315	4.456	4.536	4.674	4.774	5.025
Finlandia	1.806	2.479	3.305	3.471	3.647	3.789	3.808	3.991	4.024	4.128
Francia	2.686	3.265	4.048	4.168	4.306	4.557	4.642	4.676	4.844	4.931
Germania	2.889	3.421	4.412	4.558	4.734	4.948	5.142	5.291	5.550	5.848
Grecia	1.418	2.304	2.618	2.307	2.168	2.091	2.042	2.100	2.198	2.207
Irlanda	1.829	3.093	4.049	4.207	4.373	4.302	4.251	4.302	4.471	4.631
Italia	2.029	2.504	3.103	3.098	3.111	3.089	3.075	3.129	3.264	3.376
Lussemburgo	3.409	4.881	5.623	4.831	5.207	4.673	4.728	4.733	4.786	4.861
Olanda	2.646	3.583	4.473	4.567	4.782	4.924	4.935	4.928	5.018	5.155
Portogallo	1.599	2.135	2.529	2.408	2.346	2.417	2.451	2.540	2.668	2.759
Spagna	1.523	2.203	2.725	2.724	2.726	2.764	2.853	3.025	3.106	3.224
Svezia	2.195	2.831	3.446	4.484	4.694	4.750	4.882	5.027	5.049	5.264
Regno Unito	1.561	2.318	2.871	2.910	2.968	3.574	3.668	3.703	3.833	3.943
UE (nuovi Paesi)										
Repubblica Ceca	1.025	1.523	2.001	2.042	2.090	2.449	2.565	2.546	2.628	2.850
Repubblica Slovacca	690	1.191	2.010	1.975	2.097	2.154	2.010	2.060	2.187	2.188
Polonia	604	835	1.423	1.497	1.579	1.671	1.687	1.803	1.915	2.049
Ungheria	906	1.464	1.666	1.756	1.767	1.822	1.864	1.892	1.965	1.996
Altri Paesi europei										
Norvegia	2.792	3.741	4.775	4.965	5.210	5.486	5.707	5.728	5.804	6.064
Svizzera	3.491	4.317	5.296	5.477	5.796	6.188	6.439	6.761	6.942	7.147
Altri Paesi non europei										
Australia	2.154	2.872	3.595	3.809	3.854	4.091	4.191	4.381	4.566	4.791
Stati Uniti	4.557	6.443	7.939	8.154	8.423	8.629	9.042	9.505	9.904	10.207
Canada	2.451	3.292	4.167	4.227	4.286	4.366	4.464	4.551	4.698	4.812
Giappone	1.851	2.471	3.170	3.741	3.971	4.308	4.328	4.517	4.513	4.630
Brasile	539	662	987	1.045	1.096	1.186	1.282	1.279	1.282	n.d.
Russia	447	704	1.205	1.359	1.499	1.405	1.509	1.425	1.419	1.514
India	86	117	146	152	163	188	190	194	209	n.d.
Cina	95	170	352	416	482	541	590	641	688	n.d.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2019.

all'aumento rilevato nel periodo 2000-2010 (3,1%). In generale, nell'ultimo periodo analizzato (2010-2017), si rilevano solamente 3 Paesi (Lussemburgo, Russia, Grecia) con tassi di crescita negativi e 1 Paese (Ungheria) in cui si registra una sostanziale stabilità della spesa. Anche l'Italia presenta un tasso di crescita della spesa sanitaria reale pressoché pari a zero (+0,1%) nel corso degli ultimi sette anni, mentre nel periodo 2000-2010 è stato pari al 2,0% (comunque tra i più bassi).

Una dimensione importante della spesa sanitaria è la sua composizione rispetto ai soggetti pagatori. Essendo un settore critico di ogni Paese sia dal punto

Figura 3.1 **Tasso di crescita medio annuo (CAGR) della spesa sanitaria totale pro-capite in termini reali (2000-2010 e 2010-2017)**



Nota: Il CAGR 2010-2017 non è disponibile per Brasile, India e Cina.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2019 e Fondo Monetario Internazionale 2019.

di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza sempre per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione variabili. La Tabella 3.2 mostra la percentuale di spesa sanitaria coperta dal finanziamento pubblico e dagli schemi assicurativi sanitari obbligatori previsti *ex-lege* (sociali e privati). Appare evidente come la componente pubblica e assicurativa obbligatoria della spesa sanitaria sia molto elevata e superiore al 60% in tutti i Paesi considerati, ad eccezione della Russia (57,1%)⁷. Nonostante la prevalenza di tale copertura sulle altre componenti di spesa, si osserva come il finanziamento pubblico abbia subito una contrazione nel periodo 2010-2017 nella maggioranza dei Paesi con dati aggiornati all'ultimo anno disponibile, inclusa l'Italia (-4,6%). La parte residua di spesa è coperta dal settore privato nella forma di premi assicurativi volontari, a carico dei cittadini o delle imprese che offrono copertura per i propri dipendenti, oppure di spesa *out-of-pocket*, direttamente sostenuta dai pazienti al momento dell'accesso ai servizi o dell'acquisto di beni. Nella spesa *out-of-pocket* rientrano le prestazioni non coperte da

⁷ Il sostanziale incremento della componente di spesa sanitaria coperta dal finanziamento pubblico e dagli schemi assicurativi sanitari obbligatori registrato dagli Stati Uniti nel periodo 2010-2017 (pari al 36,2%) è diretta conseguenza dell'Affordable Care Act (ObamaCare), che dal 2014 impone ai cittadini americani, o alle imprese per conto dei propri dipendenti, la stipula obbligatoria di uno schema assicurativo.

Tabella 3.2 **Copertura della spesa sanitaria attraverso finanziamento pubblico e schemi assicurativi sanitari obbligatori (%) (2000, 2005, 2010-2017)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2017
UE (15)												
Austria	75,5	74,0	74,6	74,6	74,7	74,0	74,0	74,1	73,8	74,0	-0,9	-0,6
Belgio	74,6	76,8	77,8	77,6	78,1	77,6	78,1	77,6	77,1	77,2	3,2	-0,5
Danimarca	83,1	83,7	83,9	83,6	84,0	84,3	84,2	84,2	84,1	84,0	0,8	0,1
Finlandia	71,5	75,8	74,5	75,0	75,5	75,4	75,1	76,1	75,0	75,2	3,0	0,7
Francia	78,9	78,7	76,3	76,1	76,2	76,3	76,7	76,7	83,1	83,4	-2,5	7,0
Germania	78,2	75,5	83,4	83,2	83,1	83,7	84,2	84,1	84,2	84,4	5,2	1,0
Grecia	61,6	61,7	69,1	66,0	66,5	62,1	58,2	58,0	61,1	60,8	7,4	-8,2
Irlanda	77,5	78,9	76,2	72,3	72,1	71,2	71,0	72,0	72,5	73,3	-1,3	-2,9
Italia	72,6	77,5	78,5	77,0	76,1	76,1	75,6	74,6	74,6	73,9	5,8	-4,6
Lussemburgo	82,0	83,2	84,9	83,2	82,9	83,1	83,4	83,6	83,7	83,8	2,9	-1,1
Olanda	69,0	68,4	83,4	82,7	82,1	81,1	81,1	81,4	81,2	81,5	14,3	-1,8
Portogallo	70,5	71,3	69,8	67,7	65,6	66,9	66,1	66,2	66,3	66,3	-0,7	-3,5
Spagna	71,4	71,9	74,8	73,7	72,2	71,0	70,4	71,2	71,1	70,6	3,4	-4,1
Svezia	85,5	81,8	81,9	84,0	83,6	83,4	83,4	83,3	83,4	83,7	-3,7	1,8
Regno Unito	79,3	81,5	83,1	82,6	82,9	79,4	79,5	79,4	79,5	78,8	3,8	-4,3
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	89,8	86,8	83,3	83,9	83,7	83,6	82,7	82,4	82,0	82,1	-6,5	-1,2
Repubblica Slovacca	89,2	75,3	71,9	73,8	72,2	74,2	80,2	79,7	80,4	79,9	-17,3	8,0
Polonia	68,9	68,7	71,7	70,9	70,0	70,7	70,7	70,0	69,8	69,5	2,8	-2,2
Ungheria	69,6	70,7	67,1	66,5	65,5	66,6	67,1	68,2	68,1	69,2	-2,5	2,1
Altri Paesi europei												
Norvegia	81,7	83,1	84,7	84,4	84,8	85,0	85,3	85,5	85,4	85,5	3,0	0,8
Svizzera	55,6	60,6	61,8	62,3	63,5	64,1	63,2	63,4	62,8	63,6	6,2	1,8
Altri Paesi non europei												
Australia	68,4	68,4	68,6	69,2	67,5	67,6	67,4	68,2	68,6	68,9	0,3	0,3
Stati Uniti	44,2	45,4	48,4	48,4	48,3	48,8	84,2	84,6	84,5	84,5	4,2	36,2
Canada	70,0	69,9	70,3	70,8	70,9	70,8	70,7	70,8	70,1	69,8	0,3	-0,4
Giappone	80,4	81,2	81,9	83,7	83,9	84,3	84,1	84,1	84,0	84,1	1,5	2,2
Brasile	41,6	41,6	45,0	44,5	43,4	44,6	44,2	43,0	43,0	n.d.	3,4	n.d.
Russia	59,4	61,1	61,4	62,7	63,7	62,4	62,6	58,7	57,0	57,1	2,0	-4,3
India	22,6	21,2	25,5	28,0	27,1	22,1	22,9	25,0	24,8	n.d.	3,0	n.d.
Cina	22,0	32,8	51,9	53,7	55,7	57,1	58,4	60,2	58,0	n.d.	29,9	n.d.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2019.

programmi assicurativi pubblici e privati o garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (*out-of-pocket* in senso stretto) e le compartecipazioni per prestazioni solo parzialmente coperte dalla spesa pubblica.

La proporzione tra il contributo dei tre pagatori (settore pubblico, assicurazioni e cittadini-pazienti) può essere letta come una misura di equità del sistema sanitario. Più è elevata la copertura pubblica, infatti, più il sistema è caratterizzato da equità formale rispetto al reddito. Infatti, una quota di spesa pubblica

elevata corrisponde ad una forte azione di redistribuzione della ricchezza, che rende il sistema più equo nell'accesso alle prestazioni⁸. Tuttavia, è opportuno sottolineare che per valutare una dimensione come l'equità non è sufficiente soffermarsi sulla composizione della spesa totale, perché essa prescinde dalla sua distribuzione tra i cittadini e non considera la tipologia di servizi erogati e la loro qualità. La componente privata di spesa sanitaria è, invece, maggiormente legata alla capacità di reddito degli individui. In particolare, un sistema incentrato sulla spesa privata assicurativa pone barriere all'accesso a coloro che non possono acquistare una copertura e che non rientrano nei programmi pubblici o a coloro ai quali il datore di lavoro non offre coperture assicurative sanitarie. Inoltre, un'importante barriera all'accesso è costituita da fattori culturali e di percezioni imperfette circa l'effettiva estensione della copertura pubblica, che possono rallentare la diffusione di forme assicurative complementari. Più critica è la componente *out-of-pocket*, in quanto si tratta di spesa direttamente sostenuta dai pazienti al momento della fruizione dei servizi e, teoricamente, almeno in parte prevenibile tramite sistemi assicurativi. Questa componente non solo crea la percezione di barriere all'accesso, ma è anche regressiva rispetto al reddito (per la popolazione non esente). In questa categoria, infatti, ricade anche la spesa di coloro che non hanno potuto o voluto accedere a coperture assicurative private. Tale componente, più legata al reddito che alle politiche sanitarie pubbliche, è un importante oggetto di studio (cfr. capitolo sui consumi privati) in quanto presenta dinamiche proprie e non banalizzabili con una semplice lettura "per differenza" rispetto alla copertura pubblica.

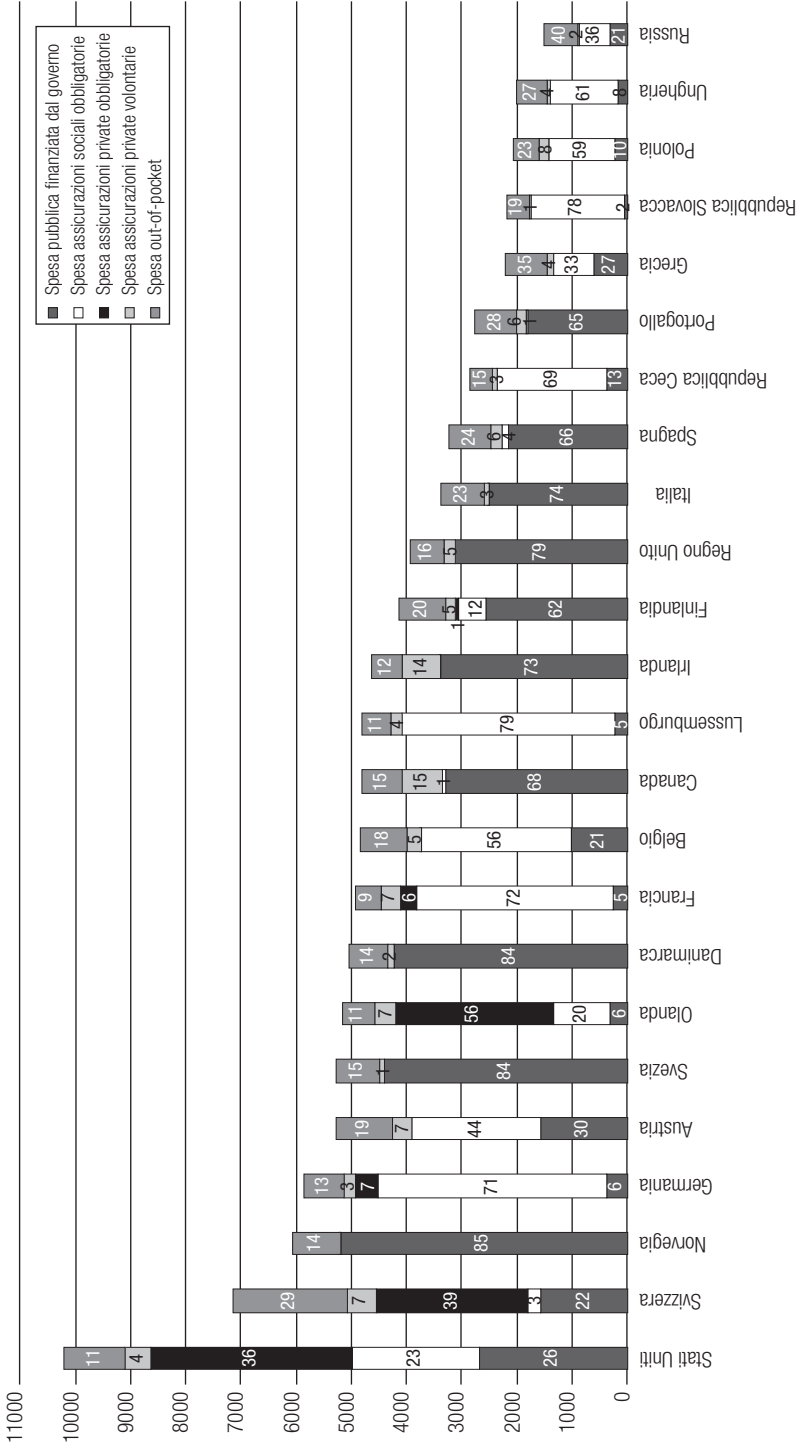
Nei Paesi analizzati, la componente *out-of-pocket*, costituita soprattutto da compartecipazioni (es. accesso alle cure specialistiche, farmaci) e ricorso privato ai servizi, registra una notevole variabilità nell'ultimo anno di rilevazione disponibile (2017), dal 9,4% della Francia al 40,5% della Russia (Figura 3.2). Considerando i differenti assetti istituzionali, si registra una percentuale di spesa *out-of-pocket* simile tra i Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (19,3%) e i Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (19,7%) e più bassa negli Stati Uniti (11,0%), sebbene in quest'ultimo caso la spesa in termini assoluti sia la più elevata (Figura 3.2). L'Italia presenta un dato relativamente elevato, 23,5%, a testimonianza del fatto che circa un quarto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricade direttamente sull'individuo⁹ nel momento del consumo, mentre si mantiene marginale la percentuale di spesa per premi assicurativi obbligatori¹⁰

⁸ Il concetto di equità potrebbe essere declinato in diverse prospettive. Ad esempio, un sistema altamente redistributivo è funzionale a una maggiore equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi, ma è meno equo rispetto alla quantità di contribuzione. In questo contesto si fa riferimento all'equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi.

⁹ Fatte salve le fasce esenti.

¹⁰ Si tratta dell'assicurazione obbligatoria INAIL a cui sono tenuti tutti i datori di lavoro che occupano lavoratori dipendenti e lavoratori parasubordinati nelle attività che la legge individua come rischiose (DPR n. 1124 del 30/06/1965), nonché gli artigiani e i lavoratori autonomi.

Figura 3.2 **Composizione della spesa sanitaria pro-capite: finanziata dal governo, per premi assicurativi obbligatori (sociali e privati), per assicurazioni private volontarie e out-of-pocket (\$PPA e %)**



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

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2019.

(0,2%) e quella intermediata dalle assicurazioni private (2,6%). Tale tendenza è comune, seppur meno accentuata, ai Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (es. Regno Unito, Spagna, Portogallo). Va segnalato, tuttavia, che il ruolo delle compartecipazioni potrebbe assumere particolare rilevanza nei Paesi in cui la spesa pubblica è sempre più soggetta a vincoli di budget e dove, come tendenza generalizzata, si è ridotta la copertura pubblica negli ultimi anni. In tali circostanze, e tenendo conto delle diverse determinanti di scelte di consumo pubblico e privato, infatti, la compartecipazione può evolvere concettualmente da semplice sostituto della spesa pubblica a contributo per un *upgrade* qualitativo dei servizi. In tal senso, invece che rappresentare uno strumento iniquo che porta alla rinuncia alle cure, la compartecipazione potrebbe rappresentare uno dei primi *driver* della diffusione di nuovi servizi e tecnologie, liberando così risorse pubbliche per i servizi essenziali e prioritari.

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

La spesa sanitaria come percentuale del PIL (Tabella 3.3) indica la quota dell'economia di un Paese che è relativa ai servizi sanitari, ovvero la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi¹¹.

L'indicatore si presta a diverse interpretazioni. In primo luogo, esso fornisce una misura del grado di rilevanza economica del sistema sanitario rispetto al macro-sistema produttivo di un Paese, inteso come somma dei redditi di tutte le famiglie e di tutte le imprese. In secondo luogo, è possibile interpretare questo indicatore come punto di equilibrio tra domanda e offerta di servizi. A parità di livello dei prezzi, un valore elevato è associabile a Paesi in cui la domanda di servizi incontra maggiore soddisfazione. Tuttavia, questa ultima interpretazione deve essere integrata da due considerazioni. Primo, le differenze nei livelli dei prezzi delle risorse possono rendere una tale interpretazione deviata. Infatti, a parità di peso sul PIL, due Paesi possono mostrare livelli di accesso complessivo, di equità di accesso nella popolazione e di sostenibilità diversi proprio a causa di differenze nei prezzi. È il caso degli Stati Uniti, sistema più vicino alle logiche di mercato, con prezzi poco regolati, dove la spesa sanitaria nel 2017 rappresenta il 17,1% del PIL (dato più alto in assoluto); tuttavia, al rilevante peso della sanità sul PIL non corrisponde la stessa equità nell'accesso ai servizi che si trova in Paesi come Italia o Francia, che proporzionalmente hanno una spesa inferiore. Secondo, sistemi diversamente strutturati hanno costi di funzionamento differenti. La produzione dello stesso paniere di servizi a parità di prezzi e di equità è tipicamente più costosa in un sistema

¹¹ Non si parla di settore sanitario in generale in quanto quest'ultimo comprende anche altri attori, come le imprese fornitrici, la cui dimensione economica non è inclusa in questo indicatore, se non nei limiti delle operazioni di acquisto (cfr. Del Vecchio, 2012).

Tabella 3.3 Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL (2000, 2005, 2010-2017)

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2017
UE (15)												
Austria	9,2	9,6	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4	1,0	0,2
Belgio	7,9	9,0	10,0	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,3	2,0	0,4
Danimarca	8,1	9,1	10,3	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,1	2,2	-0,2
Finlandia	6,8	8,0	8,9	8,9	9,3	9,5	9,5	9,7	9,4	9,2	2,0	0,3
Francia	9,6	10,2	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,3	1,7	0,1
Germania	9,8	10,2	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1	11,2	1,2	0,2
Grecia	7,2	9,0	9,6	9,1	8,9	8,4	8,0	8,1	8,3	8,0	2,3	-1,5
Irlanda	5,9	7,6	10,5	10,7	10,7	10,3	9,7	7,3	7,4	7,2	4,6	-3,3
Italia	7,6	8,4	9,0	8,8	9,0	9,0	9,0	9,0	8,9	8,8	1,4	-0,1
Lussemburgo	5,9	7,2	7,0	6,1	6,6	5,6	5,5	5,4	5,4	5,4	1,1	-1,6
Olanda	7,7	9,1	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1	2,4	-0,1
Portogallo	8,4	9,4	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	9,0	9,0	9,0	1,4	-0,8
Spagna	6,8	7,7	9,0	9,1	9,1	9,0	9,0	9,1	9,0	8,9	2,2	-0,1
Svezia	7,4	8,3	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11,0	11,0	11,0	1,1	2,5
Regno Unito	6,0	7,2	8,4	8,4	8,3	9,8	9,8	9,7	9,7	9,6	2,5	1,2
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	5,7	6,4	6,9	7,0	7,0	7,8	7,7	7,2	7,2	7,2	1,2	0,3
Repubblica Slovacca	5,3	6,6	7,8	7,4	7,6	7,5	6,9	6,8	7,0	6,7	2,5	-1,1
Polonia	5,3	5,8	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,3	6,5	6,5	1,1	0,1
Ungheria	6,8	8,0	7,5	7,5	7,5	7,3	7,1	7,0	7,1	6,9	0,8	-0,6
Altri Paesi europei												
Norvegia	7,7	8,3	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,5	10,4	1,2	1,5
Svizzera	9,8	10,8	10,7	10,8	11,1	11,3	11,5	11,9	12,2	12,3	0,9	1,6
Altri Paesi non europei												
Australia	7,6	8,0	8,4	8,5	8,7	8,8	9,0	9,3	9,2	9,2	0,8	0,8
Stati Uniti	12,5	14,6	16,4	16,4	16,3	16,3	16,4	16,7	17,1	17,1	3,8	0,7
Canada	8,2	9,0	10,7	10,4	10,4	10,3	10,1	10,6	10,8	10,7	2,5	-0,1
Giappone	7,2	7,8	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,9	2,0	1,8
Brasile	8,3	8,0	7,9	7,8	7,7	8,0	8,4	8,9	9,2	n.d.	-0,4	n.d.
Russia	5,0	4,7	4,9	4,8	4,9	5,1	5,3	5,3	5,3	n.d.	-0,1	n.d.
India	4,2	3,9	3,4	3,2	3,3	3,7	3,6	3,6	3,6	n.d.	-0,8	n.d.
Cina	4,5	4,2	4,2	4,3	4,6	4,7	4,8	5,0	5,0	n.d.	-0,3	n.d.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2019.

assicurativo privato, in cui un attore aggiuntivo nel sistema (le assicurazioni) impone maggiori costi fissi e, soprattutto, di transazione. Rispetto all'incidenza sul PIL del 17,1% degli Stati Uniti, infatti, nei sistemi europei con assicurazione obbligatoria, la percentuale scende in media al 9,1%, variando dal 5,4% del Lussemburgo al 12,3% della Svizzera. I sistemi europei con Servizio Sanitario Nazionale presentano lo stesso dato medio dei Paesi europei con assicurazione obbligatoria (9,1%), variando dal 6,9% dell'Ungheria all'11% della Svezia. In Italia, la spesa sanitaria complessiva sul PIL mostra un'incidenza dell'8,8% nel

2017, tendenzialmente stabile dal 2010, seppur in lieve calo rispetto al 2016 (-0,1%).

Un aspetto cruciale riguarda la variazione nel tempo dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL. La maggioranza dei Paesi considerati mostra una riduzione tra il 2010 e il 2017 o una sostanziale stabilità (variazione uguale o inferiore agli 0,8 punti percentuali), ad eccezione di Regno Unito, Norvegia, Svizzera, Giappone e Svezia, per i quali si è registrato un incremento compreso tra 1,2 (Regno Unito) e 2,5 punti percentuali (Svezia). Di converso, nel decennio 2000-2010, tutti i Paesi ad eccezione dei BRIC registravano un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL in significativa crescita. Questo fenomeno rispecchiava la tendenza dei bisogni e dei costi della sanità a superare la dinamica della crescita economica generale, determinando forti preoccupazioni per la sostenibilità. Tali preoccupazioni hanno portato molti Paesi, nell'ultimo periodo, ad adottare misure di contenimento e di monitoraggio della spesa sanitaria, in particolare della spesa pubblica. Il risultato è evidente dai dati riferiti al periodo 2010-2017, in cui, come esposto sopra, la maggior parte dei Paesi fa registrare una diminuzione o sostanziale stabilità dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, malgrado nello stesso periodo i tassi di crescita del PIL fossero tra i più bassi mai registrati. Questa tendenza al contenimento è, peraltro, riscontrabile in modo trasversale tra le varie tipologie di sistema sanitario.

L'analisi della percentuale di spesa pubblica destinata alla sanità (Tabella 3.4) consente, invece, di valutare l'importanza relativa dell'assistenza sanitaria rispetto all'insieme degli ambiti d'intervento pubblico. Un elevato valore di questo indicatore può derivare da due fenomeni. Innanzitutto, quando la quota di spesa pubblica destinata alla sanità appaia elevata perché il settore pubblico interviene in modo selettivo o residuale nell'economia, come avviene tipicamente in Paesi dove l'intervento pubblico è circoscritto a livelli minimi in molti settori o diretto a pochi settori, tra cui la sanità (es. Stati Uniti). Diversamente, in Paesi dove l'intervento pubblico è estensivo, lo stesso valore può derivare da una priorità elevata assegnata dallo Stato all'assistenza sanitaria rispetto ad altri ambiti. Nell'ultimo periodo considerato (2010-2016), il peso della spesa sanitaria sulla spesa pubblica risulta piuttosto stabile, con riduzioni marcate solo in Grecia (-2,3%) e Lussemburgo (-1,7%) ed incrementi significativi (superiori a 4 punti percentuali) in Giappone, Svezia e Stati Uniti.

Un altro aspetto rilevante è la variabilità tra tipi di sistema diversi. Negli Stati Uniti, paradossalmente, la spesa sanitaria pubblica, sebbene non sia associata a una copertura universale, rappresenta quasi il 40% della spesa totale del settore pubblico. Il dato deriva anche dalla filosofia generale d'intervento pubblico meno estensiva che nella maggior parte dei contesti europei, per cui la percentuale risulta più alta data la minore estensione degli ambiti di spesa pubblica. I dati 2016 mostrano come i sistemi europei sia ad assicurazione sanitaria obbligatoria sia con Servizio Sanitario Nazionale spendano nella sanità

Tabella 3.4 **Spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa pubblica complessiva (2005, 2010-2016)**

Paesi	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Differenza 2005-2010	Differenza 2010-2016
UE (15)										
Austria	14,0	14,5	14,7	14,9	15,0	14,7	15,1	14,9	0,5	0,4
Belgio	14,3	15,2	15,1	14,9	15,2	15,4	16,0	15,8	0,9	0,6
Danimarca	14,9	15,5	15,1	14,9	15,4	15,6	15,8	16,3	0,6	0,8
Finlandia	12,7	12,5	12,8	12,9	12,9	12,7	12,8	13,1	-0,2	0,6
Francia	15,1	14,9	15,0	14,9	15,1	15,3	15,3	17,0	-0,2	2,1
Germania	17,0	19,5	20,0	20,3	20,6	21,0	21,4	21,4	2,5	1,9
Grecia	n.d.	12,6	11,1	10,5	8,3	9,1	9,1	10,3	n.d.	-2,3
Irlanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	18,3	18,2	18,4	19,7	n.d.	n.d.
Italia	13,7	14,1	13,8	13,4	13,3	13,4	13,4	13,5	0,4	-0,6
Lussemburgo	13,7	13,6	12,0	12,5	12,6	12,5	12,1	11,9	-0,1	-1,7
Olanda	14,7	17,8	18,4	19,0	19,1	19,0	19,0	19,3	3,1	1,5
Portogallo	14,4	13,2	12,9	12,6	12,2	11,5	12,3	13,4	-1,2	0,2
Spagna	14,4	14,8	14,6	13,6	14,1	14,2	14,9	15,1	0,4	0,3
Svezia	12,8	13,6	17,7	17,7	17,7	18,0	18,4	18,5	0,8	4,9
Regno Unito	14,5	15,0	15,3	15,3	17,7	18,0	18,5	18,9	0,5	3,9
UE (nuovi Paesi)										
Repubblica Ceca	13,3	13,5	13,6	13,2	15,3	15,0	14,3	14,8	0,2	1,3
Repubblica Slovacca	12,5	13,3	13,4	13,6	13,5	13,2	12,0	13,7	0,8	0,4
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10,6	10,4	10,7	11,0	n.d.	n.d.
Ungheria	11,5	10,2	10,1	10,1	9,8	9,8	9,7	10,4	-1,3	0,2
Altri Paesi europei										
Norvegia	16,5	16,8	16,9	17,3	17,2	17,4	17,5	17,6	0,3	0,8
Svizzera	n.d.	22,7	23,1	23,7	23,9	24,3	25,2	22,4	n.d.	-0,3
Altri Paesi non europei										
Australia	16,3	16,3	16,6	16,3	16,5	16,6	n.d.	17,4	0,0	1,1
Stati Uniti	18,1	18,5	19,0	19,8	20,6	21,7	22,6	39,5	0,4	21,0
Canada	17,1	17,8	18,1	18,4	18,6	19,0	19,1	19,0	0,7	1,2
Giappone	17,8	18,9	21,7	22,3	22,3	22,6	n.d.	23,4	1,1	4,5
Brasile	8,4	8,4	8,1	7,9	8,3	8,3	7,7	9,9	0,0	1,5
Russia	9,9	8,6	9,0	9,2	9,1	9,2	9,6	8,2	-1,3	-0,4
India	3,0	3,2	3,5	3,5	3,1	3,0	3,4	3,1	0,2	-0,1
Cina	7,9	9,4	9,5	9,6	9,6	9,9	10,1	9,1	1,5	-0,3

Nota: I dati relativi al 2000 non sono stati riportati in quanto risultavano mancanti per la maggior parte dei Paesi considerati.

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2019.

in media il 15,7% delle risorse del settore pubblico. Tra i sistemi europei con assicurazione sanitaria obbligatoria, gli estremi opposti sono rappresentati dalla Svizzera (22,4% della spesa pubblica complessiva) e dalla Grecia (10,3%). Tra i Paesi con Servizio Sanitario Nazionale, l'Irlanda presenta la percentuale più elevata di spesa sanitaria sulla spesa pubblica complessiva (19,7%), mentre l'Ungheria la percentuale più ridotta (10,4%). L'Italia si colloca nella fascia

media del suo raggruppamento, con una spesa sanitaria pubblica che rappresenta il 13,5% della spesa pubblica complessiva, in diminuzione rispetto al 2010 (-0.6 punti percentuali).

3.3 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

3.3.1 Il finanziamento del SSN

Per «finanziamento del SSN» si fa riferimento, in genere, a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria: si tratta, quindi, di una voce di preventivo. Il secondo concetto, invece, fa riferimento alle risorse complessivamente disponibili per il SSN (riportate nei conti ministeriali con la dicitura “ricavi del SSN”), rilevate a consuntivo, tra cui rientrano, oltre ai trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN¹² e i trasferimenti da soggetti privati. È in relazione a questo secondo concetto di finanziamento che viene calcolato il disavanzo. Rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di Legge di Stabilità, di Patto per la Salute e di Conferenza Stato-Regioni, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare infatti differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

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

Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato

Per l'anno 2018 il livello di finanziamento complessivo cui ha concorso ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, era stato inizialmente definito in 114 miliardi di euro (L. 232/2016). Tale valore è stato successivamente ridotto e/o vincolato nella misura dei seguenti importi:

- ▶ 604 milioni di euro con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, del 5 giugno 2017, ai sensi della L. 232/2016;

¹² Soprattutto ticket e proventi per le attività intramoenia.

- ▶ 1,12 milioni di euro annui, a decorrere dal 2018, per la componente del finanziamento della Regione Friuli Venezia Giulia relativa al superamento degli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari);
- ▶ 223 e 500 milioni di euro per consentire il finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, cc 400 e 401, L.232/2016).

A fronte delle riduzioni e dei vincoli, per il 2018 sono stati previsti, inoltre, due incrementi pari a:

- ▶ 9,2 milioni di euro per la remunerazione delle farmacie rurali (L. 172/2017);
- ▶ 56.000 euro per l'assistenza gratuita di tipo medico-psicologico in favore dei figli minorenni o maggiorenni non economicamente autosufficienti e vittime del reato di femminicidio (L. 4/2018).

Al netto di detti importi lo stanziamento iniziale è stato quantificato in 112,7 miliardi di euro.

In merito alla destinazione del finanziamento, lo stanziamento complessivo di 112,7 miliardi di euro è stato diviso in quattro componenti:

1. finanziamento indistinto: 109,9 miliardi di euro¹³. Questo valore, comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate nei precedenti riparti, è ottenuto come differenza tra, da una parte, lo stanziamento totale, e dall'altra, la somma di stanziamenti vincolati e programmati per Regioni e Province Autonome, stanziamenti vincolati per altri enti e accantonamenti (di cui sotto). Tale finanziamento è destinato alla copertura del fabbisogno c.d. indistinto, genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
2. finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.: 1,9 miliardi di euro¹⁴;
3. finanziamento vincolato per altri enti: 653 milioni di euro;
4. accantonamenti: 283,5 milioni di euro¹⁵.

¹³ Tale voce, rispetto al 2017, è aumentata: i) di 27 milioni di euro la quota per il concorso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini – NPNV; ii) di 75 milioni di euro la quota per il concorso al rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN.

¹⁴ Tale voce, rispetto al 2017, vede incrementata di 3,88 milioni di euro la quota per il superamento degli OPG.

¹⁵ L'accantonamento, limitatamente al 2018, è pari allo 0,25% del livello del finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2018, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'art. 2, comma 67-bis L. 191/2009 e di quanto stabilito, ad integrazione del già citato comma 67-bis, nell'ambito della L. 21 del 25 febbraio 2016 e come successivamente integrato dal DL del 24 aprile 2017.

Tabella 3.5 **Articolazione delle risorse finanziarie 2018 e variazione 2017-2018 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2018	Variazione 2017-2018
1. Finanziamento indistinto di cui	109.877	0,85%
1.1 Ospedale Bambin Gesù	196	2,38%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	44	-10,12%
1.3 Finanziamento finalizzato	596	20,65%
1.3.1 Rinnovo convenzioni SSN	69	0,00%
1.3.2 Emersione extracomunitari	200	0,00%
1.3.3 Gioco d'azzardo	50	0,00%
1.3.4 Vaccini NPNV	127	27,00%
1.3.5 Stabilizzazione Personale	150	100,00%
2. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PPA.A.	1.868	-0,06%
2.1 Obiettivi PSN	1.500	0,00%
2.2 Emergenza veterinaria	40	0,00%
2.3 Borse di studio triennali medici medicina generale	39	0,00%
2.4 Fondo per l'esclusività del rapporto personale dirigente ruolo sanitario	30	0,00%
2.5 Assistenza extracomunitari irregolari	31	0,00%
2.6 Attività di medicina penitenziaria	7	0,00%
2.7 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	0,00%
2.8 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	54	-2,05%
2.9 Revisione tariffe prestazioni termali	2	0,00%
3. Finanziamento vincolato per altri enti	653	0,00%
3.1 Borse di studio specializzandi	173	0,00%
3.2 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	0,00%
3.3 Croce Rossa Italiana	146	0,00%
3.4 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	13	0,00%
3.5 Mutui CC.DD.PP.	3	0,00%
3.6 Centro Nazionale Trapianti	2	0,00%
3.7 Formazione dei medici specialisti	50	0,00%
4. Accantonamenti	284	0,73%
TOTALE	112.681	0,83%

Fonte: Elaborazioni da dati Ministero della Salute (2019)

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2018 e le variazioni rispetto al 2017 sono contenute nella Tabella 3.5.

Per il 2018, i sub-livelli assistenziali sono stati determinati¹⁶ come segue:

¹⁶ Si rimanda al capitolo 3 (Armeni *et al.*), paragrafo 3.3.1 del Rapporto OASI 2018 per maggiori approfondimenti in merito alle modalità di definizione del fabbisogno sanitario nazionale standard, del finanziamento a livello regionale e dei relativi livelli sub-assistenziali.

- ▶ prevenzione: 5%;
- ▶ distrettuale: 51%;
 - ◀ medicina di base: 7,00%;
 - ◀ farmaceutica: 11,64%¹⁷;
 - ◀ specialistica: 13,30%;
 - ◀ territoriale: 19,06%;
- ▶ ospedaliera: 44%

Tali percentuali risultano variare rispetto all'anno precedente soltanto per i sub-livelli "farmaceutica" e "territoriale". Nello specifico la farmaceutica distrettuale passa dall'11,66% del 2017 all'11,64% del 2018, mentre la territoriale subisce un leggero incremento (dal 19,04% nel 2017 al 19,06% nel 2018).

Nell'ultimo documento di riparto si è rispettato quanto disposto dall'art. 27 del D.lgs 68/11, che prevede che la quota percentuale assicurata alla migliore Regione benchmark non possa essere inferiore a quella già assegnata alla stessa Regione l'anno precedente al netto delle variazioni di popolazione. L'utilizzo dei costi pro-capite, pesati per i livelli di assistenza delle Regioni *benchmark*, rende la quota di accesso dell'Umbria (prima Regione) per l'anno 2018 pari all'1,50%.

Le risorse complessivamente disponibili del SSN

Le risorse complessivamente disponibili per il SSN (indicate nelle tabelle ministeriali come ricavi) per l'anno 2018 (Tabella 3.6), al netto dei proventi della gestione straordinaria e di quelli dell'intramoenia, che sono portati in detrazione al livello di spesa, ammontano complessivamente a 118,9 miliardi di euro, di cui 118,25 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province Autonome e 0,65 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato¹⁸. Tali valori includono, oltre ai fondi messi a disposizione dal livello centrale, le risorse proprie regionali (derivanti ad esempio dalle addizionali d'imposta IRPEF e IRAP), le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN (ticket e intramoenia), i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati¹⁹.

Dal 2012, sono riportate come ricavi a consuntivo per tutte le Regioni e

¹⁷ Per quanto concerne il riparto della quota relativa all'assistenza farmaceutica distrettuale, il peso include anche la componente di spesa per i farmaci di classe A distribuiti direttamente o in nome e per conto.

¹⁸ 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).

¹⁹ Gli ulteriori trasferimenti comprendono, oltre la quota parte del fabbisogno nazionale ripartito dal CIPE, dalla Regione o dalla P.A. a carico dei loro bilanci, nonché quelli dal settore pubblico (altre amministrazioni statali, province, comuni) e da quello privato, desunti dal SIS.

Tabella 3.6 **Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2018 e variazione 2017-2018**

Ricavi	Miliardi di Euro (2018)	Variazione 2017-2018
1. Regioni e PPAA.	118,25	1,18%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	29,46	0,48%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	66,09	0,96%
1.3 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	11,90	3,54%
1.4 Riparto quota premiale	0,28	0,73%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	3,02	0,02%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	5,40	-1,27%
1.7 Costi capitalizzati	1,98	3,36%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	0,12	-248,12%
2. Altri enti del SSN	0,65	0,00%
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,65	0,00%
TOTALE	118,90	1,17%

Fonte: Nostra elaborazione della delibera CIPE di riparto delle risorse per il SSN per l'anno 2018 e dei dati del Ministero della Salute, NSIS (dati del IV trimestre 2018 aggiornati alla data del 2 agosto 2019)

PP.AA. (tra i finanziamenti da altri enti del settore pubblico e dai privati) anche le risorse destinate dalle stesse a copertura dei disavanzi sanitari. Tali fondi derivano dai maggiori introiti fiscali relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP.²⁰ Il gettito della maggiorazione delle aliquote è contabilizzato come risorsa aggiuntiva erogata dalla Regione per la copertura dei LEA.²¹

Le voci che concorrono alla definizione delle risorse complessivamente a disposizione del SSN nel 2018 e le variazioni rispetto al 2017 sono riportate nella Tabella 3.6. Nel 2018, il rapporto tra ricavi netti²² del SSN e PIL è rimasto stabile rispetto al 2017 (6,8%) (Tabella 3.7), mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.968 euro (+1,4% rispetto al 2017). Complessivamente, si registra un incremento dell'1,17% delle risorse totali rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare, rispetto al 2017, si registra un incremento delle seguenti voci: i) ricavi riferiti al fabbisogno ex D.lgs 56/00 (IVA ed accise) (+0,96%), ii) entrate relative ad ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato (+3,54%), iii) ricavi ed entrate proprie varie (+0,02%), iv) entrate legate alle

²⁰ IRPEF: Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRAP: Imposta regionale sulle attività produttive.

²¹ In precedenza, il trattamento contabile di queste risorse era eterogeneo, con alcune Regioni che lo includevano tra i ricavi come nel caso dell'Emilia-Romagna, altre (come ad esempio, il Lazio) come copertura perdite. A partire dal consuntivo 2012 le risorse raccolte dall'extra gettito IRPEF e IRAP devono essere contabilizzate come ricavi (per una più dettagliata spiegazione si rimanda al capitolo 4 del Rapporto OASI 2014).

²² Vedi nota a Tabella 3.7.

Tabella 3.7 **Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019/18, 2020/18, 2021/18) (milioni di Euro)**

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Tasso crescita medio			
															'90/'18	'95/'01	'01/'10 '10/'18	
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.900	114.260	114.578	115.913	117.676	119.052	3,8%	8,1%	4,1%	0,8%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	1,3%	1,0%	-0,9%	1,2%	0,3%	1,2%	1,5%	1,2%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	73,2%	75,2%	77,5%	78,2%	77,2%	77,7%	77,5%	77,2%	76,3%	76,3%	75,9%	76,1%				
- % sul PIL	5,7%	4,9%	5,7%	6,0%	6,5%	6,9%	6,9%	7,1%	7,0%	7,0%	6,9%	6,9%	6,8%	6,8%				
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	108.135	111.548	114.547	113.233	114.484	113.909	115.626	117.524	118.903	4,5%	7,5%	4,4%	1,1%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	10,4%	7,4%	2,1%	2,2%	2,7%	-1,1%	1,1%	-0,5%	1,5%	1,6%	1,2%				
- % sul PIL	4,8%	4,9%	5,4%	5,7%	6,1%	6,8%	6,8%	7,1%	7,1%	7,1%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%				
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-5.735	-2.196	-1.262	583	333	224	-669	-288	-152	-149				
- variazione %	-	-74,5%	-13,9%	17,0%	-10,7%	-34,7%	-42,5%	-146,2%	-42,8%	-32,8%	-398,4%	-57,0%	-47,1%	-2,2%				
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-6,3%	-2,0%	-1,1%	0,5%	0,3%	0,2%	-0,6%	-0,2%	-0,1%	-0,1%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.704	25.609	28.040	30.954	33.254	32.765	32.703	33.742	35.636	35.805	37.367	37.330	5,3%	6,8%	2,1%	2,4%
- variazione %	-	13,0%	8,3%	-0,4%	-0,5%	1,1%	7,4%	-1,5%	-0,2%	3,2%	5,6%	0,5%	4,4%	-0,1%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	26,6%	24,8%	22,5%	21,8%	22,9%	22,3%	22,5%	22,8%	23,7%	23,6%	24,1%	23,9%				
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.877	103.295	124.837	142.285	146.065	146.730	145.603	148.001	150.213	151.718	155.042	156.381	4,1%	7,7%	3,6%	1,2%
- variazione %	-	2,7%	10,4%	7,7%	4,6%	1,0%	2,7%	0,5%	-0,8%	1,6%	1,5%	1,0%	2,2%	0,9%				
- % sul PIL	6,9%	6,7%	7,7%	8,0%	8,4%	8,9%	8,9%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,0%	9,0%	8,9%				
PIL	723.249	984.984	1.239.267	1.298.890	1.489.725	1.604.515	1.637.461	1.613.265	1.604.600	1.621.827	1.652.085	1.889.824	1.724.205	1.753.949	3,2%	4,7%	2,4%	1,1%
- variazione %	-	8,7%	5,7%	4,8%	2,9%	2,0%	2,1%	-1,5%	-0,5%	1,1%	1,9%	2,3%	2,0%	1,7%				

Tabella 3.7 (segue)

Note:

- Dati del NSIS: di consuntivo per tutti gli anni
- Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia. Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedaliera accreditata». È esclusa la svalutazione di crediti e attività finanziarie e, fino al 2010, sono esclusi anche gli ammortamenti. A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti e nel finanziamento i costi capitalizzati, che consentono la sterilizzazione degli ammortamenti in termini di risultato d'esercizio, secondo le regole definite dal Tavolo di verifica nella riunione del 24 marzo 2011 concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale. Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati. Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.
- Dal 2013, poiché nel riparto compare la mobilità internazionale, essa è stata considerata nel conteggio della spesa. È valorizzata, però, in base ai modelli CE, in termini di saldo tra attiva e passiva.
- Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti.
- La voce «Ricavi netti» comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse, dal 2012, le risorse aggiuntive stanziata dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie. Dal 2011 sono considerati i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rettifiche e utilizzo fondi.
- I dati relativi al PIL sono di fonte International Monetary Fund (IMF). Il PIL 2018 è una stima IMF.
- La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019), ISTAT (2019), IMF (2019)

addizionali IRPEF ed IRAP (+0,48%), v) ricavi relativi al riparto della quota premiale (+0,73%) e vi) costi capitalizzati (+3,36%)²³.

Hanno, invece, mostrato una variazione negativa i ricavi riferiti al finanziamento relativo al Fondo Sanitario Nazionale (FSN) (-1,27%). Infine, è da notare che, a partire dall'anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i costi capitalizzati²⁴ (1,98 milioni di euro per il 2018) e il riparto della quota premiale^{25, 26} (0,28 miliardi di euro per il 2018). Tale quota sarà ripartita tra le Regioni sulla base di diversi criteri legati al conseguimento di determinati obiettivi quali l'adempimento dei LEA, l'introduzione di una centrale regionale per gli acquisti e l'introduzione di misure atte a garantire l'equilibrio di bilancio.

3.3.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), aggiornati al 2 agosto 2019 (flusso del 4° trimestre 2018²⁷) e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN²⁸ è stata pari a 119,1 miliardi di euro e ha subito nel 2018 un aumento dell'1,2% rispetto al 2017 (Tabella 3.7 e Figura 3.3). L'incremento di spesa sanitaria si associa ad una ripresa del PIL (+1,7% rispetto al 2017), sicché il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL rimane costante al 6,8% tra il 2017 ed il 2018.

La spesa privata corrente mostra una tendenziale stabilità rispetto al 2017 (-0,1%) attestandosi a 37,3 miliardi di euro. Complessivamente, la spesa sanitaria totale corrente (pubblica²⁹ e privata) è aumentata dello 0,9% nel 2018 (156 miliardi di Euro pari al 8,9% del PIL, Tabella 3.7).

A fronte della spesa pubblica, le risorse nette complessive del SSN (vedi *supra* § 3.3.1) nel 2018 sono state pari a 118,9 miliardi di euro, in aumento dell'1,2% rispetto al 2017. Il disavanzo pubblico, quindi, si attesta nel 2018 a 149

²³ Per maggiori approfondimenti si rimanda al capitolo 17 del Rapporto OASI 2017 (Anesi *et al.*).

²⁴ Questa voce fa riferimento al valore pro-quota delle risorse stanziare per il finanziamento dell'acquisto di beni di investimento in relazione alla durata dell'ammortamento.

²⁵ La quota premiale consiste nel subordinare l'erogazione alle Regioni di una parte del finanziamento del SSN al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del settore sanitario attraverso la garanzia dell'equilibrio di bilancio annuale dei singoli Servizi Sanitari Regionali, anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo eventualmente presente a livello regionale (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2015)

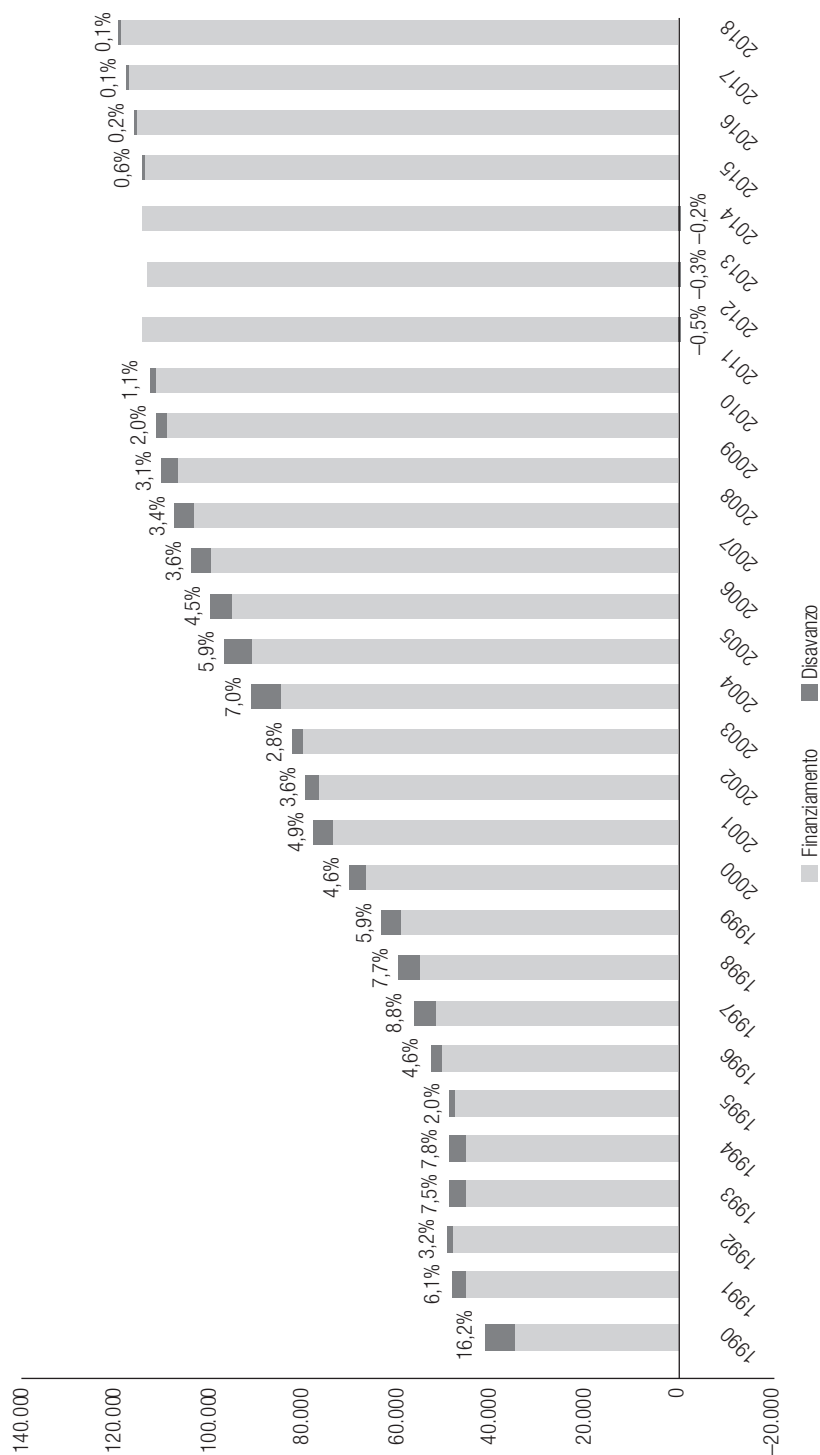
²⁶ La Legge n. 135 del 2012 prevede che, a decorrere dall'anno 2013, la quota premiale a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del SSN sia annualmente pari allo 0,25% di tali risorse. Unicamente per il 2014, invece, la percentuale è stata fissata pari all'1,75%.

²⁷ Per il 2017 i dati sono aggiornati alla data dell'1 marzo 2019.

²⁸ Regioni, Province Autonome e altri enti.

²⁹ Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

Figura 3.3 Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2018) (milioni di Euro)



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019)

milioni di euro (0,1% della spesa sanitaria pubblica corrente). Dal 2015 la sanità pubblica ha chiuso l'esercizio in leggero disavanzo. Confrontando, tuttavia, i disavanzi registrati negli ultimi tre anni con quelli registrati prima del 2012, si evidenzia come, integrate nei conti tutte le somme di effettiva competenza della sanità, il sistema sia complessivamente in grado di mantenersi in equilibrio economico, senza che il disavanzo, per il momento, torni a rappresentare un elemento strutturale. Questa considerazione, tuttavia, riguarda esclusivamente la tenuta economica dei conti e non rappresenta, in alcun modo, una valutazione della capacità del sistema di erogare l'assistenza per cui è finanziato in modo universale, equo ed efficiente.

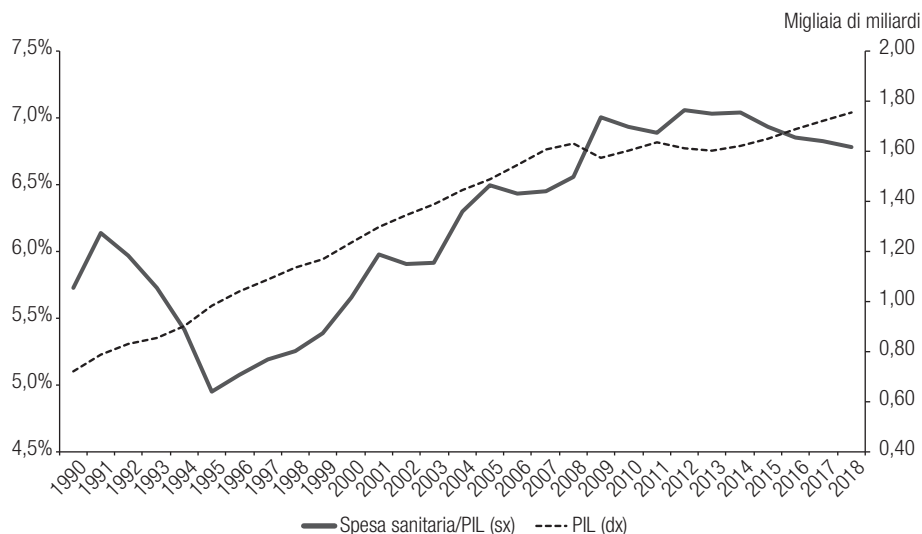
La situazione per quanto riguarda i disavanzi pregressi risulta complessa. Al 31/12/2013, infatti, il SSN registrava perdite cumulate per 33,7 miliardi di euro, a fronte di contributi per il ripiano delle perdite di circa 21,3 miliardi³⁰; erano, quindi, ancora presenti nei bilanci del SSN circa 12,4 miliardi di perdite, coperti però per il 70% tramite mezzi propri. Sono, pertanto, iscritte a bilancio passività per circa 3,5 miliardi non ancora coperte in termini di assegnazione (Cantù *et al.*, 2015). L'esercizio di valutazione del disavanzo non ancora coperto, però, non è stato aggiornato al 31/12/2018. Si segnala che l'eventuale avanzo d'esercizio rimane comunque a disposizione delle Regioni. Nel § 3.5 vengono analizzate in dettaglio le misure di copertura dei disavanzi adottate dalle Regioni.

La lettura storica dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL permette di ripercorrere le principali tappe evolutive dell'approccio alla gestione delle risorse finanziarie per la sanità, con particolare riferimento alle azioni di contenimento della spesa (Figura 3.4). Per una lettura dei trend storici, si rimanda al capitolo 3 del Rapporto OASI 2018 (Armeni, Bertolani, Borsoi, Costa, 2018). Alla base del rallentamento della crescita della spesa (anche rispetto al PIL) vi sono principalmente le manovre di contenimento attivate nel corso degli anni. Ad esempio, a livello nazionale, a decorrere dal 2010 è stato attivo il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro³¹ e, dal 2011 sono stati attuati diversi interventi in materia di farmaci. Dal 2012, invece, hanno avuto effetto alcune delle misure previste dalla «*Spending Review*» e dai decreti successivi, come gli interventi in materia di budget per la spesa farmaceutica e per dispositivi medici. A livello regionale, in particolar modo nelle Regioni in PdR, le mi-

³⁰ Risultano infatti iscritti a patrimonio netto delle aziende e dovrebbero corrispondere, secondo quanto disposto dal D.lgs. 118/2011, ai ripiani assegnati ma non ancora erogati.

³¹ In merito al blocco dei contratti, il 23 giugno 2015, la Corte Costituzionale, in relazione alle questioni di legittimità costituzionale sollevate con le ordinanze R.O. n. 76/2014 e R.O. n. 125/2014, ha confermato con la sentenza n. 178 del 24 giugno 2015 e con decorrenza dalla pubblicazione della sentenza, l'illegittimità costituzionale sopravvenuta del regime del blocco della contrattazione collettiva per il lavoro pubblico, quale risultante dalle norme impugnate e da quelle che lo hanno prorogato. A luglio 2019 è stato firmato il rinnovo del contratto dei medici e dirigenti del servizio sanitario nazionale relativo al triennio 2016-2018.

Figura 3.4 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1995-2018)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019), IMF (2019)

sure si sono incentrate principalmente sul ripensamento dei modelli strategici di gestione dell'assistenza, attraverso interventi come la revisione dei sistemi di accreditamento, l'introduzione di budget e di tetti di spesa per gli operatori privati e la riorganizzazione della rete di offerta (vedi *infra* § 3.5).

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 3.8 mostra come nel 2018 la sanità assorba una quota di spesa del 21,8%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (67,9%). L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità cresca meno rispetto alla spesa per assistenza³² e previdenza³³ (CAGR +4,7% e +1,4%, rispettivamente). Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta, nel 2018, del 2,1%.

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica»³⁴ (Tabella 3.9 e Figura 3.5), ovvero per tipologia di fattori, e

³² Rientrano in questo aggregato: pensione e assegno sociale, pensione di guerra, prestazioni agli invalidi civili, prestazioni ai non vedenti e non udenti, altri assegni e sussidi.

³³ 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.

³⁴ È importante rilevare che, a partire dall'anno 2008, i conti del SSN sono effettuati attraverso un nuovo modello di Conto Economico (CE) molto più analitico del precedente. Attraverso il nuovo modello, oltre ad essere più agevole il consolidamento a livello regionale e – successivamente – a livello nazionale, è possibile isolare meglio alcune tipologie di ricavo e di costo. Ulteriori revisioni al modello CE sono avvenute nel 2011.

Tabella 3.8 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010-2018) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	'90/'18	'95/'01	'01/'10	'10/'18
Sanità																		
spesa (milioni Euro)	38.790	45.397	64.651	71.486	91.436	106.361	105.038	103.208	102.616	103.914	104.032	105.283	106.233	108.237	3,7%	7,9%	4,5%	0,2%
% sul totale	26,5%	20,6%	22,8%	23,9%	25,2%	24,0%	23,4%	22,8%	22,3%	22,2%	21,9%	21,9%	21,8%	21,8%				
var. %	-	0,7%	12,2%	10,6%	6,7%	1,9%	-1,2%	-1,7%	-0,6%	1,3%	0,1%	1,2%	0,9%	1,9%				
Previdenza																		
spesa (milioni Euro)	96.413	159.634	200.463	207.960	244.828	301.642	308.430	314.617	321.329	320.130	323.443	326.562	330.385	337.329	4,6%	4,5%	4,2%	1,4%
% sul totale	65,7%	72,4%	70,6%	69,4%	67,4%	68,0%	68,9%	69,5%	69,9%	68,5%	68,2%	68,0%	68,0%	67,9%				
var. %	-	17,7%	2,2%	3,7%	3,3%	3,4%	2,5%	2,0%	2,1%	-0,4%	1,0%	1,0%	1,3%	2,0%				
Assistenza																		
spesa (milioni Euro)	11.447	15.493	18.895	20.263	26.961	35.497	34.497	34.698	35.757	43.042	46.534	48.257	49.791	51.371	5,5%	4,6%	6,4%	4,7%
% sul totale	7,8%	7,0%	6,7%	6,8%	7,4%	8,0%	7,7%	7,7%	7,8%	9,2%	9,8%	10,1%	10,2%	10,3%				
var. %	-	2,1%	4,4%	7,2%	1,8%	-2,8%	-2,8%	0,6%	3,1%	20,4%	8,1%	3,7%	3,2%	3,2%				
Totale	146.650	220.524	284.009	299.709	363.225	443.500	447.965	452.523	459.702	467.086	474.009	480.102	486.859	496.937	4,5%	5,2%	4,5%	1,4%
var. %	-	12,6%	4,5%	5,5%	4,0%	2,5%	1,0%	1,0%	1,6%	1,6%	1,5%	1,3%	1,4%	2,1%				

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT (2019)

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

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Tasso crescita medio			
															'90/'17	'95/'01	'01/'18	
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	26.888	31.759	36.674	36.101	35.585	35.090	34.779	34.608	34.321	34.296	34.803	2,8%	4,7%	3,5%	-0,7%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	16.883	26.611	33.103	34.423	35.620	35.559	37.202	37.909	39.221	41.389	42.185	6,4%	10,5%	7,8%	3,1%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	4.511	5.691	6.541	6.626	6.647	6.609	6.614	6.619	6.633	6.637	6.642	3,6%	7,9%	4,2%	0,2%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.662	11.894	10.913	9.862	8.891	8.616	8.390	8.235	8.100	7.592	7.553	0,1%	14,6%	-0,7%	-4,5%
Ospedaliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.131	8.147	8.849	8.641	8.525	8.538	8.712	8.757	8.697	8.710	8.803	2,8%	6,6%	0,9%	-0,1%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	2.485	3.231	4.504	4.668	4.755	4.679	4.572	4.553	4.622	4.702	4.792	3,5%	12,3%	6,8%	0,8%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	6.025	7.939	10.177	10.261	10.533	10.821	11.013	11.298	11.590	11.835	12.034	7,0%	11,4%	6,0%	2,1%
Altri costi (c)	375	471	578	703	1.066	7	34	202	-212	-255	-520	-329	-529	-896	n.d.	6,9%	-39,7%	n.d.
Altro	375	471	194	259	201	197	202	202	232	234	244	229	240	236	-1,6%	-9,5%	-3,0%	2,3%
Saldo voci straordinarie	-	-	384	64	1.002	-132	-89	51	-378	-398	-652	-465	-647	-976	n.d.	n.d.	-208,4%	28,4%
Saldo intramoenia	-	-	-	-93	-137	-58	-78	-195	-209	-210	-220	-226	-220	-235	n.d.	n.d.	-5,2%	19,3%
Saldo svalutazioni/ rivalutazioni	-	-	-	-	-	-	-	144	143	119	109	133	98	80	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Altri enti (d)	74	637	509	398	459	563	641	647	592	633	653	653	653	653	8,1%	-7,5%	3,9%	1,9%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.559	2.502	2.528	2.452	2.392	2.378	2.395	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.795	114.186	114.564	115.900	117.662	118.964	3,8%	8,1%	4,1%	0,8%
Totale al netto di (c) e (d) : (f)	41.017	47.644	69.085	76.585	95.271	110.761	112.135	113.115	112.415	113.809	114.431	115.576	117.538	119.207	3,9%	8,2%	4,2%	0,9%
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	43.771	58.370	69.777	70.524	71.205	70.649	71.980	72.517	73.543	75.685	76.987	4,3%	6,7%	5,3%	1,2%
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	32.814	36.901	40.984	41.611	41.911	41.766	41.828	41.914	42.033	41.854	42.219	3,2%	10,6%	2,5%	0,4%

Tabella 3.9 (segue)

Variazione percentuale	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	5,0%	7,6%	1,3%	-1,6%	-1,4%	-1,4%	-0,9%	-0,5%	-0,8%	-0,1%	1,5%
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	6,7%	18,2%	0,8%	4,0%	3,5%	-0,2%	4,6%	1,9%	3,5%	5,5%	1,9%
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	8,2%	13,5%	2,8%	1,3%	0,3%	-0,6%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	33,3%	-1,7%	-0,8%	-9,6%	-9,8%	-3,1%	-2,6%	-1,8%	-1,6%	-6,3%	-0,5%
Ospedaliera accreditata	-	2,0%	10,5%	1,4%	-10,8%	0,3%	-2,4%	-1,3%	0,1%	2,0%	0,5%	-0,7%	0,1%	1,1%
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	9,3%	4,4%	10,4%	3,6%	1,9%	-1,6%	-2,3%	-0,4%	1,5%	1,7%	1,9%
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	35,9%	7,2%	3,6%	0,8%	2,7%	2,7%	1,8%	2,6%	2,6%	2,1%	1,7%
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	21,6%	-47,1%	-98,5%	364,5%	485,4%	-205,0%	20,5%	103,6%	-36,8%	60,9%	69,3%
Altri enti (d)	-	207,6%	6,6%	-21,9%	2,3%	1,3%	13,9%	1,0%	-8,5%	6,9%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Ammortamenti (e)	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	64,7%	-2,2%	1,0%	-3,0%	-2,4%	-0,6%	0,7%
Totale	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,1%	1,3%	1,0%	-1,0%	1,2%	0,3%	1,2%	1,5%	1,1%
Totale al netto di (c), (d) ed (e) : (f)	-	-0,9%	10,7%	10,9%	7,3%	1,5%	1,2%	0,9%	-0,6%	1,2%	0,5%	1,0%	1,7%	1,4%
Fattori interni (a+b)	-	-0,2%	10,0%	5,6%	12,2%	1,1%	1,1%	1,0%	-0,8%	1,9%	0,7%	1,4%	2,91%	1,72%
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	-	-2,0%	11,7%	18,7%	0,4%	2,2%	1,5%	0,7%	-0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	-0,43%	0,87%

Nota: Gli accantonamenti tipici vengono inseriti nella voce «Servizi». La voce Altri costi (c) contiene il saldo della gestione straordinaria, il saldo intramoenia e la spesa relativa all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e allo SMOM (Sovrano Militare Ordine di Malta). La voce «Altri Enti (d)» è riferita agli enti non regionali. Dal 2011 è inserita anche la voce «Ammortamenti». La variazione percentuale è calcolata rispetto all'anno precedente (es. 2009-2010); si sottolinea tuttavia che i valori assoluti necessari per il calcolo della variazione percentuale non sono stati riportati per tutti gli anni.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019)

non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di ricovero nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera a carico del SSN in Italia. Solo riclassificando le voci di dettaglio dai conti della protezione sociale (ISTAT, 2019) è possibile ricavare l'incidenza di alcune funzioni di spesa. Ad esempio, l'assistenza ospedaliera in strutture pubbliche, nel 2018, ha rappresentato il 35,6% delle uscite per la sanità (fonte ISTAT) e, insieme alla spesa pubblica per assistenza ospedaliera in case di cura private accreditate (8,6% del totale), rappresenta il 44,2% della spesa complessiva. Nel complesso, la spesa per servizi sanitari forniti da produttori *non market*³⁵ rappresenta il 62,7%, in leggera diminuzione rispetto al 2017 (-0,1%). La spesa per servizi forniti da produttori *market*³⁶ si attesta invece al 37,3% del totale delle uscite per la sanità, in lieve crescita rispetto al 2017.

Un elemento da sottolineare ai fini della lettura storica dei dati di spesa è l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale. In particolare, a partire dal 2000, vengono aggiunte voci precedentemente non previste, quali accantonamenti, variazioni delle rimanenze, minusvalenze, sopravvenienze passive (tra cui gli oneri per arretrati nei contratti e nelle convenzioni), insussistenze dell'attivo. Di queste, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante³⁷. Dal 2011 sono inseriti gli ammortamenti e i costi capitalizzati, mentre dal 2012 sono comprese le voci di rettifica e utilizzo fondi³⁸.

Nella Tabella 3.9 e nella Figura 3.5 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni ed esterni alle aziende sanitarie. I beni e servizi, ovvero l'insieme degli acquisti delle aziende sanitarie, rappresentano una componente di costo collegata alle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie pubbliche (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o erogati tramite distribuzione diretta). Sono, quindi, classificati come fattori interni, insieme al personale. Al contrario, le prestazioni convenzionate/accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti del SSN (MMG, Specialisti, Case di cura, Farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti fattori esterni. Il saldo delle voci

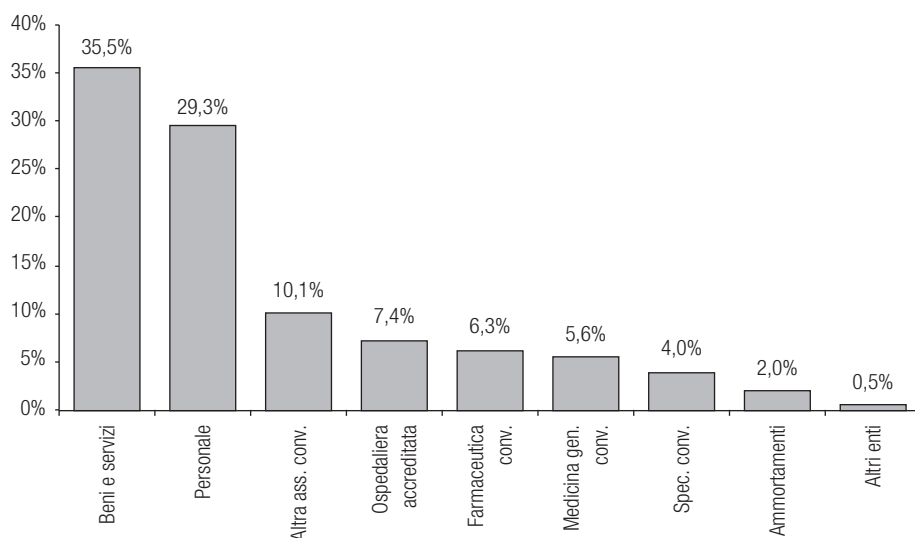
³⁵ Regioni e aziende pubbliche.

³⁶ Farmaci erogati in regime di convenzione, assistenza medico-generica, assistenza medico-specialistica, assistenza riabilitativa, integrativa e protesica, assistenza in case di cura private e altra assistenza.

³⁷ 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.

³⁸ Si osserva anche che dal 2005, in attuazione di quanto richiesto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005, le Regioni hanno riclassificato i costi degli IRCCS di diritto pubblico e delle AO universitarie integrate con il SSN dalla voce *Ospedaliera accreditata* alle rispettive voci della classificazione economica (es. *Personale, Beni e servizi*).

Figura 3.5 **Composizione della spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica (2018)**



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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019)

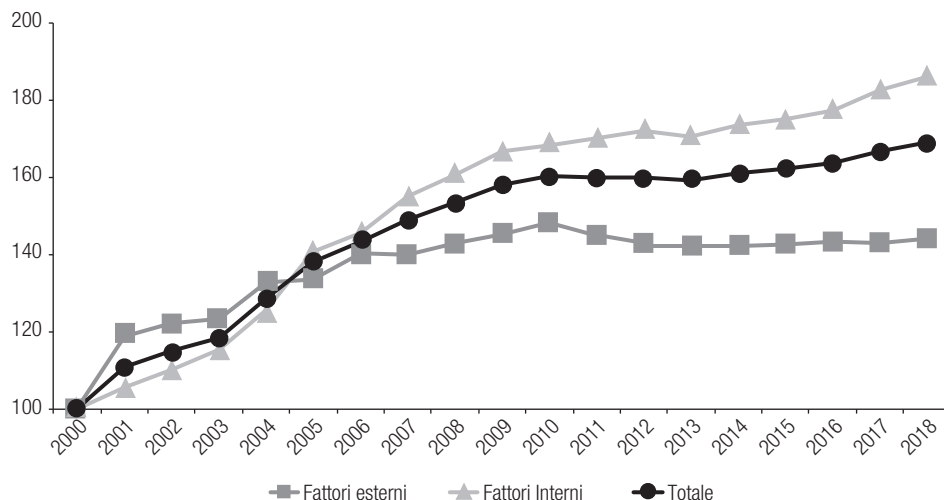
economiche («Altri costi») è stato escluso, mentre gli accantonamenti sono stati accorpati, in linea con il Ministero della Salute, ai «Beni e servizi» e, quindi, ai fattori interni, anche se in parte si riferiscono a specialisti convenzionati con il SSN (personale SUMAI e MMG). Come emerge dalla Figura 3.5, nel 2018 il 64,7% della spesa è assorbito dai fattori interni di produzione, mentre il restante 35,3% è rappresentato dai fattori esterni.

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia tendenzialmente più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 3.9): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995, 2001-2010 e 2010-2018) il tasso di crescita dei costi per fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni (sebbene negli ultimi otto anni il gap tenda ad assottigliarsi); in periodi di espansione della spesa (1995-2001) i fattori esterni aumentano ad un tasso molto più sostenuto³⁹. 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

³⁹ Tale tendenza alla crescita dei costi per fattori esterni si è manifestata, in realtà, fino al 2004, anno in cui si è verificata una brusca inversione nel trend di crescita e che rappresenta il reale punto di rottura della serie. Per maggiori approfondimenti si rimanda al capitolo 17 del Rapporto OASI 2017 (Anessi *et al.*).

Figura 3.6 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000-2018, numeri indice: 2000=100**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019)

– il senso di causalità. Infatti, oltre a notare come la politica sanitaria sia stata particolarmente attenta al contenimento della spesa su alcuni fattori esterni, ad esempio attraverso l'istituzione di tetti di spesa per la farmaceutica⁴⁰, è da considerare l'azione proattiva di molte Regioni nel ricondurre nell'insieme dei fattori interni alcune voci di spesa, al fine di generare rilevanti economie (ad esempio attraverso la distribuzione diretta e in nome e per conto dei farmaci). Il dato appare evidente dalla Figura 3.6, in cui si nota come la spesa per fattori interni cresca ad un tasso più sostenuto. Accanto al trend di lungo periodo, è interessante osservare la dinamica degli ultimi otto anni. In particolare, dal 2010 al 2013 il tasso di crescita medio dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni (+0,42% annuo contro +0,63%); il tasso di crescita dei fattori interni torna poi ad essere superiore nel quinquennio 2014-2018 (+1,70% contro +0,23%). Nel 2018, in particolare, si è registrato per la prima volta dal 2010 un incremento della spesa per personale (+1,5% rispetto al 2017), oltre ad un aumento della spesa per acquisti (+1,9%), determinando un tasso di crescita dei fattori interni pari all'1,72% contro lo 0,87% relativo ai fattori esterni (Tabella 3.9).

Venendo ad una sintetica analisi della spesa per i fattori della produzione (cfr. Tabella 3.9), la voce più importante secondo la classificazione economica è

⁴⁰ Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (acquisto di farmaci).

l'acquisto di beni e servizi, pari a 42,2 miliardi di euro nel 2018 (35,5% sul totale della spesa del SSN). Si tratta della voce di spesa con l'andamento più variabile ma che negli ultimi anni è in crescita. A partire dal 2011, con la sola eccezione del 2013, questa voce di spesa ha sempre registrato un aumento, seppur con tassi di crescita fluttuanti e più contenuti rispetto al passato (+1,9% nel 2018). A questo aggregato di spesa contribuiscono circa una decina di componenti: acquisizione di beni propriamente detti; servizi sanitari e non; servizi non sanitari appaltati; manutenzioni e riparazioni; godimento di beni di terzi; oneri diversi di gestione ed imposte e tasse; accantonamenti tipici; interessi passivi ed oneri finanziari. Come evidenziato dal quinto Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la dinamica di questa voce di spesa negli ultimi anni risente parzialmente dell'effetto di alcune manovre di contenimento, segnatamente quelle introdotte dal D.lgs 98/2011, dal D.lgs 95/2012 e dalla Legge di Stabilità 2013. Tra le misure introdotte al fine di monitorare e contenere la spesa per acquisto di beni e servizi, le principali sono:

- ▶ l'Osservatorio per i Contratti Pubblici che, da luglio 2012, pubblica un elenco di prezzi di riferimento per oltre 300 beni e servizi;
- ▶ la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti, nonché l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i Contratti Pubblici;
- ▶ l'individuazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard per il 2013 e del 4,4% dal 2014. Per il 2015 è stato anche previsto un *payback* sebbene non sia ancora stata effettuata la ripartizione delle quote a carico delle imprese della filiera;
- ▶ la rideterminazione, a partire dal 2013, del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard, associata al *payback* del 50% dello sfondamento a carico delle imprese farmaceutiche. Dal 2017 il tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera, incrementata anche della spesa per tutti i farmaci rimborsabili acquistati dal settore pubblico, è stato rideeterminato al 6,89% del fabbisogno sanitario standard, ed è stato rinominato "tetto sugli acquisti diretti".

Come riportato nel Rapporto 2019 sul Coordinamento della Finanza Pubblica, le singole componenti di spesa per beni e servizi hanno fatto registrare, nel 2018, andamenti diversi. La componente che maggiormente traina la crescita è l'acquisto di beni, che fa registrare una crescita del 3,7% rispetto al 2017. Più nel dettaglio, la spesa per farmaci al lordo dei *payback* è cresciuta dell'8,9%, ed

è aumentata del 2,8% anche la spesa per dispositivi medici. L'aumento di questa voce di spesa si osserva in tutte le Regioni ad eccezione di Toscana, Molise e Campania, in pari misura sia per le Regioni in PdR sia per le Regioni non in PdR. In particolare, la spesa per dispositivi diagnostici in vitro ed altri dispositivi mostra una crescita rispettivamente del 2,4% e del 3,8%, mentre subisce una contrazione del 3,6% la spesa per dispositivi impiantabili attivi. Nel 2018, la spesa totale per dispositivi medici, in media, ha superato del 24% il tetto previsto (nel 2017 lo sfondamento era stato pari al 21,4%). Il tetto, pari al 4,4% del FSN, è rispettato solamente in Lombardia, Lazio e Campania. È da rilevare che nei flussi utilizzati dal Ministero per il monitoraggio della spesa per dispositivi medici non è inclusa la componente relativa alle prestazioni in mobilità. La L. 125/2015 ha determinato le percentuali di *payback* relative allo sfondamento di questo tetto di spesa. In particolare, in caso di superamento del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici, la compartecipazione delle imprese fornitrici è determinata in misura pari al 40% dello sforamento nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% a decorrere dal 2017 (art. 9-ter, comma 9)⁴¹.

La spesa per servizi sanitari e non sanitari mostra un andamento diversificato. In particolare, si osserva una crescita del 2,9% rispetto al 2017 per quanto riguarda i primi e un lieve calo per quanto riguarda i secondi (-0,8%). Si segnala inoltre un aumento della spesa per manutenzioni e riparazioni (+2,8%) e della spesa per godimento di beni di terzi (+3,7%).

La spesa per oneri finanziari è in forte diminuzione rispetto all'anno precedente (-10,1%), con sostanziali differenze tra Regioni in PdR (-12,0%) e Regioni non in PdR (-5,4%).

La spesa per il personale⁴², pari a 34,8 miliardi di euro nel 2018, mostra un incremento dell'1,5% rispetto al 2017, in contrasto con il trend in diminuzio-

⁴¹ Come riportato nel Rapporto 2019 sul Coordinamento della Finanza Pubblica: «Si punta ad individuare un meccanismo di applicazione del *payback* per il periodo 2015-2018 tale da consentire agli enti del SSN di rientrare dagli sfondamenti di spesa attraverso la corresponsione di quote di ripiano da parte delle aziende fornitrici di dispositivi medici. L'amministrazione prevede, poi, di individuare ulteriori misure di governance del settore della spesa dei dispositivi medici atte a semplificare il meccanismo di definizione dei tetti di spesa e di determinazione dell'eventuale sfondamento di spesa; ciò alla luce di quanto previsto dalla legge di bilancio 2019 che, ai commi 516 e 557, ha previsto la necessità di individuare misure di efficientamento dei costi e nuove regole per la determinazione dello sfondamento della spesa per i dispositivi medici, al fine di semplificare il processo di responsabilizzazione dei diversi attori e di coinvolgere maggiormente le aziende fornitrici del settore».

⁴² Per personale si intendono i contratti delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere, delle aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici per i ruoli sanitario, professionale, amministrativo e tecnico. È anche compreso il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario.

ne registrato nel periodo 2011-2017⁴³. L'incremento nel corso dell'ultimo anno è dovuto principalmente alle misure volte a rendere meno stringente il tetto di spesa per il personale, destinate nel tempo a promuovere un finanziamento del personale basato sul fabbisogno e non sul tetto di spesa. Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti, l'aumento della spesa per il personale è più contenuto nelle Regioni in PdR (+0,8% rispetto all'anno precedente). A livello nazionale, l'andamento della spesa risulta diversificato a seconda dei ruoli: la spesa per il personale sanitario ha registrato l'incremento minore (+1,3%), mentre più accentuato è stato l'incremento della spesa per il ruolo amministrativo (+1,4%), professionale (+2,1%) e tecnico (+2,6%).

La spesa per la medicina generale convenzionata, pari a 6,6 miliardi di euro, è rimasta stabile rispetto al 2017.

La spesa farmaceutica convenzionata al netto del *payback* diminuisce dello 0,5%, portandosi a 7,6 miliardi di euro. Su questo andamento, ormai consolidato nel tempo, hanno avuto influenza diverse misure, tra cui le principali sono:

- ▶ la riduzione del prezzo medio dei farmaci, per effetto dell'inserimento nel prontuario di nuovi farmaci generici e, in parte, della rinegoziazione dei prezzi dei farmaci con effetti dall'ultimo trimestre del 2015;
- ▶ la diffusione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni;
- ▶ la quota di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino;
- ▶ il potenziamento della distribuzione diretta e in nome e per conto – soprattutto nelle Regioni soggette a PdR – che ha determinato lo spostamento verso di essa di parte dei consumi dal canale convenzionale, con il conseguente risparmio dato dalla minore remunerazione della filiera distributiva;
- ▶ la rimodulazione del tetto relativo alla spesa farmaceutica territoriale, che assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica convenzionata, nella misura del 6,96% del FSN (cfr. § 3.4).

È da sottolineare che la cifra di 7,5 miliardi di euro per la farmaceutica convenzionata differisce dal dato riportato nei monitoraggi AIFA per la stessa (8,17 miliardi di euro al netto del ticket, 8,4 al lordo di quest'ultimo) in quanto i dati da modello CE sottraggono all'ammontare della spesa per acquisti di servizi

⁴³ Su tale trend negativo hanno inciso: i) il blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro sia a seguito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa sia nell'ambito della procedura sanzionatoria di cui all'articolo 1, comma 174 della legge 311/2004; ii) le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto dalle Regioni non in piano di rientro; iii) gli automatismi introdotti nella rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale (DL 78/2010).

sanitari per farmaceutica (da convenzione e da pubblico come mobilità intra-regionale) tutte le entrate per rimborsi da parte delle aziende farmaceutiche a titolo di *payback*. Quest'ultima voce include un insieme di *payback* (es. *payback* da riduzione prezzo, da accordi di prezzo-volume, da *managed entry agreement* ecc.) che l'AIFA, nel suo monitoraggio, separa e imputa a diversi aggregati ai fini della verifica del rispetto dei tetti di spesa.

La spesa per assistenza specialistica convenzionata, pari 4,7 miliardi di euro nel 2018, è cresciuta dell'1,9% rispetto all'anno precedente. Il rallentamento della crescita, registrato negli ultimi anni (nel biennio 2013-2014 la crescita è stata addirittura negativa), è da riferirsi essenzialmente all'effetto derivante dall'adozione di strumenti di governo da parte delle Regioni (tetti agli erogatori, penalizzazioni tariffarie in caso di inappropriatezza). Il fatto che la voce sia comunque in crescita deriva soprattutto dal consolidamento degli effetti già prodotti negli anni passati dal processo di deospedalizzazione, che ha comportato una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni precedentemente erogate in ambito ospedaliero.

La spesa per assistenza ospedaliera accreditata, che comprende le prestazioni acquistate da ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate, è pari a 8,8 miliardi di euro, in crescita rispetto al 2017 (+1,1%). Tra il 2013 e il 2018 tale voce di spesa ha subito una variazione molto contenuta (CAGR pari a +0,6%). Ciò sembra testimoniare l'efficacia delle misure assunte a partire dal 2012 (DL n. 95 del 2012 e DL n. 78 del 2015), che prevedevano una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo).

La spesa per «altra assistenza» è cresciuta nel 2018 dell'1,7%. Nel dettaglio, gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture private accreditate registrano una crescita pari al 2,3%, maggiore nelle Regioni in PdR (+3,9%). La spesa per l'assistenza integrativa e protesica comprende le prestazioni che comportano l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare e dei prodotti destinati alle persone con patologia diabetica, nonché l'erogazione di protesi ed ausili monouso e tecnologici inclusi in appositi elenchi. La spesa per queste prestazioni, pari a circa 1,9 miliardi di euro nel 2018 (-0,4% rispetto al 2017), registra un lieve aumento dell'integrativa compensato dal calo della protesica.

Infine, la spesa per l'aggregato «altre prestazioni» (cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza agli alcolisti, assistenza ai disabili, e comunità terapeutiche) ammonta a 8,4 miliardi di euro, in aumento del 2,9% rispetto al 2017 (Corte dei Conti, 2019).

3.4 I dati di spesa regionali

Nel 2018 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (+1,7% rispetto al 2017, Tabella 3.10) è di poco superiore al tasso di crescita della spesa complessiva (+1,2%). Questa differenza si spiega attraverso la dinamica della crescita della popolazione (-0,17% nell'ultimo anno). Il dato presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2017 che vanno dal -2,3% della Sardegna al +5,8% della Provincia Autonoma di Trento. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa pro-capite negli ultimi 8 anni risulti mediamente più basso nelle Regioni in PdR e pressoché nullo (+0,3% contro +1,1%, cfr. nota a Tabella 3.10). I tassi di crescita medi annui per area geografica sono, tendenzialmente, molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2018, si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Centro, mentre dal 1995 al 2001 sono le Regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Dal 2001 al 2010 si è assistito, invece, ad una riduzione del tasso di crescita medio annuo in tutta Italia, con il Nord e il Centro che si attestano al +3,3% e il Sud al +3,6%. Infine, nell'ultimo periodo (2010-2018) si registra un'ulteriore contrazione del tasso di crescita (+0,8%), e sono nuovamente le Regioni del Centro a registrare la crescita minore (+0,6%). La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione⁴⁴, nel 2018 è diminuita rispetto al 2017, riprendendo il trend di progressiva diminuzione riscontrato a partire dal 2013 e interrotto solamente da un aumento osservato nel 2017.

Guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità (spesa riferita all'utilizzo delle strutture della Regione) e al netto della stessa (spesa riferita alla popolazione residente nella Regione) si può notare come nel 2018 la variabilità interregionale della spesa (coefficiente di variazione) si riduca una volta tenuto conto della mobilità (7,1% contro 7,8% senza il conteggio della mobilità), mettendo in luce una maggiore omogeneità dei bisogni individuali (tradotti in domanda) (Tabella 3.11).

Nella Figura 3.7 è riportata, per ogni Regione, la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità, il saldo pro-capite della mobilità e la spesa sanitaria pubblica pro-capite al netto della mobilità (vedi anche Figura 3.8). È da notare come per alcune Regioni il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Calabria e (in positivo) per il Molise e l'Emilia Romagna. Si registra, inoltre, un aumento del saldo negativo della mobilità internazionale rispetto al periodo 2015-2017, passando da circa 14 milioni di euro registrati nel 2017 a 88 milioni nel 2018. Il Ministero della Salute, tuttavia, non specifica quanta parte di questo aumento sia relativa

⁴⁴ Calcolato come rapporto tra deviazione standard e media.

Tabella 3.10 Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010-2018)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2017	Tasso crescita medio			
																'90/'18	'95/'01	'01/'10	'10/'18
Piemonte	688	828	1.319	1.415	1.661	1.904	1.897	1.965	1.914	1.886	1.869	1.908	1.926	1.955	1,0%	3,8%	9,3%	3,4%	0,3%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.522	1.829	2.172	2.236	2.275	2.253	2.121	2.125	2.099	2.077	2.107	-1,1%	3,7%	9,7%	4,0%	-0,4%
Lombardia	709	868	1.198	1.344	1.573	1.813	1.872	1.920	1.917	1.934	1.932	1.938	1.984	2.020	2,4%	3,8%	7,6%	3,4%	1,4%
Bolzano	722	995	1.603	1.683	2.059	2.183	2.234	2.337	2.310	2.288	2.288	2.323	2.456	2.450	5,8%	4,5%	9,2%	2,9%	1,5%
Trento	731	907	1.327	1.533	1.722	2.089	2.209	2.281	2.246	2.223	2.170	2.201	2.276	2.277	3,4%	4,1%	9,2%	3,5%	1,1%
Veneto	746	861	1.257	1.365	1.609	1.788	1.782	1.851	1.832	1.828	1.842	1.877	1.932	1.951	3,0%	3,5%	8,0%	3,0%	1,1%
Friuli VG	730	868	1.241	1.361	1.650	1.979	2.076	2.125	2.083	1.994	1.970	2.003	2.061	2.115	2,9%	3,9%	7,8%	4,3%	0,8%
Liguria	841	957	1.374	1.505	1.837	2.006	2.043	2.060	2.040	2.027	2.048	2.068	2.091	2.114	1,1%	3,3%	7,8%	3,2%	0,7%
Emilia R	856	975	1.282	1.422	1.699	1.920	1.926	2.094	2.031	2.002	2.025	2.047	2.089	2.114	2,1%	3,3%	6,5%	3,4%	1,2%
Toscana	788	891	1.256	1.412	1.647	1.899	1.914	2.016	1.964	1.970	1.987	2.011	2.052	2.041	2,0%	3,5%	8,0%	3,3%	0,9%
Umbria	766	865	1.273	1.376	1.629	1.806	1.841	1.912	1.902	1.863	1.891	1.922	1.976	2.017	2,8%	3,5%	8,0%	3,1%	1,4%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.544	1.795	1.793	1.832	1.802	1.806	1.811	1.854	1.879	1.909	1,4%	3,0%	7,4%	3,2%	0,8%
Lazio	788	891	1.319	1.464	1.919	1.970	1.965	2.037	1.976	1.875	1.879	1.881	1.876	1.873	-0,3%	3,1%	8,6%	3,4%	-0,6%
Abruzzo	724	761	1.299	1.383	1.729	1.743	1.751	1.836	1.802	1.821	1.806	1.866	1.903	1.922	2,0%	3,5%	10,5%	2,6%	1,2%
Molise	678	776	1.164	1.387	2.033	2.070	2.037	2.151	2.250	2.134	2.081	2.144	2.117	2.121	-1,3%	4,2%	10,2%	4,5%	0,3%
Campania	692	743	1.163	1.300	1.670	1.719	1.710	1.713	1.689	1.696	1.712	1.738	1.770	1.801	1,8%	3,5%	9,8%	3,1%	0,6%
Puglia	671	783	1.123	1.223	1.515	1.772	1.731	1.742	1.741	1.760	1.767	1.805	1.823	1.853	1,0%	3,7%	7,7%	4,2%	0,6%
Basilicata	603	707	1.079	1.184	1.505	1.797	1.818	1.835	1.818	1.829	1.840	1.850	1.917	1.911	3,6%	4,2%	9,0%	4,7%	0,8%
Calabria	586	721	1.142	1.254	1.423	1.719	1.697	1.741	1.712	1.721	1.724	1.762	1.770	1.821	0,4%	4,1%	9,7%	3,6%	0,7%
Sicilia	700	747	1.073	1.254	1.559	1.688	1.717	1.743	1.743	1.735	1.736	1.775	1.823	1.869	2,7%	3,6%	9,0%	3,4%	1,3%
Sardegna	695	860	1.173	1.288	1.632	1.871	1.932	2.006	1.979	1.988	1.988	2.034	1.988	2.021	-2,3%	3,9%	7,0%	4,2%	1,0%
Totale	730	846	1.223	1.356	1.648	1.836	1.850	1.908	1.882	1.869	1.874	1.900	1.932	1.958	1,7%	3,6%	8,2%	3,4%	0,8%

Tabella 3.10 (segue)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2017	Tasso crescita medio			
																'90/'18	'95/'01	'01/'10 '10/'18	
<i>Nord</i>	745	885	1.265	1.393	1.646	1.873	1.902	1.976	1.949	1.939	1.941	1.963	2.007	2.036	2,2%	3,7%	7,8%	3,3%	1,0%
<i>Centro</i>	792	888	1.284	1.426	1.759	1.913	1.917	1.993	1.944	1.895	1.904	1.921	1.938	1.940	0,9%	3,3%	8,2%	3,3%	0,2%
<i>Sud e Isole</i>	678	760	1.138	1.271	1.590	1.743	1.743	1.770	1.757	1.762	1.767	1.804	1.828	1.863	1,4%	3,7%	9,0%	3,6%	0,8%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>						1.804	1.798	1.837	1.810	1.789	1.791	1.821	1.827	1.853	0,3%	n.d.	n.d.	n.d.	0,3%
<i>Altre regioni</i>	730	846	1.223	1.356	1.648	1.864	1.897	1.972	1.946	1.942	1.949	1.972	2.003	2.028	1,6%	3,7%	8,2%	3,6%	1,1%
<i>Coefficiente Variazione</i>	9,55%	9,70%	9,72%	8,47%	9,89%	7,87%	8,98%	9,54%	9,75%	8,51%	8,07%	7,82%	8,33%	7,84%					
<i>Rapporto max/ min</i>	46,2%	40,7%	49,3%	42,2%	44,8%	29,4%	31,8%	36,4%	36,8%	34,9%	33,6%	33,6%	38,8%	36,1%					

Nota: Le Regioni inizialmente soggette a PdR sono Lazio (28.2.07), Abruzzo (06.3.07), Campania (13.3.07), Molise (27.3.07) e Sicilia (31.7.07). La Calabria ha approvato il proprio PdR con DGR n.845 del 17.12.2009, pertanto nel 2010 è inclusa nel computo delle Regioni in PdR. La Puglia e il Piemonte hanno approvato il PdR nel corso del 2010 (rispettivamente con DGR 2624 del 30.11.2010 e DGR 1-415 del 2.8.2010 e successive integrazioni) e risultano pertanto incluse a partire dal 2010. La Liguria e la Sardegna sono uscite dal Piano nel 2010 ed il Piemonte nel 2017, con valutazione positiva circa il raggiungimento degli obiettivi. La voce Regioni in PdR comprende le Regioni che allo stato attuale risultano essere in PdR.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019) ed ISTAT (2019)

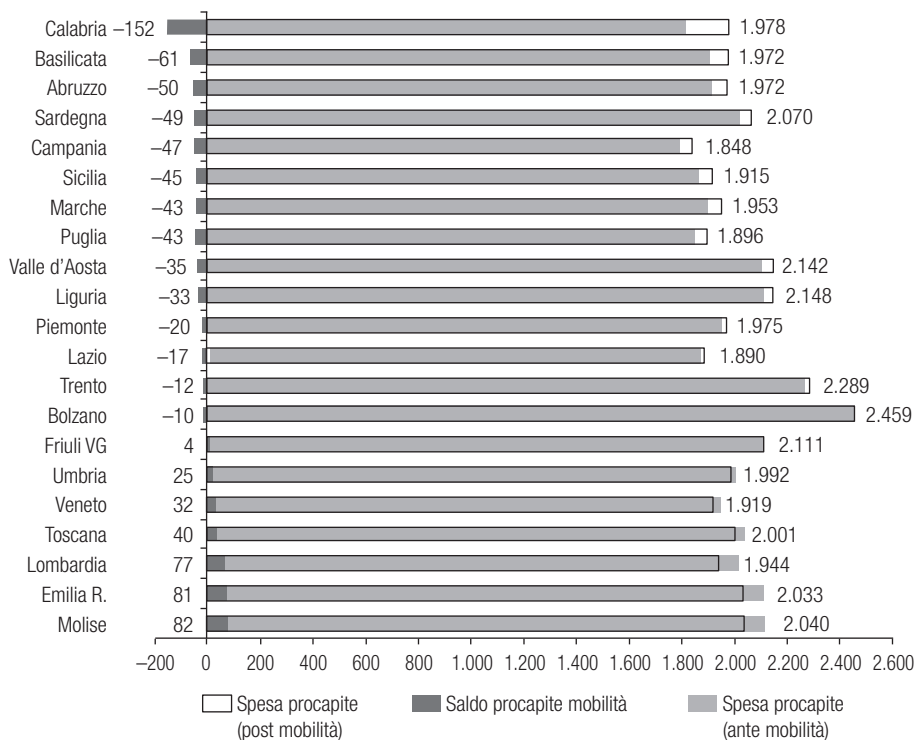
Tabella 3.11 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2018). Valori assoluti e numeri indice**

Regioni	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità	Saldo procapite mobilità/ spesa procapite
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	percentuale
Piemonte	1.955	99,9	1.975	100,9	-20,1	-1,03%
Valle d'Aosta	2.107	107,6	2.142	109,4	-34,7	-1,65%
Lombardia	2.020	103,2	1.944	99,3	76,9	3,81%
Bolzano	2.450	125,2	2.459	125,6	-9,6	-0,39%
Trento	2.277	116,3	2.289	116,9	-11,9	-0,52%
Veneto	1.951	99,7	1.919	98,0	32,4	1,66%
Friuli VG	2.115	108,0	2.111	107,8	4,4	0,21%
Liguria	2.114	108,0	2.148	109,7	-33,2	-1,57%
Emilia R	2.114	108,0	2.033	103,9	80,8	3,82%
Toscana	2.041	104,3	2.001	102,2	39,6	1,94%
Umbria	2.017	103,0	1.992	101,7	25,4	1,26%
Marche	1.909	97,5	1.953	99,8	-43,5	-2,28%
Lazio	1.873	95,7	1.890	96,6	-17,4	-0,93%
Abruzzo	1.922	98,2	1.972	100,8	-50,2	-2,61%
Molise	2.121	108,4	2.040	104,2	81,5	3,84%
Campania	1.801	92,0	1.848	94,4	-47,4	-2,63%
Puglia	1.853	94,7	1.896	96,9	-42,9	-2,31%
Basilicata	1.911	97,6	1.972	100,8	-61,3	-3,21%
Calabria	1.821	93,0	1.978	101,1	-157,5	-8,65%
Sicilia	1.869	95,5	1.915	97,8	-45,4	-2,43%
Sardegna	2.021	103,3	2.070	105,7	-48,6	-2,41%
Totale	1.958	100,0	1.958	100,0	0,0	0,00%
<i>Nord</i>	<i>2.036</i>	<i>104,0</i>	<i>1.995</i>	<i>101,9</i>	<i>41,1</i>	<i>2,02%</i>
<i>Centro</i>	<i>1.940</i>	<i>99,1</i>	<i>1.940</i>	<i>99,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,01%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.863</i>	<i>95,2</i>	<i>1.918</i>	<i>98,0</i>	<i>-55,2</i>	<i>-2,96%</i>
Coeff. Var.	7,8%	-	7,1%	-	-	-
Rapporto max/min	36,1%	-	33,1%	-	-	-

Nota: La mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2018.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019)

Figura 3.7 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo e al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale pro-capite (2018)**



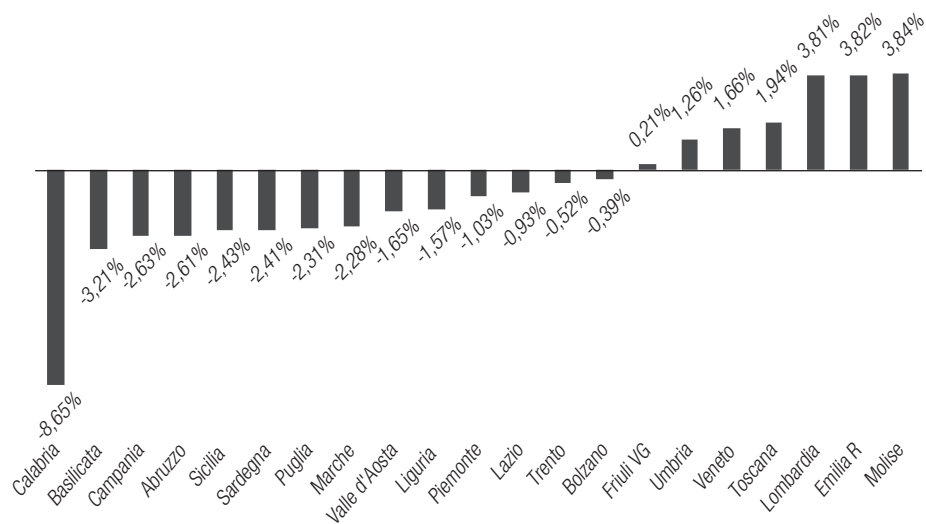
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019)

ad un maggior ricorso ai servizi sanitari offerti da altri Paesi e quanta, invece, sia da imputare ad una minore mobilità in entrata.

La Tabella 3.12 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto della mobilità⁴⁵, in coerenza con quanto riportato nel precedente Rapporto OASI (Armeni *et al.*, 2018). Il dato è da leggere in una doppia prospettiva. Innanzitutto, è da notare come la variabilità tra le Regioni di questo indicatore sia molto superiore rispetto a quella della sola spesa. Il coefficiente di variazione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è pari al 26,9% nel 2018 (in lieve aumento rispetto al 26,4% del 2017), mentre si attesta intorno al 7,1% nel caso della spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (Tabella 3.11). Que-

⁴⁵ Come specificato in nota alla Tabella 3.11, per il 2018 sono stati utilizzati i dati di mobilità interregionale programmata, come riportati nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2018.

Figura 3.8 **Saldo pro-capite della mobilità su spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) (2018)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019)

sta evidenza dimostra che, se l'intensità di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non può dirsi della sua incidenza sul PIL, una misura di assorbimento potenziale da parte della sanità pubblica delle risorse generate dal sistema produttivo di ogni Regione. Si parla di assorbimento potenziale perché la spesa sanitaria pubblica assorbe solo in parte le risorse generate dai sistemi produttivi regionali. Infatti, i meccanismi di perequazione fanno sì che l'assorbimento reale sia livellato sul territorio, al fine di evitare che la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (dal 5,0% in Lombardia fino all'11,3% in Calabria) si trasformi in un ostacolo insormontabile per alcune Regioni nell'erogazione dei servizi essenziali. Tale variabilità, infatti, se non fosse livellata tramite il meccanismo perequativo, comporterebbe un'accentuazione delle differenze nella capacità delle Regioni di erogare i LEA, se non a prezzo di un forte aumento della pressione fiscale o delle compartecipazioni, oppure di una sostanziale distrazione di risorse da altri ambiti di intervento pubblico nelle Regioni in cui l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è maggiore (soprattutto a causa del minore PIL pro-capite), con margini di manovra molto ristretti in quanto la spesa sanitaria rappresenta una quota molto rilevante della spesa pubblica regionale. In altri termini, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL mette in evidenza il *trade-off* tra finalità di equità del SSN sul territorio nazionale e spinte federaliste verso una maggiore responsabilizzazione delle Regioni sul finanziamento e sulla spesa. Questo

Tabella 3.12 Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2004-2018)

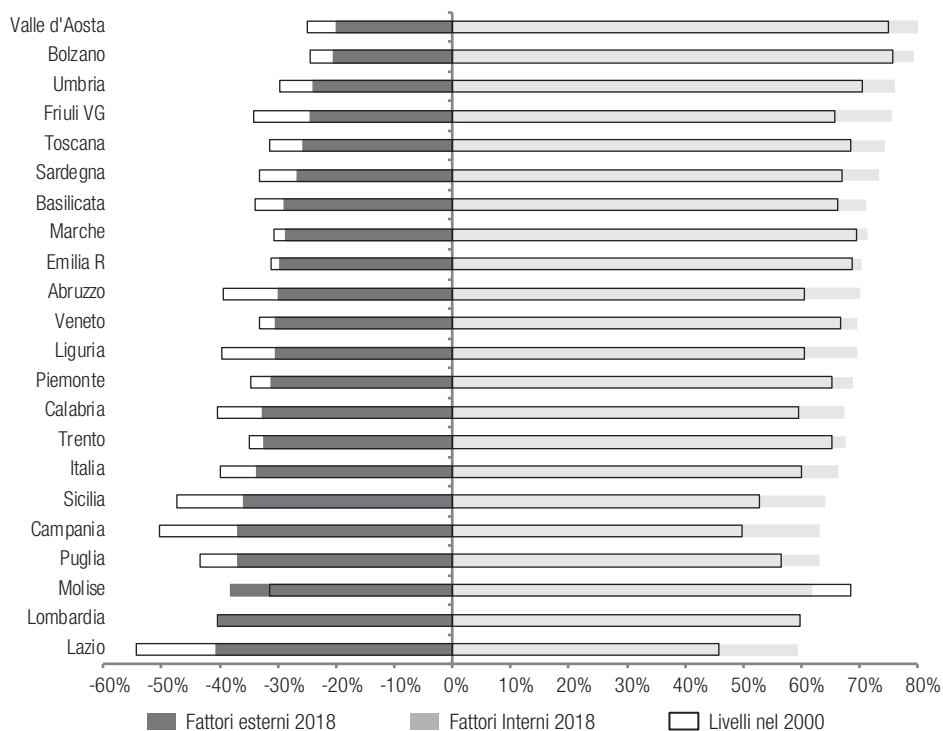
Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	6,10%	5,99%	5,98%	5,99%	6,26%	6,91%	6,76%	6,61%	6,90%	6,67%	6,67%	6,50%	6,43%	6,41%	6,43%
Vallée d'Aosta	5,58%	5,82%	6,10%	5,94%	6,03%	6,49%	6,46%	6,55%	6,50%	6,77%	6,38%	6,31%	6,34%	6,07%	5,95%
Lombardia	4,29%	4,62%	4,66%	4,72%	4,69%	5,06%	5,02%	5,12%	5,21%	5,26%	5,30%	5,18%	5,07%	5,03%	4,95%
Bolzano	5,90%	6,10%	5,99%	5,96%	6,01%	5,84%	5,83%	5,77%	5,76%	5,63%	5,53%	5,47%	5,44%	5,77%	5,80%
Trento	5,41%	5,51%	5,59%	5,56%	5,77%	6,25%	6,30%	6,61%	6,76%	6,56%	6,51%	6,38%	6,36%	6,33%	6,18%
Veneto	5,16%	5,45%	5,49%	5,43%	5,62%	6,00%	5,99%	5,82%	6,04%	6,02%	5,95%	5,87%	5,78%	5,75%	5,65%
Friuli VG	5,91%	5,97%	5,71%	5,94%	6,41%	7,06%	6,91%	7,12%	7,40%	7,16%	6,82%	6,54%	6,53%	6,66%	6,71%
Liguria	6,71%	6,66%	6,52%	6,47%	6,49%	7,02%	7,00%	6,97%	6,95%	6,96%	6,88%	6,79%	6,69%	6,65%	6,65%
Emilia R	5,20%	5,31%	5,21%	5,17%	5,32%	5,82%	5,82%	5,66%	6,11%	5,95%	5,84%	5,80%	5,70%	5,69%	5,65%
Toscana	5,87%	6,02%	6,03%	5,98%	6,16%	6,70%	6,60%	6,53%	6,74%	6,67%	6,64%	6,63%	6,57%	6,59%	6,49%
Umbria	6,49%	6,68%	6,68%	6,60%	6,79%	7,48%	7,42%	7,54%	7,88%	7,95%	8,04%	7,86%	7,93%	8,00%	8,14%
Marche	6,40%	6,39%	6,32%	6,24%	6,48%	6,95%	7,09%	7,03%	7,22%	7,25%	7,14%	7,06%	7,10%	7,23%	7,32%
Lazio	5,79%	5,86%	5,99%	5,86%	5,97%	6,17%	6,05%	5,98%	6,12%	6,09%	6,08%	6,08%	5,83%	5,76%	5,67%
Abruzzo	7,36%	8,09%	7,62%	7,75%	7,72%	8,08%	7,85%	7,57%	7,88%	7,80%	8,02%	7,88%	8,08%	8,04%	7,90%
Molise	8,58%	10,45%	8,64%	8,72%	9,27%	9,66%	9,68%	9,52%	10,09%	11,49%	11,12%	10,52%	10,66%	10,53%	10,43%
Campania	9,47%	10,15%	9,35%	9,51%	9,77%	10,18%	10,14%	10,09%	10,06%	10,08%	10,19%	10,04%	10,03%	9,96%	9,93%
Puglia	8,63%	9,62%	9,35%	9,79%	10,32%	10,69%	10,70%	10,33%	10,27%	10,53%	10,70%	10,48%	10,50%	10,39%	10,37%
Basilicata	8,61%	9,14%	8,71%	8,83%	9,24%	9,91%	10,19%	9,95%	9,89%	9,47%	10,10%	9,26%	9,31%	9,36%	9,37%
Calabria	9,81%	9,85%	9,90%	10,99%	10,66%	11,26%	11,15%	10,94%	11,14%	11,18%	11,45%	11,42%	11,39%	11,25%	11,34%
Sicilia	9,50%	9,47%	9,77%	9,48%	9,32%	9,69%	9,80%	10,03%	10,16%	10,31%	10,63%	10,44%	10,62%	10,74%	10,88%
Sardegna	8,33%	8,99%	8,46%	8,42%	8,78%	9,43%	9,66%	9,92%	10,08%	10,29%	10,49%	10,08%	10,41%	10,02%	10,06%
Totale	6,22%	6,47%	6,40%	6,42%	6,53%	6,97%	6,90%	6,85%	7,02%	7,00%	7,01%	6,90%	6,82%	6,79%	6,75%
Coef. di variazione	23,97%	26,14%	23,61%	25,46%	24,97%	24,04%	24,56%	24,18%	23,49%	25,28%	26,60%	25,88%	26,85%	26,35%	26,89%

* Il dato 2018 del PIL è stimato.

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019), ISTAT (2019)

Figura 3.9 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente regionale, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione)***



* 2000, 2018 – l'anno 2000 è stato utilizzato come riferimento per il calcolo delle differenze percentuali

Nota: Dal dato sono esclusi gli altri costi, rappresentati in prevalenza dal saldo delle voci economiche. Sono invece inclusi gli accantonamenti tipici, che (cfr. supra) vengono 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 Ministero della Salute (2019)

trade-off è la ragione principale per cui il federalismo fiscale in sanità non è stato mai applicato nella sua forma più radicale.

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie, si evidenziano rilevanti differenze a livello regionale. La Figura 3.9 illustra l'evoluzione del dato tra il 2000 e il 2018. La Tabella 3.13 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

Le differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare, al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: ad esempio, Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). Queste Regioni

Tabella 3.13 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2018)**

Anno 2018	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliere accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)	Fattori Interni	Fattori esterni
Piemonte	32,4%	36,3%	5,6%	6,2%	5,5%	3,1%	10,9%	8.652	68,7%	31,3%
Valle d'Aosta	42,5%	37,4%	6,4%	5,5%	2,6%	0,6%	4,9%	267	80,0%	20,0%
Lombardia	24,9%	34,9%	4,3%	6,5%	11,3%	5,4%	12,7%	20.188	59,8%	40,2%
Bolzano	48,7%	30,8%	4,9%	3,1%	2,0%	0,7%	9,9%	1.290	79,4%	20,6%
Trento	35,9%	31,8%	4,7%	4,7%	4,7%	2,1%	16,1%	1.235	67,6%	32,4%
Veneto	28,9%	40,7%	5,8%	5,1%	5,7%	3,5%	10,3%	9.549	69,6%	30,4%
Friuli VG	37,8%	37,7%	5,2%	6,3%	2,6%	2,1%	8,2%	2.528	75,5%	24,5%
Liguria	32,9%	36,6%	4,7%	5,8%	6,4%	3,4%	10,2%	3.295	69,5%	30,5%
Emilia R	32,2%	38,1%	5,5%	4,9%	6,6%	2,3%	10,3%	9.429	70,3%	29,7%
Toscana	33,9%	40,4%	5,6%	5,6%	4,0%	2,0%	8,6%	7.561	74,3%	25,7%
Umbria	34,8%	41,3%	5,4%	6,8%	2,3%	1,3%	8,2%	1.805	76,1%	23,9%
Marche	34,6%	36,7%	5,8%	7,0%	3,9%	1,9%	10,2%	2.967	71,3%	28,7%
Lazio	24,1%	35,2%	5,6%	7,4%	11,7%	4,7%	11,3%	10.917	59,3%	40,7%
Abruzzo	30,4%	39,7%	6,2%	8,1%	5,2%	1,8%	8,5%	2.506	70,2%	29,8%
Molise	26,0%	35,8%	7,1%	5,9%	11,0%	5,9%	8,3%	668	61,9%	38,1%
Campania	25,4%	37,6%	6,3%	7,4%	8,2%	7,4%	7,8%	10.370	63,0%	37,0%
Puglia	27,2%	35,8%	7,0%	7,3%	9,8%	3,9%	9,1%	7.487	63,0%	37,0%
Basilicata	34,3%	36,8%	7,4%	7,2%	1,1%	3,4%	9,8%	1.079	71,1%	28,9%
Calabria	31,8%	35,6%	7,0%	7,8%	5,4%	3,3%	9,2%	3.538	67,4%	32,6%
Sicilia	30,0%	34,2%	6,4%	6,3%	7,6%	5,6%	9,8%	9.309	64,2%	35,8%
Sardegna	36,2%	37,2%	5,9%	7,0%	2,4%	3,7%	7,7%	3.310	73,4%	26,6%
Italia	29,5%	36,7%	5,6%	6,4%	7,5%	4,1%	10,2%	117.950	66,2%	33,8%
<i>Nord</i>	29,9%	36,7%	5,1%	5,8%	7,6%	3,7%	11,2%	56.434	66,6%	33,4%
<i>Centro</i>	29,5%	37,5%	5,6%	6,7%	7,5%	3,2%	10,0%	23.249	67,0%	33,0%
<i>Sud e Isole</i>	29,0%	36,3%	6,5%	7,1%	7,2%	5,1%	8,8%	38.267	65,3%	34,7%

Nota: Rispetto alla Tabella 3.9 non vengono considerate le seguenti voci: «altri costi», «altri enti» ed «ammortamenti». Per fattori interni si intende la somma della spesa per personale e acquisti di beni e servizi; per fattori esterni si intende l'insieme delle altre voci di spesa

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019)

presentano, infatti, valori per quanto riguarda i servizi accreditati (ospedaliera, specialistica e altra assistenza) tendenzialmente superiori alla media nazionale. È inoltre interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente nel 2018 (Tabella 3.13), Lombardia, Lazio e Campania presentano incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre la Sicilia, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzia valori più elevati della media nazionale.⁴⁶

Per quanto concerne la spesa farmaceutica (Tabella 3.14), con la L. 233/2016 (Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno 2017) sono stati definiti i due nuovi tetti a partire dall'anno 2017. Pur mantenendo invariate le risorse complessive, pari al 14,85% del FSN, i nuovi tetti di spesa si distinguono da quelli in vigore dal 2013 sia per le voci di spesa che li compongono, sia per i rispettivi livelli di finanziamento⁴⁷. In particolare:

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

Da segnalare che la L. 190/2014 (Legge di Stabilità 2015) ha previsto l'istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (soprattutto nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C cronica dispensati direttamente dalle strutture sanitarie) pari a 500 milioni di euro rispettivamente per il 2015 e il 2016. Successivamente la Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) stabilisce che ogni eccedenza del fondo *ad hoc* destinato per gli anni 2015 e 2016 per l'acquisto dei farmaci innovativi concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica territoriale. Inoltre, la L. 232/2016 (Legge di Stabilità 2017) rinnova il fondo di 500 milioni di euro annui per i medicinali innovativi ed introduce, a partire dal 1 gennaio 2017, un ulteriore fondo di 500 milioni di euro annui per l'acquisto di farmaci oncologici in-

⁴⁶ Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo 4 sugli erogatori privati accreditati del presente Rapporto.

⁴⁷ Il tetto di spesa del 7,96% è riferito alla spesa farmaceutica convenzionata, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta e delle compartecipazioni in quota fissa regionale, al netto degli sconti a carico degli attori della filiera diversi dalle imprese produttrici e di tutti i *payback*. Il tetto di spesa del 6,89% è riferito alla spesa farmaceutica per acquisti diretti che è calcolato a partire dal dato di tracciabilità del farmaco (acquisti da parte delle aziende sanitarie) al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione in nome e per conto e al netto delle voci come previste dalla «*Spending Review*» (spesa per farmaci in classe C e C-bis erogati in *setting* ospedaliero) e di tutti i *payback*.

Tabella 3.14 **La spesa farmaceutica pubblica: convenzionata e acquisti diretti (2018) milioni di euro**

Regione	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA				SPESA FARMACEUTICA PER ACQUISTI DIRETTI			
	Tetto (7,96%)	Farmaceutica convenzionata netto pay-back	Sfondamento (segno positivo)	% Incidenza su FSR	Tetto (6,89%)	Farmaceutica acquisti diretti netto pay-back	Sfondamento (segno positivo)	% Incidenza su FSR
Piemonte	664,42	547,46	-116,97	6,56%	575,11	693,88	118,77	8,31%
Valle d'Aosta	18,51	14,37	-4,15	6,18%	16,02	16,64	0,61	7,15%
Lombardia	1.484,77	1.463,54	-21,23	7,85%	1.285,18	1.330,10	44,92	7,13%
Bolzano	73,95	48,77	-25,19	5,25%	64,01	80,41	16,40	8,66%
Trento	77,26	62,41	-14,86	6,43%	66,88	75,55	8,68	7,78%
Veneto	727,81	558,30	-169,51	6,11%	629,97	707,37	77,40	7,74%
Friuli VG	180,47	159,75	-20,72	7,05%	156,21	230,30	74,08	10,16%
Liguria	249,46	209,99	-39,48	6,70%	215,93	291,98	76,05	9,32%
Emilia R	665,95	475,63	-190,32	5,69%	576,43	803,17	226,74	9,60%
Toscana	565,30	453,89	-111,41	6,39%	489,31	664,64	175,32	9,36%
Umbria	134,62	124,57	-10,05	7,37%	116,52	173,40	56,87	10,25%
Marche	230,88	211,95	-18,93	7,31%	199,84	286,78	86,93	9,89%
Lazio	866,00	849,96	-16,04	7,81%	749,59	980,86	231,27	9,02%
Abruzzo	197,32	212,01	14,69	8,55%	170,80	245,92	75,12	9,92%
Molise	46,98	42,16	-4,83	7,14%	40,67	52,15	11,48	8,84%
Campania	845,81	859,71	13,90	8,09%	732,12	1.001,30	269,18	9,42%
Puglia	595,83	605,91	10,08	8,09%	515,73	800,81	285,07	10,70%
Basilicata	86,12	82,03	-4,09	7,58%	74,54	107,79	33,25	9,96%
Calabria	287,70	290,21	2,51	8,03%	249,03	366,07	117,04	10,13%
Sicilia	736,94	664,55	-72,40	7,18%	637,88	781,29	143,40	8,44%
Sardegna	240,69	236,50	-4,18	7,82%	208,33	330,33	122,00	10,92%
Italia	8.976,81	8.173,63	-803,18	7,25%	7.770,13	10.020,73	2.250,61	8,89%

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

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

Fonte: Dati Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2018 primo rilascio, consuntivo. Riunione CdA AIFA del 11 aprile 2019

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

Nel 2018 la spesa farmaceutica convenzionata al netto del *payback* a carico delle imprese⁴⁸ è stata pari a 8.173 milioni di euro (7,25% del FSN), al di sotto delle risorse assegnate da tetto. Il dettaglio regionale fornito dal monitoraggio della spesa farmaceutica AIFA (consuntivo 2018 primo rilascio, CdA 11/04/2019) evidenzia, tuttavia, alcune realtà regionali del sud in cui il tetto del 7,96% non è stato rispettato. In particolare, la spesa farmaceutica convenzionata (al netto del *payback*) è stata superiore al tetto in Campania, Puglia, Calabria, le stesse Regioni che insieme ad Abruzzo, Sardegna, Lazio e Marche non hanno rispettato il tetto nel 2017. L'incidenza media della spesa farmaceutica convenzionata (al netto del *payback*) sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) è del 7,25%, dove l'Emilia Romagna e P.A. di Bolzano mostrano i livelli più bassi (5,69% e 5,25%), mentre l'Abruzzo registra un'incidenza dell'8,55%.

La spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto del *payback* a carico delle imprese e al netto dei fondi ad hoc per i farmaci innovativi e innovativi oncologici, è pari a 10.020 milioni di euro e assorbe l'8,89% delle assegnazioni per il 2018. Lo sfondamento complessivo registrato per il 2018 è quindi pari a 2.250 milioni di euro, dove tutte le Regioni registrano sfondamenti del tetto del 6,89%.

3.5 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari⁴⁹. Con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle Leggi Finanziarie per gli anni successivi.

Negli anni, le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. È necessario, tuttavia, usare molta cautela nell'interpretare i dati di disavanzo: esiste, infatti, una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci introdotte a seguito dell'adozio-

⁴⁸ *Payback* della sospensione della riduzione dei prezzi del 5% (settembre 2006), *payback* legato allo sfondamento dei tetti di prodotto, *payback* relativo agli accordi di rimborso condizionato, *payback* relativo alla mancata riduzione del prezzo dei farmaci (Det. AIFA 1525/2015, GU 282/2015).

⁴⁹ 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».

ne della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina, 2005). A partire dall'implementazione dell'armonizzazione contabile prevista dal D.lgs 118/2011 e quindi dai dati di consuntivo 2012, si registra una netta convergenza delle Regioni nella contabilizzazione dei livelli di disavanzo: fino al 2011, questi ultimi erano contabilizzati dalle Regioni prevalentemente al lordo delle coperture regionali, mentre dal 2012 sono riportati al netto delle stesse – cfr. § 3.3.

Nel 2018 continua la serie di risultati di disavanzo sanitario registrati dal 2015, attestandosi a valori simili a quelli osservati nel 2017 (149 milioni di euro – Tabella 3.15 e Tabella 3.7). A livello regionale si rileva tuttavia eterogeneità nei livelli di avanzo sanitario, con solo otto Regioni che registrano risultati di avanzo: Lazio (88 milioni di euro), Sicilia (83 milioni), Sardegna (20 milioni), Campania (11 milioni), PA di Bolzano (8 milioni), Friuli Venezia Giulia (3 milioni), PA di Trento (2 milioni) e Valle d'Aosta (1 milione) (Tabella 3.15). Nel 2018, Calabria, Puglia e Liguria registrano i livelli di disavanzo più elevati (88,65 e 59 milioni di euro rispettivamente), incidendo sul disavanzo annuale complessivo per il 58%.

Le Regioni in PdR⁵⁰ nel 2018 hanno complessivamente registrato un avanzo sanitario, grazie ai risultati particolarmente positivi realizzati da Lazio e Sicilia che hanno bilanciato il sostanziale disavanzo di Calabria e Puglia⁵¹.

Piani di rientro e forme di copertura a livello regionale

Per quelle Regioni che, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, fanno registrare un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati sufficienti), le LL. 311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 2005 ed il 2006) hanno istituito una procedura di diffida e sottoscrizione dei PdR. Si rimanda al Capitolo 12 del presente Rapporto OASI per ulteriori approfondimenti.

Con riferimento alle forme di copertura previste dalla L. 405/2001 e dall'accordo tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2004, un primo provvedimento è rappresentato dalle misure fiscali, ed in particolare dalle addizionali IRPEF, IRAP e Bollo auto. Per quanto concerne l'addizionale regionale all'IRPEF l'aliquota base è pari a 1,23% (0,9%, a cui è stato aggiunto un aumento dello 0,33% nel 2012⁵²). Per le Regioni sottoposte a PdR che non raggiungono gli obiettivi fis-

⁵⁰ Tra le Regioni in PdR ricompriamo le Regioni che hanno avviato il PdR nel periodo 2007-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia. Viene compresa anche l'unica Regione con PdR «leggero»: Puglia, che a partire dall'anno 2010 è sottoposta a un piano con un livello di gravosità minore da quello ordinario.

⁵¹ I valori sono tratti dai flussi ministeriali, più aggiornati rispetto a quelli riportati nel rapporto della Corte dei Conti.

⁵² Ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del D.lgs 201/2011 convertito nella L. 214/2011, a decorrere dall'anno di imposta 2011, l'aliquota base è aumentata di 0,33 punti percentuali, passando da 0,9%

Tabella 3.15 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2018)**

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	2	5	-21	-13	-57	-6	-52	-17	23
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	-2	-1	-7	-3	50	-0	-2	-1
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-20	-14	-2	-10	-6	-15	-6	25	41
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	42	5	-11	422	-22	-13	-8
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	190	-2	-1	-25	-1	-1	-2
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-10	-162	-42	-46	-56	-8	-17	-42	1
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-14	-17	62	-16	-23	-31	-0	30	-3
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	13	78	64	95	64	61	59
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-28	-55	10	-1	-14	8	2	13	21
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	2	25	-8	26	39	-24	36
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-20	-7	-10	-5	-7	-0	0
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	3	-21	-50	-61	-62	-66	-25	4	7
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.025	775	-204	-31	-0	-3	1	18	-88
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-48	-53	-7	0	37	44	6
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	33	70	40	26	-0	1	17
Campania	629	638	566	1.182	1.793	761	864	815	789	479	245	-148	-63	-183	-76	-51	-38	-11
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	323	108	-4	5	-5	-10	27	8	65
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	29	31	-7	-2	-1	7	-10	-3	0
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	-44	-76	-41	-43	0	9	88
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	29	13	-324	-120	-55	-15	-7	-5	-83
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	143	173	-18	-10	216	339	317	85	-20
Totale	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.709	3.658	3.364	2.194	1.273	-583	-333	-224	669	288	152	149
<i>Nord</i>	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	27	-122	250	-11	-107	489	-34	54	131
<i>Centro</i>	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.035	728	-272	-74	-80	-47	7	-2	-45
<i>Sud e Isole</i>	1.683	1.461	1.224	2.434	3.597	2.250	2.178	2.043	1.932	1.133	666	-561	-248	-36	228	314	100	63

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019)

sati nei rispettivi piani, scatta l'applicazione automatica di un ulteriore incremento dello 0,30% (art.2, comma 6 D.lgs 120/2013)⁵³.

Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF superiori alla minima dell'1,23% sono attualmente presenti in 14 Regioni⁵⁴, di cui 5 mostrano l'aliquota minima dell'1,23% per la fascia di reddito più bassa che progressivamente aumenta in funzione del reddito. Le uniche variazioni intervenute nel 2019 rispetto al 2018 (Tabella 3.16) riguardano la modifica dell'aliquota unica in Calabria (da 1,73% a 2,03%) e in Sicilia (da 1,50% a 1,23%) e la modifica di tutte le aliquote per fascia di reddito in Molise.

Tutte le Regioni hanno adottato un'aliquota progressiva, ad eccezione di Valle D'Aosta, PP.AA. di Trento e Bolzano, Veneto, Abruzzo, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna, che hanno adottato un'aliquota unica. Rispetto all'entità delle addizionali, nel 2019 il Piemonte e il Lazio registrano il livello più alto, pari al 3,33% (aliquota per i redditi superiori ai 75.000 euro in entrambe le Regioni).

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota ordinaria del 3,9%⁵⁵, ma viene data in capo alle Regioni la facoltà di variare tale aliquota fino ad un massimo di 0,92 punti percentuali. L'aliquota IRAP è poi modulata per settori di attività o categorie di contribuenti (ad esempio, banche e altri enti o società finanziarie, imprese assicuratrici, soggetti che operano nel settore agricolo e amministrazioni pubbliche). Similmente all'IRPEF, anche l'addizionale IRAP è incrementabile di 0,15 punti percentuali oltre il limite massimo per le Regioni che non raggiungono gli obiettivi del PdR⁵⁶ (quindi l'aliquota ordinaria massima è pari al 4,97%). Nell'ambito di quest'autonomia, tutte le Regioni hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamen-

a 1,23%. Tale aliquota (1,23%) può essere innalzata dalle Regioni fino ad un massimo dell'1,73%. Il D.lgs 76/2013 inoltre prevede per le Regioni a statuto speciale, a decorrere dall'anno 2014, la possibilità di aumentare fino a un massimo dell'1% l'aliquota base dell'IRPEF.

⁵³ L'art. 2, comma 6 del D.lgs 120/2013 ha integrato l'art. 2, comma 80, L.191/2009 e, a decorrere dal 2013, consente alle Regioni che presentano in ciascuno degli ultimi tre anni d'esecuzione del PdR o PO un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, la riduzione delle maggiorazioni (IRPEF e IRAP).

⁵⁴ Informazione aggiornata a luglio 2019.

⁵⁵ 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%.

⁵⁶ Art. 2 commi 66-98 della legge Finanziaria 2010, che recepisce a livello normativo il contenuto del nuovo «Patto per la Salute» per gli anni 2010-2012, approvato il 3 dicembre 2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Mediante le suddette disposizioni è stata integrata la disciplina relativa all'aumento automatico dell'IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF nelle Regioni che presentino disavanzi di gestione del Servizio sanitario, già prevista dall'art. 1 commi 174 e 175 della L. 30 dicembre 2004 n. 311 (Finanziaria 2005) e successive modifiche ed integrazioni.

Tabella 3.16 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2018-2019)**

Regioni	2016		2017		Differenza rispetto al 2017
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Piemonte	fino a 15.000,00	1,62	fino a 15.000,00	1,62	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	
	oltre 75.000,00	3,33	oltre 75.000,00	3,33	
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Lombardia	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,74	oltre 75.000,00	1,74	
Bolzano	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Trento	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Veneto	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Friuli Venezia Giulia	fino a 15.000,00	0,70	fino a 15.000,00	0,70	-
	oltre 15.000,00	1,23	oltre 15.000,00	1,23	
Liguria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Toscana	fino a 15.000,00	1,42	fino a 15.000,00	1,42	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Umbria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,83	oltre 75.000,00	1,83	
Marche	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Lazio	fino a 15.000,00	1,73	fino a 15.000,00	1,73	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,73	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,73	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,93	da 28.000,01 a 55.000,00	2,93	
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,23	da 55.000,01 a 75.000,00	3,23	
	oltre 75.000,00	3,33	oltre 75.000,00	3,33	

Tabella 3.16 (segue)

Regioni	2016		2017		Differenza rispetto al 2017
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Abruzzo	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	–
Molise	fino a 15.000,00	1,73	fino a 15.000,00	2,03	Modificate le aliquote
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,23	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,13	da 28.000,01 a 55.000,00	2,43	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	da 55.000,01 a 75.000,00	2,53	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,63	
Campania	per tutti i redditi	2,03	per tutti i redditi	2,03	–
Puglia	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33	–
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Basilicata	da 15.000,00 a 55.000,00	1,23	da 15.000,00 a 55.000,00	1,23	–
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Calabria	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	2,03	Modificata l'aliquota
Sicilia	per tutti i redditi	1,50	per tutti i redditi	1,23	Modificata l'aliquota
Sardegna	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	–

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2019)

te banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se contemporaneamente sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti (per esempio coloro che operano nel settore agricolo). Per il 2019, le Regioni del Sud fanno registrare aliquote superiori all'aliquota base per effetto dei disavanzi pregressi. In particolare, la Campania, continua ad applicare l'aliquota massima del 4,97% (pari a 4,82% + 0,15%). Anche Calabria, Molise, Puglia, Lazio e dal 2015 l'Abruzzo continuano ad applicare l'aliquota del 4,82% (3,90% + 0,92%), mentre per la Sicilia, a decorrere dal 2018, risulta azzerata la maggiorazione dell'aliquota IRAP, che passa quindi da 4,82% a 3,9%. Le Marche continuano ad applicare un'aliquota base pari a 4,73% (3,9% + 0,83%) come previsto già dal 2008. Tutte le altre Regioni, ad eccezione della Sardegna e della P.P.AA. di Trento e Bolzano, applicano l'aliquota ordinaria del 3,9%.

Infine, sul fronte delle entrate fiscali, le Regioni sottoposte a PdR possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto. Si rimanda al capitolo 3 del Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009) per il dettaglio dei provvedimenti normativi. Nel corso del 2019 non sono state apportate modifiche sulle disposizioni per il pagamento del bollo auto. L'importo annuale del bollo è pari, di base, a 2,58 euro per Kw, ma diverse Regioni hanno introdotto maggiorazioni o riduzioni.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero ticket sul pronto soccorso, specialistica e farmaceutica. Rispetto al ticket sul pronto soccorso, si registrano alcune variazioni rispetto a quanto riportato nel Rapporto 2011 (Armeni 2011) per quanto riguarda le seguenti Regioni: P.A. di Trento (quota fissa di 25 euro per l'accesso al Pronto Soccorso per i soli codici bianchi e quota fissa di 50 euro per l'assistenza specialistica sia per i codici bianche che verdi) e di Bolzano (quota fissa pari a 15 euro indipendentemente dal colore del codice e una quota fissa pari a 35 euro per i soli codici bianchi/blu e verdi), Friuli Venezia Giulia (quota fissa di 25 euro), Toscana (oltre al ticket riportato nel suddetto Rapporto OASI è stato introdotto un contributo sulla digitalizzazione delle procedure di diagnostica per immagini pari a 10 euro), Campania (quota fissa di 25 euro) e Basilicata (quota fissa di 25 euro). Riguardo alle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale, la normativa nazionale prevede un ticket massimo sulle prestazioni pari a 36,15 euro e una quota fissa di 10 euro (superticket)⁵⁷. Ogni Regione può applicare o non applicare autonomamente il superticket. La situazione, in particolare, è la seguente:

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

Riguardo alle compartecipazioni alla spesa farmaceutica si segnala che a settembre 2019 (data di aggiornamento del presente Rapporto) non viene applicato alcun ticket in quota fissa regionale in Sardegna, Marche e Friuli Venezia Giulia. Nel 2019 il Piemonte ha abolito questa tipologia di compartecipazione, mentre l'Emilia Romagna ha rimodulato le fasce di reddito, stabilendo il pagamento di 3 euro per confezione (fino ad un massimo di 6 euro per ricetta) alle famiglie con reddito fiscale lordo superiore a 100.000 euro. Le compartecipazioni in quota fissa regionale (ticket) si aggiungono alle compartecipazioni, attive a livello nazionale, che ogni cittadino deve sostenere, in caso di acquisto di un farmaco generico, come differenza rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci inseriti nella lista di trasparenza dell'AIFA.

Una terza misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dall'Accordo del

⁵⁷ Introdotto con la L. 111/2011.

Tabella 3.17 **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 Piemonte, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno effettuato solo cartolarizzazioni dei crediti sanitari e quindi non sono valide come strumento di copertura dei disavanzi.

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 3.17 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni⁵⁸.

⁵⁸ 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

3.6 Conclusioni

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

Con riferimento alla spesa pubblica corrente, è da osservare come il dato nazionale presenti, ormai da diversi anni, un tendenziale orientamento al pareggio, con disavanzi modesti (149 milioni nel 2018). Tale evidenza, apparente sintomo di un sistema economicamente sano, assume connotati più critici se inquadrata in relazione all’economia nel suo complesso oppure se declinata a livello regionale e aziendale. Infatti, anche nel 2018 diminuisce l’incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL nazionale, tendenza non compensata da speculari movimenti nella spesa privata (fenomeno già analizzato in passato, consolidando l’interpretazione dei due aggregati come flussi influenzati da fattori differenti). Questo segnale testimonia, ancora una volta, la capacità del nostro servizio sanitario pubblico di non sfiorare in modo consistente la disponibilità di risorse complessive, ma è anche un segnale dissonante rispetto alle aspettative che si avrebbero guardando l’andamento delle determinanti del fabbisogno sanitario (demografiche, sociali, tecnologiche, ecc.). La motivazione principale è da ricondurre ai sistemi di determinazione del finanziamento e di gestione del riparto, ad oggi complessivamente ancora legati a logiche di composizione obbligata della spesa (tetti, variamente definiti) e di spesa storica (in fondo, anche il finanziamento a costi standard ripropone di fatto tale schema, solo attenuando la possibilità di ancorare la spesa storica a quella di sistemi regionali ritenuti poco efficienti) e non di fabbisogno. Quando, infatti, i principali ambiti di finanziamento rimangono ancorati per un tempo molto lungo a logiche di tetto o di spesa storica (o entrambi, come nel caso della spesa per il personale),

(misura generata dall’abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l’assistenza sanitaria).

associando poi ad essi a meccanismi incentivanti (o vincolanti) sul rispetto delle cifre stanziare, si aumenta senz'altro la prevedibilità economico-finanziaria della spesa ma si perde la qualità di riflettere il fabbisogno in fase di assegnazione, generando, pertanto, difficoltà e disuguaglianze nell'organizzazione dell'assistenza, il che, in fondo, è ben più grave che spendere di più. Il problema, quindi, non è solo di sotto-finanziamento (pur evidente in alcuni ambiti) ma anche d'incapacità – addestrata – di riallocare flessibilmente le risorse dove c'è maggiore necessità, imponendo per policy la virtù del rispetto del budget silos. Da leggere in senso positivo, tuttavia, è proprio quanto avvenuto per il personale, dove per la prima volta, e in modo evidentemente prudente, si è registrata la volontà di allentare il vincolo di spesa per arrivare gradualmente (nelle intenzioni) ad un sistema basato sul fabbisogno. Questo, insieme alla decisione programmatica di non finanziare più in futuro la farmaceutica attraverso i tetti – se non in modo residuale –, rappresenta un segnale incoraggiante sulla comprensione della direzione del cambiamento necessario.

Bibliografia

- Anessi Pessina, E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina, E., Sicilia, M. (2010), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni, P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni, P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni, P. (2011), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Armeni, P., Ferré, F., Lorenzoni, L., Sommariva, S. (2013), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, EGEA.
- Armeni, P., Bertolani, A., Costa, F. (2017), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGIS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.

- Armeni, P., Bertolani, A., Borsoi, L., Costa, F. (2018), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2018*, Milano, EGEA.
- Armeni, P., Costa, F., Furnari, A. (2017), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- Cantù, E., Notarnicola, E., Anessi Pessina, E. (2015), «L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, Milano, EGEA.
- Cantù, E., Notarnicola, E., Anessi Pessina, E. (2017), «Le performance economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei Piani di Rientro Aziendali», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- CIPE (2017), Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2017. Richiesta di intesa alla conferenza Stato Regioni.
- Corte dei Conti (2019), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2019.
- Corte dei Conti (2015), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015.
- Del Vecchio, M. (2012), «Settore, sistema e azienda: logiche di governance in sanità», Milano, EGEA.
- Fondo Monetario Internazionale (2019), «World Economic Outlook Database» (ultimo accesso, 8 luglio 2019).
- OECD (2019), «OECD Health Data: Health care resources», OECD Health Statistics (database) (ultimo accesso, 8 luglio 2019).
- ISTAT (2018), *Statistiche demografiche*, <http://demo.istat.it/pop2017/index.html> (ultimo accesso, 15 luglio 2018).
- ISTAT (2018), *Conti nazionali*, <http://www.istat.it/it/conti-nazionali> (ultimo accesso, 15 luglio 2018).
- ISTAT (2018), *Rapporto annuale 2018 – La situazione del Paese*, <https://www.istat.it/it/archivio/214230> (ultimo accesso, 15 luglio 2018).
- Jommi, C., Lecci, F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2018), Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 5.
- Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2017 (Primo rilascio). Riunione CdA AIFA del 28 maggio 2018.
- WHO (2019), «World Health Statistics». Global Health Observatory database (ultimo accesso, 8 luglio 2019).