

4 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

di Patrizio Armeni e Francesco Costa¹

4.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati relativi al finanziamento, alla spesa sanitaria e ai risultati d'esercizio registrati dalle Regioni e Province Autonome (P.P.A.A.) italiane, presentando lo stato di avanzamento dei piani di rientro e le misure a copertura dei disavanzi pregressi. Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria, si rimanda all'allegato al capitolo 3 del Rapporto 2009 (Armeni, 2009). Per questo capitolo, la fonte dei dati di spesa sanitaria pubblica è il Ministero della Salute. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL), dal Fondo Monetario Internazionale (proiezioni del PIL oltre il 2013), dalla Corte dei Conti (commento alle variazioni degli aggregati di spesa e analisi dell'avanzamento dei piani di rientro). Il capitolo è così strutturato: nel § 4.2 sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e ricavi) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il § 4.3 è, invece, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa. Infine, nel § 4.4 è analizzata l'evoluzione dei risultati d'esercizio a livello regionale e sono riportate le principali misure attivate per la copertura degli stessi.

4.2 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

4.2.1 Il finanziamento del SSN

Per “finanziamento del SSN” si fa, in genere, riferimento a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovve-

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

ro l'insieme delle assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria: si tratta, quindi, di una voce di preventivo. Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'insieme dei ricavi del SSN, rilevati a consuntivo, tra cui rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN e i trasferimenti da privati. È in relazione a questo secondo concetto di finanziamento che viene calcolato il disavanzo. Rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di Legge di Stabilità, di Patto per la Salute, e di Conferenza Stato Regioni nella fase di consuntivazione si possono riscontrare differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

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

Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato

Per l'anno 2014 il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 109,9 miliardi di euro².

In merito alla destinazione del finanziamento, lo stanziamento complessivo di 109,9 miliardi di euro è diviso in quattro componenti:

1. finanziamento indistinto: 105,3 miliardi di euro. Questo valore, comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate nei precedenti riparti (269 milioni di euro), è ottenuto come differenza tra lo stanziamento totale, gli stanziamenti vincolati e programmati per Regioni e Province Autonome, gli stanziamenti vincolati per altri enti e gli accantonamenti (di cui sotto). Tale finanziamento è destinato alla copertura del fabbisogno c.d. indistinto, genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
2. finanziamento vincolato e programmato per Regioni e P.P.A.A.: 2.029 milioni di euro;
3. finanziamento vincolato per altri enti: 633 milioni di euro;
4. accantonamenti: 1.923,7 milioni di euro³.

² Non è compresa in tale importo la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2014 per la revisione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale e per consentire alle imprese del settore termale di effettuare gli investimenti necessari alla loro ulteriore integrazione nell'ambito del SSN, come previsto dall'art.1, comma 178 L.228/2012 ("Legge di Stabilità per l'anno 2013").

³ L'accantonamento limitatamente al 2014 è pari all' 1,75% del livello del finanziamento del SSN

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2014 e le variazioni rispetto al 2013 sono contenute nella Tabella 4.1. Da evidenziare che per il 2014 nel finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA. (2), compare la voce «screening neonatale», e nel finanziamento vincolato per altri enti (3) è compresa la voce «formazione dei medici specialisti», entrambe non presenti nel 2013.

Il D.lgs 68/2011 prevede che a partire dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato secondo i costi e fabbisogni medi standard regionali. Lo stesso decreto legislativo prevede anche per il 2014, che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sia chiamato ad individuare le cinque migliori Regioni che:

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

Tale procedura però non si è di fatto completata, così come previsto dall'art. 42⁴, comma 14-bis del DL 133/2014, convertito con modifiche e integrazioni con L. 154/2014, che ha individuato come Regioni di riferimento del 2014 le stesse Regioni individuate ai fini del riparto 2013 e che risultano essere: Umbria, Emilia Romagna e Veneto.

Per la definizione del finanziamento a livello regionale, il costo medio pro-capite delle tre Regioni benchmark viene rapportato alla popolazione pesata⁵ al 31 dicembre 2013. Il costo medio pro-capite ponderato viene poi moltiplicato per la popolazione di ciascuna Regione o P.A., suddividendo così i risultati per i singoli Livelli Essenziali di Assistenza. Proporzionalmente sono poi determinati i relativi sub-livelli assistenziali:

- ▶ prevenzione: 5%;
- ▶ distrettuale: 51%;

cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2014 (per il 2013 era pari allo 0,25%), effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'art. 2, comma 67-bis L. 191/2009, come modificato dalla L. 164/2014 di conversione del DL 133/2014, da ripartire successivamente tra regioni e PP.AA., ai sensi dell'art. 9, comma 2, del D.lgs 149/2011 in materia di meccanismi sanzionatori e premiali e tenendo altresì conto dei contenuti dell'accordo raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. del 19 dicembre 2013, come stabilito dall'art. 1, comma 1, del Patto per la Salute 2014-2016.

⁴ L'art.42, comma 14 bis del DL 133/2014 prevede che, per l'anno 2014, al fine di consentire l'accelerazione delle procedure per l'intesa finalizzata alla determinazione dei fabbisogni standard regionali in materia di sanità, le Regioni di riferimento di cui al comma 5 dell'art. 27 del D.lgs del 6 maggio 2011, sono quelle stabilite nella seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. di Trento e di Bolzano del 5 dicembre 2013.

⁵ Sono stati utilizzati i pesi del riparto FSN anno 2012.

- ▶ medicina di base: 7%
- ▶ farmaceutica: 11,78%⁶
- ▶ specialistica: 13,3%
- ▶ territoriale: 18,92%
- ▶ ospedaliera: 44%

Rispetto al riparto 2013, quest'anno le quote relative ai sottolivelli "Farmaceutica" e "Territoriale" sono variati passando rispettivamente dal 11,6% all'11,78% e dal 17,1% al 18,92%.

Nel documento di riparto si è inoltre tenuto conto che la quota percentuale assicurata alla migliore Regione benchmark non può essere inferiore a quella già assegnata alla stessa Regione l'anno precedente al netto delle variazioni di popolazione. Pertanto, il documento riporta che "la quota di accesso finale 2013 della regione Umbria parametrata sulla popolazione pesata al 31/12/2013 sarebbe stata pari all' 1,5071%, mentre la quota di accesso 2014, calcolata sulla base della medesima popolazione pesata, risulta essere pari all' 1,5073%, quindi superiore a quella dell'anno precedente al netto della variazione della popolazione".

I ricavi del SSN

Le risorse destinate al finanziamento del SSN (inteso come ricavi) per l'anno 2014 (Tabella 4.2), al netto dei ricavi della gestione straordinaria e di quelli dell'intramoenia, che sono portati in detrazione al livello di spesa, ammontano complessivamente a 114,826 miliardi di euro, di cui 114,194 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province Autonome e 0,633 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato⁷. Tali valori includono le risorse proprie regionali, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN, i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati.

Dal 2012, sono riportate tra i finanziamenti da altri enti del settore pubblico e dai privati anche le risorse destinate dalle Regioni a copertura dei disavanzi e derivanti dai maggiori introiti fiscali relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP. Il gettito della maggiorazione delle aliquote è contabilizzato come risorsa aggiuntiva erogata dalla Regione per la copertura dei LEA. In precedenza, il trattamento contabile di queste risorse era eterogeneo, con alcune Regioni che

⁶ Per quanto concerne il riparto della quota relativa all'assistenza farmaceutica territoriale, la L.135/2012 fissa il relativo tetto all'11,35% del livello di finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il medesimo anno, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale ed al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende Sanitarie. Pertanto la percentuale dell'11,35%, rapportata al finanziamento indistinto complessivo, si ridetermina in 11,78%.

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

Tabella 4.1 **Articolazione delle risorse finanziarie 2014 e variazione 2013-2014 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2014	Variazione 2013-2014
1. Finanziamento indistinto di cui:	105.342	1,47%
1.1 Ospedale Bambin Gesù	193	0,80%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	37	1,62%
1.3 Finanziamento finalizzato	269	0,00%
1.3.1 Rinnovo convenzioni SSN	69	0,00%
1.3.2 Regolarizzazione cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona	200	0,00%
2. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.	2.029	-1,60%
2.1 Obiettivi PSN	1.476	-2,26%
2.2 Prevenzione AIDS	49	0,00%
2.3 Emergenza veterinaria	40	0,00%
2.4 Borse di studio triennali medici medicina generale	39	0,03%
2.5 Fondo per l'esclusività del rapporto personale dirigente ruolo sanitario	30	0,00%
2.6 Assistenza extracomunitari irregolari	31	0,00%
2.7 Attività di medicina penitenziaria	7	-2,34%
2.8 Prevenzione e cura fibrosi cistica	4	0,00%
2.9 Prowidenze economiche agli Hanseniani	4	0,00%
2.10 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	-1,41%
2.11 Regolarizzazione degli stranieri (d.lgs 106/2012)	130	0,00%
2.12 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	49	-2,73%
2.13 Screening neonatale	5	n.d.
3. Finanziamento vincolato per altri enti	633	6,90%
3.1 Borse di studio specializzandi	173	0,01%
3.2 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	2,70%
3.3 Croce Rossa Italiana	146	2,70%
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	30	n.d.
4. Accantonamenti	1.924	619,13%
TOTALE	109.928	2,73%

Fonte: Elaborazioni su dati Proposta CIPE 4 Dicembre 2014

lo includevano tra i ricavi come nel caso dell'Emilia-Romagna, altre (ad esempio, il Lazio) come copertura perdite. A partire dal consuntivo 2012 le risorse raccolte dall'extra gettito IRPEF e IRAP devono essere contabilizzate come ricavi (per una più dettagliata spiegazione si rimanda al capitolo 4 del Rapporto Oasi 2014).

Le voci che concorrono alla definizione dei ricavi complessivamente a disposizione del SSN nel 2014 e le variazioni rispetto al 2013 sono riportate nella Tabella 4.2. Nel 2014, il rapporto tra ricavi netti⁸ del SSN e PIL si attesta al 7,1%, valore in linea rispetto ai due anni precedenti, mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.889 euro (-0,5% rispetto al 2013). Complessivamente, si registra un aumento dei ricavi totali pari all'1,3% rispetto ai valori 2013. In particolare, rispetto al 2013, si registra una flessione per quanto riguarda le entrate legate alle addizionali IRPEF ed IRAP (-5,1%) e le entrate e ricavi propri (-5,2%). Hanno invece mostrato una variazione positiva i ricavi riferiti a: i) finanziamento agli altri enti con quote vincolate a carico dello Stato (+6,9%); ii) finanziamento relativo a FSN e quote vincolate a carico dello Stato (+3,1%); iii) fabbisogno ex D.Lvo 56/00 (IVA ed accise) (+5%). Infine, è da notare che, a partire dall'anno 2011, i ricavi comprendono anche i costi capitalizzati⁹ (1.615 milioni di euro per il 2014) e il riparto della quota premiale¹⁰ (1.924 milioni di euro per il 2014). 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.

Tabella 4.2 **Articolazione dei ricavi 2014 e variazione 2013-2014**

Ricavi	Miliardi di Euro (2014)	Variazione 2013-2014
1. Regioni e PP.AA.	114,19	1,31%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	35,58	-5,05%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	56,87	5,04%
1.3 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	11,17	-3,84%
1.4 Riparto quota premiale 1,75%	1,92	347,37%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	3,01	-5,18%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,34	3,09%
1.7 Costi capitalizzati	1,61	3,61%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	-0,31	-338,04%
2. Altri enti del SSN	0,63	6,90%
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,63	6,90%
TOTALE	114,83	1,34%

Fonte: Nostra elaborazione della delibera CIPE di riparto delle risorse per il SSN per l'anno 2014 e dei dati del Ministero della Salute, NSIS (dati del IV trimestre 2014 aggiornati alla data del 9 aprile 2015)

⁸ Vedi nota a Tabella 4.3.

⁹ Questa voce fa riferimento al valore pro-quota delle risorse stanziato per il finanziamento dell'acquisto di beni di investimento in relazione alla durata dell'ammortamento.

¹⁰ La L. 164/2014 prevede che limitatamente al 2014 la percentuale della quota premiale si attesti al 1,75%.

4.2.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del NSIS, aggiornati al 9 aprile 2015 (flusso del 4° trimestre 2014¹¹) e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN¹² ha subito nel 2014 un aumento dell'1,1% rispetto al 2013, attestandosi sui livelli di crescita del triennio 2010-2012, mentre nel 2013 era diminuita dell'1% (Tabella 4.3 e Figura 4.1). Il lieve aumento di spesa si associa ad una ripresa del PIL (+0,4% rispetto al 2013) ma è più accentuato, sicché il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL torna a crescere nel 2014, passando dal 7% del 2013 al 7,1% del 2014. Come già avvenuto nel 2013, sebbene le variazioni fossero di segno opposto, la spesa sanitaria mostra un andamento prociclico.

Anche la spesa privata corrente torna a crescere, dopo un biennio di variazioni negative, portandosi a 32,97 miliardi e facendo registrare un +3,2% rispetto al 2013. L'aumento rispecchia in parte la crescita del PIL. Contrariamente a quanto mostra il trend storico, che vede la spesa pubblica e la spesa privata correlate negativamente, ormai dal 2012 le due serie storiche mostrano movimenti paralleli. La correlazione tra spesa pubblica e spesa privata è un dato rilevante in quanto misura, almeno parzialmente, l'eventuale traslazione di alcuni voci di spesa dal finanziamento pubblico a quello privato, tipicamente attuata per mezzo delle compartecipazioni. In caso di traslazione, infatti, la correlazione dovrebbe essere negativa. Una correlazione positiva, come nel caso degli ultimi tre anni, invece, segnala che la dinamica alla base delle due serie storiche non è meramente compensativa. Infatti, le dinamiche dei consumi privati, approfondite nel capitolo 6 del presente Rapporto, non sono solo collegate al contenimento della spesa pubblica, ma sono influenzate anche da altri fenomeni. Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica¹³ + privata) è aumentata dell'1,6% nel 2014 (147 miliardi di Euro pari al 9,1% del PIL, Tabella 4.3).

A fronte della spesa pubblica, i ricavi netti complessivi del SSN (vedi *supra* § 4.2.1) nel 2014 sono stati pari a 114,8 miliardi di euro, in aumento dell'1,3% rispetto al 2013. L'avanzo pubblico, quindi, si attesta nel 2014 a 770 milioni di euro (0,7% della spesa sanitaria pubblica corrente). I dati definitivi relativi al 2012 e al 2013 evidenziano che la sanità pubblica abbia chiuso l'esercizio in avanzo per il terzo anno consecutivo. Complessivamente, queste evidenze segnalano la capacità delle Regioni di coprire i disavanzi correnti, per quanto non sia possibile comprendere quanta parte dei disavanzi pregressi sia stata coperta nel tempo. Si segnala che l'eventuale avanzo d'esercizio rimane comunque a disposizione delle Regioni. Nel § 4.4 vengono analizzate in dettaglio le misure di copertura dei disavanzi adottate dalle Regioni.

¹¹ Per il 2012 e il 2013 i dati sono aggiornati rispettivamente alla data del 9 dicembre 2014 e 2 aprile 2015.

¹² Regioni, Province Autonome e altri enti (cfr. nota 8).

¹³ Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

Tabella 4.3. Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990; 1995; 2000; 2005; 2010-2014) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Tasso crescita medio '90/'14	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'14
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	96.797	111.331	112.810	113.964	112.845	114.057	4,3%	3,3%	8,1%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	6,1%	1,0%	1,3%	1,0%	-1,0%	1,1%			
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	73,2%	77,5%	78,2%	77,2%	77,7%	77,9%	77,6%			
- % sul PIL	5,9%	4,9%	5,7%	6,5%	6,9%	6,9%	7,1%	7,0%	7,1%			
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	91.062	109.135	111.548	114.547	113.313	114.826	5,1%	6,6%	7,5%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	7,4%	2,1%	2,2%	2,7%	-1,1%	1,3%			
- % sul PIL	4,9%	4,8%	5,4%	6,1%	6,8%	6,8%	7,1%	7,0%	7,1%			
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-5.735	-2.196	-1.262	583	468	770			
- variazione %	-	-74,5%	-13,9%	-10,7%	-34,7%	-42,5%	-146,2%	-19,6%	64,4%			
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-6,3%	-2,0%	-1,1%	0,5%	0,4%	0,7%			
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.704	28.040	30.954	33.254	32.759	31.939	32.971	5,7%	14,7%	6,8%
- variazione %	-	13,0%	8,3%	-0,5%	1,1%	7,4%	-1,5%	-2,5%	3,2%			
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	26,8%	22,5%	21,8%	22,8%	22,3%	22,1%	22,4%			
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.877	124.837	142.285	146.065	146.723	144.784	147.028	4,6%	5,7%	7,7%
- variazione %	-	2,7%	10,4%	4,6%	1,0%	2,7%	0,5%	-1,3%	1,6%			
- % sul PIL	7,1%	6,7%	7,7%	8,4%	8,9%	8,9%	9,1%	9,0%	9,1%			
PIL	704.250	985.342	1.239.759	1.490.409	1.605.694	1.638.855	1.615.131	1.609.461	1.616.045	3,5%	6,9%	4,7%
- variazione %	-	11,7%	5,7%	2,9%	2,0%	2,1%	-1,4%	-0,4%	0,4%			

Tabella 4.3 (segue)

Note:

Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS): di consuntivo per gli anni fino al 2013; al IV trimestre per l'anno 2013 (questi ultimi risultano aggiornati alla data del 9 aprile 2015).

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 Sorano Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni "Specialistica convenzionata e accreditata" e "Ospedalità accreditata". È esclusa la svalutazione di crediti e attività finanziarie e, fino al 2010, anche gli ammortamenti. A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti e nel finanziamento i costi capitalizzati, che consentono la sterilizzazione degli ammortamenti in termini di risultato d'esercizio, secondo le regole definite dal Tavolo di verifica nella riunione del 24 marzo 2011 concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale. Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati. Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.

Dal 2013, poiché nel riparto compare la mobilità internazionale, essa è stata considerata nel conteggio della spesa. È valorizzata, però, in base ai modelli CE, in termini di saldo tra attiva e passiva.

Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti (vedi nota 7).

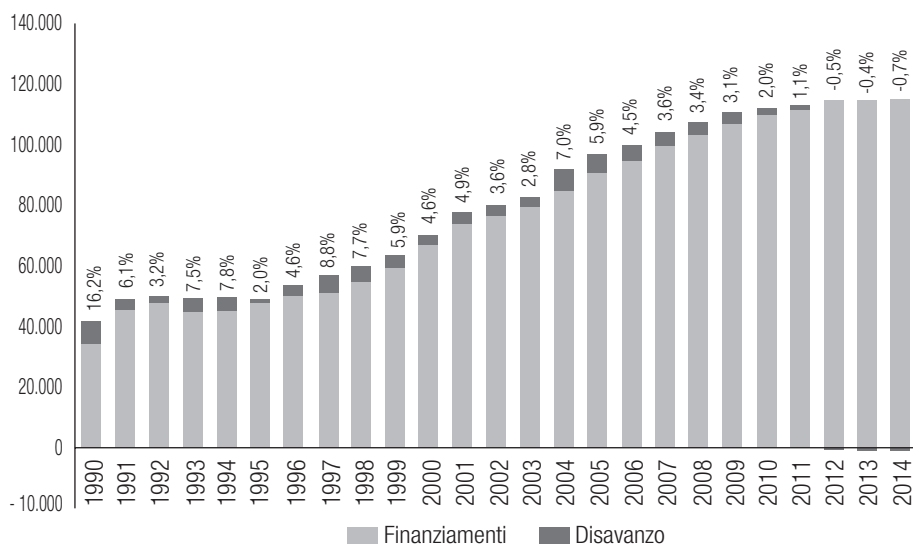
La voce "Ricavi netti" comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse, dal 2012, le risorse aggiuntive stanziare dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie. Dal 2011 sono considerati i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rettifiche e utilizzo fondi.

I dati relativi al PIL sono di fonte ISTAT fino al 2013. Il PIL 2014 è stato stimato dal Fondo Monetario Internazionale (FMI).

La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015), ISTAT (2015) e FMI (2015)

Figura 4.1 Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2014)



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015)

A tal proposito, va rilevato che dal 2012 la Corte dei Conti, congiuntamente con la revisione delle regole contabili e dei collegati controlli, ha operato affinché le Regioni imputassero alla sanità le risorse aggiuntive ricevute dallo Stato per finalità sanitarie. L'obiettivo è di proteggere i fondi specifici per la sanità da eventuali deviazioni nella destinazione. Nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015, la Corte dei Conti rileva che “in quasi tutte le Regioni è stato rispettato l'impegno di trasferire in corso dell'esercizio al Servizio sanitario regionale almeno il 90% delle risorse ricevute dallo Stato per finalità sanitarie, mentre sono state avviate le procedure (ma in alcuni casi non completate) per la restituzione alla sanità delle somme in precedenza non versate. In molte Regioni, tuttavia, i tempi di pagamento ai fornitori continuano a registrare ritardi elevati”.

La lettura storica dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL permette di ripercorrere le principali tappe evolutive dell'approccio alla gestione delle risorse finanziarie per la sanità, con particolare riferimento alle azioni di contenimento della spesa (Figura 4.2). Innanzitutto, l'andamento particolarmente contrastato della serie spesa sanitaria/PIL si contrappone alla crescita meno costante del PIL, segnalando che la dinamica della spesa sanitaria è influenzata da elementi, come le politiche pubbliche, in grado di indirizzarne l'evoluzione¹⁴. La prima fase dell'introduzione di logiche, principi e strumenti

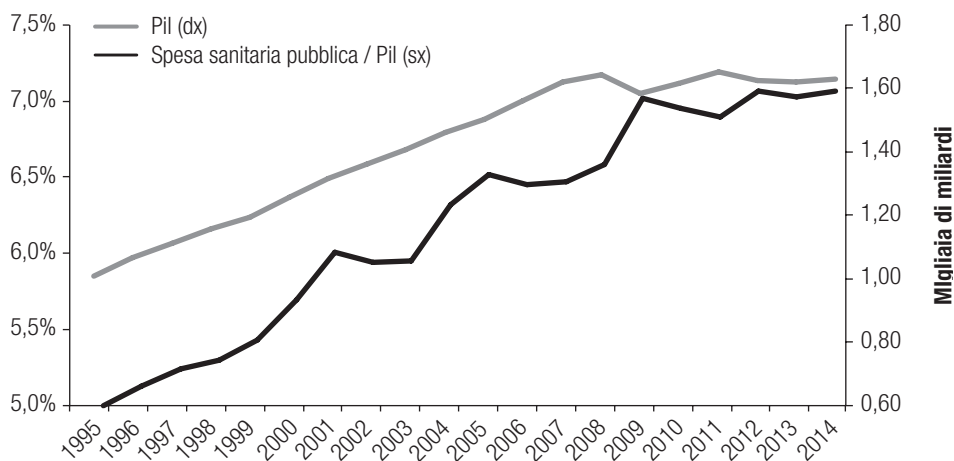
¹⁴ Cfr. nota 25 al capitolo 3, Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

aziendali nel SSN (1992-1995) è accompagnata da una forte riduzione della spesa, complessivamente pari a circa 1 punto percentuale del PIL, con trend di diminuzione omogeneo nei tre anni, come effetto dell'applicazione delle riforme previste dal D. lgs. 502/1992 e dal D.lgs 517/1993. Il periodo 1995-2001, invece, è stato caratterizzato da politiche sanitarie meno direttamente legate a tagli lineari sulla spesa e volte maggiormente al governo degli attori del sistema (ad esempio, l'introduzione dei meccanismi d'indirizzo prescrittivo per i medici). Il risultato è stato un graduale e costante aumento della spesa¹⁵, fino al 2001, quando l'accelerazione del processo di regionalizzazione e la responsabilizzazione delle Regioni sul disavanzo ha riportato l'attenzione dei programmatori sanitari sulle variabili di spesa. Tuttavia, il trend, a partire dal 2001, è decisamente meno regolare che in passato, in gran parte per effetto della politica sanitaria differenziata nelle 21 Regioni e Province Autonome. Nel biennio 2008-2009, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL ha risentito del rallentamento della crescita macroeconomica, particolarmente evidente tra il 2008 e il 2009, anno in cui il rapporto spesa sanitaria pubblica / PIL ha raggiunto il picco del 7%. Nel triennio successivo la spesa ha subito un ulteriore rallentamento, indotto anche dalle numerose manovre di correzione degli stanziamenti inizialmente previsti. Nel 2012, complice anche il rallentamento del PIL (-1,4% rispetto al 2011), il peso della spesa sanitaria torna su livelli simili a quelli del 2009 (7,1%; Figura 4.2), nonostante la crescita contenuta della spesa. Nel 2013, si sono verificate congiuntamente le diminuzioni di spesa e PIL, ma essendo la diminuzione di spesa più consistente, il suo peso sul PIL diminuisce e si attesta al 7%. Nel 2014, un nuovo aumento congiunto di spesa sanitaria e PIL ha riportato l'incidenza al 7,1%. Alla base del rallentamento della spesa vi sono principalmente le manovre di contenimento attivate nel corso degli anni. Ad esempio, a livello nazionale, a decorrere dal 2010 è attivo il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro¹⁶ 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 piano di rientro (PdR), le misure si sono incentrate principalmente sul ripensamento dei modelli strategici di gestione dell'assistenza, attraverso interventi come la revisione dei sistemi di accreditamento, l'introduzione di budget, di tetti di spesa per gli operatori privati e la riorganizzazione della rete di offerta (vedi *infra* § 4.4).

¹⁵ Cfr. nota 26 al capitolo 3 del Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

¹⁶ 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 dichiarato, 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.

Figura 4.2 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1995-2014)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015), ISTAT (2015) e FMI (2015)

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 4.4 mostra come la sanità assorba una quota di spesa del 22,1%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (68,8%). L'andamento tendenziale dal 2001 evidenzia come la spesa per la sanità sia cresciuta mediamente in modo minore (CAGR +2,9%) rispetto alla spesa per assistenza¹⁷ e previdenza¹⁸ (CAGR +5,9% e +3,4%, rispettivamente). Interessante anche la dinamica della spesa per assistenza, che nel 2009 era cresciuta dell' 11,6%¹⁹, prevalentemente a causa della trasmissione al settore dell'economia reale degli effetti della crisi finanziaria. Nel biennio successivo, la spesa per assistenza, invece, segna due diminuzioni successive, pari al -2,8% in entrambi gli anni, malgrado lo stento della ripresa economica²⁰. Nel 2012 questa voce era rimasta stabile (+0,6%), riprendendo a crescere (+2,9%) nel 2013 fino a fare registrare una variazione particolarmente rilevante nel 2014 (+19,4%). Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta nel 2014 del 2,1%.

¹⁷ Rientrano in questo aggregato: pensione e assegno sociale, pensione di guerra, prestazioni agli invalidi civili, prestazioni ai non vedenti e non udenti, altre assegni e sussidi.

¹⁸ 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.

¹⁹ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica, si rimanda all'Allegato contenuto nel Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009).

²⁰ La diminuzione della spesa per assistenza, unita alla mancata crescita economica, è un dato preoccupante perché potrebbe segnalare l'affievolimento delle misure tutelari per i cittadini in temporanee condizioni di difficoltà.

Tabella 4.4 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2014)

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Tasso crescita medio '90/'14	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'14
Sanità												
spesa (milioni Euro)	38.790	45.397	64.651	91.436	106.361	104.998	103.167	102.748	103.685	4,2%	3,2%	2,9%
% sul totale	26,5%	20,6%	22,8%	25,2%	24,0%	23,4%	22,8%	22,4%	22,1%			
var. %	-	0,7%	12,2%	6,7%	1,9%	-1,3%	-1,7%	-0,4%	0,9%			
Previdenza												
spesa (milioni Euro)	96.413	159.634	200.463	244.828	301.642	308.430	314.617	320.963	322.539	5,2%	10,6%	3,4%
% sul totale	65,7%	72,4%	70,6%	67,4%	68,0%	68,9%	69,5%	69,9%	68,8%			
var. %	-	17,7%	2,2%	3,3%	3,4%	2,3%	2,0%	2,0%	0,5%			
Assistenza												
spesa (milioni Euro)	11.447	15.493	18.895	26.961	35.497	34.498	34.720	35.738	42.661	5,6%	6,2%	5,9%
% sul totale	7,8%	7,0%	6,7%	7,4%	8,0%	7,7%	7,7%	7,8%	9,1%			
var. %	-	2,1%	4,4%	1,8%	-2,8%	-2,8%	0,6%	2,9%	19,4%			
Totale	146.650	220.524	284.009	363.225	443.500	447.926	452.504	459.449	468.885	5,0%	8,5%	3,5%
var. %	-	12,6%	4,5%	4,0%	2,5%	1,0%	1,0%	1,5%	2,1%			

Fonte: ISTAT (2015)

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica»²¹, ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di ricovero nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera a carico del SSN in Italia. Solo riclassificando le voci di dettaglio dai conti della protezione sociale (ISTAT, 2015) è possibile ricavare l'incidenza di alcune funzioni di spesa. Ad esempio, l'assistenza ospedaliera in strutture pubbliche, nel 2004, ha rappresentato il 34,4% delle uscite per la sanità (fonte ISTAT) e, insieme alla spesa pubblica per assistenza ospedaliera in case di cura private accreditate (8,3% del totale), rappresenta il 42,7% della spesa complessiva, leggermente inferiore al totale programmato (44%). Nel complesso, la spesa per servizi sanitari forniti da produttori *non market*²² rappresenta il 57,6%, in crescita dell'1% rispetto al 2013. La spesa per servizi forniti da produttori *market*²³ è cresciuta leggermente meno (+0,8%).

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 rilevante²⁴. Dal 2011 sono inseriti anche gli ammortamenti e i costi capitalizzati, mentre dal 2012 sono comprese anche le voci di rettifica e utilizzo fondi²⁵.

Nella Tabella 4.5 e nella Figura 4.3 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni ed esterni alle aziende sanitarie. I beni e servizi, ovvero l'insieme degli acquisti delle aziende sanitarie, rappresentano una componente di costo collegata alle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie pubbliche (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o erogati tramite distribuzione diretta). Sono quindi classificati come fattori interni. Al contrario, le prestazioni conven-

²¹ 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.

²² Regioni e aziende pubbliche.

²³ Farmaci erogati in regime di convenzione, assistenza medico-generica, assistenza specialistica, assistenza protesica e balneoterma, assistenza in case di cura private e altra assistenza.

²⁴ 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.

²⁵ 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*).

zionate / accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti del SSN (MMG, Specialisti, Case di cura, Farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti fattori esterni. Il saldo delle voci economiche (“Altri costi”) è stato escluso, mentre gli accantonamenti sono stati accorpati, in linea con il Ministero della Salute, ai *Beni e servizi* e, quindi, ai fattori interni, anche se in parte si riferiscono a specialisti convenzionati con il SSN (personale SUMAI e MMG). Come emerge dalla Figura 4.3, nel 2014 il 62,8% della spesa è assorbita dai fattori interni di produzione, mentre il restante 37,2% è rappresentato dai fattori esterni²⁶.

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 4.5): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995 e 2001-2014) il tasso di crescita dei costi per fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni; in periodi di espansione della spesa (1995-2001²⁷) i fattori esterni aumentano ad un tasso più sostenuto. Il contenimento della spesa si è quindi focalizzato soprattutto su tali fattori (in particolare sulla spesa farmaceutica convenzionata e sull’ospedaliera accreditata). Lo stesso fenomeno, tuttavia, può essere anche letto invertendo –in parte- il senso 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 farmaceutica²⁸, è da considerare l’azione proattiva di molte Regioni nel ricondurre nell’insieme dei fattori interni alcune voci di spesa, al fine di generare rilevanti economie (ad esempio attraverso la distribuzione diretta e in nome e per conto dei farmaci). Il dato appare evidente dalla Figura 4.4 (nel 2014 l’aumento di spesa per fattori interni è superiore all’aumento di spesa per fattori esterni, ma tale aumento è soprattutto da imputare ai consumi intermedi – cfr *supra*). Accanto al trend di lungo periodo, è interessante osservare la dinamica degli ultimi quattro anni. In particolare, dal 2010 al 2013 il tasso di crescita dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni. Questa inversione di tendenza relativa è da imputarsi a una netta riduzione della spesa specifica per personale e ad una crescita contenuta dell’acquisto di beni e servizi. Infatti, soprattutto negli ultimi due anni, la spesa per il personale ha mostrato tassi di crescita negativi e nel 2012 anche la spesa per acquisti è cresciuta in modo minore rispetto alla media degli anni precedenti. Nel 2014, tuttavia, anche a fronte di una riduzione della spesa per personale, la crescita sostenuta (+3,4%) della spesa per acquisti ha riportato la spesa per fattori interni a crescere più della spesa per fattori esterni.

Venendo ad una sintetica analisi della spesa per i fattori della produzione, la voce più importante secondo la classificazione economica è l’acquisto di beni e servizi, pari a 36,8 miliardi di euro nel 2014 (32,2% sul totale della spesa del SSN nel 2014, un’incidenza maggiore di 0,7 punti percentuali sul totale). Si tratta della

²⁶ Inclusi gli altri costi, non riportati in Figura 4.3.

²⁷ 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.

²⁸ Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (acquisto di farmaci).

Tabella 4.5 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000; 2005; 2010-2014)**

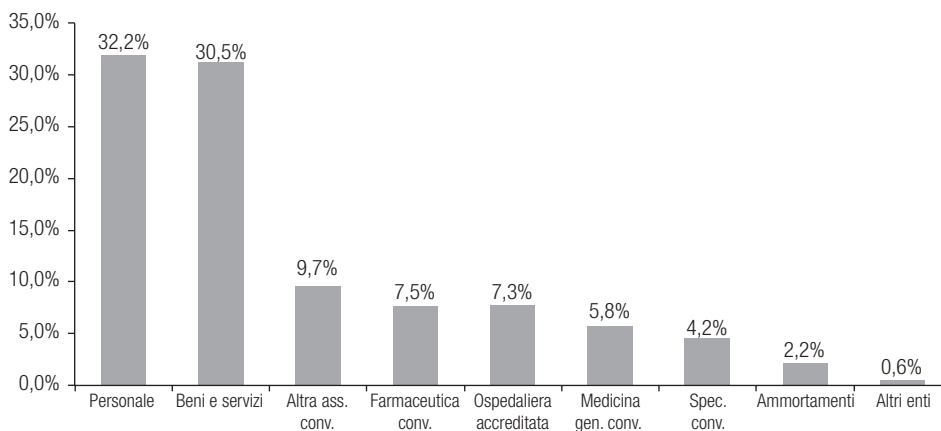
Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Tasso crescita medio '90/'14	Tasso crescita medio '90/'95	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'14
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	31.759	36.674	36.101	35.585	35.092	34.802	3,2%	4,8%	4,7%	2,0%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	26.611	33.103	34.423	35.620	35.542	36.753	6,9%	4,8%	10,5%	6,2%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	5.691	6.541	6.626	6.647	6.606	6.631	4,2%	2,8%	7,9%	3,0%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.894	10.913	9.862	8.891	8.616	8.370	0,6%	-6,7%	14,6%	-2,5%
Ospedaliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.147	8.849	8.641	8.525	8.548	8.577	3,2%	6,4%	6,6%	0,4%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	3.231	4.504	4.668	4.755	4.679	4.743	4,0%	-7,7%	12,3%	5,1%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	7.939	10.177	10.261	10.533	10.822	11.007	7,8%	11,7%	11,4%	4,7%
Altri costi (c)	375	471	578	1.066	7	34	202	-261	-47	n.d.	4,7%	6,9%	-181,2%
Altri enti (d)	74	637	509	459	563	641	647	592	633	9,4%	53,8%	-7,5%	3,6%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.559	2.504	2.500	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale	41.466	48.752	70.173	96.797	111.331	112.810	113.965	112.740	113.968	4,3%	3,3%	8,1%	3,0%
Totale al netto di (c) e (d) : (f)	41.017	47.644	69.085	95.271	110.761	112.135	113.115	112.409	113.382	4,3%	3,0%	8,2%	3,1%
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	58.370	69.777	70.524	71.205	70.634	71.555	4,7%	4,8%	6,7%	3,9%
Fattori esterni: (f) – Fattori interni	17.487	17.920	27.640	36.901	40.984	41.611	41.911	41.774	41.827	3,7%	0,5%	10,6%	1,9%

Variazione percentuale	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	7,6%	1,3%	-1,6%	-1,4%	-1,4%	-0,8%
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	18,2%	0,8%	4,0%	3,5%	-0,2%	3,4%
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	13,5%	2,8%	1,3%	0,3%	-0,6%	0,4%
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	-1,7%	-0,8%	-9,6%	-9,8%	-3,1%	-2,9%
Ospedaliera accreditata	-	2,0%	10,5%	-10,8%	0,3%	-2,4%	-1,3%	0,3%	0,3%
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	4,4%	10,4%	3,6%	1,9%	-1,6%	1,4%
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	7,2%	3,6%	0,8%	2,7%	2,7%	1,7%
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	-47,1%	-98,5%	364,5%	486,3%	-229,1%	-82,0%
Altri enti (d)	-	207,6%	6,6%	2,3%	1,3%	13,9%	1,0%	-8,5%	6,9%
Ammortamenti (e)	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	64,7%	-2,1%	-0,2%
Totale	-	-0,6%	11,1%	6,1%	1,1%	1,3%	1,0%	-1,1%	1,1%
Totale con ammortamenti									
Totale al netto di (c), (d) ed (e), (f)	-	-0,9%	10,7%	7,3%	1,5%	1,2%	0,9%	-0,6%	0,9%
Fattori interni (a+b)	-	-0,2%	10,0%	12,2%	1,1%	1,1%	1,0%	-0,8%	1,3%
Fattori esterni: (f) – Fattori interni	-	-2,0%	11,7%	0,4%	2,2%	1,5%	0,7%	-0,3%	0,1%

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

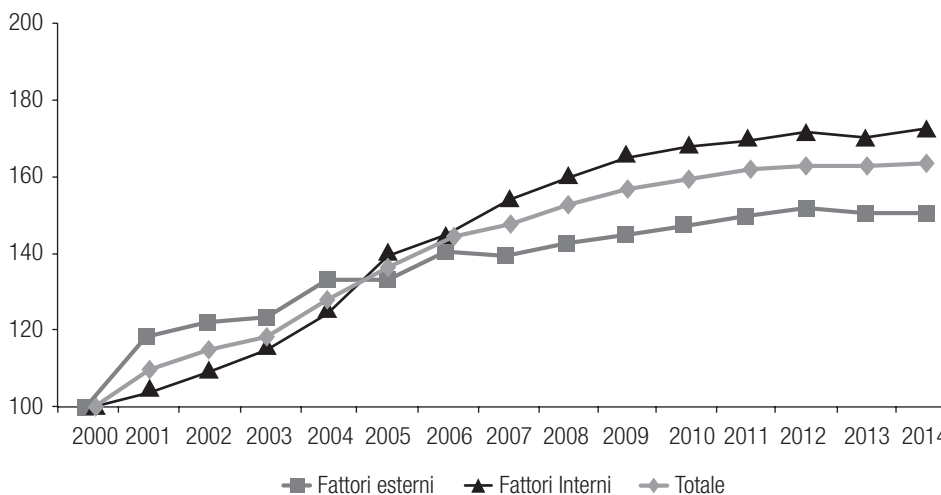
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015)

Figura 4.3 **Composizione della spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica (2014)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015)

Figura 4.4 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000 – 2014, numeri indice: 2000 = 100**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015)

voce di spesa con l'andamento più variabile. Va innanzi tutto rilevato che nel 1990 tale voce rappresentava il 17,7% della spesa totale. Tra il 1995 e il 2001, gli acquisti di beni e servizi sono cresciuti ad un tasso medio annuo pari al 10,5%. Dopo il picco del 2005, legato essenzialmente alla riclassificazione della spesa

sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'SSN, e dopo la battuta di arresto del 2006, la spesa per beni e servizi ha ripreso a salire (nel 2007 +13,2% rispetto al 2006), mentre nel biennio 2008-2009 ha subito un nuovo rallentamento, facendo registrare una crescita pari al 3% nel 2008 e al 4,6% nel 2009. Nel 2010, la crescita si è del tutto arrestata, con un aumento di appena 0,8%. Nel 2011, invece, la voce è nuovamente aumentata del 4%, con un ulteriore aumento del 3,5% nel 2012. Nel 2013, invece, si è registrata una diminuzione dello 0,2%, mentre nel 2014 questa voce di spesa è cresciuta nuovamente del 3,4%. All'aggregato contribuiscono circa una decina di componenti: acquisizione di beni propriamente detti; servizi sanitari e non; servizi non sanitari appaltati; manutenzioni e riparazioni; godimento di beni di terzi; oneri diversi di gestione ed imposte e tasse; nonché accantonamenti tipici ed interessi passivi ed oneri finanziari. Come evidenziato dal Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la dinamica di questa voce di spesa nel periodo 2010-2014 risente parzialmente dell'effetto di alcune manovre di contenimento, segnatamente quelle introdotte dal D.lgs 98/2011, dal D.lgs 95/2012 e dalla Legge di Stabilità 2013. Tra le 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% per il 2014;
- ▶ la rideterminazione, a partire dal 2013, del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard, associata al *pay-back* del 50% dello sfondamento a carico delle imprese farmaceutiche.

Le singole componenti di spesa per beni e servizi hanno fatto registrare, nel 2014, andamenti diversi. La componente che maggiormente traina la crescita è l'acquisto di beni, che fa registrare una crescita del 4,4% rispetto al 2013 (anno in cui già aveva evidenziato un aumento del 2,5%). Più nel dettaglio, la spesa per farmaci acquistati dalle aziende sanitarie è cresciuta del 7%, ed è aumentata del 2,5% la spesa per dispositivi medici. Quest'ultima, peraltro, supera di più del 18% il tetto (nel 2013 lo sfondamento era stato pari al 7%). Il tetto del 4,4% è rispettato solo in Lombardia, Campania, Calabria e Sicilia. Mediamente, le Regioni in piano di rientro superano di poco il tetto, attestandosi su un valore di

spesa per dispositivi medici pari al 4,8%. Tra le varie categorie di dispositivi, diminuisce la spesa per dispositivi impiantabili attivi (-12,4% rispetto al 2013) e aumenta la spesa per diagnostici in vitro (+7,3%).

Per quanto riguarda la componente della spesa per servizi, rispetto al 2013 si registra un aumento di circa l'1%, soprattutto legato alla crescita dei servizi sanitari. Da segnalare, però, un aumento della spesa per manutenzioni e riparazioni (+3,4% rispetto al 2013) e per godimento di beni di terzi (+2,5%). La spesa per interessi passivi e oneri finanziari è stabile, ma con grandi differenze tra Regioni in piano di rientro (+10% circa rispetto al 2013) e Regioni non in piano di rientro (-16% circa).

La spesa per il personale²⁹, pari a 34,8 miliardi di euro, è diminuita per il quarto anno consecutivo, facendo registrare una variazione del -0,8% rispetto al 2013. Su questo risultato hanno inciso prevalentemente:

- ▶ la revisione delle dotazioni organiche;
- ▶ la proroga del tetto alla spesa per il personale dipendente (pari alla spesa per il personale registrata nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%) disposta per il periodo 2010-2012 in attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e poi prorogata per il triennio 2013-2015 (DL 98/2011 e DL 95/2012);
- ▶ il blocco dei rinnovi contrattuali e il limite alla crescita dei trattamenti economici per gli anni 2011-2013 (pari al trattamento spettante nell'anno 2010), introdotto dal DL 78/2010 ed esteso fino al 2014 dal DL 98/2011. Di recente la Corte Costituzionale ha contestato la legittimità di questa previsione (vedi nota 16);
- ▶ la rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio (DL 78/2010) e il congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale (DL n. 98/2011 e Legge di Stabilità 2014).

Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti, la riduzione della spesa per il personale è maggiore nelle Regioni in piano di rientro (-1,5%). In particolare, la spesa per il personale del ruolo sanitario si riduce di circa l'1,3%, mentre per i ruoli professionale, tecnico e amministrativo la spesa diminuisce, rispettivamente, del 3,4%, 2,3% e 2,5%.

La spesa per la medicina generale convenzionata, pari a 6,6 miliardi di euro, è rimasta sostanzialmente stabile rispetto al 2013 (+0,4%) in virtù del blocco dei rinnovi delle convenzioni con i medici di medicina generale, simile a quanto pre-

²⁹ 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.

visto per il personale dipendente, e della previsione di un tetto alla crescita delle remunerazioni, pari al livello registrato nel 2011.

La spesa farmaceutica convenzionata diminuisce del 2,9%, in linea con quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci del Cergas (Osservatorio Farmaci, 2014) portandosi a 8,4 miliardi di euro, circa il 16% in meno rispetto al 2011. Su questo andamento 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;
- ▶ l'implementazione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche;
- ▶ i risparmi originati dall'incremento dello sconto sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti;
- ▶ la rideterminazione all'11,35% del tetto relativo alla farmaceutica territoriale, al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA, con attivazione del meccanismo del *pay-back* già previsto dalla normativa vigente in caso di superamento del predetto tetto;
- ▶ la quota di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino, in relazione alle misure adottate in talune Regioni sottoposte ai piani di rientro e ai ticket sui farmaci vigenti anche in Regioni non sottoposte ai piani di rientro;
- ▶ il potenziamento della distribuzione diretta – soprattutto nelle Regioni soggette a piano di rientro – che ha determinato lo spostamento verso di essa di parte dei consumi dal canale convenzionale, con il conseguente risparmio dato dalla minore remunerazione della filiera distributiva.

La spesa per assistenza specialistica convenzionata, pari 4,7 miliardi nel 2014, è in crescita dell'1,4%. Il rallentamento della crescita, registrato negli ultimi anni, è da riferirsi essenzialmente all'effetto derivante dall'adozione di strumenti di governo da parte delle Regioni (tetti agli erogatori, penalizzazioni tariffarie in caso di inappropriata). 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 8,6 miliardi di euro, sostanzialmente stabile rispetto al 2013. Il principale motivo della variazione contenuta è da riferirsi alle misure introdotte dal DL n. 95/2012 che prevedeva una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corri-

spettivo) rispetto al valore consuntivato nell'anno 2011. Tale riduzione non si è verificata, ma il livello di spesa si attesta oggi sugli stessi livelli del 2011.

La spesa per “altra assistenza” è cresciuta nel 2014 dell'1,7%. Nel dettaglio, gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture private accreditate è pari a 1,8 miliardi di euro, con un decremento rispetto al 2013 dello 1,5%, a conferma della tendenza già rilevata nel biennio scorso. È però da rilevare che nelle Regioni non in piano di rientro, la diminuzione è pari al 5%. La spesa per l'assistenza integrativa comprende le prestazioni che comportano l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare per le persone affette da determinate malattie e dei prodotti destinati alle persone con patologia diabetica, nonché l'erogazione di protesi ed ausili monouso e tecnologici inclusi in appositi elenchi. La spesa per queste prestazioni, pari a 1,8 miliardi di euro, mostra un decremento rispetto al 2013 del 2%, variazione che supera il -5% nelle Regioni non in piano di rientro. Infine, la spesa per l'aggregato “altre prestazioni” (cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza agli alcolisti, assistenza ai disabili, e comunità terapeutiche) ammonta a 7,3 miliardi di euro, in aumento del 3% rispetto al 2013.

4.3 I dati di spesa regionali

Nel 2014 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (-0,8%) ha segno opposto rispetto alla crescita della spesa complessiva (+1%), a causa della superiore crescita della popolazione (+1,8%). Il dato presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2013 che vanno dal -6,2% del Molise al +0,8% della Puglia (Tabella 4.6). È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa pro-capite risulti mediamente più basso nelle Regioni che hanno stipulato un piano di rientro (PdR) con la Pubblica Amministrazione centrale (cfr. nota a Tabella 4.6). In particolare, la diminuzione media della spesa corrente pubblica pro-capite nelle Regioni interessate da PdR è stata pari a -1,2%. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono, invece, molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2014, si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Centro, mentre dal 1995 al 2001 sono le Regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Infine, nell'ultimo periodo (2001-2014) sono nuovamente le Regioni del Centro ad evidenziare l'andamento di crescita più contenuto. La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione³⁰, nel 2014 è diminuita rispetto al 2013, anno in cui era, invece, leggermente aumentata.

³⁰ Deviazione standard/media

Tabella 4.6 Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2005; 2010-2014)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2014 /2013	Tasso cre- scita medio '90/'14	Tasso cre- scita medio '90/'95	Tasso cre- scita medio '95/'01	Tasso cre- scita medio '01/'14
Piemonte	688	828	1.319	1.661	1.903	1.897	1.965	1.909	1.881	-1,5%	4,3%	3,8%	9,3%	2,2%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.829	2.170	2.236	2.275	2.253	2.144	-4,8%	4,4%	3,0%	9,7%	2,7%
Lombardia	709	868	1.198	1.573	1.813	1.872	1.920	1.917	1.929	0,7%	4,3%	4,1%	7,6%	2,8%
Bolzano	722	995	1.603	2.059	2.183	2.234	2.337	2.310	2.274	-1,6%	4,9%	6,6%	9,2%	2,3%
Trento	731	907	1.327	1.722	2.088	2.209	2.281	2.246	2.231	-0,7%	4,8%	4,4%	9,2%	2,9%
Veneto	746	861	1.257	1.609	1.788	1.782	1.851	1.832	1.835	0,2%	3,8%	2,9%	8,0%	2,3%
Friuli VG	730	868	1.241	1.650	1.979	2.076	2.125	2.083	2.012	-3,4%	4,3%	3,5%	7,8%	3,1%
Liguria	841	957	1.374	1.837	2.006	2.043	2.060	2.040	2.017	-1,1%	3,7%	2,6%	7,8%	2,3%
Emilia R	856	975	1.282	1.699	1.920	1.926	2.094	2.031	2.000	-1,5%	3,6%	2,6%	6,5%	2,7%
Toscana	788	891	1.256	1.647	1.899	1.914	2.016	1.954	1.964	0,5%	3,9%	2,5%	8,0%	2,6%
Umbria	766	865	1.273	1.629	1.806	1.841	1.912	1.902	1.893	-0,4%	3,8%	2,5%	8,0%	2,5%
Marche	834	886	1.237	1.544	1.795	1.793	1.832	1.802	1.807	0,3%	3,3%	1,2%	7,4%	2,2%
Lazio	788	891	1.319	1.919	1.971	1.965	2.037	1.976	1.870	-5,4%	3,7%	2,5%	8,6%	1,9%
Abruzzo	724	761	1.299	1.729	1.743	1.751	1.836	1.802	1.802	0,0%	3,9%	1,0%	10,5%	2,1%
Molise	678	776	1.164	2.033	2.070	2.037	2.151	2.250	2.111	-6,2%	4,8%	2,7%	10,2%	3,3%
Campania	692	743	1.163	1.670	1.719	1.710	1.713	1.689	1.688	-0,1%	3,8%	1,4%	9,8%	2,0%
Puglia	671	783	1.123	1.515	1.772	1.731	1.742	1.741	1.755	0,8%	4,1%	3,1%	7,7%	2,8%
Basilicata	603	707	1.079	1.505	1.796	1.818	1.835	1.818	1.829	0,6%	4,7%	3,3%	9,0%	3,4%
Calabria	586	721	1.142	1.423	1.719	1.697	1.741	1.712	1.706	-0,3%	4,6%	4,3%	9,7%	2,4%
Sicilia	700	747	1.073	1.559	1.688	1.717	1.743	1.743	1.736	-0,5%	3,9%	1,3%	9,0%	2,5%
Sardegna	695	860	1.173	1.632	1.874	1.932	2.006	1.980	1.977	-0,1%	4,5%	4,4%	7,0%	3,3%
Totale	730	840	1.223	1.648	1.836	1.850	1.908	1.881	1.866	-0,8%	4,0%	2,8%	8,3%	2,5%
Nord	745	885	1.265	1.646	1.873	1.902	1.976	1.948	1.938	-0,5%	4,1%	3,5%	7,8%	2,6%
Centro	792	888	1.284	1.759	1.913	1.917	1.993	1.941	1.893	-2,4%	3,7%	2,3%	8,2%	2,2%
Sud e Isole	678	760	1.138	1.590	1.743	1.743	1.770	1.757	1.755	-0,1%	4,0%	2,3%	9,0%	2,5%
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,72%	9,89%	7,86%	8,98%	9,54%	9,75%	8,57%					
Rapporto max/min	46,2%	40,7%	49,3%	44,8%	29,3%	31,8%	36,4%	36,8%	34,7%					

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015) ed ISTAT (2015)

Guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo e al netto della mobilità (Tabella 4.7) si può notare come nel 2014 la variabilità interregionale della spesa (coefficiente di variazione) si riduca una volta tenuto conto della mobilità, segnalando una maggiore omogeneità della domanda a prescindere dal luogo di residenza.

Nella Figura 4.5 è riportata, per ogni Regione, la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità, il saldo pro-capite della mobilità e la spesa sanitaria pubblica pro-capite al netto della mobilità. È da notare come per alcune Regioni il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Calabria e (in positivo) per il Molise e l'Emilia Romagna.

La Tabella 4.8 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto della

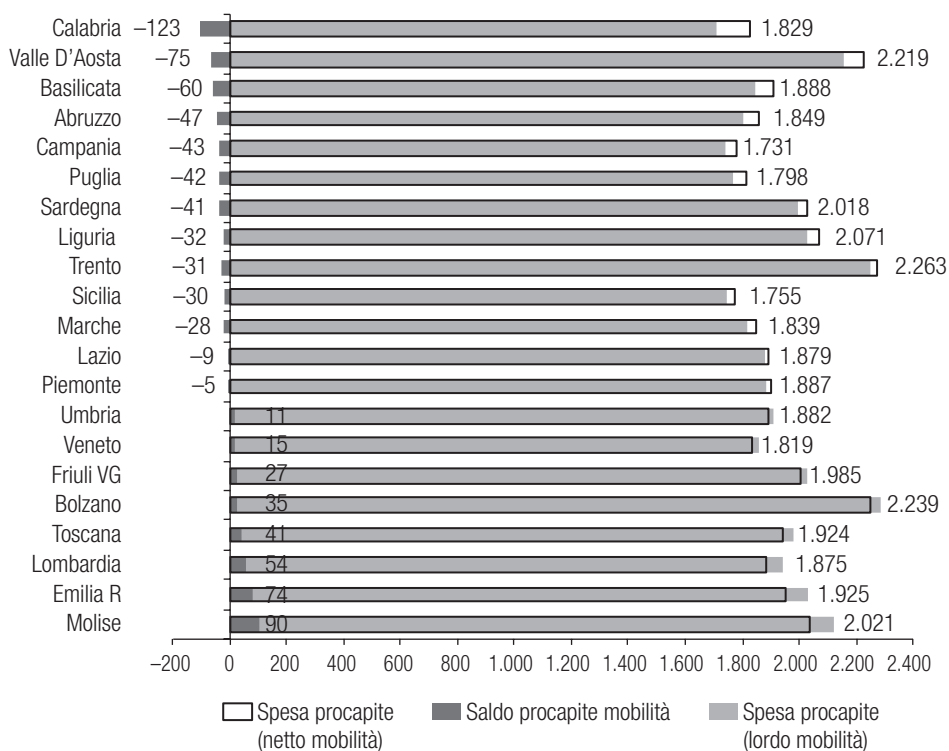
Tabella 4.7 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2014). Valori assoluti e numeri indici**

	Saldo procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)
Piemonte	1.881	100,8	1.887	101,1	- 5,9
Valle d'Aosta	2.144	114,9	2.219	118,9	- 74,8
Lombardia	1.929	103,4	1.875	100,5	53,7
Bolzano	2.274	121,9	2.239	120,0	35,4
Trento	2.231	119,6	2.263	121,2	- 31,4
Veneto	1.835	98,3	1.819	97,5	15,5
Friuli VG	2.012	107,8	1.985	106,3	27,4
Liguria	2.017	108,1	2.049	109,8	- 31,8
Emilia R	2.000	107,2	1.926	103,2	73,9
Toscana	1.964	105,3	1.924	103,1	40,7
Umbria	1.893	101,5	1.882	100,9	10,9
Marche	1.807	96,8	1.835	98,3	- 27,8
Lazio	1.870	100,2	1.879	100,7	- 8,6
Abruzzo	1.802	96,6	1.849	99,1	- 47,1
Molise	2.111	113,1	2.021	108,3	89,9
Campania	1.688	90,5	1.731	92,7	- 42,7
Puglia	1.755	94,1	1.798	96,3	- 42,4
Basilicata	1.829	98,0	1.888	101,2	- 59,8
Calabria	1.706	91,4	1.829	98,0	- 122,3
Sicilia	1.736	93,0	1.766	94,6	- 30,4
Sardegna	1.977	105,9	2.018	108,2	- 41,2
Totale	1.866	100,0	1.866	100,0	0,0
Nord	1.938	103,9	1.906	102,1	32,0
Centro	1.893	101,5	1.887	101,1	5,7
Sud e Isole	1.755	94,0	1.801	96,5	- 45,8
Coeff. Var.	8,6%	-	7,8%	-	-
Rapporto max/min	34,7%	-	30,7%	-	-

Nota: La mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2013 e del 2014.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015)

Figura 4.5 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo e al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale pro-capite (2014)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015)

mobilità³¹, in coerenza con quanto riportato nel precedente rapporto OASI (Armeni e Ferré, 2014). Il dato è da leggere in una doppia prospettiva. Innanzitutto, è da notare come la variabilità tra le Regioni di questo indicatore sia molto superiore rispetto a quella della sola spesa. Il coefficiente di variazione del peso della spesa sanitaria pubblica sul PIL è pari al 28,7% nel 2014 (in aumento rispetto al 27,2% del 2013), mentre si attesta intorno al 7,8% nel caso della spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (Tabella 4.6). Questa evidenza dimostra che, se l'intensità di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non può dirsi della sua incidenza sul PIL, una misura di assorbimento potenziale da parte della sanità pubblica delle risorse generate dal sistema produttivo di ogni Regione. Si parla di assorbimento potenziale perché la spesa sanitaria pubblica assorbe solo in parte le risorse generate dai sistemi produttivi regionali. Infatti, i

³¹ Come specificato in nota alla Tabella 4.7, per il 2013 ed il 2014 sono stati utilizzati i dati di mobilità interregionale programmata, come riportati nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2013 e del 2014.

Tabella 4.8 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2004-2014)**

Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Piemonte	6,17%	6,07%	6,08%	6,09%	6,34%	6,99%	6,83%	6,55%	6,71%	6,62%	6,64%
Valle d'Aosta	5,79%	6,01%	6,25%	6,08%	6,23%	6,59%	6,58%	6,37%	6,40%	6,34%	5,98%
Lombardia	4,52%	4,87%	4,91%	4,95%	4,98%	5,32%	5,29%	5,06%	5,10%	5,05%	5,10%
Bolzano	6,04%	6,23%	6,13%	6,11%	6,19%	5,98%	6,01%	5,75%	5,84%	5,71%	5,53%
Trento	5,94%	6,05%	6,14%	6,11%	6,33%	6,87%	6,91%	6,64%	6,88%	6,72%	6,59%
Veneto	5,19%	5,48%	5,52%	5,45%	5,68%	6,02%	6,02%	5,78%	5,95%	6,00%	6,09%
Friuli VG	5,81%	5,90%	5,67%	5,87%	6,32%	6,92%	6,78%	7,08%	7,20%	7,15%	6,96%
Liguria	7,24%	7,20%	7,06%	7,02%	7,09%	7,60%	7,51%	6,90%	6,81%	6,76%	6,72%
Emilia R	5,24%	5,36%	5,27%	5,24%	5,40%	5,88%	5,88%	5,64%	6,04%	5,93%	5,90%
Toscana	5,97%	6,12%	6,12%	6,09%	6,23%	6,81%	6,70%	6,52%	6,71%	6,52%	6,56%
Umbria	6,69%	6,87%	6,89%	6,77%	6,95%	7,64%	7,56%	7,59%	7,76%	7,64%	7,60%
Marche	6,30%	6,31%	6,25%	6,18%	6,40%	6,85%	6,98%	7,04%	7,18%	7,29%	7,50%
Lazio	6,39%	6,46%	6,61%	6,46%	6,53%	6,77%	6,64%	5,97%	6,00%	5,99%	6,01%
Abruzzo	7,71%	8,50%	8,03%	8,14%	8,00%	8,50%	8,27%	7,63%	7,85%	7,92%	8,27%
Molise	8,80%	10,67%	8,86%	8,91%	9,48%	9,83%	9,84%	9,73%	10,22%	11,38%	11,22%
Campania	10,12%	10,86%	10,00%	10,14%	10,33%	10,88%	10,73%	10,37%	10,24%	10,06%	10,06%
Puglia	8,57%	9,52%	9,26%	9,73%	10,13%	10,58%	10,53%	10,39%	10,47%	10,88%	11,42%
Basilicata	9,06%	9,60%	9,18%	9,36%	9,68%	10,19%	10,47%	10,01%	10,17%	10,05%	10,23%
Calabria	9,79%	9,86%	9,87%	10,92%	10,58%	11,23%	11,05%	11,30%	11,46%	11,75%	12,26%
Sicilia	9,92%	9,90%	10,24%	9,86%	9,70%	10,16%	10,24%	10,16%	10,37%	10,59%	10,87%
Sardegna	8,41%	9,03%	8,49%	8,47%	8,82%	9,54%	9,75%	10,08%	10,34%	10,60%	11,06%
Totale	6,22%	6,46%	6,40%	6,41%	6,53%	6,96%	6,90%	6,84%	7,02%	6,97%	7,02%

*Il dato 2014 del PIL è stimato.

Nota: La mobilità interregionale 2013 e 2014 è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2013 e del 2014.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015), ISTAT (2015) e FMI (2015)

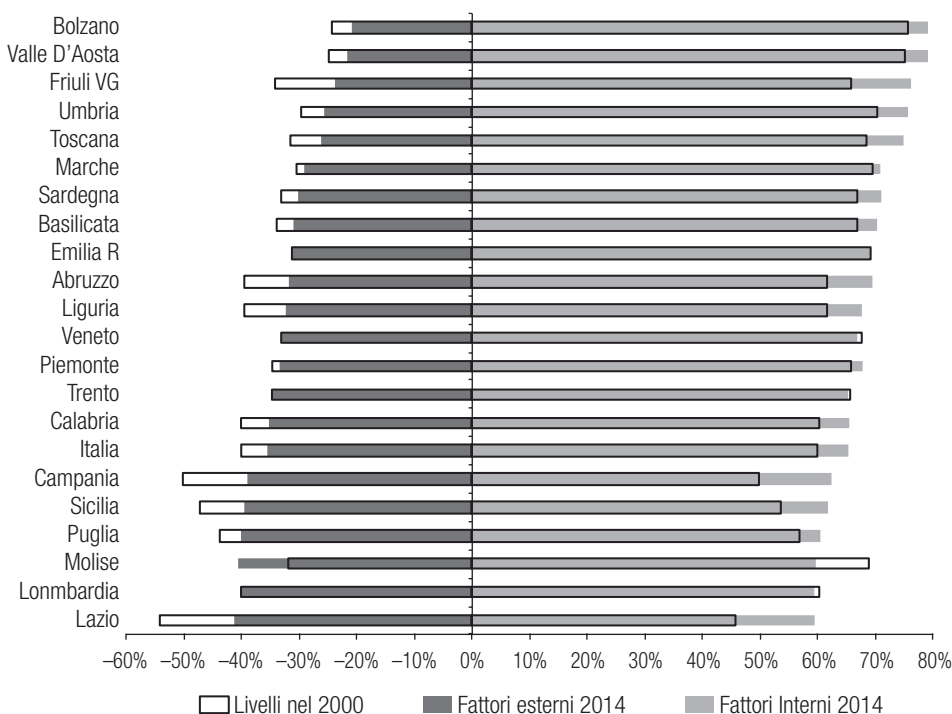
meccanismi di perequazione fanno sì che l'assorbimento reale sia livellato sul territorio, al fine di evitare che la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (da poco più del 5% in alcune Regioni del Nord, es. 5,1% in Lombardia, fino a più del 12% in alcune Regioni del Sud, es. 12,3% 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). 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 finanzia-

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

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie, si evidenziano rilevanti differenze a livello regionale. La Figura 4.6 illustra l'evoluzione del dato tra il 2000 e il 2014. La Tabella 4.9 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

Le differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: ad esempio, Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle

Figura 4.6 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente regionale, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) (2000; 2014)**



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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015)

aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). È interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente (Tabella 4.9), Lombardia, Lazio e – in parte – Puglia, Campania e Molise presentino incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre la Sicilia, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzia valori più elevati della media nazionale.

Un altro importante fenomeno, già riscontrato nei precedenti Rapporti OA-SI, è l'ulteriore accentuazione delle differenze regionali, dovuta anche alle diverse politiche di contenimento della spesa. Come già detto, alcune Regioni hanno adottato forme di distribuzione dei farmaci alternative a quella tradizionale (Jommi et al., 2011).

Tabella 4.9 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2014)**

Anno 2014	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)
Piemonte	33,8%	33,4%	5,8%	7,2%	6,1%	3,1%	10,7%	8.297
Valle d'Aosta	42,5%	36,2%	6,0%	6,7%	2,2%	0,6%	5,8%	270
Lombardia	26,4%	32,9%	4,6%	6,6%	11,2%	5,7%	12,6%	18.999
Bolzano	49,4%	29,4%	4,7%	3,9%	1,9%	0,6%	9,9%	1.171
Trento	36,1%	29,4%	5,0%	5,8%	4,5%	2,4%	16,7%	1.171
Veneto	30,4%	36,8%	6,1%	6,2%	5,7%	3,8%	11,0%	8.986
Friuli VG	38,4%	37,6%	5,2%	7,6%	2,7%	2,1%	6,4%	2.442
Liguria	34,5%	33,2%	5,0%	7,2%	6,0%	4,2%	9,9%	3.161
Emilia R	33,8%	34,9%	5,9%	5,8%	7,1%	2,1%	10,3%	8.809
Toscana	35,0%	39,3%	5,7%	6,2%	4,0%	2,0%	7,8%	7.215
Umbria	36,7%	38,0%	5,8%	7,6%	2,6%	1,2%	8,2%	1.675
Marche	35,7%	35,1%	6,2%	8,6%	3,7%	1,7%	9,0%	2.776
Lazio	25,5%	33,4%	5,6%	8,2%	11,9%	4,9%	10,5%	10.788
Abruzzo	32,2%	36,4%	6,5%	9,3%	5,1%	2,2%	8,3%	2.362
Molise	29,6%	29,9%	7,3%	7,3%	11,5%	6,8%	7,7%	659
Campania	28,3%	33,7%	6,6%	8,7%	8,3%	7,6%	6,7%	9.761
Puglia	28,1%	31,7%	7,4%	9,5%	10,5%	4,1%	8,8%	7.041
Basilicata	36,4%	32,7%	7,7%	7,7%	1,6%	3,7%	10,0%	1.032
Calabria	34,6%	30,4%	7,5%	9,3%	5,7%	3,7%	8,8%	3.345
Sicilia	32,7%	28,7%	6,9%	8,5%	8,2%	6,0%	9,1%	8.658
Sardegna	36,7%	33,5%	6,3%	9,2%	2,8%	3,7%	7,8%	3.231
Italia	31,1%	33,7%	5,9%	7,5%	7,7%	4,2%	9,8%	111.849
<i>Nord</i>	<i>31,3%</i>	<i>34,1%</i>	<i>5,3%</i>	<i>6,5%</i>	<i>7,7%</i>	<i>3,9%</i>	<i>11,2%</i>	<i>53.306</i>
<i>Centro</i>	<i>30,6%</i>	<i>35,9%</i>	<i>5,7%</i>	<i>7,5%</i>	<i>7,6%</i>	<i>3,3%</i>	<i>9,3%</i>	<i>22.454</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>31,2%</i>	<i>31,9%</i>	<i>6,9%</i>	<i>8,9%</i>	<i>7,6%</i>	<i>5,3%</i>	<i>8,2%</i>	<i>36.089</i>

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015)

Nota: Rispetto alla tabella 4.5 non vengono considerate le seguenti voci: "altri costi"; "altri enti" ed "ammortamenti".

Per quanto concerne la spesa farmaceutica (Tabella 4.10), nel 2013 i tetti di spesa territoriale e ospedaliera sono stati fissati rispettivamente al 11,35%³² e al 3,5% delle assegnazioni regionali. I tetti sono stati modificati dal 2013, diminuendo rispetto al 2012 il tetto sulla spesa territoriale (precedentemente fissato al 13,1%) e aumentando il tetto sulla spesa ospedaliera (precedentemente fissato al 2,4%).

Nel 2014 la spesa territoriale al lordo del pay-back a carico delle imprese³³ è stata pari a 12.394 milioni di euro, in diminuzione rispetto al livello 2013 (-0,2%). Il dettaglio regionale fornito dal monitoraggio della spesa farmaceutica AIFA (consuntivo 2014) evidenzia, tuttavia, alcuni sfondamenti locali. In particolare, la spesa territoriale è stata superiore al tetto in tutte le Regioni del Centro e del Sud. Nel 2014 il Lazio, la Puglia e la Campania registrano gli scostamenti maggiori (+133 milioni di euro per le prime due e +121 milioni di euro per la terza). L'incidenza media della spesa farmaceutica territoriale sul FSR è dell'11,34%, dove P.A. di Bolzano e P.A. di Trento misurano i livelli più bassi (8,2% e 9,2%), mentre Sardegna e Calabria misurano un'incidenza superiore al 13%.

La spesa ospedaliera al lordo del pay-back a carico delle imprese³⁴ è pari a 4.961 milioni di euro, in crescita rispetto al 2013 del 7,8%, e assorbe il 4,5% delle assegnazioni per il 2014. Lo sfondamento complessivo registrato per il 2014 è quindi pari a 1.137 milioni di euro, dove tutte le Regioni registrano sfondamenti del tetto del 3,5% ad esclusione della Valle d'Aosta.

4.4 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari³⁵. 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 respon-

³² Il tetto di spesa del 11,35% è riferito alla spesa farmaceutica territoriale, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta, delle compartecipazioni in quota fissa regionale e della distribuzione diretta di farmaci di fascia A, inclusa la distribuzione in nome e per conto e in sede di dimissione ospedaliera, al netto degli sconti a carico degli attori della filiera diversi dalle imprese produttrici. Rientra, quindi, nel budget per la spesa territoriale anche una parte di spesa non convenzionata (per la parte di distribuzione diretta e distribuzione per conto dei farmaci di fascia A).

³³ Pay-back del 5% per effetto della mancata riduzione dei prezzi; pay-back legato allo sfondamento dei tetti di prodotto e pay-back relativo agli accordi di rimborso condizionato.

³⁴ Vedi nota 32.

³⁵ 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».

sabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle Leggi Finanziarie per gli anni successivi.

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

Per il terzo anno consecutivo il sistema sanitario evidenzia un risultato di avanzo: nel 2012 era pari a 583 milioni di euro, nel 2013 a 468 milioni di euro e nel 2014 pari a 770 milioni di euro (con un incremento del 64% rispetto all'anno precedente) (Tabella 4.11 e Tabella 4.3). A livello regionale si rilevano tuttavia eterogeneità nei livelli di avanzo sanitario, con sei Regioni che registrano risultati negativi: Sardegna (-277 milioni di euro), Liguria (-73 milioni di euro), Molise (-37 milioni di euro), P.A. di Bolzano (-7 milioni di euro), Toscana (-3,5 milioni di euro) e Valle D'Aosta (-3,1 milioni di euro) (Tabella 4.11). Nel 2014 la Sardegna incide sul disavanzo annuale complessivo per quasi il 70%. Rispetto al 2013, sono soprattutto le Regioni in piano di rientro³⁶, ad eccezione del Molise che richiede ancora la copertura dei disavanzi pregressi, a registrare una riduzione delle perdite rispetto al 2013, in particolare, come emerge dal Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei Conti:

- ▶ per Piemonte, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia l'esercizio si chiude in utile prima delle coperture;
- ▶ per Lazio e Calabria, le coperture consentono di garantire risorse superiori al necessario.

Inoltre tra tutte le Regioni, Lazio e Campania si dimostrano come le realtà in cui l'avanzo, dopo le coperture, è maggiore (544,6 milioni di euro e 279,3 milioni di euro rispettivamente).

Come già evidenziato l'avanzo degli ultimi tre anni è principalmente dovuto alla contabilizzazione di risorse aggiuntive a livello regionale (addizionali IRPEF e IRAP per il ripiano dei disavanzi dell'anno) come previsto dal D.lgs

³⁶ Tra le Regioni in PdR ricomprendiamo le Regioni che hanno avviato il PdR nel periodo 2007-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia. A queste si aggiungono le due Regioni con PdR "leggero": Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano con un livello di gravosità minore da quello ordinario.

Tabella 4.10 La spesa farmaceutica pubblica: territoriale e ospedaliera (2014) milioni di euro

Regione	Farmaceutica Territoriale				Farmaceutica Ospedaliera					
	Tetto (11,35%)	Farmaceutica territoriale lordo payback	Sfondamento (segno positivo)	% Variazione 2013/2014 (lordo Pay-back)	% Incidenza su FSR	Tetto (3,5%)	Farmaceutica territoriale lordo payback	Sfondamento (segno positivo)	% Variazione 2013/2014 (lordo Pay-back)	% Incidenza su FSR
Piemonte	924,53	866,78	-57,75	0,97	10,64	285,10	381,78	96,68	-0,97	4,69
Valle d'Aosta	25,68	22,63	-3,04	-4,36	10,00	7,92	7,59	-0,33	9,88	3,36
Lombardia	2.031,72	1.836,76	-194,96	-0,75	10,26	626,52	730,50	103,98	6,23	4,08
Bolzano	100,95	73,09	-27,86	2,03	8,22	31,13	41,19	10,06	6,95	4,63
Trento	105,72	85,75	-19,97	1,33	9,21	32,60	33,05	0,45	4,19	3,55
Veneto	1.006,58	876,04	-130,54	-0,88	9,88	310,40	379,06	68,66	8,29	4,27
Friuli VG	250,58	240,78	-9,81	0,07	10,91	77,27	111,09	33,82	-3,75	5,03
Liguria	350,89	334,98	-15,91	-2,42	10,84	108,20	144,16	35,95	6,46	4,66
Emilia R	920,95	792,29	-128,66	-0,67	9,76	283,99	392,21	108,21	4,64	4,83
Toscana	781,90	750,13	-31,76	-0,40	10,89	241,11	378,29	137,18	5,21	5,49
Umbria	188,83	179,60	-9,23	-2,49	10,80	58,23	82,54	24,31	5,91	4,96
Marche	325,57	331,47	5,90	0,21	11,56	100,39	141,05	40,66	20,85	4,92
Lazio	1.175,71	1.308,31	132,60	1,18	12,63	362,55	449,68	87,12	7,24	4,34
Abruzzo	276,40	298,04	21,63	4,33	12,24	85,23	119,15	33,92	6,71	4,89
Molise	66,09	67,16	1,07	-0,23	11,53	20,38	23,11	2,73	0,59	3,97
Campania	1.175,34	1.295,98	120,65	0,73	12,52	362,44	442,68	80,25	18,04	4,27
Puglia	828,92	961,70	132,78	3,40	13,17	255,61	399,58	143,96	8,26	5,47
Basilicata	120,64	120,73	0,09	0,75	11,36	37,20	47,52	10,32	12,32	4,47
Calabria	402,04	462,18	60,14	1,75	13,05	123,98	148,33	24,36	10,78	4,19
Sicilia	1.011,29	1.071,96	60,67	-7,33	12,03	311,85	359,11	47,26	17,15	4,03
Sardegna	331,60	417,62	86,02	2,31	14,29	102,26	149,36	47,11	4,38	5,11
Italia	12.401,93	12.393,99	-7,94	-0,24	11,34	3.824,38	4.961,05	1.136,67	7,75	4,54

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

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

Fonte: Dati Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2014 consuntivo. Riunione CdA AIFA del 30 aprile 2015.

118/2011, mentre in precedenza non erano riportate perché disposte in sede di assestamento dei bilanci previsionali dell'anno successivo.

La Figura 4.7 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria pubblica corrente per i residenti. Questa misura indica il grado di copertura della spesa sanitaria attraverso il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, le risorse aggiuntive regionali e i ricavi aziendali. A prescindere dal risultato di esercizio, quindi, questo indicatore permette di valutare quali Regioni riescono maggiormente a contenere la spesa nei limiti delle assegnazioni e quali, invece, fanno ricorso ad altre voci di ricavo (o al disavanzo) per integrarle. Escludendo le Regioni a Statuto speciale che presentano una maggiore incidenza di risorse regionali, per il loro assetto istituzionale, Liguria e Molise presentano i minori livelli di copertura (inferiori o uguali al 90%).

Piani di rientro e forme di copertura a 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 piani di rientro. Si rimanda al Capitolo 3 del Rapporto Oasi 2010 (Armeni, 2010) per il dettaglio sulla procedura prevista per la sottoscrizione dei PdR.

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

Nel corso del 2010 si sono conclusi, con esiti diversi i percorsi previsti per il riequilibrio della Regione Liguria e per lo svincolo di somme rimaste sospese per il mancato rispetto degli obiettivi di copertura di disavanzi sanitari pregressi da parte della Regione Sardegna³⁷

Le Regioni sottoposte a PdR dal disavanzo sanitario e che presentano situa-

³⁷ La Regione Liguria ha raggiunto gli obiettivi sia sotto il profilo dell'equilibrio economico e finanziario, sia in riferimento all'adeguamento del SSR al quadro normativo nazionale ed al Patto per la salute. Per la Sardegna la verifica annuale 2009 ha avuto esito negativo. Tale valutazione ha indotto i Tavoli di monitoraggio nel febbraio 2011 a considerare definitivamente non assegnabili alla Regione le risorse residue (14,8 milioni di euro). (Armeni e Ferré, 2012)

zioni di mancato mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, possono redigere, in prosecuzione del piano, Programmi Operativi Regionali (PO) volti a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in coerenza con gli obiettivi finanziari programmati. Attraverso i PO, le Regioni spiegano gli strumenti e gli interventi necessari per garantire il proseguimento dell'equilibrio economico e l'erogazione dei LEA. Tutte le Regioni commissariate presentano i PO, così come previsto dall'art.2, comma 88 della L. 191/2009. Delle otto Regioni ancora sotto PdR, tutte hanno scelto di proseguire predisponendo dei PO per il biennio 2010-2012³⁸. Tra le otto Regioni a luglio 2015 in PdR³⁹, quelle che hanno pubblicato i PO per il proseguimento dei piani per il triennio 2013 – 2015 sono Abruzzo, Campania, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia.

A luglio 2014 le Regioni commissariate sono cinque: Abruzzo, Lazio, Molise, Campania e Calabria.

Il rispetto dei vincoli di bilancio non deve però tradursi, nelle Regioni in PdR, in un peggioramento della qualità dell'offerta sanitaria pubblica, pertanto l'erogazione dei LEA viene costantemente monitorata dal Comitato LEA attraverso un insieme di indicatori che riguardano: i) l'assistenza ospedaliera; ii) l'emergenza urgenza; iii) l'assistenza territoriale e la prevenzione. Riferito alle Regioni in PdR la situazione nel 2014 è la seguente:

- ▶ tasso di ospedalizzazione della popolazione con più di 75 anni di età per 1.000 residenti: in quasi tutte le Regioni in PdR si assiste ad un calo delle ospedalizzazioni. Soltanto Campania e Molise registrano tassi superiori alla soglia (inferiore o uguale a 100);
- ▶ frequenza di utilizzo del ricovero ordinario per specifiche patologie croniche trattabili a livello territoriale⁴⁰: tutte le Regioni, ad eccezione del Molise (comunque in decremento rispetto all'anno scorso), si attestano al di sotto della soglia di riferimento⁴¹ (inferiore o uguale a 0,32);
- ▶ durata della degenza media pre-operatoria: al di sopra del valore medio nazionale in tutte le Regioni in PdR ad eccezione del Piemonte;
- ▶ incidenza dei ricoveri fuori Regione dei residenti (acuti in regime ordinario): inferiore alla soglia del 7,6% in Piemonte e Sicilia; leggermente superiore in Puglia, Lazio e Campania (7,8%; 7,9% e 8,2% rispettivamente). Si attesta su livelli elevati in Calabria, Abruzzo e Molise (19,3%; 15,8%; 23,2% rispettivamente);

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

³⁹ Le Regioni in Piano di Rientro a luglio 2015 sono: Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Sicilia.

⁴⁰ Per l'elenco dei DRG inappropriati si rimanda all'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012.

⁴¹ Calcolata come rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario

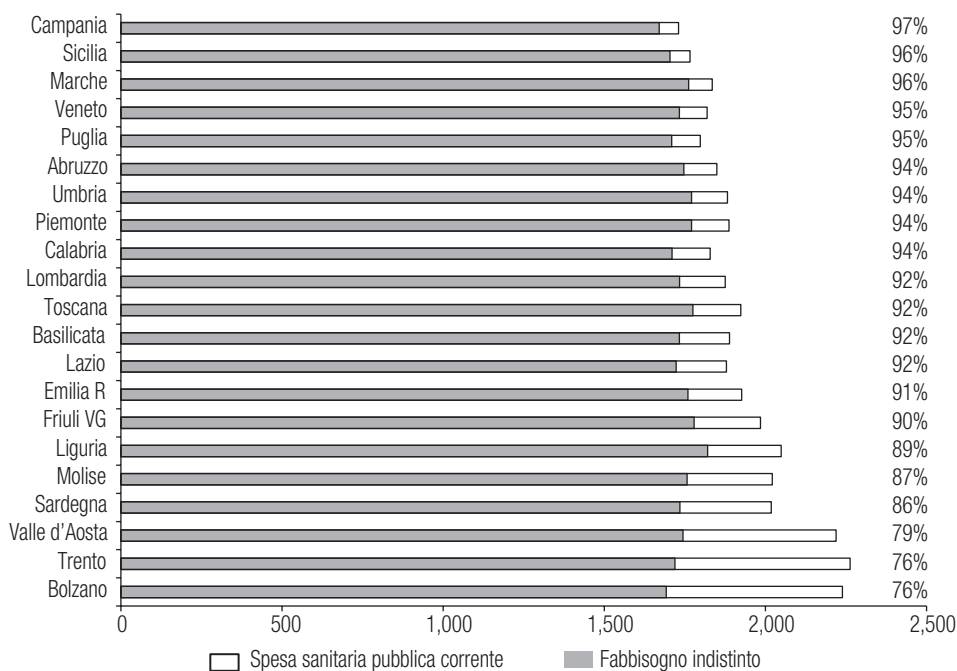
Tabella 4.11 Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2014)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	-2	-5	-21	-22	-47
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	-2	-1	-7	3
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-22	-14	-2	-10	-10
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	42	5	7
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	190	-2	-0
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-13	-162	-42	-46	-30
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-15	-17	62	-16	-6
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	13	78	73
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-29	-55	10	-1	-1
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	2	-10	4
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-20	-7	-15
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	2	-21	-50	-61	-78
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.031	775	-204	-122	-545
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-48	-53	-37
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	33	70	37
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	478	245	-148	-63	-279
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	322	108	-4	5	-15
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	28	31	-7	-2	-2
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	-44	-76	-65
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	31	13	-324	-120	-41
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	149	173	-18	-10	277
Totale	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.709	3.658	3.364	2.196	1.262	-583	-468	-770
<i>Nord</i>	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	17	-133	250	-19	-11
<i>Centro</i>	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.041	728	-272	-201	-634
<i>Sud e isole</i>	1.683	1.461	1.224	2.434	3.597	2.250	2.178	2.043	1.932	1.138	666	-561	-248	-125

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 (2015)

Figura 4.7 **Copertura della spesa sanitaria pubblica tramite finanziamento indistinto (2014)**



Nota: La spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2014. La percentuale riportata si riferisce all'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria pubblica corrente al netto della mobilità.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2015)

- ▶ dotazione totale di posti letto: Il valore soglia è stabilito in 3,7 per 1.000 residenti. Nel 2014 Piemonte e Molise si attestano a livelli superiori alla soglia (4 e 4,06 per 1.000 residenti rispettivamente);
- ▶ efficacia della rete di emergenza territoriale (tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della centrale operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso): la soglia di adeguatezza è stata fissata in un tempo inferiore o uguale a 18 minuti. Tale valore risulta rispettato in Piemonte, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia. Si registrano invece tempi superiori in Abruzzo e Molise (23 minuti) e in Calabria (dotazione di posti letto nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti: rispetto all'obiettivo di 6,6 posti letto ogni 1.000 anziani, l'Abruzzo si attesta al 5,8 per mille, il Lazio al 5,6 per mille, la Sicilia al 4 per mille, la Puglia al 2,9 per mille, il Molise allo 0,5 per mille e in ultimo la Campania allo 0,4 per mille. La Calabria (6,2 posti ogni 1.000 anziani) è invece quasi in linea con la soglia stabilita, in Piemonte l'indicatore assume un valore pari a 6,7 posti per 1.000 anziani;

- ▶ servizi afferenti all'area della prevenzione: Si segnalano significative criticità in tutte le Regioni in PdR ad eccezione di Piemonte e Molise.

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 2012⁴²). Per le Regioni sottoposte a PdR che non raggiungono gli obiettivi fissati nei rispettivi piani, scatta l'applicazione automatica di un ulteriore incremento dello 0,30% (art.2, comma 6 D.lgs 120/2013)⁴³.

Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF superiori alla minima dell'1,23% sono attualmente presenti in 15 Regioni⁴⁴ (una Regione, le Marche, in più rispetto al 2013). Le uniche variazioni intervenute nel 2015 rispetto al 2014 (Tabella 4.12) riguardano:

- ▶ riduzione aliquota minima in: Emilia Romagna (da 1,43% a 1,33%), Toscana (da 1,43% a 1,42%), Puglia (da 1,53% a 1,33%);
- ▶ riduzione aliquota unica in Calabria (2,03% a 1,73%);
- ▶ aumento dell'aliquota massima in: Piemonte (da 2,33% a 3,33%), Lombardia (da 1,73% a 1,74%), Emilia Romagna (da 1,73% a 2,33%), Lazio (da 2,33% a 3,33%), Molise (da 2,33% a 2,63%);
- ▶ introduzione o modifica degli scaglioni di reddito in: Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Molise, Puglia e Basilicata.
- ▶ introduzione dell'aliquota unica a Bolzano e in Abruzzo.

Tutte le Regioni hanno adottato un'aliquota progressiva, ad eccezione della Valle D'Aosta, delle PP.AA. di Trento e Bolzano, del Veneto, della Campania, della Sicilia e della Sardegna, che hanno adottato un'aliquota unica. Rispetto all'entità delle addizionali, nel 2015 il Piemonte e il Lazio registrano il livello più alto con 3,33% (aliquota per i redditi superiori ai 75.000 euro in Piemonte e a tutti i

⁴² Ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del D.lgs 201/2011 convertito nella L. 214/2011, a decorrere dall'anno di imposta 2011, l'aliquota base è aumentata di 0,33 punti percentuali, passando da 0,9% a 1,23%. Tale aliquota (1,23%) può essere innalzata dalle Regioni fino ad un massimo dello 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.

⁴³ L'art. 2, comma 6 del D.lgs 120/2013 ha integrato l'art. 2, comma 80, L. 191/2009 e consente, a decorrere dal 2013 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).

⁴⁴ Informazione aggiornata al 14 luglio 2015.

redditi superiori ai 15.000 in Lazio). Segue il Molise con un'aliquota del 2,63% (per i redditi superiori ai 75.000 euro).

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota ordinaria del 3,9%⁴⁵, 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 PdR⁴⁶ (quindi l'aliquota ordinaria massima è pari al 4,97%). Nell'ambito di quest'autonomia, tutte le Regioni hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se contemporaneamente sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti (per esempio coloro che operano nel settore agricolo). Per il 2015, le Regioni del Sud fanno registrare aliquote superiori all'aliquota base per effetto dei disavanzi pregressi. In particolare, Campania, Calabria e Molise continuano ad applicare l'aliquota massima del 4,97% (pari a 4,82% + 0,15%), anche Sicilia, Puglia, Lazio e dal 2015 l'Abruzzo continuano ad applicare l'aliquota del 4,82% (3,90% + 0,92%). Le Marche continuano ad applicare un'aliquota base pari a 4,73% (3,90% + 0,83%) come previsto già dal 2008.

Tutte le altre Regioni ad eccezione della P.P.A.A. di Trento e Bolzano applicano l'aliquota ordinaria del 3,9%. Tra il 2014 e il 2015 si registra una riduzione dell'aliquota ordinaria in P.A. Bolzano (-0,10 punti, passando da 2,78% a 2,68%), mentre un aumento in P.A. Trento (0,56 punti, da 2,24% a 2,80%).

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

Nel dettaglio:

⁴⁵ 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%.

⁴⁶ 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 4.12 Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2015)

Regioni	2015		Differenza rispetto al 2014
	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Piemonte	fino a 15.000,00	1,62	Nuovi scaglioni
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	Nuova aliquota
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	Nuova aliquota
	oltre 75.000,00	3,33	Nuova aliquota massima
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	1,23	–
Lombardia	fino a 15.000,00	1,23	Nuovo scaglione di reddito
	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	Introduzione nuovi scaglioni e aumento aliquota massima
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,74	
Bolzano	per tutti i redditi	1,23	Introduzione aliquota unica
Trento	per tutti i redditi	1,23	–
Veneto	per tutti i redditi	1,23	–
Friuli Venezia Giulia	fino a 15.000,00	0,70	–
	oltre 15.000,00	1,23	
Liguria	fino a 15.000,00	1,23	Modifica scaglione
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	Introduzione scaglioni e aumento aliquota massima
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	
	oltre 75.000,00	2,33	
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,33	Modifica aliquota minima
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	Introduzione nuovi scaglioni e aumento aliquota massima
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	
	oltre 75.000,00	2,33	
Toscana	fino a 15.000,00	1,42	Modifica aliquota minima e introduzione scaglioni
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	
Umbria	fino a 15.000,00	1,23	Nuovo scaglione minimo
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,83	
Marche	fino a 15.000,00	1,23	Nuovo scaglione minimo
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	

Tabella 4.12 (segue)

Regioni	2015		Differenza rispetto al 2014
	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Lazio	fino a 15.000,00	1,73	Nuovo scaglione minimo e aumento aliquota massima
	superiori a 15.000,00	3,33	
Abruzzo	per tutti i redditi	1,73	Introduzione aliquota unica
Molise	fino a 15.000,00	2,03	Nuovo scaglione minimo e aumento aliquota massima
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,23	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,43	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,53	
	oltre 75.000,00	2,63	
Campania	per tutti i redditi	2,03	–
Puglia	fino a 15.000,00	1,33	Modifica aliquota minima e introduzione scaglioni
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	
Basilicata	da 15.000,00 a 55.000,00	1,23	Introduzione scaglioni e aumento aliquota massima
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	2,33	
Calabria	per tutti i redditi	1,73	Riduzione aliquota unica
Sicilia	per tutti i redditi	1,73	–
Sardegna	per tutti i redditi	1,23	–

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2015)

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

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

ambulatoriale, la normativa nazionale prevede un ticket massimo sulle prestazioni pari a 36,15 euro e una quota fissa di 10 euro (superticket)⁴⁷. Ogni Regione può applicare o non applicare autonomamente il superticket, in particolare:

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

Riguardo alle compartecipazioni alla spesa farmaceutica si segnala che a luglio 2015 non viene applicato alcun ticket in quota fissa regionale in Sardegna, Marche, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta. La P.A. di Trento invece, dal 1 giugno 2015, ha introdotto il pagamento di 1 euro per ogni ricetta di assistenza farmaceutica convenzionata. Le compartecipazioni in quota fissa regionale (ticket) si aggiungono alle compartecipazioni, attive a livello nazionale, che ogni cittadino deve sostenere, in caso di acquisto di un farmaco genericato, come differenza rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci inseriti nella lista di trasparenza di AIFA.

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

La Tabella 4.13 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni⁴⁸.

⁴⁷ Introdotto con la L. 111/2011.

⁴⁸ Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consip, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le Regioni, e l'applicazione puntuale del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle Regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).

Tabella 4.13 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate**

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

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

Bibliografia

- 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.
- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2011), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Armeni P. e Ferrè F. (2012), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.
- Armeni P. e Ferrè F. (2014), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2014*, Milano, EGEA.
- Armeni P. e Ferrè F. (2013), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, EGEA.
- CIPE (2014), Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2014. Richiesta di intesa alla conferenza Stato Regioni, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Uff. IV ex DGPROG..
- Corte dei Conti (2015), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015.
- ISTAT (2015), *Statistiche demografiche*, <http://demo.istat.it/pop2015/index.html> (ultimo accesso, 16 Luglio 2015).
- Jommi C. e Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Jommi C., Armeni P., De Luca C., Otto M. e Vella V. (2011), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica e il suo impatto sulla spesa», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2014), Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1
- Osservatorio Farmaci – CERGAS Bocconi (2014), *Executive Summary Report 33, annuale per il 2013*.