

4 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

di Patrizio Armeni e Francesca Ferré¹

4.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati relativi alla spesa sanitaria e ai disavanzi nazionali e regionali, presentando le misure decise a livello centrale e dalle Regioni a parziale copertura di questi ultimi. Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria, si rimanda all'Allegato al capitolo 3 del Rapporto 2009 (Armeni, 2009). Per questo capitolo, la fonte dei dati di spesa sanitaria pubblica è il Ministero della Salute. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL) e dal Fondo Monetario Internazionale (proiezioni del PIL oltre il 2012). 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 disavanzi a livello regionale e sono riportate le principali misure di 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, ovvero l'insieme delle assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria: si tratta, quindi, di una voce di preventivo. Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'insieme dei ricavi del SSN, rilevati a consuntivo, tra cui rientrano i

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 Francesca Ferré.

trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN e i trasferimenti da privati. È in relazione a questo secondo concetto di finanziamento che viene calcolato il disavanzo. Rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di Legge Finanziaria e di Patto per la Salute, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

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

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

Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato

Per l'anno 2013, il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 107,004 miliardi di euro³. Alla definizione di tale finanziamento hanno concorso diverse disposizioni normative, di seguito brevemente richiamate:

- ▶ 109,294 miliardi di euro previsti dalla L. 111/2011;
- ▶ 50,5 milioni di euro per l'avvio del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), come previsto dall'art 1, comma 3 del D.lgs 24/2013;

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

³ Non è compresa in tale importo la spesa di 2 milioni di euro per l'anno 2013 per la revisione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale come previsto dall'art.1, comma 178 L.228/2012 ("Legge di Stabilità").

- ▶ 130 milioni di euro per sanzioni e provvedimenti per l'impiego di immigrati irregolari, come previsto da D.lgs 109/2012.

A questo importo, pari a 109,474 miliardi di euro, sono stati sottratti:

- ▶ 70 milioni di euro di decremento per le visite fiscali, considerati oneri a carico delle Amministrazioni richiedenti e non delle Aziende Sanitarie locali (sentenza Corte costituzionale 207/2010, illegittimità art.17, comma 23 D.lgs 78/2009);
- ▶ 1.800 milioni di euro a seguito della *spending review* di cui all'art. 1, commi da 2 a 14 del D.lgs 95/2012;
- ▶ 600 milioni di euro come ulteriore decremento a seguito della legge di stabilità 2013 (art.1, comma 132 L.228/2012).

In merito alla destinazione del finanziamento, lo stanziamento complessivo di 107,004 miliardi di euro è diviso in cinque componenti:

1. Finanziamento indistinto: 103,813 miliardi di euro. Questo valore, ottenuto come differenza tra lo stanziamento totale e gli stanziamenti vincolati e accantonamenti (di cui sotto), è destinato alla copertura del fabbisogno c.d. indistinto, genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
2. Finanziamento finalizzato: 269 milioni di euro, di cui 69 milioni di euro relativi al rinnovo delle convenzioni con il SSN e 200 milioni di euro come quota per l'emersione degli stranieri;
3. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e P.P.A.A.: 2.063 milioni di euro;
4. Finanziamento vincolato per altri enti: 592 milioni di euro;
5. Accantonamenti: 268 milioni di euro⁴.

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2013 e le variazioni rispetto al 2012 sono contenute nella Tabella 4.1. Da evidenziare come per il 2013 nel finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PA (3), compaiono le voci «regolarizzazione degli stranieri», come dal D.lgs 106/2012, e «superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)», come definito dal D.lgs 24/2013.

Per la prima volta, il finanziamento a cui concorre lo Stato è stato determinato secondo i costi e i fabbisogni medi standard, applicando a tutte le Regioni la media ponderata dei costi pro-capite rilevati nelle tre c.d. «Regioni di riferimento» o «*benchmark*»: Umbria, Emilia Romagna e Veneto, in applicazione del con-

⁴ Gli accantonamenti sono individuati nella percentuale pari allo 0,25% del fabbisogno complessivo, come definito dall'art.15, comma 23 D.L. 95/2012.

Tabella 4.1 **Articolazione delle risorse finanziarie 2013 e variazione 2013-2012**

Risorse finanziarie	Milioni di Euro	Variazione 2013-2012
1. Finanziamento indistinto	103.813	-1,19%
2. Finanziamento finalizzato	269	0,00%
2.1 Rinnovo convenzioni SSN	69	0,00%
2.2 Regolarizzazione cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona	200	0,00%
3. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.	2.063	14,90%
3.1 Obiettivi PSN	1.511	3,92%
3.2 Prevenzione AIDS	49	-0,01%
3.3 Emergenza veterinaria	40	300,00%
3.4 Borse di studio triennali medici medicina generale	39	-0,01%
3.5 Fondo per l'esclusività del rapporto personale dirigente ruolo sanitario	30	-0,01%
3.6 Assistenza extracomunitari irregolari	31	0,00%
3.7 Attività di medicina penitenziaria	7	0,00%
3.8 Prevenzione e cura fibrosi cistica	4	0,00%
3.9 Providenze economiche agli Hanseniani	4	0,00%
3.10 Accantonamenti medicina penitenziaria	168	0,00%
3.11 Regolarizzazione degli stranieri (d.lgs 106/2012)	130	n.d.
3.12 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	51	n.d.
4. Finanziamento vincolato per altri enti	592	3,16%
4.1 Borse di studio specializzandi	173	-0,01%
4.2 Istituti zooprofilattici sperimentali	259	7,92%
4.3 Croce Rossa Italiana	143	-0,60%
4.4 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	13	0,00%
4.5 Mutui CC.DD.PP.	3	0,00%
4.6 Centro Nazionale Trapianti	2	0,00%
5. Accantonamenti	268	2,89%
TOTALE	107.004	-0,89%

Fonte: elaborazioni su dati Proposta CIPE 19 Dicembre 2013

tenuto del D.lgs 68/2011 (art. 26)⁵. Per la definizione del finanziamento a livello regionale, il costo medio ponderato pro-capite è stato poi rapportato alla popolazione pesata al 1° gennaio 2012, suddividendo i risultati per singoli Livelli Essenziali di Assistenza (prevenzione 5%; distrettuale 51% e ospedaliera 44%). Proporzionalmente si sono determinati i sub-livelli assistenziali relativi alla sanità distrettuale: 7,0% medicina di base, 11,60% farmaceutica, 13,30% specialistica e 17,09% territoriale. Il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, ribadisce all'art.1 come la suddetta metodologia di riparto del finanziamento venga aggiornata con le nuove pesature e applicata per il triennio 2014-2016.

⁵ L'art. 26 D.lgs 68/2011 contiene l'attuazione della L.42/2009 in materia di «autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario».

I ricavi del SSN

Le risorse destinate al finanziamento del SSN (inteso come ricavi) per l'anno 2013 (Tabella 4.3), al netto dei ricavi della gestione straordinaria e quelli dell'intramoenia, che sono portati in detrazione a livello di spesa, ammontano complessivamente a 113,425 miliardi di euro, di cui 112,833 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province Autonome e 0,592 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato⁶. 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 derivanti dagli introiti fiscali, relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP, esigibili nell'esercizio successivo ma destinate alla copertura dei costi dell'esercizio in chiusura. Prendendo ad esempio il Lazio, nel 2012, i dati di preconsuntivo, disponibili al momento della pubblicazione del Rapporto OASI 2013 non riportavano ulteriori risorse aggiuntive a copertura dei LEA. I dati definitivi 2012, rilasciati dal Ministero della Salute nel 2014, evidenziano, invece, tra i ricavi 808,7 milioni di euro come "Risorse aggiuntive regionali preordinate a valere sulla leva fiscale dell'anno d'imposta 2013 per l'equilibrio dell'anno 2012". (Verbale riunione congiunta tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza – 18 dicembre 2013). Come sarà discusso nei paragrafi successivi, questa modifica incide in modo significativo sui risultati complessivi e crea una discontinuità nella serie storica dei dati di finanziamento tale da pregiudicare confronti temporali su questo titolo⁷. Una sintesi di queste variazioni tra valori contabilizzati nel quarto trimestre 2012 e valori a consuntivo 2012 come contributi da Regione a titolo di copertura LEA è riportata nella Tabella 4.2.

Ciò premesso, voci che concorrono alla definizione dei ricavi complessivamente a disposizione del SSN nel 2013 e le variazioni rispetto al 2012 sono contenute nella Tabella 4.3. Complessivamente, si registra una diminuzione dei ricavi totali pari all'1% rispetto ai valori 2012. In particolare, il finanziamento delle quote vincolate a carico dello Stato (voce 2.1) si è ridotta dell'8,48%, così come le entrate legate alle addizionali IRPEF ed IRAP sono diminuite del 6,10% e le entrate e ricavi propri sono ridotti del 4,44%. Aumentano invece le voci di finan-

⁶ In particolare, ci si riferisce a: Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa Depositi e Prestiti (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente), Centro Nazionale Trapianti, altre Amministrazioni pubbliche, in applicazione dell'articolo 17, comma 5, del decreto-legge 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011 in materia di accertamenti medico-legali ai pubblici dipendenti.

⁷ A questa modifica di contabilizzazione è prevalentemente riconducibile la differenza tra i dati di preconsuntivo 2012, pubblicati nel Rapporto OASI 2013 e quelli definitivi 2012, pubblicati nel presente Rapporto.

Tabella 4.2 **Variazione delle somme riportate al quarto trimestre e a consuntivo come contributi da Regione a titolo di copertura LEA (anno 2012)**

Regione	4° trimestre 2012 riportato nel Rapporto 2013		Consuntivo 2012 riportato nel rapporto 2014	
	Contributi da Regione a titolo di copertura LEA AA0080	Estratto dai verbali del Tavolo di verifica	Contributi da Regione a titolo di copertura LEA AA0080	Estratto dai verbali del Tavolo di verifica
PIEMONTE	130.000	AA0080 – "Contributi da Regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA", tale voce è valorizzata per 130 mln di euro, l'importo è comprensivo dei finanziamenti con risorse regionali per l'erogazione dei LEA oltre a quelle ripartite ex FSN e obiettivi di PSN	130.000	AA0080 e AA0090 - non risultano movimentate e sono pertanto pari a zero; Al riguardo Tavolo e Comitato fanno presente che nella voce AA080 dovrebbero essere contabilizzate le risorse aggiuntive regionali preordinate a valere sulla leva fiscale dell'anno d'imposta 2013 per l'equilibrio dell'anno 2012.
LIGURIA	14.476	Sono stati contabilizzati complessivamente 14.476 mln di euro di cui 9.200 mln di euro corrispondenti agli importi impegnati, dalla Regione Liguria, con fondi propri regionali (presenti nel capitolo 5282 ad oggetto "Finanziamento aggiuntivo al Fondo sanitario Regionale di parte corrente" del Bilancio regionale anno 2012), alle Aziende Sanitarie ed istituti di ricerca appartenenti al SSR, con la DGR n. 1681 del 28 dicembre 2012. Il Tavolo rileva che non risultano iscritte sul modello CE, voce AA0080, le risorse regionali concernenti le coperture fiscali, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 29 del decreto legislativo 118/2011. Il Tavolo chiede alla regione di effettuare le conseguenti rettifiche.	46.771	Tale voce è valorizzata per 130 mln di euro, l'importo è comprensivo dei finanziamenti con risorse regionali per l'erogazione dei LEA oltre a quelle ripartite ex FSN e obiettivi di PSN.
EMILIA ROMAGNA	35.000	Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	47.656	La voce è pari a 47.656 mln di euro. La regione nella riunione del 18 dicembre 2013 fa presente che tali risorse sono in aumento rispetto a quanto contabilizzato a IV trimestre 2012.
TOSCANA	–		47.533	

Tabella 4.2 (segue)

Regione	4° trimestre 2012 riportato nel Rapporto 2013		Consuntivo 2012 riportato nel rapporto 2014	
	Contributi da Regione a titolo di copertura LEA AA0080	Estratto dai verbali del Tavolo di verifica	Contributi da Regione a titolo di copertura LEA AA0080	Estratto dai verbali del Tavolo di verifica
LAZIO	-	<p>La voce AA0080 e la voce AA0090 non risultano movimentate e sono pertanto pari a zero;</p> <p>Al riguardo Tavolo e Comitato fanno presente che nella voce AA080 dovrebbero essere contabilizzate le risorse aggiuntive regionali preordinate a valere sulla leva fiscale dell'anno d'imposta 2013 per l'equilibrio dell'anno 2012.</p>	808.682	<p>La voce AA0080 è valorizzata per 808.682 mln di euro ed è iscritta dalla GSA a titolo di risorse aggiuntive regionali preordinate a valere sulla leva fiscale dell'anno d'imposta 2013 per l'equilibrio dell'anno 2012. La regione conferma che nel bilancio regionale tali risorse sono state stanziati nei capitoli d'entrata 121505 e 121509 per un valore complessivo di 886,018 mln di euro di cui, 799,018 impegnate sul capitolo d'uscita H31550 a favore della sanità e 90 mln di euro impegnate per il pagamento delle rate del mutuo inerente il piano di rimborso per la ricapitalizzazione delle aziende nel periodo ante 2004.</p> <p>La regione precisa che il conguaglio relativo agli anni precedenti pari a 9,664 mln di euro, sarà stanziato in sede di assestamento del bilancio di previsione 2013;</p>
ABRUZZO	-	<p>Tale voce risulta pari a zero.</p> <p>Al riguardo Tavolo e Comitato evidenziano che la voce dovrebbe opportunamente riportare le risorse che concorrono all'equilibrio economico dell'anno e rinvenienti dalla leva fiscale massimizzata obbligatoria per le Regioni in Piano di rientro, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 20 del decreto legislativo 118/2011.</p>	38.190	<p>Risultano contabilizzati 38,292 mln di euro, di cui 38,189 mln di euro relativi alla rilevazione stima fiscalità residua 2012 a copertura perdite pregresse e 0,102 mln di euro relativi ad un'erronea imputazione da parte dell'ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, riguardanti la riduzione percentuale di sconto a carico delle farmacie;</p> <p>Al riguardo Tavolo e Comitato fanno presente che nella voce AA080 devono essere contabilizzate le risorse aggiuntive regionali preordinate a valere sulla leva fiscale dell'anno d'imposta 2013 per l'equilibrio dell'anno 2012.</p> <p>Chiedono alla struttura commissariale perché, pur a conoscenza dell'errata contabilizzazione della Asl di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, la struttura commissariale non si sia attivata presso la Asl per la relativa riclassifica e conseguentemente non abbia operato la corretta contabilizzazione sul consolidato regionale.</p> <p>Anche per tale iscrizione la struttura commissariale e quella regionale hanno dichiarato che l'errata contabilizzazione dell'Asl di Avezzano-Sulmona-L'Aquila sarà corretta in sede di rettifica dei bilanci aziendali.</p>

Tabella 4.2 (segue)

Regione	4° trimestre 2012 riportato nel Rapporto 2013		Consuntivo 2012 riportato nel rapporto 2014	
	Contributi da Regione a titolo di copertura LEA AA0080	Estratto dai verbali del Tavolo di verifica	Contributi da Regione a titolo di copertura LEA AA0080	Estratto dai verbali del Tavolo di verifica
MOLISE	–	<p>La voce AA0080 e la voce AA0090 non risultano movimentate e sono pertanto pari a zero.</p> <p>Al riguardo Tavolo e Comitato fanno presente che nella voce AA080 dovrebbero essere contabilizzate le risorse aggiuntive regionali preordinate a valere sulla leva fiscale dell'anno d'imposta 2013 per l'equilibrio dell'anno 2012.</p> <p>Si chiedono chiarimenti sulla voce AA0090 stan- te il decreto n.54/2012 che sembrerebbe at- tere l'erogazione di prestazioni extra lea non- stante nella verifica adempimenti LEA la regione dichiara di non erogare lea aggiuntive;</p>	21.813	<p>La voce è stata modificata con l'importo corretto riferito all'anno d'imposta 2013 e pari a 21.813 mln di euro.</p> <p>La regione precisa che nel bilancio regionale la previsione della fi- scalità per l'anno d'imposta 2013 è pari a 37,2 mln di euro. In ogni caso la regione sta provvedendo ad una ricostruzione puntuale dei capitoli di bilancio regionale relativi alla voce in argomento.</p> <p>Tavolo e Comitato restano in attesa di informazioni sull'importo iscrit- to in bilancio regionale per la fiscalità dell'anno d'imposta 2013. Restano in attesa delle informazioni più volte richieste sulla possibile distruzione di risorse destinate alla copertura del disavanzo sanitario e utilizzate, invece, per la copertura delle rate del mutuo per i debiti 2005 a precedenti. Il Subcommissario precisa che invierà una rela- zione in proposito.</p>
CAMPANIA	–	<p>AA0080 e AA0090 - non risultano movimentate e sono pertanto pari a zero;</p> <p>Al riguardo Tavolo e Comitato fanno presente che nella voce AA080 dovrebbero essere conta- bilizzate le risorse aggiuntive regionali preordi- nate a valere sulla leva fiscale dell'anno d'impo- sta 2013 per l'equilibrio dell'anno 2012.</p>	232.978	<p>AA0080 – Contributi da regione extra fondo risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA- è pari a 359,771 mln di euro;</p>
CALABRIA	–	<p>La voce non risulta valorizzata;</p>	114.219	<p>Risultano iscritti 114,219 mln di euro che si riferiscono alla quota delle manovre fiscali regionali anno d'imposta 2013 di cui alla nota del Dipartimento delle finanze del 3 dicembre 2012. La regione ha inviato il dettaglio dei capitoli di bilancio annuale di previsione 2013 di imputazione delle entrate fiscali e ha precisato che l'ulteriore in- cremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale IRPEF nelle misure di 0,15 e 0,30 punti non è stato rilevato contabilmente in quanto la relativa stima non è stata comunicata dal Dipartimento delle finanze;</p>

Tabella 4.2 (segue)

Regione	4° trimestre 2012 riportato nel Rapporto 2013		Consuntivo 2012 riportato nel rapporto 2014	
	Contributi da Regione a titolo di copertura LEA AA0080	Estratto dai verbali del Tavolo di verifica	Contributi da Regione a titolo di copertura LEA AA0080	Estratto dai verbali del Tavolo di verifica
SICILIA	392	Sono iscritti 0,392 mln di euro sul bilancio delle Aziende principalmente dovuti a risconti passivi su contributi extra FSR assegnati in anni precedenti; Tavolo e Comitato fanno presente che in tale voce andrebbe opportunamente riportata la copertura disposta a valere sulla leva fiscale nell'ambito del Piano di rientro al fine di assicurare l'equilibrio economico.	319.915	Relativamente alla voce AA0080 sono iscritti 319,915 mln di euro, in misura pari al gettito per maggiorazione delle aliquote Irap e Addizionale Irap - a.i. 2013, accertata in entrata per pari importo.
SARDEGNA	3.277		3.949	
ITALIA	183.145		1.811.706	

Fonte: Ministero della Salute (2014) e Verbali dei Tavoli Tecnici per la verifica degli adempimenti regionali e Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (2013)

Tabella 4.3 **Articolazione dei ricavi 2013 e variazione 2013-2012**

Ricavi	Miliardi di Euro (2012)*	Miliardi di Euro (2013)	Variazione 2013-2012
1. Regioni e PPAA.	113,89	112,833	-0,92%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	39,90	37,466	-6,10%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	52,97	54,145	2,22%
1.3 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	12,19	11,845	-2,80%
1.4 Riparto quota premiale 0,3% (2)	–	0,430	
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	3,30	3,156	-4,44%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,00	4,207	5,06%
1.7 Costi capitalizzati	1,48	1,463	-1,14%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi (1)	0,04	0,122	183,63%
2. Altri enti del SSN	0,65	0,592	-8,48%
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,65	0,592	-8,48%
TOTALE	114,53	113,425	-0,97%

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

(2) poste introdotte a partire dall'anno 2013 secondo decreto interministeriale art.2, comma 67 bis della Legge 191/2009.

(*) rispetto ai dati riportati nel rapporto 2013 c'è uno scostamento di +1.82 milioni di euro, relativo all'incremento della voce «Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e Privato» dovuto al nuovo trattamento contabile delle risorse regionali derivanti dalla maggiorazione delle aliquote fiscali per la copertura dei disavanzi (cfr. supra); (1) posta introdotta a partire dall'anno 2012 con il nuovo modello di rilevazione CE, a seguito della definizione di criteri contabili uniformi con il D.lgs 118/2011; (2) posta introdotta a partire dall'anno 2013 secondo decreto interministeriale art.2, comma 67 bis della Legge 191/2009. Solo per il 2013 la percentuale per le forme premiali è pari allo 0,30% anziché lo 0,25% come definito dall'art.15, comma 23 D.L. 95/2012.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014)

ziamento relative a FSN e quote vincolate a carico dello Stato (+5,06%) e ricavi da IVA ed accise (+2,22%). Infine, è da notare che, a partire dall'anno 2011, i ricavi comprendono anche i costi capitalizzati⁸ (1,463 miliardi di euro per il 2012) e il riparto della quota premiale, corrispondente allo 0,25% e, limitatamente per il 2013 pari allo 0,30% (Legge di Stabilità 2014), accantonato sulle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale 2012 e 2013 (art.2, comma 67 bis della Legge 191/2009).

Nel 2013, il rapporto tra ricavi netti⁹ del SSN e PIL si attesta al 7,2%, valore in linea rispetto ai quattro anni precedenti. Si registra un lieve decremento percentuale dei ricavi netti rispetto al 2012 pari allo 0,97%, mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.877 euro (-1,4% rispetto al 2012).

⁸ 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.

⁹ Vedi nota a Tabella 4.4.

4.2.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del NSIS, aggiornati al 28 aprile 2014 (flusso del 4° trimestre 2013¹⁰) e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN¹¹ ha subito nel 2013 una diminuzione dell'1,2% rispetto al 2012, facendo registrare della prima variazione annuale negativa dopo il 1995, a conferma la tendenza di progressivo rallentamento seguita all'espansione dei primi anni 2000 (Tabella 4.4). La diminuzione della spesa si associa anche alla diminuzione del PIL (-0,4% rispetto al 2012) ma è più accentuata, sicché il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL diminuisce nel 2013, passando dal 7,3% del 2012 al 7,2% del 2013. La diminuzione della spesa pubblica in relazione al PIL segnala, da un lato, una maggiore sostenibilità, tenendo conto che gran parte delle risorse destinate al finanziamento derivano dalla fiscalità e sono quindi legate all'andamento dell'economia complessiva. Dall'altro lato, tuttavia, tale evidenza mostra per la prima volta una prociclicità della spesa sanitaria pubblica, tendenza finora mai verificatasi, essendo la spesa sanitaria generalmente anticiclica. Tipicamente, infatti, le fluttuazioni del PIL non si ripercuotono sulla spesa sanitaria, sia per ragioni di equità (i livelli di assistenza non variano in funzione del reddito), sia per ragioni di domanda, normalmente poco elastica e che, pertanto, reagisce poco a variazioni positive o negative delle disponibilità economiche e dei prezzi.

La spesa sanitaria privata corrente mostra, invece, una diminuzione del 5,3% rispetto al 2012, confermando il trend di rallentamento legato, in particolare, alla riduzione del reddito medio. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa pubblica fino al 2001 (con aumenti più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica), mostra tra il 2003 e il 2010 un aumento contenuto, sistematicamente inferiore alla spesa pubblica e con tendenza decrescente. Nel 2011 la spesa privata corrente era cresciuta del 7%, ovvero circa cinque volte di più rispetto alla spesa pubblica corrente. Nell'ultimo biennio, secondo quanto riportato nell'indagine ISTAT sui consumi dei cittadini, la spesa sanitaria privata è invece diminuita dell'1,5% nel 2012 e del 5,3% nel 2013, associandosi alla parallela diminuzione della spesa pubblica. 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 pubblico al privato, tipicamente attuata per mezzo delle compartecipazioni. Dai dati emerge che l'introduzione (l'inasprimento) di misure di compartecipazione ha contribuito a ridurre l'aumento della spesa pubblica, ma non sembra essersi trasferita in pari misura sui privati che, infatti, hanno ridotto per il secondo anno consecutivo il pro-

¹⁰ Per il 2010 e il 2011 i dati sono aggiornati rispettivamente alla data del 8 dicembre 2012 e 12 luglio 2013, mentre per il 2012, l'ultimo aggiornamento è del 26 maggio 2014.

¹¹ Regioni, Province Autonome e altri enti (cfr. nota 6).

Tabella 4.4 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990; 1995; 2000; 2005; 2010-2013) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013*	'90/'12	'90/'95	'95/'01	'01/'12
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	96.797	111.331	112.810	113.962	112.614	4,4%	3,3%	8,1%	3,1%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	6,1%	1,0%	1,3%	1,0%	-1,2%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	75,6%	79,5%	80,5%	79,6%	80,0%	80,7%				
- % sul PIL	5,9%	5,1%	5,9%	6,7%	7,2%	7,1%	7,3%	7,2%				
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	91.062	109.135	111.548	114.533	113.425	5,3%	6,6%	7,5%	3,6%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	7,4%	2,1%	2,2%	2,7%	-1,0%				
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-5.735	-2.196	-1.262	581	811				
- variazione %	-	-74,5%	-13,9%	-10,7%	-34,7%	-42,5%	-146,0%	39,6%				
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-6,3%	-2,0%	-1,1%	0,5%	0,7%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	22.640	24.997	27.009	28.890	28.452	26.943	5,0%	14,7%	4,3%	1,6%
- variazione %	-	13,0%	-4,6%	0,3%	1,0%	7,0%	-1,5%	-5,3%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	24,4%	20,5%	19,5%	20,4%	20,0%	19,3%				
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	92.813	121.793	138.340	141.700	142.404	139.557	4,5%	5,7%	7,1%	2,8%
- variazione %	-	2,7%	6,8%	4,9%	1,0%	2,4%	0,5%	-2,0%				
- % sul PIL	7,1%	6,9%	7,7%	8,5%	8,9%	9,0%	9,1%	8,9%				
PIL	704.251	952.158	1.198.292	1.436.379	1.551.886	1.579.946	1.566.912	1.560.024	3,5%	6,2%	4,7%	1,8%
- variazione %	-	8,0%	5,7%	2,8%	2,1%	1,8%	-0,8%	-0,4%				

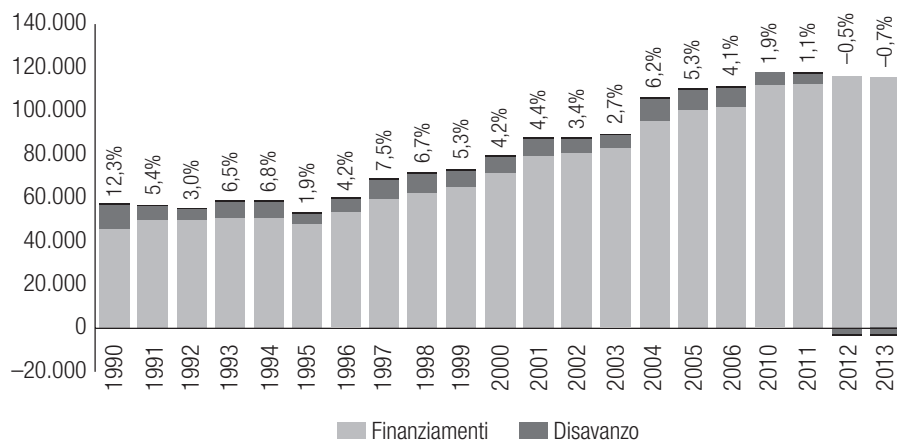
Ricavi netti: ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e dell'intramoenia.

Note

- Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NIS); di consuntivo per gli anni fino al 2012; al IV trimestre per l'anno 2013 (questi ultimi risultano aggiornati alla data del 28 aprile 2014).
- Per Spesa SSN (corrente) si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e il saldo relativo all'intramoenia. Le spese relative all'ospedale "Bambino Gesù" e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni "Specialistica convenzionata e accreditata" e "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, 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'Innesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale. Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs. 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati. Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs. 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.
- Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti (vedi nota 6).
- La voce "Ricavi netti" comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse, dal 2012, le risorse aggiuntive stanziata dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie. Dal 2011 sono considerati i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rettifiche e utilizzo fondi.
- I dati relativi al PIL sono di fonte ISTAT.
- La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT.
- Il PIL 2013 è stato stimato dal Fondo Monetario Internazionale (FMI).
- * 2013, dati provvisori.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014), ISTAT (2014) e FMI (2014)

Figura 4.1 **Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2013)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014)

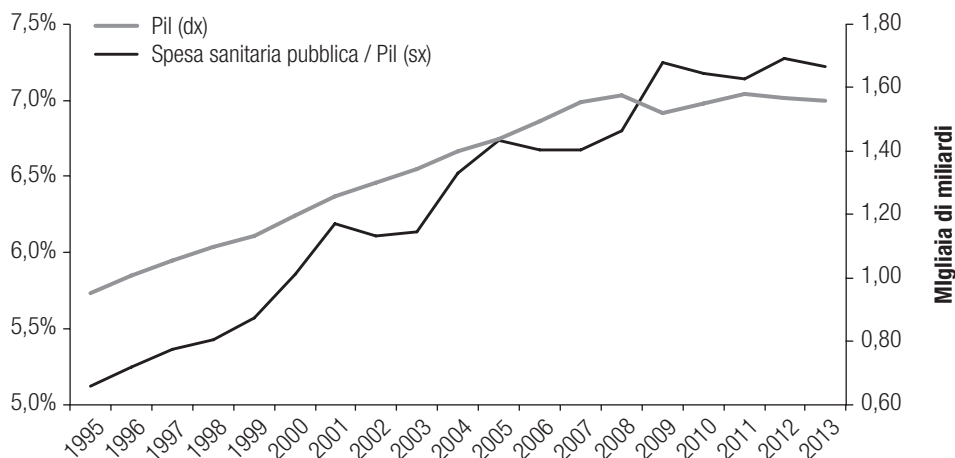
prio consumo di beni e servizi sanitari. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al capitolo dedicato ai consumi privati in sanità.

Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica¹² + privata) è diminuita del 2% nel 2013 (139,6 miliardi di Euro pari al 8,9% del PIL, Tabella 4.4).

A fronte della spesa pubblica, i ricavi netti complessivi del SSN (vedi *supra* § 4.2.1) nel 2013 sono stati pari a 113,425 miliardi di euro, in diminuzione dell'1% rispetto al 2012. Si determina, in questo modo, un risultato del SSN positivo e pari a 811 milioni di Euro (0,7% della spesa sanitaria pubblica corrente). Anche i dati definitivi 2012 segnalano la presenza di un avanzo pari a 518 milioni di Euro, correggendo i dati provvisori riportati nel Rapporto 2013 (in cui risultava un disavanzo di 1,09 miliardi di Euro). Come già illustrato, tuttavia, i risultati 2012 e 2013 beneficiano della nuova modalità di contabilizzazione degli introiti fiscali derivanti dalla maggiorazione delle aliquote. In altri termini, il sistema appare in equilibrio ma di fatto non lo è. La presenza di un avanzo va dunque interpretata non come equilibrio tra entrate e spesa, ma come capacità del sistema istituzionale di imporre ex-post, alle regioni in disavanzo una tempestiva copertura. 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.

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

¹² Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

Figura 4.2 **PIL e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (1995-2013)**

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014), ISTAT (2014) e FMI (2014)

della spesa (Figura 4.2). Innanzitutto, l'andamento particolarmente contrastato della serie spesa sanitaria/PIL si contrappone alla crescita meno costante del PIL (malgrado i miglioramenti degli ultimi anni), segnalando che la dinamica della spesa sanitaria è influenzata da elementi, come le politiche pubbliche, in grado di indirizzarne l'evoluzione¹³. La prima fase dell'introduzione di logiche, principi e strumenti aziendali nel SSN (1992-1995) è accompagnata da una forte riduzione della spesa, complessivamente pari a circa 1 punto percentuale di PIL, con trend di diminuzione omogeneo nei tre anni, come effetto dell'applicazione delle riforme previste dal D. lgs. 502/1992 e dal D. lgs 517/1993. Il periodo 1995-2001, invece, è stato caratterizzato da politiche sanitarie meno direttamente legate a tagli lineari sulla spesa e volte maggiormente al governo degli attori del sistema (ad esempio, l'introduzione dei meccanismi d'indirizzo prescrittivo per i medici). Il risultato è stato un graduale e costante aumento della spesa¹⁴, 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, il peso della spesa sanitaria 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 7,3%. Nel triennio successivo la

¹³ Cfr. nota 25 al capitolo 3, Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

¹⁴ Cfr. nota 26 al capitolo 3 del Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

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 (-0,8% rispetto al 2011), il peso della spesa sanitaria torna su livelli simili a quelli del 2009 (7,3%; Figura 4.2), nonostante la crescita contenuta della spesa. Nel 2013, infine, si verificano congiuntamente le diminuzioni di spesa e PIL, ma essendo la diminuzione di spesa più consistente, la sua incidenza sul PIL diminuisce e si attesta al 7,2%. Tuttavia, a causa delle diverse voci incluse nella contabilità dei vari anni, segnatamente gli ultimi due, i dati non sono pienamente confrontabili. Alla base della variazione contenuta della spesa vi sono principalmente le manovre di contenimento attivate nel corso dell'anno. Ad esempio, a livello nazionale, a decorrere dal 2010 è attivo il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro e, per il 2011 sono stati 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 e tetti di spesa per gli operatori privati e la riorganizzazione della rete di offerta (vedi *infra* § 4.4).

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 4.5 mostra come la sanità assorba una quota di spesa del 23,6%, 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 +3,1%) rispetto alla spesa per assistenza¹⁵ e previdenza¹⁶ (CAGR +4,5% e +3,8%, rispettivamente). Interessante anche l'andamento della spesa per assistenza, che nel 2009 era cresciuta dell' 11,4%¹⁷, prevalentemente a causa della trasmissione al settore dell'economia reale degli effetti della crisi finanziaria. Nel biennio successivo, la spesa per assistenza, invece, segna due diminuzioni successive, pari al -2,9% nel 2010 e a -2,5% nel 2011, malgrado lo stento della ripresa economica¹⁸. Nel 2012 questa voce era rimasta stabile, riprendendo a crescere (+0,8%) nel 2013. Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta nel 2013 dell'1,8%.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica, si rimanda all'Allegato contenuto nel Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009).

¹⁸ 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 4.5 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2010-2013)

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	Tasso crescita medio '90/'13	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'13
Sanità											
spesa (milioni Euro)	38.790	44.642	63.781	89.962	104.711	103.135	101.590	101.269	4,3%	2,9%	3,1%
% sul totale	26,5%	22,1%	24,2%	26,6%	25,4%	24,8%	24,1%	23,6%			
var. %	-	-1,0%	12,5%	6,6%	2,0%	-1,5%	-1,5%	-0,3%			
Previdenza											
spesa (milioni Euro)	96.413	142.200	182.314	222.917	274.125	280.613	287.145	294.832	5,0%	8,1%	3,8%
% sul totale	65,7%	70,3%	69,1%	65,8%	66,5%	67,4%	68,2%	68,8%			
var. %	-	4,9%	2,7%	3,3%	3,2%	2,4%	2,3%	2,7%			
Assistenza											
spesa (milioni Euro)	11.447	15.473	17.802	25.689	33.119	32.284	32.290	32.559	4,6%	6,2%	3,7%
% sul totale	7,8%	7,6%	6,7%	7,6%	8,0%	7,8%	7,7%	7,6%			
var. %	-	1,9%	5,9%	2,3%	-2,9%	-2,5%	0,0%	0,8%			
Totale	146.650	202.315	263.897	338.568	411.955	416.032	421.025	428.660	4,8%	6,6%	3,7%
var. %	-	3,3%	5,2%	4,1%	2,4%	1,0%	1,2%	1,8%			

Fonte: ISTAT (2014)

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica»¹⁹, ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di ricovero nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera a carico del SSN in Italia. Nel 2010, la «Relazione sul rendiconto generale dello Stato» della Corte dei Conti ha pubblicato una classificazione delle voci di Conto Economico, basate su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze e dell'Istat, dalla quale è possibile ricostruire, pur con un certo grado di approssimazione, il peso complessivo dell'assistenza ospedaliera a carico SSN sulla spesa sanitaria pubblica complessiva. In particolare, l'assistenza ospedaliera erogata in strutture pubbliche rappresentava circa il 44% delle uscite correnti del SSN, mentre la spesa per assistenza in case di cura private, circa l'8%. L'assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata rappresentava nel 2010, pertanto, il 52% delle uscite correnti del SSN, e non si evidenziavano particolari variazioni dal 2006. Tuttavia, questa stima non è stata aggiornata al 2013. Inoltre, da alcuni anni, Regioni e aziende inviano al ministero i modelli LA (dati di costo per Livello Assistenziale), ma tali dati non vengono considerati affidabili (Cantù, 2012).

Un ulteriore elemento di attenzione da sottolineare ai fini della lettura storica dei dati di spesa è l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale. In particolare, a partire dal 2000, vengono aggiunte voci precedentemente non previste, quali accantonamenti, variazioni delle rimanenze, minusvalenze, sopravvenienze passive (tra cui gli oneri per arretrati nei contratti e nelle convenzioni), insussistenze dell'attivo. Di queste, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante²⁰. Dal 2011 sono inseriti anche gli ammortamenti e i costi capitalizzati, mentre dal 2012 sono comprese anche le voci di rettifica e utilizzo fondi.

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

Nella Tabella 4.6 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

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

degli acquisti delle Aziende sanitarie, rappresentano una componente di costo direttamente o indirettamente collegata alle prestazioni erogate internamente alle Aziende sanitarie (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o erogati tramite distribuzione diretta). Sono quindi classificati come fattori interni. Al contrario, le prestazioni convenzionate / accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti dal SSN (MMG, Specialisti, Case di cura, Farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti fattori esterni. Il saldo delle voci economiche (“Altri costi”) è stato escluso, mentre gli accantonamenti sono stati accorpati, in linea con 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 2013 il 62,5% della spesa è assorbita dai fattori interni di produzione, mentre il restante 37,5% è rappresentato dai fattori esterni²¹.

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 4.6): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995 e 2001-2013) il tasso di crescita dei costi per fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni; in periodi di espansione della spesa (1995-2001²²) 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 farmaceutica²³, è da considerare l’azione proattiva di molte Regioni nel ricondurre nell’insieme dei fattori interni alcune voci di spesa, al fine di generare rilevanti economie, dato che appare evidente dalla Figura 4.4 (anche nel 2013 la riduzione della spesa per fattori esterni appare maggiore rispetto alla riduzione della spesa per fattori interni). Si pensi, ad esempio, all’acquisto dei farmaci da distribuire con le modalità diretta e per conto. Pertanto, il rallentamento nel trend di crescita della spesa sanitaria è da imputare non solo agli effetti delle politiche sui fattori esterni, ma anche alle azioni delle Regioni e delle Aziende Sanitarie che, nel ricondurre alcune voci di spesa su fattori produttivi da esse direttamente gestiti, hanno potuto intervenire in maniera più efficace nel perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione e contenimento. Accanto al trend di lungo periodo, è interessante osservare la dinamica degli ultimi tre anni. In particolare, dal 2010 il tasso di crescita dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni. Questa inversione di ten-

²¹ Inclusi gli altri costi, non riportati in Figura 4.3.

²² 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.

²³ Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (voce acquisti di farmaci).

Tabella 4.6 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2010-2013)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	Tasso crescita medio			
									'90/'13	'90/'95	'95/'01	'01/'13
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	31.759	36.674	36.101	35.585	35.169	3,4%	4,8%	4,7%	2,3%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	26.611	33.103	34.423	35.595	35.183	7,1%	4,8%	10,5%	6,3%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	5.691	6.541	6.626	6.648	6.609	4,3%	2,8%	7,9%	3,2%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.894	10.913	9.862	8.891	8.592	0,7%	-6,7%	14,6%	-2,5%
Ospedalliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.147	8.849	8.641	8.522	8.525	3,3%	6,4%	6,6%	0,4%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	3.231	4.504	4.668	4.755	4.759	4,2%	-7,7%	12,3%	5,6%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	7.939	10.177	10.261	10.366	10.834	8,1%	11,7%	11,4%	5,0%
Altri costi (c)	375	471	578	1.066	7	34	222	-157	-196,3%	4,7%	6,9%	n.d.
Altri enti (d)	74	637	509	459	563	641	647	592	9,5%	53,8%	-7,5%	3,4%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.553	2.507	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale	41.466	48.752	70.173	96.797	111.331	112.810	113.784	112.614	4,4%	3,3%	8,1%	3,1%
Totale al netto di (c) e (d) : (f)	41.017	47.644	69.085	95.271	110.761	112.135	112.915	112.179	4,5%	3,0%	8,2%	3,2%
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	58.370	69.777	70.524	71.180	70.353	4,9%	4,8%	6,7%	4,0%
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	36.901	40.984	41.611	41.735	41.827	3,9%	0,5%	10,6%	2,0%
Variazione percentuale	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013				
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	7,6%	1,3%	-1,6%	-1,4%	-1,2%				
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	18,2%	0,8%	4,0%	3,4%	-1,2%				
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	13,5%	2,8%	1,3%	0,3%	-0,6%				
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	-1,7%	-0,8%	-9,6%	-9,8%	-3,4%				
Ospedalliera accreditata	-	2,0%	10,5%	-10,8%	0,3%	-2,4%	-1,4%	0,0%				
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	4,4%	10,4%	3,6%	1,9%	0,1%				
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	7,2%	3,6%	0,8%	1,0%	4,5%				
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	-47,1%	-98,5%	364,5%	544,5%	-170,8%				
Altri enti (d)	-	207,6%	6,6%	2,3%	1,3%	13,9%	1,0%	-8,5%				
Ammortamenti (e)	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	64,3%	-1,8%				
Totale	-	-0,6%	11,1%	6,1%	1,1%	1,3%	0,9%	-1,0%				
Totale al netto di (c), (d) ed (e) : (f)	-	-0,9%	10,7%	7,3%	1,5%	1,2%	0,7%	-0,7%				
Fattori interni (a+b)	-	-0,2%	10,0%	12,2%	1,1%	1,1%	0,9%	-1,2%				
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	-	-2,0%	11,7%	0,4%	2,2%	1,5%	0,3%	0,2%				

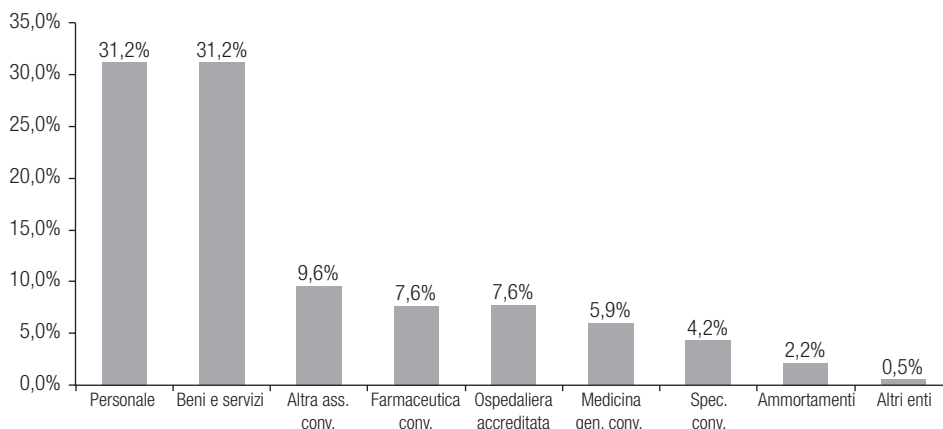
Tabella 4.6 (segue)

Incidenza % su totale	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Personale (a)	39,1%	41,9%	36,5%	32,8%	32,9%	32,0%	31,3%	31,2%
Beni e servizi (b)	17,7%	19,0%	22,6%	27,5%	29,7%	30,5%	31,3%	31,2%
Medicina gen. conv.	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	5,9%	5,9%	5,8%	5,9%
Farmaceutica conv.	17,6%	10,6%	12,5%	12,3%	9,8%	8,7%	7,8%	7,6%
Ospedaliera accreditata	9,8%	11,3%	11,4%	8,4%	7,9%	7,7%	7,5%	7,6%
Spec. conv.	4,5%	2,5%	3,2%	3,3%	4,0%	4,1%	4,2%	4,2%
Altra ass. conv.	4,4%	6,4%	6,3%	8,2%	9,1%	9,1%	9,1%	9,6%
Altri costi (c)	0,9%	1,0%	0,8%	1,1%	0,0%	0,0%	0,2%	-0,1%
Altro	0,9%	1,0%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Saldo voci ec.	n.d.	n.d.	0,5%	1,0%	-0,1%	-0,1%	0,0%	-0,2%
Saldo intramoenia	n.d.	n.d.	n.d.	-0,1%	-0,1%	-0,1%	-0,2%	-0,2%
Altri enti (d)	0,2%	1,3%	0,7%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,5%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1,4%	2,2%	2,2%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Totale al netto di (c), (d) ed (e) : (f)	98,9%	97,7%	98,4%	98,4%	99,5%	99,4%	99,2%	99,6%
<i>Fattori interni (a+b)</i>	56,7%	61,0%	59,1%	60,3%	62,7%	62,5%	62,6%	62,5%
<i>Fattori esterni: (f) - Fattori interni</i>	42,2%	36,8%	39,4%	38,1%	36,8%	36,9%	36,7%	37,1%

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 6). Dal 2011 è inserita anche la voce "Ammortamenti".

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014)

Figura 4.3 **Composizione della spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica (2013)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014)

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 – 2013, anno 2000 = anno base**

Anno	Fattori esterni	Fattori Interni	Totale
2000	100	100	100
2003	122	112	118
2004	142	122	132
2005	135	142	138
2006	138	148	142
2007	138	158	150
2008	140	165	155
2009	142	170	160
2010	145	172	162
2011	148	173	163
2012	150	173	164
2013	148	172	163

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014)

denza 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 rispet-

to alla media degli ultimi anni. A tal proposito è importante notare un'accresciuta attenzione sulla spesa per dispositivi medici, che prende avvio con la L. 111/2011 che istituisce un tetto del 5,2% per il 2012; la “*spending review*” (L. 135/2012) prevede inoltre una riduzione del 5% degli importi e dei volumi di fornitura per il secondo semestre 2012 e l'introduzione di un tetto del 4,9% per il 2013 (successivamente ridotto al 4,8% dalla legge di stabilità per il 2013) e 4,8% il 2014 (successivamente ridotto al 4,4% dalla legge di stabilità per il 2014).

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 (31,2% sul totale della spesa del SSN nel 2013, quota sostanzialmente invariata rispetto al 2012). Si tratta della voce di spesa con l'andamento più variabile. Va innanzi tutto rilevato che nel 1990 tale voce rappresentava circa il 18% della spesa totale. Tra il 1995 e il 2001, gli acquisti di beni e servizi sono cresciuti ad un tasso medio annuo pari al 10,5%. Dopo il picco del 2005, legato essenzialmente alla riclassificazione della spesa sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'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 era del tutto arrestata, con un aumento di appena 0,8%. Nel 2011, invece, la voce era nuovamente aumentata del 4%, seguito da un ulteriore aumento del 3,4% nel 2012. Nel 2013, invece, si registra una diminuzione dell'1,2%. 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 2010-2013 risente 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. Le disposizioni che più hanno influito sulla diminuzione registrata nel 2013 sono:

- ▶ 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;
- ▶ la determinazione 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 del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard.

Inoltre, la spesa per acquisto di beni e servizi è influenzata dalla messa a disposizione in favore delle Regioni, da parte dell’Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici (AVCP), ora Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa. Infine, è da sottolineare come l’andamento di questa voce sia trainato dalla dinamica della componente dei prodotti farmaceutici ospedalieri, che registra tassi di crescita sostenuti sia a seguito della continua introduzione di farmaci innovativi (specie in campo oncologico) caratterizzati da un costo elevato sia dalle politiche di incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL, con conseguente rimodulazione della spesa dalla farmaceutica convenzionata alla farmaceutica ospedaliera. Al netto della componente dei prodotti farmaceutici acquistati dalle Aziende Sanitarie, gli altri beni e servizi hanno evidenziato una crescita contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2010-2013 pari allo 0,7%.

La seconda voce di spesa è costituita dal personale dipendente, che rappresenta il 31,2% della spesa complessiva nel 2013²⁴. Dopo tre anni (2004-2006) di crescita sostenuta del costo del personale²⁵, il 2007 aveva evidenziato una sensibile contrazione del trend di crescita (attestatosi all’1,2%). Nel 2008, la variazione si era attestata a +4,2%, principalmente per effetto di ulteriori rinnovi contrattuali, sebbene tale dato fosse lontano dai tassi riscontrati negli anni precedenti il 2007. Nel 2009, invece, la crescita della voce *Personale* è stata pari al 2,6%, in linea con l’andamento del totale della spesa sanitaria. Nel 2010, il tasso di crescita era nuovamente diminuito (+1,3%). Nel 2011 la voce è diminuita dell’1,6% e questa tendenza è confermata anche nel 2012 (-1,4%) e nel 2013 (-1,2%). La spesa del ruolo sanitario assorbe circa l’80% della spesa complessiva per il personale.

²⁴ Considerata al lordo della mobilità (quindi non scorporandola) verso Bambin Gesù e SMOM.

²⁵ L’aumento negli anni precedenti al 2007 è da ascrivere, almeno in parte, alla riclassificazione della spesa che le Regioni sostengono per gli IRCCS pubblici e le AO universitarie integrate con il SSN (cfr. *supra*) ed in parte agli effetti del rinnovo dei contratti del comparto (prima) e della dirigenza (poi). Il contratto del comparto è stato infatti rinnovato il 19 Aprile 2004 per il quadriennio 2002-2005 (parte normativa) e per il biennio 2002-2003 (parte economica). Il 5 Giugno 2006 è stato raggiunto l’accordo anche per la parte economica riferita al biennio 2004-2005. Il 10 Aprile 2008 è stato poi rinnovato il contratto 2006-2009 (parte normativa) e 2006-2007 (biennio economico), mentre il 7 luglio 2009 è stato rinnovato il contratto per il periodo 2008-2009 (biennio economico). Il contratto per la dirigenza sanitaria, professionale, tecnico-amministrativa e medico-veterinaria è stato rinnovato il 17 ottobre 2008 per il quadriennio 2006-2009 (parte normativa) e per il biennio 2006-2007 (parte economica), quest’ultimo rinnovato il 6 maggio 2010.

La spesa farmaceutica convenzionata, ovvero la spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico su ricetta SSN, ha subito un calo significativo, pari al $-3,4\%$, in linea rispetto a quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci del CERGAS (Osservatorio Farmaci, 2014). Il contenimento di tale voce di spesa deriva da diversi fattori di influenza, alcuni riferiti al consolidamento degli interventi già predisposti negli anni precedenti, tra cui i) l'ordinaria attività dell'AIFA in materia di determinazione dei prezzi dei farmaci, ii) l'introduzione e il rafforzamento di forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte di un numero sempre più ampio di Regioni, iii) l'implementazione e la diffusione della distribuzione diretta e per conto nelle varie Regioni, comprese quelle sottoposte ai piani di rientro, iv) la diffusione di forme di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, v) l'allineamento del prezzo di riferimento al livello di altri Paesi europei e, più in generale, la scadenza dei brevetti con applicazione sempre più estesa dei prezzi di riferimento e l'aumento della sensibilità alla prescrizione generica.

Nonostante si tratti dell'unica voce di spesa ormai in calo da diversi anni, la Corte dei Conti (2013) sottolinea la possibilità di ulteriori risparmi, riferendosi in particolare i) alla prevenzione di episodi, peraltro riportati come diffusi in più ambiti regionali, di eccessive prescrizioni di farmaci o di falsità delle stesse, nonché di loro sostanziale inappropriata terapeutica, per le quali alcuni MMG sono stati condannati a risarcire il relativo danno, ii) al ridimensionamento di alcune confezioni, reputate eccessive rispetto alla terapia prescritta e iii) alla lotta contro la falsificazione dei farmaci, che tuttora trova sbocco sul mercato parallelo.

La spesa per la medicina generale convenzionata ($5,9\%$ dei costi totali) è rimasta sostanzialmente invariata rispetto al 2012 ($-0,6\%$).

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate risulta invariata rispetto al 2012.

L'assistenza specialistica convenzionata e accreditata e le diverse componenti della spesa per altre prestazioni erogate da strutture convenzionate con il SSN (assistenza riabilitativa, assistenza agli anziani, assistenza a disabili psichici e psichiatrici, assistenza protesica, assistenza integrativa, assistenza termale) hanno evidenziato, nel 2013, un tasso di crescita rispettivamente inferiore (specialistica convenzionata) e superiore (altre forme di assistenza convenzionata) a quello registrato del 2012 ($+0,1\%$ e $+4,5\%$).

4.3 I dati di spesa regionali

Nel 2013, il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite ($-0,9\%$) presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2012 che vanno dal $+1\%$ del Molise al -3% della Valle d'Aosta e del Lazio (Tabella 4.7). È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa

Tabella 4.7 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2005; 2010-2013)**

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2013 /2012	Tasso crescita medio			
										'90/'13	'90/'95	'95/'01	'01/'13
Piemonte	688	828	1.319	1.661	1.903	1.897	1.961	1.910	-2,6%	4,5%	3,8%	9,3%	2,5%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.829	2.170	2.236	2.260	2.171	-3,9%	4,7%	3,0%	9,7%	3,0%
Lombardia	709	868	1.198	1.573	1.813	1.872	1.926	1.913	-0,7%	4,4%	4,1%	7,6%	3,0%
Bolzano	722	995	1.603	2.059	2.183	2.234	2.291	2.251	-1,7%	5,1%	6,6%	9,2%	2,5%
Trento	731	907	1.327	1.722	2.088	2.209	2.265	2.221	-1,9%	4,9%	4,4%	9,2%	3,1%
Veneto	746	861	1.257	1.609	1.788	1.782	1.862	1.841	-1,1%	4,0%	2,9%	8,0%	2,5%
Friuli VG	730	868	1.241	1.650	1.979	2.076	2.127	2.089	-1,8%	4,7%	3,5%	7,8%	3,6%
Liguria	841	957	1.374	1.837	2.006	2.043	2.043	2.036	-0,4%	3,9%	2,6%	7,8%	2,5%
Emilia R	856	975	1.282	1.699	1.920	1.926	2.037	2.030	-0,3%	3,8%	2,6%	6,5%	3,0%
Toscana	788	891	1.256	1.647	1.899	1.914	1.995	1.948	-2,3%	4,0%	2,5%	8,0%	2,7%
Umbria	766	865	1.273	1.629	1.806	1.841	1.904	1.877	-1,4%	4,0%	2,5%	8,0%	2,6%
Marche	834	886	1.237	1.544	1.795	1.793	1.834	1.817	-0,9%	3,4%	1,2%	7,4%	2,5%
Lazio	788	891	1.319	1.919	1.971	1.965	2.048	1.965	-4,0%	4,1%	2,5%	8,6%	2,5%
Abruzzo	724	761	1.299	1.729	1.743	1.751	1.825	1.807	-1,0%	4,1%	1,0%	10,5%	2,3%
Molise	678	776	1.164	2.033	2.070	2.037	2.074	2.094	1,0%	5,0%	2,7%	10,2%	3,5%
Campania	692	743	1.163	1.670	1.719	1.710	1.713	1.684	-1,7%	3,9%	1,4%	9,8%	2,2%
Puglia	671	783	1.123	1.515	1.772	1.731	1.746	1.738	-0,5%	4,2%	3,1%	7,7%	3,0%
Basilicata	603	707	1.079	1.505	1.796	1.818	1.843	1.829	-0,8%	4,9%	3,3%	9,0%	3,7%
Calabria	586	721	1.142	1.423	1.719	1.697	1.731	1.706	-1,4%	4,8%	4,3%	9,7%	2,6%
Sicilia	700	747	1.073	1.559	1.688	1.717	1.743	1.740	-0,2%	4,0%	1,3%	9,0%	2,8%
Sardegna	695	860	1.173	1.632	1.874	1.932	1.995	1.985	-0,5%	4,7%	4,4%	7,0%	3,7%
Totale	730	840	1.223	1.648	1.836	1.850	1.903	1.877	-1,4%	4,2%	2,8%	8,3%	2,7%
<i>Nord</i>	745	885	1.265	1.646	1.873	1.902	1.968	1.947	-1,1%	4,3%	3,5%	7,8%	2,8%
<i>Centro</i>	792	888	1.284	1.759	1.913	1.917	1.992	1.934	-2,9%	4,0%	2,3%	8,2%	2,6%
<i>Sud e Isole</i>	678	760	1.138	1.590	1.743	1.743	1.767	1.752	-0,9%	4,2%	2,3%	9,0%	2,7%
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,72%	9,89%	7,86%	8,98%	8,99%	8,61%					
Differenza max/min	0,46	0,41	0,49	0,45	0,29	0,32	0,34	0,34					

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

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014) ed ISTAT (2014)

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 4.7). In particolare, la diminuzione media della spesa corrente nelle Regioni interessate da PdR è stata pari a $-1,5\%$, contro un valore nelle altre Regioni pari a $-0,4\%$. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2013, si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Sud, 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 (2001-2013) sono nuovamente le Regioni del Sud ad evidenziare l'andamento di crescita più contenuto. La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione²⁶, nel 2013 è leggermente diminuita rispetto al 2012, anno in cui era, invece, rimasta sostanzialmente invariata.

Con riferimento alla spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo e al netto della mobilità (Tabella 4.8) si può notare come nel 2013 la variabilità interregionale della spesa 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.

La Tabella 4.9 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto della mobilità²⁷, in coerenza con quanto riportato nel precedente rapporto OASI (Armeni e Ferré, 2013). 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 23% nel 2012 (invariata rispetto all'anno precedente), mentre si attesta intorno all'8,6% nel caso della spesa sanitaria pro-capite (Tabella 4.7). Questo fatto dimostra che, se l'intensità di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non può dirsi per il peso dell'assistenza sanitaria pubblica rispetto al sistema produttivo di una Regione. La spesa sanitaria riflette in misura soltanto indiretta, infatti, il grado di sviluppo economico, anche per la presenza dei meccanismi di perequazione finanziaria interregionale. Assicurare livelli simili di prestazioni sarebbe più gravoso, in termini relativi, nelle Regioni a basso reddito se non si contassero tali meccanismi

²⁶ Deviazione standard/media.

²⁷ Come specificato in nota alla Tabella 4.8, per il 2012 ed il 2013 sono stati utilizzati i dati di mobilità interregionale programmata, come riportati nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2012 e del 2013.

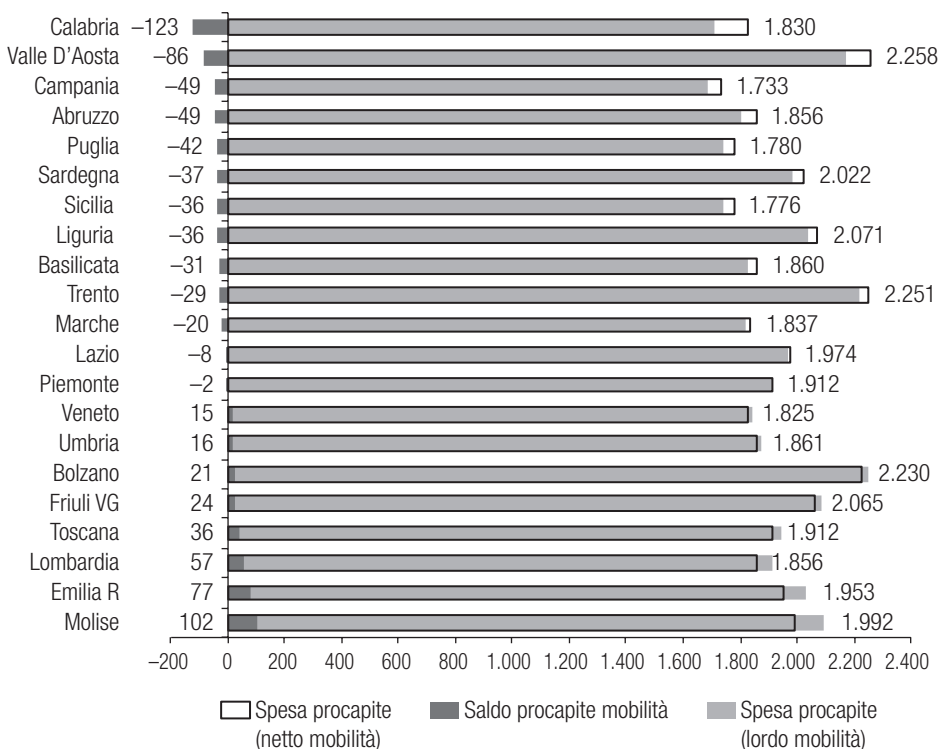
Tabella 4.8 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2013)**

	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità v.a. (Euro)	Mobilità 2013	Spesa 2013	Spesa netta 2013	Spesa netta 2013 procapite
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.					
Piemonte	1.910	101,8	1.912	101,9	-2,5	-10,8	8.354	8.365	1.912
Valle d'Aosta	2.171	115,7	2.258	120,3	-86,5	-11,1	278	289	2.258
Lombardia	1.913	101,9	1.856	98,9	57,0	557,9	18.734	18.177	1.856
Bolzano	2.251	119,9	2.230	118,8	20,8	10,6	1.147	1.136	2.230
Trento	2.221	118,4	2.251	119,9	-29,2	-15,5	1.178	1.194	2.251
Veneto	1.841	98,1	1.825	97,3	15,2	74,1	8.985	8.911	1.825
Friuli VG	2.089	111,3	2.065	110,0	23,7	28,9	2.553	2.524	2.065
Liguria	2.036	108,5	2.071	110,4	-35,7	-55,9	3.186	3.242	2.071
Emilia R	2.030	108,2	1.953	104,1	77,1	337,4	8.886	8.549	1.953
Toscana	1.948	103,8	1.912	101,9	36,2	133,9	7.194	7.060	1.912
Umbria	1.877	100,0	1.861	99,1	15,9	14,1	1.663	1.649	1.861
Marche	1.817	96,8	1.837	97,9	-20,1	-31,0	2.808	2.839	1.837
Lazio	1.965	104,7	1.974	105,2	-8,4	-46,7	10.922	10.968	1.974
Abruzzo	1.807	96,3	1.856	98,9	-48,5	-63,7	2.372	2.436	1.856
Molise	2.094	111,6	1.992	106,2	101,8	31,9	656	624	1.992
Campania	1.684	89,7	1.733	92,3	-49,2	-283,9	9.714	9.998	1.733
Puglia	1.738	92,6	1.780	94,8	-41,6	-168,6	7.041	7.210	1.780
Basilicata	1.829	97,5	1.860	99,1	-31,1	-17,9	1.054	1.072	1.860
Calabria	1.706	90,9	1.830	97,5	-123,1	-241,0	3.342	3.583	1.830
Sicilia	1.740	92,7	1.776	94,6	-36,5	-182,3	8.700	8.882	1.776
Sardegna	1.985	105,8	2.022	107,7	-36,7	-60,3	3.256	3.316	2.022
Totale	1.877	100,0	1.877	100,0	0,0	0,0	112.022	112.022	1.877
<i>Nord</i>	1.902	101,4	1.913	101,9	-10,9	915,67	53.301	52.386	1.913
<i>Centro</i>	1.917	102,1	1.928	102,7	-10,7	70,15	22.587	22.516	1.928
<i>Sud e isole</i>	1.743	92,9	1.800	95,9	-57,2	-985,82	36.134	37.120	1.800
Coef. Var.	8,6%	-	8,0%	-	-	-	-	-	-
Diff max/min	33,7%	-	30,3%	-	-	-	-	-	-

Nota: La mobilità interregionale è quella programmata, come riportata alla matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2012 e del 2013.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014)

Figura 4.5 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo ed al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale pro-capite (2013)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014)

perequativi. In genere, le Regioni del Sud presentano un valore superiore alla media, essenzialmente a causa del PIL, inferiore a quello delle Regioni del Centro e del Nord.

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle Aziende Sanitarie, si evidenziano rilevanti differenze a livello regionale. La Figura 4.6 illustra l'evoluzione del dato tra il 2000 e il 2013. La Tabella 4.10 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

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

Tabella 4.9 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2004-2013)**

Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*
Piemonte	6,17%	6,07%	6,08%	6,09%	6,34%	6,99%	6,83%	6,68%	6,84%	6,76%
Valle d'Aosta	5,79%	6,01%	6,25%	6,08%	6,23%	6,59%	6,58%	6,69%	6,74%	6,54%
Lombardia	4,52%	4,87%	4,91%	4,95%	4,98%	5,32%	5,29%	5,41%	5,50%	5,51%
Bolzano	6,04%	6,23%	6,13%	6,11%	6,19%	5,98%	6,01%	6,02%	6,02%	5,78%
Trento	5,94%	6,05%	6,14%	6,11%	6,33%	6,87%	6,91%	7,22%	7,42%	7,39%
Veneto	5,19%	5,48%	5,52%	5,45%	5,68%	6,02%	6,02%	5,87%	6,10%	6,13%
Friuli VG	5,81%	5,90%	5,67%	5,87%	6,32%	6,92%	6,78%	7,00%	7,11%	7,04%
Liguria	7,24%	7,20%	7,06%	7,02%	7,09%	7,60%	7,51%	7,50%	7,37%	7,40%
Emilia R	5,24%	5,36%	5,27%	5,24%	5,40%	5,88%	5,88%	5,75%	6,02%	6,11%
Toscana	5,97%	6,12%	6,12%	6,09%	6,23%	6,81%	6,70%	6,64%	6,78%	6,66%
Umbria	6,69%	6,87%	6,89%	6,77%	6,95%	7,64%	7,56%	7,68%	7,90%	7,87%
Marche	6,30%	6,31%	6,25%	6,18%	6,40%	6,85%	6,98%	6,92%	7,08%	7,17%
Lazio	6,39%	6,46%	6,61%	6,46%	6,53%	6,77%	6,64%	6,56%	6,63%	6,50%
Abruzzo	7,71%	8,50%	8,03%	8,14%	8,00%	8,50%	8,27%	8,02%	8,26%	8,09%
Molise	8,80%	10,67%	8,86%	8,91%	9,48%	9,83%	9,84%	9,71%	9,58%	9,72%
Campania	10,12%	10,86%	10,00%	10,14%	10,33%	10,88%	10,73%	10,69%	10,64%	10,49%
Puglia	8,57%	9,52%	9,26%	9,73%	10,13%	10,58%	10,53%	10,17%	10,28%	10,34%
Basilicata	9,06%	9,60%	9,18%	9,36%	9,68%	10,19%	10,47%	10,32%	10,29%	10,26%
Calabria	9,79%	9,86%	9,87%	10,92%	10,58%	11,23%	11,05%	10,93%	10,91%	10,77%
Sicilia	9,92%	9,90%	10,24%	9,86%	9,70%	10,16%	10,24%	10,44%	10,50%	10,44%
Sardegna	8,41%	9,03%	8,49%	8,47%	8,82%	9,54%	9,75%	9,95%	10,06%	10,03%
Totale	6,44%	6,71%	6,64%	6,65%	6,77%	7,21%	7,14%	7,10%	7,21%	7,18%

*Il dato 2013 del PIL è stimato.

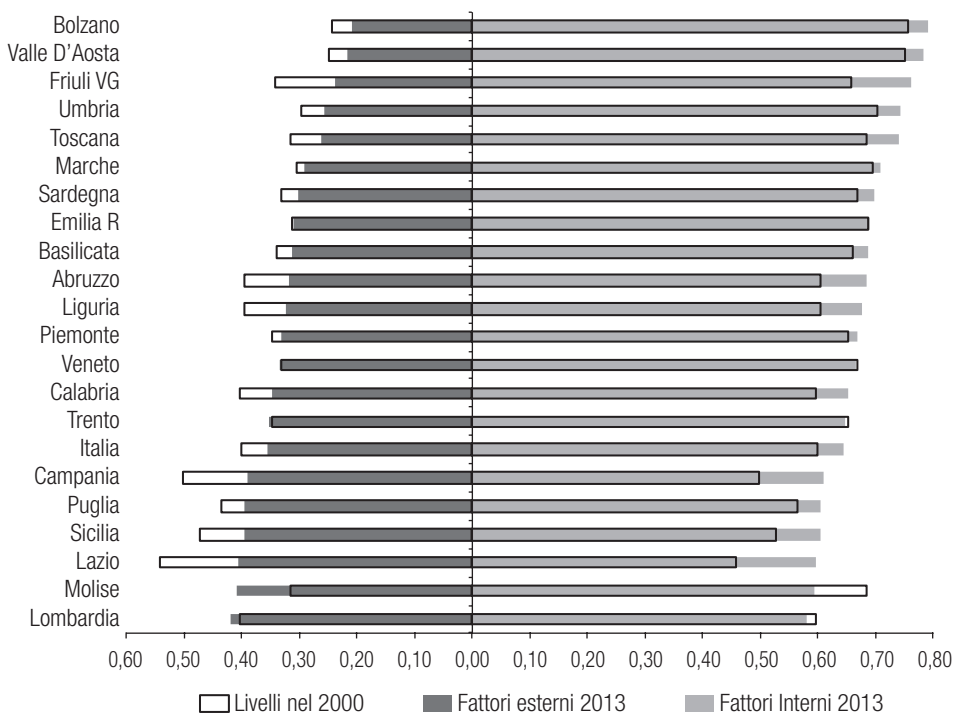
Nota: La mobilità interregionale 2012 e 2013 è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2012 e del 2013.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014), ISTAT (2014) FMI (2014)

strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). È interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente (Tabella 4.10), Lombardia, Lazio e – in parte – Puglia, Campania e Molise presentino incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre Sicilia e P.A. di Trento, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzino valori più elevati della media nazionale.

Un altro importante fenomeno, già riscontrato nei precedenti Rapporti OASI, è l'ulteriore accentuazione delle differenze regionali, dovuta anche alle diverse politiche di contenimento della spesa. Ad esempio, alcune Regioni hanno

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; 2013)**



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

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014)

adottato forme di distribuzione dei farmaci alternative a quella tradizionale, ovvero per tramite di farmacia aperta al pubblico, su ricettari SSN e con i margini alla distribuzione previsti dalla normativa (Jommi *et al.*, 2011).

Per quanto concerne la spesa farmaceutica (Tabella 4.11), nel 2013 i tetti di spesa territoriale e ospedaliera sono stati fissati rispettivamente al 11,35%²⁸ e al 3,5% delle assegnazioni regionali. I tetti sono stati modificati per il 2013, diminuendo

²⁸ Il tetto di spesa del 11,35% è riferito alla spesa farmaceutica territoriale, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta, delle compartecipazioni e della distribuzione diretta di farmaci in classe A, inclusa la distribuzione in nome e per conto e in sede di dimissione ospedaliera, al netto degli sconti a carico degli attori della filiera diversi dalle imprese produttrici. Rientra, quindi, nel budget per la spesa territoriale anche una parte di spesa non convenzionata (per la parte di distribuzione diretta e distribuzione per conto dei farmaci in classe A).

Tabella 4.10 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2013)**

Anno 2013	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Osp edaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)
Piemonte	34,2%	32,6%	5,7%	7,6%	6,2%	3,3%	10,5%	8.303
Valle d'Aosta	41,4%	36,8%	5,8%	6,8%	2,4%	0,6%	6,0%	274
Lombardia	27,5%	30,5%	4,8%	7,1%	11,6%	5,9%	12,7%	18.447
Bolzano	52,1%	26,9%	4,9%	4,0%	2,0%	0,5%	9,6%	1.137
Trento	36,2%	28,5%	5,2%	5,9%	4,8%	2,5%	17,0%	1.152
Veneto	30,9%	35,6%	6,2%	6,6%	5,7%	3,9%	11,2%	8.891
Friuli VG	37,8%	38,5%	5,2%	7,6%	2,6%	2,1%	6,3%	2.511
Liguria	34,9%	32,8%	5,2%	7,5%	5,3%	4,4%	10,0%	3.148
Emilia R	34,0%	34,8%	5,9%	6,1%	7,0%	2,0%	10,2%	8.795
Toscana	35,8%	38,1%	5,8%	6,2%	4,1%	2,2%	7,7%	7.065
Umbria	37,2%	37,1%	5,7%	8,1%	2,5%	1,1%	8,3%	1.641
Marche	35,9%	35,0%	6,3%	8,7%	3,8%	1,6%	8,7%	2.767
Lazio	26,3%	33,3%	5,6%	8,3%	11,7%	4,7%	10,2%	10.779
Abruzzo	32,8%	35,5%	6,4%	9,5%	5,2%	2,3%	8,3%	2.342
Molise	30,6%	28,6%	7,5%	7,2%	11,2%	7,0%	7,8%	649
Campania	29,6%	31,3%	6,7%	9,1%	8,6%	7,7%	7,0%	9.560
Puglia	28,7%	31,7%	7,4%	9,0%	10,5%	4,1%	8,5%	6.937
Basilicata	36,6%	32,1%	7,8%	7,9%	1,7%	3,6%	10,3%	1.028
Calabria	35,5%	29,7%	7,5%	9,4%	5,7%	3,6%	8,5%	3.331
Sicilia	33,5%	26,9%	6,9%	9,5%	8,2%	6,1%	8,9%	8.566
Sardegna	36,9%	32,9%	6,3%	9,4%	2,9%	3,7%	7,8%	3.201
Totale	31,8%	32,6%	6,0%	7,8%	7,7%	4,3%	9,8%	110.522
<i>Nord</i>	31,9%	32,8%	5,4%	6,9%	7,7%	4,0%	11,2%	52.657
<i>Centro</i>	31,3%	35,3%	5,8%	7,7%	7,6%	3,3%	9,1%	22.253
<i>Sud e isole</i>	32,0%	30,6%	7,0%	9,2%	7,7%	5,4%	8,2%	35.613

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2014)

Tabella 4.11 La spesa farmaceutica pubblica: territoriale e ospedaliera (2013) milioni di euro

Regione	FARMACEUTICA TERRITORIALE				FARMACEUTICA OSPEDALIERA			
	Farmaceutica territoriale (Fetto + Ticket + Diretta + Pay-back)	% Incidenza su FSR	Sfondamento (segno negativo)	% Variazione 2012/2013 (netto Pay-back)	Farmaceutica ospedaliera	% Incidenza	Sfondamento (segno negativo)	% Variazione 2012/2013
Piemonte	837,90	10,50	67,83	0,70	371,50	4,70	-94,85	4,60
Valle d'Aosta	23,10	10,30	2,35	-	6,80	3,00	1,13	6,80
Lombardia	1.810,20	10,40	165,35	-1,10	669,60	3,80	-52,86	7,80
Bolzano	69,90	8,10	28,05	0,30	37,90	4,40	-7,75	8,10
Trento	82,60	9,10	20,42	0,60	31,10	3,40	0,91	-8,70
Veneto	863,80	10,00	116,61	-1,20	340,30	3,90	-34,90	4,00
Friuli VG	234,80	10,70	14,26	-2,10	112,70	5,10	-35,36	12,70
Liguria	335,40	11,10	7,55	-1,90	132,50	4,40	-27,10	7,20
Emilia R	778,80	9,80	123,18	-2,90	365,70	4,60	-87,45	6,90
Toscana	736,90	10,90	30,42	-1,10	351,30	5,20	-114,85	11,70
Umbria	180,30	11,10	4,06	-0,70	76,20	4,70	-19,46	5,60
Marche	323,40	11,50	-4,22	1,00	113,50	4,00	-14,19	-4,30
Lazio	1.262,60	12,70	-134,21	-1,20	409,80	4,10	-59,97	8,80
Abruzzo	278,90	11,70	-8,34	-2,20	109,30	4,60	-26,14	18,70
Molise	65,80	11,50	-0,86	-1,90	22,50	3,90	-2,31	12,60
Campania	1.259,00	12,70	-133,83	1,80	366,30	3,70	-19,80	16,00
Puglia	908,60	12,80	-102,93	2,20	362,40	5,10	-113,69	6,70
Basilicata	117,00	11,30	0,52	0,70	41,30	4,00	-5,16	-1,20
Calabria	443,60	12,70	-47,15	3,50	130,60	3,70	-7,06	0,90
Sicilia	1.129,80	13,00	-143,40	-1,40	299,00	3,40	8,79	6,40
Sardegna	398,30	13,90	-73,07	-0,10	139,30	4,90	-39,80	4,80
Italia	12.140,70	11,40	-53,25	-0,40	4.489,50	4,20	-748,25	7,40

Nota:

- I dati di incidenza della spesa territoriale e della spesa ospedaliera sono considerate rispetto al riparto 2013. Eventuali disallineamenti tra il totale del tetto della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera come somma regionale e il valore Italia è dovuto ad arrotondamenti nell'indicazione della percentuale di incidenza rispetto all'assegnazione.
- Ai fini del calcolo degli sfondamenti sono stati utilizzati i dati del riparto come pubblicati dalla Corte dei Conti.
- Il dato di spesa territoriale è calcolato come somma di spesa convenzionata netta, partecipazioni e spesa per distribuzione diretta e distribuzione per conto dei soli farmaci in classe A. La spesa territoriale è riportata al netto del pay-back e al lordo dello sconto del 1,83% a carico delle imprese.

Fonte: Dati Corte dei Conti elaborazioni dati AIFA (2014)

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%).

La spesa territoriale al netto del pay-back è stata pari a 12.140 milioni di euro, in decrescita rispetto al livello 2012 (-0,4%). Il dettaglio regionale fornito dalla Corte dei Conti (2013) evidenzia, tuttavia, alcuni sfondamenti locali. In particolare, la spesa territoriale è stata superiore al tetto in tutte le Regioni del Sud, ad eccezione della Basilicata. Nel 2013 Sicilia, Lazio e Campania registrano gli scostamenti maggiori (+143 milioni di euro per la prima e +134 milioni di euro per le altre due Regioni). L'incidenza media della spesa farmaceutica territoriale sul FSR è dell'11,4%, dove P.A. di Bolzano e P.A. di Trento misurano i livelli più bassi (8,1% e 9,1%), mentre Sardegna e Sicilia misurano un'incidenza uguale o superiore al 13%.

La spesa ospedaliera assorbe il 4,2% delle assegnazioni per il 2013 ed è superiore rispetto al tetto assegnato (3,5%). Lo sfondamento complessivo registrato per il 2013 è di 748 milioni di euro, dove tutte le Regioni registrano sfondamenti del tetto ad esclusione di Valle d'Aosta, P.A. Trento e Sicilia.

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 sanitari²⁹. Con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le P.A. di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle Leggi Finanziarie per gli anni successivi.

Negli anni le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. A partire dai dati di consuntivo 2012, si registra una netta convergenza delle Regioni nell'entità dei disavanzi. Si ricorda, però, che è stata modificata la modalità di contabilizzazione delle coperture regionali (cfr. par. 4.2), il che spiega perché solo quattro regioni registrino un disavanzo, peraltro molto contenuto.

Di conseguenza, per il secondo anno il sistema sanitario evidenzia un risultato di avanzo contabile: per il 2012 era pari a 581 milioni di euro e, nel 2013, a 811 milioni di euro (con un incremento del +39,6%) (Tabella 4.12 e Tabella 4.4).

²⁹ In particolare l'art. 4 stabilisce che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati (...) sono coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...); variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».

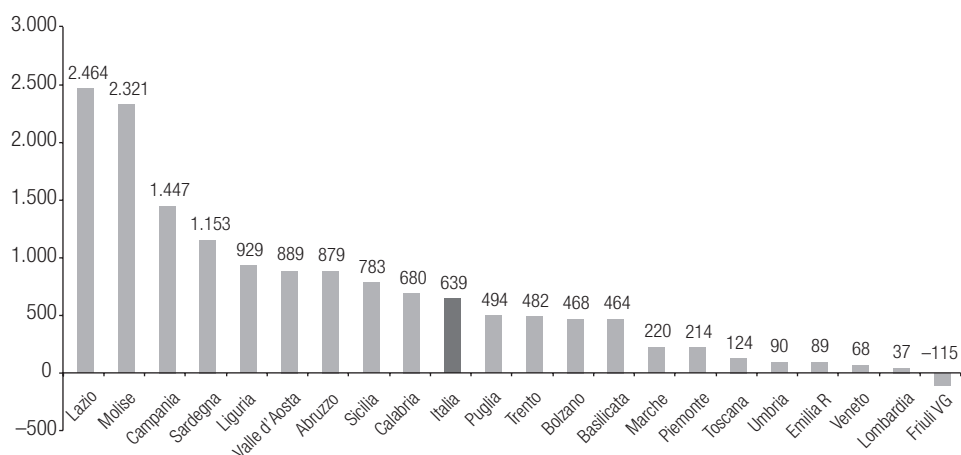
Tabella 4.12 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001; 2005-2013)**

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2001-2013
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	-2	-5	-22	-9	937
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	-2	-1	-5	114
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-22	-14	-3	-10	362
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	42	-18	239
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	190	-1	255
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-13	-162	-43	-26	332
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-15	-17	62	-2	-141
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	12	0	1.454
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-29	-55	10	-2	390
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	1	-3	456
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-19	-25	80
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	2	-21	-50	-38	339
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.031	775	-199	-258	13.692
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-47	-36	1.154
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	33	28	727
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	478	245	-150	-254	8.346
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	322	108	-7	3	2.001
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	28	31	-7	3	267
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	-44	-79	1.331
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	31	13	-322	-111	3.913
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	149	173	-18	31	1.892
Totale	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.709	3.658	3.364	2.196	1.262	-581	-811	38.141
<i>Nord</i>	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	17	-133	248	-74	3.942
<i>Centro</i>	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.041	728	-267	-324	14.568
<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	-562	-413	19.632

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 (2014)

Figura 4.7 **Finanziamento per i LEA (fabbisogno indistinto) e spesa sanitaria pubblica corrente al netto della mobilità (2013)**



Nota: 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 (2014)

La Figura 4.7 illustra l'incidenza del fabbisogno indistinto per i LEA e degli altri ricavi sulla spesa sanitaria pubblica corrente per i residenti. Questa misura indica il grado di copertura della spesa sanitaria attraverso il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato. A prescindere dal risultato di esercizio, quindi, questo indicatore permette di valutare quali Regioni riescono maggiormente a contenere la spesa nei limiti delle assegnazioni e quali, invece, fanno ricorso ad altre voci di ricavo (o al disavanzo) per integrarle. Escludendo le Regioni a Statuto speciale che hanno particolari regole di finanziamento, Liguria, Molise e Lazio e presentano i minori livelli di copertura (inferiori o uguali al 91%).

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 L.311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 2005 ed il 2006) hanno istituito una procedura di diffida e sottoscrizione dei documenti di PdR. Si rimanda al capitolo 3 del Rapporto Oasi 2010 (Armeni, 2010) per il dettaglio sulla procedura prevista per la sottoscrizione dei PdR.

I PdR erano articolati, inizialmente, sul triennio 2007-2009 ed erano finalizzati a coprire il disavanzo pregresso e ad individuare e definire le misure di intervento per governare le cause che, in maniera strutturale, avevano determinato,

nel corso degli anni, gli elevati livelli di disavanzo sanitario. Imporre interventi strutturali avrebbe dovuto consentire non solo il recupero del disavanzo pregresso, ma soprattutto il cambiamento verso la gestione sostenibile del sistema sanitario, ponendo le condizioni per operare in equilibrio di bilancio a partire dal 2010. Sette Regioni (Liguria, Abruzzo, Lazio, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna) avevano sottoscritto il PdR nel 2007, altre hanno seguito in tempi più recenti con piani triennali di minor complessità (Calabria a fine 2009; Piemonte e Puglia nella seconda metà del 2010).

Nel corso del 2010 si sono conclusi, con esiti diversi (Armeni e Ferré, 2012), i percorsi previsti per il riequilibrio della Regione Liguria e per lo svincolo di somme rimaste sospese per il mancato rispetto degli obiettivi di copertura di disavanzi sanitari pregressi da parte della Regione Sardegna. Delle otto Regioni ancora sotto PdR, tutte hanno scelto di proseguire nella gestione dei Piani di Rientro, predisponendo dei Programmi Operativi Regionali (PO) per il biennio 2010-2012³⁰ e, nel corso del 2013, sono state trasmesse le proposte di rinnovo dei PO per il biennio 2013-2015 da tutte le Regioni escluso l'Abruzzo. A luglio 2013 cinque risultano le Regioni commissariate: Abruzzo, Lazio, Molise, Campania e Calabria. Si veda il capitolo 10 del presente Rapporto per una disamina dei Piani Operativi Regionali e dei loro impatti sulle politiche inerenti gli acquisti e il personale.

Con riferimento alle forme di copertura previste dalla L. 405/2001 e dall'Accordo tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2004, un primo provvedimento è rappresentato dalle misure fiscali, ed in particolare dalle addizionali IRPEF, IRAP e sul Bollo auto. Per quanto concerne l'addizionale regionale all'IRPEF l'aliquota base è pari a 1,23% (0,9%, a cui è stato aggiunto un aumento dello 0,33% nel 2012³¹). Per le Regioni sottoposte a PdR che non raggiungono gli obiettivi fissati nei rispettivi piani, scatta l'applicazione automatica dell'aliquota massima pari all'1,73%, con un ulteriore incremento, dal 2013, dello 0,30% (art.2, comma 6 D.lgs 120/2013)³².

³⁰ 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.

³¹ 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, stabilita nell'1,23%.

³² 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 dei singoli esercizi e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, la riduzione delle maggiorazioni (IRPEF e IRAP).

Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF superiori alla minima sono attualmente presenti in 14 Regioni³³ (come nel 2012 e nel 2013). Le uniche variazioni intervenute nel 2014 riguardano: aumento aliquota minima in Puglia (da 1,33 a 1,53%); modifica aliquota minima e massima in Piemonte (da 1,23% -1,73% nel 2013 a 1,62% - 2,33% nel 2014); ridefinizione base imponibile in Liguria; aumento aliquota massima in Umbria, Lazio e Molise (+0,40%, +0,60% e 0,30% rispettivamente); introduzione degli scaglioni in Abruzzo con introduzione aliquota minima pari a 1,53% a fronte di un'aliquota unica vigente nel 2013 (Tabella 4.13).

Le Regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, PA Bolzano, Friuli VG, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche) insieme a Lazio, Abruzzo, Molise e Puglia hanno optato per un'aliquota progressiva, mentre quelle meridionali (Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) insieme a Valle d'Aosta, Vento e PA Trento per un'aliquota proporzionale. Rispetto all'entità delle addizionali, nel 2014 il Molise e il Lazio registrano il livello più alto con 2,33% (aliquota per i redditi superiori ai 75.000 euro in Molise e a tutti i redditi superiori ai 15.000 in Lazio). Campania e la Calabria seguono con un'aliquota del 2,03%.

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota ordinaria del 3,9%³⁴, ma viene conferita in capo alle Regioni la facoltà di variare tale aliquota fino ad un massimo di 0,92 punti percentuali (4,82% aliquota ordinaria massima). 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 PdR³⁵. 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 (soggetti che operano nel settore agricolo). Per il 2014, le Regioni del Sud fanno registrare aliquote superiori all'aliquota base per effetti dei deficit pregressi. In particolare, Campania, Cala-

³³ Informazione aggiornata al 21 luglio 2014.

³⁴ 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%.

³⁵ 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 (legge Finanziaria 2005) e successive modifiche ed integrazioni.

Tabella 4.13 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2014)**

	2014		Differenza rispetto al 2013
	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Piemonte	fino a 15.500,00	1,62	Nuova aliquota minima
	da 15.500,01 a 28.000,00	2,13	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	
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	1,23	–
Lombardia	fino a 15.493,71	1,23	–
	da 15.493,71 a 30.987,41	1,63	
	oltre	1,73	
Bolzano	oltre 15.000,00	1,23	–
Trento	per tutti i redditi	1,23	–
Veneto	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 20.000,00	1,23	Modifica scaglione
	oltre 20.000,00	1,73	Modifica scaglione
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,43	–
	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,53	
	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,63	
	superiori a 25.000,00	1,73	
Toscana	fino a 15.000,00	1,43	–
	oltre 15.000,00	1,73	–
Umbria	fino a 15.500,00	1,23	–
	da 15.500,01 a 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 15.500,00	1,23	–
	da 15.500,01 a 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	
Lazio	fino a 15.500,00	1,73	Introduzione scaglioni e aumento aliquota massima
	superiori a 15.000,00	2,33	
Abruzzo	fino a 15.000,00	1,54	Introduzione scaglioni
	da 15.000,00 a 28.000,00	1,66	
Molise	oltre	1,73	Introduzione scaglioni e aumento aliquota massima
	fino a 15.500,00	1,73	
	da 15.500,01 a 28.000,00	1,93	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,13	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	
Campania	oltre 75.000,00	2,33	–
	per tutti i redditi	2,03	
Puglia	fino a 28.000,00	1,53	Nuova aliquota minima
	oltre 28.000,00	1,73	–
Basilicata	per tutti i redditi	1,23	–
Calabria	per tutti i redditi	2,03	–
Sicilia	per tutti i redditi	1,73	–
Sardegna	per tutti i redditi	1,23	–

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2014)

bria e Molise continuano ad applicare l'aliquota massima del 4,97% (pari a 4,82% + 0,15%), anche Sicilia, Puglia insieme al Lazio 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.A. di Bolzano applicano l'aliquota ordinaria del 3,9%. Tra il 2013 e il 2014 si registra un aumento dell'aliquota ordinaria in Sardegna (-0,12 punti, passando da 1,17% a 1,05%) e Abruzzo (-0,56 punti, da 4,82% a 4,26%), mentre un aumento in P.A. Trento (0,46 punti, da 2,98% a 3,44%).

Infine, le Regioni sottoposte a PdR possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto. Si rimanda al capitolo 3 del Rapporto Oasi 2009 (Armeni, 2009) per il dettaglio dei provvedimenti normativi. Per il 2014 sono confermati, su tutto il territorio nazionale, gli importi di tariffa in vigore per l'anno precedente. Con riguardo sia alle vetture sia ai motocicli (oltre che per il rimanente parco veicoli) vi sono marcate differenze tariffarie da Regione a Regione. Le scelte regionali possono essere ricondotte alle seguenti fattispecie:

- ▶ la prima, costituita dalle Regioni nelle quali si applica la tariffa base (2,58 euro a kw, vetture euro 4 con potenza fino a 100 kw), così come prevista dalla Finanziaria 2007: Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, PA Trento, Umbria;
- ▶ la seconda, composta dalle Regioni in cui si applica la maggiorazione del 10%: Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria e Veneto;
- ▶ la terza comprende la sola Regione Marche, che applica una maggiorazione del 7,98%;
- ▶ la quarta riguarda il Molise, che applica un incremento pari al 7%;
- ▶ la quinta riguarda la PA di Bolzano che dal 2009 applica su tutti i veicoli una riduzione del 10% sulla tariffa base, come previsto dalla Finanziaria 2007;
- ▶ la sesta riguarda la Toscana, che dal 2009 applica nuove esenzioni pluriennali per taluni veicoli a doppia alimentazione, nonché riduzioni tariffarie per veicoli appartenenti alla classe ambientale Euro 4 o Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle partecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero ticket sul pronto soccorso, specialistica e partecipazioni alla spesa farmaceutica. Rispetto al ticket sul pronto soccorso, non si registrano variazioni rispetto a quanto riportato nel Rapporto 2011, al quale, pertanto, si rinvia.

Una terza misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dall'Accordo del 16/12/2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione. La Regione Lazio è stata la prima a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Non sono invece riconosciute come forme di copertura

Tabella 4.14 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate**

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

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

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 4.14 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni³⁶.

³⁶ 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).

Bibliografia

- Anessi Pessina E. e Sicilia M. (2010), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, 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. (2013), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, EGEA.
- CIPE (2013), Proposta riparto fondo sanitario nazionale 2013, Ministero Salute, Dipartimento Programmazione e Ordinamento SSN, DG Programmazione Sanitaria 19 Dicembre 2013.
- Cantù, E. (2012) «I modelli economici ministeriali», Ragiusan, Fascicolo Monografico «*Principi contabili e nuovo bilancio delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale*», n. 344.
- Corte dei Conti (2013), Giudizio sul Rendiconto Generale dello Stato per l'Esercizio 2012, udienza 27 giugno 2013.
- ISTAT (2013), *Statistiche demografiche*, <http://demo.istat.it/pop2012/index.html> (ultimo accesso, 16 Luglio 2014).
- Jommi C. e Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Jommi C., Armeni P., De Luca C., Otto M. e Vella V. (2011), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica e il suo impatto sulla spesa», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato (2013), Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze, ww.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/attivit-monitoraggio-RGS/2014/.
- Osservatorio Farmaci – CER GAS Bocconi (2014), *Report 33, annuale per il 2013*.