

**Collana CERGAS**

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

**Rapporto OASI 2010****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

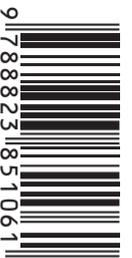
- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliero-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

**Elena Cantù** si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È coordinatrice di OASI.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer  
Ingelheim**

ISBN 978-88-238-5106-1



9 788823 851061

[www.egeaonline.it](http://www.egeaonline.it)

**Rapporto OASI 2010**

a cura di  
**Elena Cantù**

# Rapporto OASI 2010

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

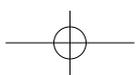
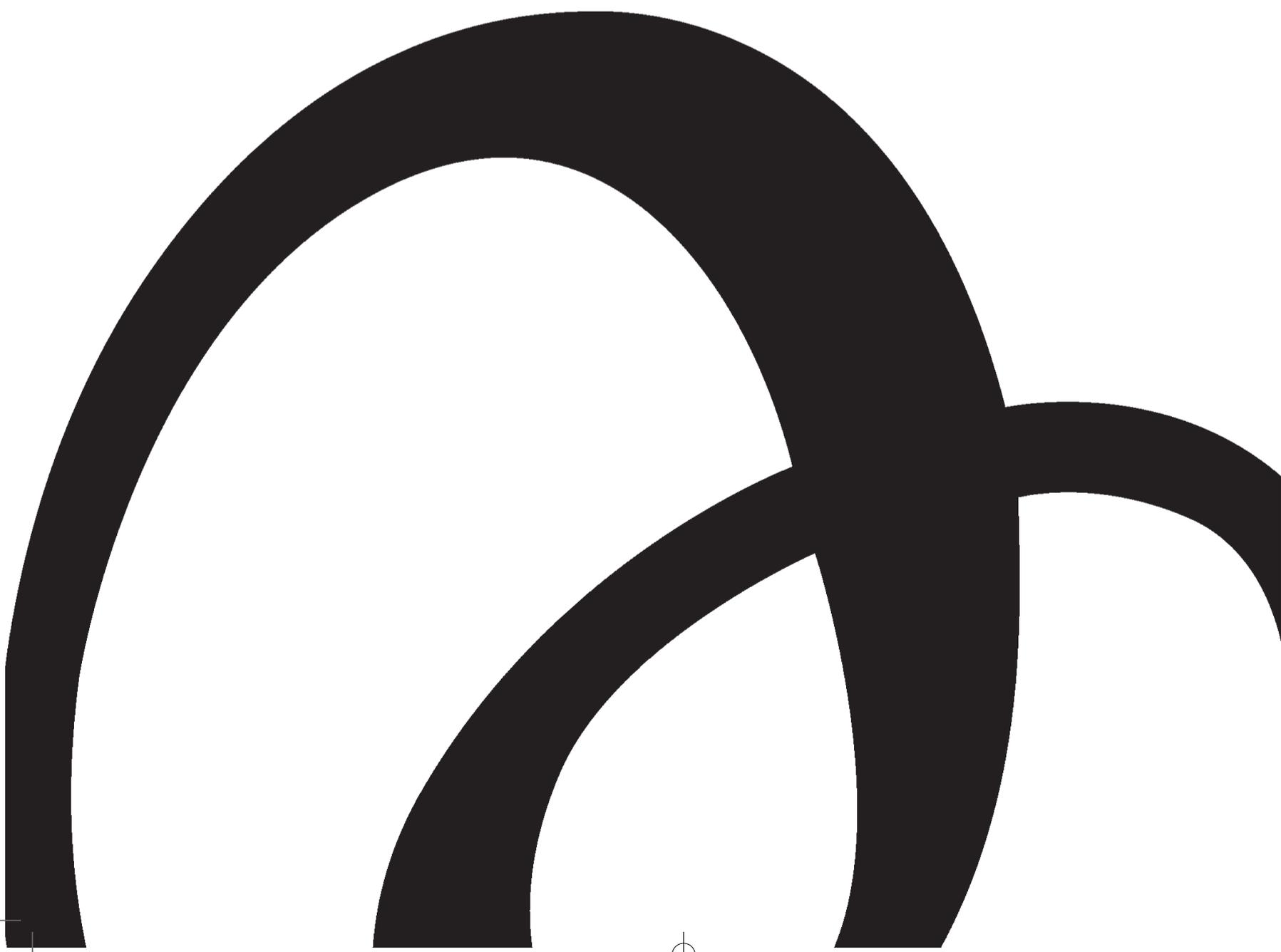
Elena Cantù

SDA Bocconi



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

 **Egea**



## 3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

di Patrizio Armeni

### 3.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati relativi alla spesa sanitaria nazionale e regionale, i dati dei disavanzi regionali e le misure decise a livello centrale e dalle Regioni a parziale copertura di tali disavanzi. I dati nazionali sono confrontati con quelli degli altri Paesi UE (Unione Europea), inclusi i Paesi che hanno fatto il loro ingresso nell'Unione nel Maggio 2004, di altri Paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extra-europei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone). Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria, si rimanda all'Allegato al capitolo 3 del Rapporto 2009 (Armeni, 2009). Per questo capitolo, i dati di spesa sanitaria pubblica sono tratti dal Rapporto Sanità della RGSEP (Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese) nella versione disponibile sul sito del Ministero dell'Economia e delle Finanze (ultimo accesso, 22 luglio 2010).

### 3.2 I confronti internazionali

Il Database OCSE 2010 copre, per la maggior parte dei Paesi, il periodo compreso tra il 1960 ed il 2008, mentre sono presenti i dati 2009 solo per alcuni Paesi. In alcuni casi i dati 2008 sono ancora provvisori o non completi.

Ai fini di una lettura più consapevole e critica dei dati di comparazione internazionale qui di seguito presentati, si osserva che:

- ▶ le grandezze monetarie sono state convertite in \$ PPA (Parità dei Poteri di Acquisto<sup>1</sup>), con riferimento al PIL. Le serie storiche così calcolate sono soggette a frequenti *reworking*, pertanto i valori anche di anni lontani potranno differire, anche se in misura non qualitativamente rilevante, rispetto a quelli

<sup>1</sup> Le PPA sono strumenti di conversione di dati, espressi in valuta nazionale, che incorporano i differenziali di potere d'acquisto delle valute stesse.

riportati nei precedenti Rapporti. A tale proposito, si osserva che esistono PPA specifiche per la spesa sanitaria (ed anche per alcune classi di spesa sanitaria, quali la spesa farmaceutica), ma queste ultime non vengono aggiornate con frequenza annuale;

- ▶ i valori per l'UE sono stati ottenuti come media ponderata dei valori di ciascun Paese, con riferimento all'aggregato UE-15. Ad esempio, la spesa media sanitaria procapite UE è stata calcolata rapportando la spesa di tutti i quindici Paesi UE (convertita in \$ PPA) alla popolazione complessiva dell'UE-15. Non sono stati inseriti nella media i nuovi Paesi entrati nel Maggio 2004, in quanto le relative serie storiche risultano meno complete. Si è comunque ritenuto opportuno confrontare i dati di tali Paesi con quelli dei quindici già presenti;
- ▶ per spesa sanitaria «pubblica» si intende la spesa finanziata attraverso fondi pubblici (ossia tributi prelevati dagli enti pubblici territoriali e contributi di schemi assicurativi sociali), mentre la spesa privata include schemi assicurativi privati (ovvero volontari), compartecipazioni alla spesa, pagamenti diretti da parte del paziente. Per l'Italia nella spesa sanitaria pubblica è compresa tutta la spesa delle Aziende Sanitarie e la spesa per la sanità sostenuta da altri enti pubblici, inclusa la spesa del Ministero della Salute;
- ▶ mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle Aziende Sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da analisi campionarie dei consumi delle famiglie, con una conseguente minore attendibilità, rispetto a quelli di spesa pubblica.
- ▶ la spesa pubblica e quella privata comprendono le spese correnti e le spese per investimenti. Si sottolinea come la quota della spesa per investimenti risulti molto variabile da Paese a Paese: ad esempio, nel 2008 l'incidenza della spesa per investimenti sulla spesa sanitaria nell'UE-15 è compresa, con riferimento alla spesa totale (pubblica + privata), tra l'8,2% dell'Olanda e il 2,7% della Francia<sup>2</sup>, e con riferimento alla sola componente di spesa pubblica, tra il 5,2% della Finlandia e il 2,4% di Francia e Italia<sup>3</sup>;
- ▶ i dati di alcuni Paesi non sono completi<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> I dati 2008 sono incompleti. Al riguardo, non è stato riportato il valore del Belgio, che presenterebbe una spesa corrente pari al 100% della spesa sanitaria complessiva, in quanto segnalato come dato provvisorio.

<sup>3</sup> Anche in questo caso, i dati 2008 sono incompleti. Si segnala, inoltre che, a causa di tale incompletezza non è possibile aggiornare il dato della Grecia, che nel 2007 aveva fatto registrare il valore più basso di spesa pubblica per investimenti rispetto alla spesa sanitaria pubblica totale (0,8%).

<sup>4</sup> In generale, i dati della Germania antecedenti al 1992, e segnatamente il 1991, non sono stati utilizzati, in quanto non affidabili. A volte è presente il dato del 1990. Lo split della spesa sanitaria complessiva tra componente pubblica e privata non è disponibile per il 2008 in alcuni Paesi (Danimarca, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Australia e Giappone). Per la Repubblica Slovacca la serie storica della spesa sanitaria complessiva parte dal 1997. Il mix pubblico/privato della spesa sanitaria complessiva non è disponibile, oltre che per i Paesi e gli anni sopra citati, per il Belgio nel periodo 1990-1994.

Tabella 3.1 Spesa sanitaria totale procapite – \$ PPA (1990; 1995; 2000; 2005; 2008; 2005-2008)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	Var % media (1990-2008)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2008)
<b>UE(15)</b>											
Austria	1.623	2.239	2.862	3.472	3.629	3.792	3.970	5,1%	6,6%	5,4%	4,6%
Belgio	1.354	1.914	2.481	3.154	3.174	3.452	3.677	5,7%	7,2%	6,3%	5,1%
Danimarca	1.540	1.869	2.383	3.152	3.381	3.540	n.d.	n.d.	3,9%	6,2%	n.d.
Finlandia	1.363	1.479	1.855	2.590	2.710	2.900	3.008	4,5%	1,6%	5,9%	6,3%
Francia	1.445	2.101	2.553	3.306	3.425	3.593	3.696	5,4%	7,8%	5,3%	4,4%
Germania	1.764	2.267	2.669	3.353	3.471	3.619	3.737	4,3%	5,1%	4,3%	4,2%
Grecia	845	1.261	1.451	2.352	2.547	2.687	n.d.	n.d.	8,3%	6,8%	n.d.
Irlanda	789	1.187	1.763	2.924	3.094	3.361	3.793	9,1%	8,5%	11,8%	9,0%
Italia	1.356	1.532	2.064	2.516	2.662	2.701	2.870	4,3%	2,5%	7,8%	3,7%
Lussemburgo	n.d.	1.906	2.557	4.021	4.210	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7,5%	n.d.
Olanda	1.412	1.795	2.340	3.450	3.613	3.844	4.063	6,0%	4,9%	7,3%	6,9%
Portogallo	628	1.014	1.511	2.100	2.151	n.d.	n.d.	n.d.	10,1%	9,1%	n.d.
Spagna	870	1.190	1.538	2.268	2.477	2.658	2.902	6,9%	6,5%	6,6%	8,5%
Svezia	1.592	1.741	2.286	2.958	3.113	3.349	3.470	4,4%	1,8%	7,6%	4,7%
Regno Unito	960	1.347	1.837	2.701	2.884	2.990	3.129	6,8%	7,0%	8,3%	6,6%
<b>Totale UE (15)</b>	<b>1.299</b>	<b>1.738</b>	<b>2.193</b>	<b>2.908</b>	<b>3.053</b>	<b>3.127</b>	<b>3.145</b>	<b>5,0%</b>	<b>6,0%</b>	<b>6,2%</b>	<b>4,3%</b>

Tabella 3.1 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	Var % media (1990-2008)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2008)
<b>UE (nuovi Paesi)</b>											
Repubblica Ceca	558	897	982	1.475	1.520	1.621	1.781	6,7%	10,0%	3,8%	7,4%
Ungheria	n.d.	658	853	1.411	1.450	1.395	1.437	n.d.	n.d.	8,1%	5,8%
Polonia	289	410	583	857	912	1.049	1.213	8,3%	7,2%	9,4%	9,5%
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	604	1.139	1.318	1.569	1.738	n.d.	n.d.	n.d.	14,7%
<b>Altri paesi europei</b>											
Norvegia	1.366	1.858	3.043	4.301	4.501	4.791	5.003	7,5%	6,3%	11,9%	6,3%
Svizzera	2.028	2.563	3.221	4.015	4.150	4.469	4.627	4,7%	4,8%	6,0%	4,4%
<b>Altri paesi non europei</b>											
Australia	1.201	1.607	2.266	2.980	3.168	3.353	n.d.	n.d.	6,0%	8,2%	n.d.
Canada	1.735	2.056	2.519	3.456	3.690	3.867	4.079	4,9%	3,5%	5,9%	5,9%
Giappone	1.122	1.549	1.969	2.474	2.580	2.729	n.d.	n.d.	6,7%	6,1%	n.d.
Stati Uniti	2.810	3.748	4.703	6.563	6.931	7.285	7.538	5,6%	5,9%	6,2%	5,9%

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2010)

- ▶ per l'Italia i dati OCSE non coincidono con quelli riportati nelle tabelle nazionali per le elaborazioni compiute dall'ISTAT (cfr. Allegato al capitolo 3 del Rapporto OASI 2009), nonché, per i valori pro capite, in funzione della conversione in \$ PPA. Inoltre i dati nazionali per l'Italia si riferiscono alla sola spesa corrente;
- ▶ il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (*Compound average growth rate*), ovvero come tasso di crescita annuale composto. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a:  $(\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{1/3} - 1$ .

La spesa sanitaria totale procapite in Italia nel 2008 (Tabella 3.1) risulta del 9% circa inferiore al dato complessivo UE, come risultato di un tasso di crescita medio, tra il 1990 e il 2008, di 0,7 punti percentuali minore rispetto alla media dei quindici Paesi. Il valore UE-15 è a sua volta più basso sia rispetto agli altri Paesi europei a più alto reddito (Norvegia e Svizzera), sia a gran parte dei principali Paesi extra-europei, con la rilevante eccezione del Giappone (rispetto a quest'ultimo Paese, tuttavia, il confronto è fermo al 2007). In particolare, gli Stati Uniti mostrano di gran lunga il più elevato dato di spesa sanitaria procapite, pari a 7.538 \$ PPA, maggiore del +140% rispetto alla media dell'UE-15. Nei nuovi Paesi UE, invece, la spesa procapite è decisamente più bassa (in media -51%). Tale fenomeno è da ascrivere, almeno in parte, alle minori disponibilità economiche. Infatti, se si considera l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL (Tabella 3.2), il differenziale tra nuovi e vecchi Paesi UE si abbassa sensibilmente (-21% in media), in quanto si rapporta la spesa sanitaria alle disponibilità economiche della popolazione. Peraltro, rimangono differenze consistenti, legate all'elevata elasticità rispetto al reddito della domanda di prestazioni sanitarie: i Paesi proporzionalmente più ricchi tendono a spendere una quota di reddito maggiore per prestazioni sanitarie rispetto ai Paesi più poveri e l'aumento della spesa sanitaria è nel tempo più che proporzionale rispetto a quello del reddito. Anche con riferimento all'incidenza della spesa sanitaria sul PIL spicca il dato degli Stati Uniti, in cui la spesa sanitaria rappresenta il 16% del prodotto interno lordo, anche a causa dell'elevata incidenza dei costi di transazione con il sistema assicurativo.

Con riferimento alla spesa procapite pubblica, invece, l'Italia presentava al 2007 un dato inferiore del 9,6% circa al valore UE<sup>5</sup>, mentre nel 2008 tale differenza si è ridotta al 3,8%. Tale differenza è dovuta in parte alla crescita della spesa pubblica procapite in Italia nel 2008 (+7,5%) e in parte alla variazione quasi nulla (+1%) del valore medio UE-15. Osservando i tassi di crescita medi annui, emerge con chiarezza la suddivisione in periodi di espansione e di conte-

<sup>5</sup> Nel precedente Rapporto OASI tale valore era pari all'11% per il 2007. La differenza è dovuta alle rielaborazioni che l'OCSE compie sulle serie storiche, in particolare a causa dell'aggiornamento dei valori di conversione in \$ PPA.

Tabella 3.2 **Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL (1990; 1995; 2000; 2005-2008)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
<b>UE(15)</b>							
Austria	8,3	9,5	9,9	10,4	10,3	10,3	10,5
Belgio	7,2	8,5	9,0	9,8	9,5	10,0	10,2
Danimarca	8,3	8,1	8,3	9,5	9,6	9,7	n.d.
Finlandia	7,7	7,9	7,2	8,4	8,4	8,2	8,4
Francia	8,4	10,4	10,1	11,1	11,1	11,0	11,2
Germania	8,3	10,1	10,3	10,7	10,5	10,4	10,5
Grecia	6,6	8,6	7,9	9,5	9,7	9,7	n.d.
Irlanda	6,1	6,6	6,1	7,5	7,5	7,5	8,7
Italia	7,7	7,3	8,1	8,9	9,0	8,7	9,1
Lussemburgo	5,4	5,6	5,8	7,7	7,2	n.d.	n.d.
Olanda	8,0	8,3	8,0	9,8	9,7	9,7	9,9
Portogallo	5,9	7,8	8,8	10,2	9,9	n.d.	n.d.
Spagna	6,5	7,4	7,2	8,3	8,4	8,4	9,0
Svezia	8,2	8,0	8,2	9,2	9,1	9,1	9,4
Regno Unito	5,9	6,8	7,0	8,3	8,5	8,4	8,7
<b>Totale UE (15)</b>	<b>7,5</b>	<b>8,6</b>	<b>8,7</b>	<b>9,6</b>	<b>9,6</b>	<b>9,3</b>	<b>9,2</b>
<b>UE (nuovi Paesi)</b>							
Repubblica Ceca	4,7	7,0	6,5	7,2	7,0	6,8	7,1
Ungheria	n.d.	7,3	7,0	8,3	8,1	7,4	7,3
Polonia	4,8	5,5	5,5	6,2	6,2	6,4	7,0
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	5,5	7,0	7,3	7,7	7,8
<b>Altri paesi europei</b>							
Norvegia	7,6	7,9	8,4	9,1	8,6	8,9	8,5
Svizzera	8,2	9,6	10,2	11,2	10,8	10,6	10,7
<b>Altri paesi non europei</b>							
Australia	6,7	7,2	8,0	8,4	8,5	8,5	n.d.
Canada	8,9	9,0	8,8	9,9	10,0	10,1	10,4
Giappone	6,0	6,9	7,7	8,2	8,1	8,1	n.d.
Stati Uniti	12,2	13,6	13,4	15,4	15,5	15,7	16,0

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2010)

Tabella 3.3 Spesa sanitaria pubblica procapite – \$ PPA (1990; 1995; 2000; 2005; 2006; 2007; 2008; 2005-2008)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	Var % media (1990-2008)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2008)
<b>UE (15)</b>											
Austria	1.191	1.655	2.199	2.644	2.758	2.897	3.053	5,4%	6,8%	6,0%	4,7%
Belgio	n.d.	1.452	n.d.	2.377	2.407	2.538	2.668	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danimarca	1.274	1.542	1.964	2.639	2.843	2.991	n.d.	n.d.	3,9%	6,2%	n.d.
Finlandia	1.103	1.065	1.318	1.903	2.023	2.160	2.233	4,0%	-0,7%	5,8%	6,8%
Francia	1.107	1.674	2.027	2.620	2.685	2.813	2.875	5,4%	8,6%	5,3%	4,1%
Germania	1.344	1.852	2.130	2.577	2.661	2.776	2.869	4,3%	6,6%	3,7%	3,7%
Grecia	454	656	871	1.414	1.580	1.622	n.d.	n.d.	7,6%	10,2%	n.d.
Irlanda	566	863	1.328	2.241	2.362	2.581	2.918	9,5%	8,8%	12,8%	9,2%
Italia	1.078	1.084	1.497	1.917	2.038	2.062	2.216	4,1%	0,1%	8,9%	4,2%
Lussemburgo	n.d.	1.762	2.283	3.625	3.825	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6,4%	n.d.
Olanda	947	1.275	1.476	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6,1%	4,7%	n.d.
Portogallo	411	635	1.097	1.507	1.539	n.d.	n.d.	n.d.	9,1%	12,1%	n.d.
Spagna	685	859	1.101	1.601	1.766	1.909	2.105	6,4%	4,6%	6,3%	8,8%
Svezia	1.431	1.509	1.941	2.415	2.539	2.738	2.841	3,9%	1,1%	6,3%	4,8%
Regno Unito	803	1.129	1.456	2.212	2.361	2.451	2.585	6,7%	7,1%	7,2%	7,1%
<b>Totale UE (15)</b>	<b>977</b>	<b>1.349</b>	<b>1.628</b>	<b>2.128</b>	<b>2.233</b>	<b>2.283</b>	<b>2.304</b>	<b>4,9%</b>	<b>6,7%</b>	<b>5,3%</b>	<b>4,1%</b>

Tabella 3.3 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	Var % media (1990-2008)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2008)
<b>UE (nuovi Paesi)</b>											
Repubblica Ceca	544	815	887	1.288	1.318	1.381	1.470	5,7%	8,4%	3,6%	6,1%
Ungheria	n.d.	553	603	1.020	1.053	982	1.021	n.d.	n.d.	3,9%	6,2%
Polonia	265	299	409	594	638	743	876	6,9%	2,4%	9,0%	9,6%
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	540	848	901	1.049	1.199	n.d.	n.d.	n.d.	10,6%
<b>Altri paesi europei</b>											
Norvegia	1.131	1.565	2.510	3.593	3.771	4.029	4.213	7,6%	6,7%	11,8%	6,4%
Svizzera	1.062	1.373	1.785	2.388	2.454	2.640	2.736	5,4%	5,3%	7,3%	4,9%
<b>Altri paesi non europei</b>											
Australia	795	1.057	1.514	1.993	2.110	2.263	n.d.	n.d.	5,9%	8,4%	n.d.
Canada	1.293	1.466	1.772	2.431	2.581	2.719	2.863	4,5%	2,5%	5,5%	5,9%
Giappone	871	1.286	1.600	2.046	2.097	2.234	n.d.	n.d.	8,1%	5,7%	n.d.
Stati Uniti	1.102	1.683	2.032	2.916	3.139	3.317	3.507	6,6%	8,8%	5,8%	6,7%

**Nota:** Il valore UE - 15 per il 2008 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto della non disponibilità di dati per quattro Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2010)

nimento della spesa sanitaria pubblica. In particolare, per l'Italia il tasso di variazione medio è costantemente più basso della media nella prima metà degli anni '90 e nel quadriennio 2001-2005. Dal 1995 al 2001, anni di espansione della spesa sanitaria pubblica, il tasso di crescita medio in Italia è stato, invece, superiore a quello UE (8,9% rispetto al 5,3%), mentre negli ultimi 8 anni il tasso di crescita medio italiano è risultato leggermente superiore rispetto alla media UE (4,2% vs 4,1%). (Tabella 3.3). Attualmente, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (Tabella 3.4) è in Italia (7% nel 2008) leggermente superiore rispetto al valore UE (7% vs 6,7% nel 2008). Fino al 2003, la distanza in negativo tra valore UE e Italia era consistente. Successivamente, in seguito alla notevole espansione della spesa sanitaria pubblica nella seconda metà degli anni '90 (ed in particolare nel biennio 2000-2001) e alla contestuale inferiore crescita del PIL, i dati sembrano essersi allineati, fino al 2008 in cui l'Italia, come osservato, ha fatto registrare un dato superiore rispetto alla media.

La copertura pubblica della spesa sanitaria (Tabella 3.5) dipende ovviamente dalle scelte sui modelli di sistema sanitario, dal livello di garanzia sostanziale delle prestazioni da parte dei sistemi pubblici (ad esempio, rilevanti tempi di attesa possono generare il ricorso a prestazioni a carico del paziente) e dalle politiche di contenimento della spesa (esclusione di prestazioni sanitarie dagli schemi assicurativi pubblici, aumento delle compartecipazioni alla spesa). Tale copertura risulta più bassa negli USA, dove i programmi pubblici di assistenza coprono una parte limitata della popolazione (peraltro la copertura pubblica anche negli Stati Uniti risulta in lenta ma costante crescita e tale incremento dovrebbe accentuarsi con l'implementazione della riforma Obama), nei sistemi misti pubblico-privato (è il caso della Svizzera) ed in quelli dove, pur esistendo un sistema pubblico, la componente privata è rilevante per effetto di una forte commistione pubblico-privato dal lato dell'offerta (ad esempio, Grecia). Si può notare come in quasi tutti i Paesi UE il contenimento della spesa pubblica non abbia prodotto rilevanti riduzioni della copertura pubblica della spesa sanitaria. Riduzioni significative, invece, sono osservabili nei nuovi Paesi UE, per effetto dell'aumento marcato della spesa privata, soprattutto nella prima metà degli anni '90. Nel 2008, per tali Paesi si è assistito ad un parziale ribilanciamento della spesa verso la componente pubblica, con l'eccezione della Repubblica Ceca, che, al 2008, offre una copertura pubblica pari all'82,5% (85,2% nel 2007). In generale, comunque, tali misure non hanno, al momento, intaccato la natura «solidaristica» della maggior parte dei sistemi sanitari. La copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia risulta allineata rispetto alla media dei Paesi UE, ma inferiore a quella di alcuni Paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN – Servizio Sanitario Nazionale), quali Regno Unito e Paesi Scandinavi.

Per quanto il comparto sanitario abbia rappresentato uno dei target preferiti per il contenimento della spesa pubblica, l'incidenza della spesa sanitaria su

Tabella 3.4 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (1990; 1995; 2000; 2005-2008)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
<b>UE (15)</b>							
Austria	6,1	7,0	7,6	7,9	7,8	7,9	8,1
Belgio	n.d.	6,5	n.d.	7,4	7,2	7,3	7,4
Danimarca	6,9	6,7	6,8	7,9	8,1	8,2	n.d.
Finlandia	6,3	5,7	5,1	6,2	6,3	6,1	6,2
Francia	6,4	8,3	8,0	8,8	8,7	8,6	8,7
Germania	6,3	8,2	8,2	8,2	8,1	8,0	8,1
Grecia	3,5	4,5	4,7	5,7	6,0	5,8	n.d.
Irlanda	4,4	4,8	4,6	5,8	5,7	5,8	6,7
Italia	6,1	5,1	5,8	6,8	6,9	6,6	7,0
Lussemburgo	5,0	5,1	5,2	6,9	6,5	n.d.	n.d.
Olanda	5,4	5,9	5,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	3,8	4,9	6,4	7,3	7,1	n.d.	n.d.
Spagna	5,1	5,4	5,2	5,8	6,0	6,1	6,5
Svezia	7,4	6,9	7,0	7,5	7,4	7,4	7,7
Regno Unito	4,9	5,7	5,6	6,8	6,9	6,9	7,2
<b>Totale UE (15)</b>	<b>5,6</b>	<b>6,7</b>	<b>6,4</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>	<b>6,8</b>	<b>6,7</b>
<b>UE (nuovi Paesi)</b>							
Repubblica Ceca	4,6	6,4	5,9	6,3	6,0	5,8	5,9
Ungheria	n.d.	6,1	5,0	6,0	5,9	5,2	5,2
Polonia	4,4	4,0	3,9	4,3	4,3	4,6	5,1
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	4,9	5,2	5,0	5,2	5,4
<b>Altri paesi europei</b>							
Norvegia	6,3	6,6	6,9	7,6	7,2	7,5	7,2
Svizzera	4,3	5,1	5,6	6,7	6,4	6,3	6,3
<b>Altri paesi non europei</b>							
Australia	4,4	4,7	5,4	5,6	5,6	5,7	n.d.
Canada	6,6	6,4	6,2	6,9	7,0	7,1	7,3
Giappone	4,6	5,7	6,2	6,7	6,6	6,6	n.d.
Stati Uniti	4,8	6,1	5,8	6,9	7,0	7,1	7,4

**Nota:** Il valore UE – 15 per il 2008 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto della non disponibilità di dati per quattro Paesi.

*Fonte:* elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2010)

Tabella 3.5 **Copertura pubblica della spesa sanitaria (1990; 1995; 2000; 2005-2008)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
<b>UE (15)</b>							
Austria	73,4	73,9	76,8	76,1	76,0	76,4	76,9
Belgio	n.d.	75,9	n.d.	75,4	75,9	73,5	72,6
Danimarca	82,7	82,5	82,4	83,7	84,1	84,5	n.d.
Finlandia	80,9	72,0	71,1	73,5	74,6	74,5	74,2
Francia	76,6	79,7	79,4	79,3	78,4	78,3	77,8
Germania	76,2	81,7	79,8	76,8	76,7	76,7	76,8
Grecia	53,7	52,0	60,0	60,1	62,0	60,3	n.d.
Irlanda	71,7	72,7	75,3	76,6	76,3	76,8	76,9
Italia	79,5	70,8	72,5	76,2	76,6	76,4	77,2
Lussemburgo	93,1	92,4	89,3	90,2	90,9	n.d.	n.d.
Olanda	67,1	71,0	63,1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	65,5	62,6	72,5	71,8	71,5	n.d.	n.d.
Spagna	78,7	72,2	71,6	70,6	71,3	71,8	72,5
Svezia	89,9	86,6	84,9	81,6	81,6	81,7	81,9
Regno Unito	83,6	83,9	79,3	81,9	81,9	82,0	82,6
<b>Totale UE (15)</b>	<b>75,2</b>	<b>77,4</b>	<b>74,0</b>	<b>73,3</b>	<b>73,3</b>	<b>71,6</b>	<b>68,9</b>
<b>UE (nuovi Paesi)</b>							
Repubblica Ceca	97,4	90,9	90,3	87,3	86,7	85,2	82,5
Ungheria	n.d.	84,0	70,7	72,3	72,6	70,4	71
Polonia	91,7	72,9	70,0	69,3	69,9	70,8	72,2
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	89,4	74,4	68,3	66,8	69
<b>Altri paesi europei</b>							
Norvegia	82,8	84,2	82,5	83,5	83,8	84,1	84,2
Svizzera	52,4	53,6	55,4	59,5	59,1	59,1	59,1
<b>Altri paesi non europei</b>							
Australia	66,2	65,8	66,8	66,9	66,6	67,5	n.d.
Canada	74,5	71,3	70,4	70,3	69,9	70,3	70,2
Giappone	77,6	83,0	81,3	82,7	81,3	81,9	n.d.
Stati Uniti	39,2	44,9	43,2	44,4	45,3	45,5	46,5

**Nota:** Il valore UE – 15 per il 2008 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto della non disponibilità di dati per cinque Paesi.

*Fonte:* elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2010)

Tabella 3.6 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva (1990; 1995; 2000; 2005-2008)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
<b>UE (15)</b>							
Austria	11,9	12,5	14,7	15,8	15,8	16,2	16,5
Belgio	n.d.	12,4	n.d.	14,2	14,9	15,1	14,8
Danimarca	12,5	11,3	12,7	15,1	15,7	16,2	n.d.
Finlandia	13	9,2	10,6	12,4	12,8	12,9	12,6
Francia	12,9	15,2	15,5	16,5	16,5	16,5	16,4
Germania	n.d.	15	18,2	17,5	17,8	18,3	18,5
Grecia	n.d.	9,8	10,1	13,1	13,9	13	n.d.
Irlanda	10,2	11,7	14,7	17	16,6	15,8	16
Italia	11,6	9,8	12,7	14,1	14,2	13,9	14,3
Lussemburgo	13,2	13	13,9	16,7	17,1	n.d.	n.d.
Olanda	9,8	10,5	11,4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	n.d.	11,2	14,9	15,3	15,3	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	12,1	13,2	15,2	15,5	15,5	15,8
Svezia	n.d.	10,6	12,6	13,5	13,7	14,2	14,5
Regno Unito	12	13	14,3	15,3	15,7	15,6	15,1
Totale UE (15)	11,9	11,8	13,5	15,1	15,4	15,3	15,5
<b>UE (nuovi Paesi)</b>							
Repubblica Ceca	n.d.	11,7	14,1	14,1	13,8	13,5	13,7
Ungheria	n.d.	11	10,6	12	11,3	10,5	10,5
Polonia	n.d.	8,4	9,4	9,9	9,9	10,8	11,7
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	9,4	13,8	13,6	15,1	15,5
<b>Altri paesi europei</b>							
Norvegia	n.d.	13	16,4	18	17,9	18,3	17,9
Svizzera	14,2	14,6	16	18,9	19	19,4	19,9
<b>Altri paesi non europei</b>							
Australia	12,5	13,1	15,1	16,7	16,8	17,2	n.d.
Canada	13,5	13,3	15,1	17,7	17,8	18,1	18,3
Giappone	n.d.	n.d.	16	17,6	18,1	18,4	n.d.
Stati Uniti	12,8	16,4	17,1	18,9	19,6	19,5	19,2

**Nota:** Il valore UE – 15 per il 2008 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto della non disponibilità di dati per cinque Paesi.

*Fonte:* elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2010)

quest'ultima è aumentata in quasi tutti i Paesi (Tabella 3.6): nei quindici Paesi dell'UE tale incidenza è cresciuta dall'11,9% del 1990 al 15,5% del 2008. L'Italia mostra un valore sistematicamente inferiore alla media UE su tale indicatore, segno di un minore investimento di risorse pubbliche sul SSN (cfr anche la composizione della spesa per prestazioni di protezione sociale – Tabella 3.9).

### 3.3 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), aggiornati al 22 marzo 2010 (flusso del 4° trimestre 2009) la spesa sanitaria corrente effettiva a carico del SSN ha subito nel 2009 una crescita modesta, pari al 2,4% rispetto al 2008, confermando il deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni<sup>6</sup> (Tabella 3.7). Dal 2001 al 2009 il tasso di crescita medio annuo della spesa corrente pubblica è stato del 4,4%, a fronte di un 8,1% nel 1995-2001. La spesa sanitaria privata corrente continua a mantenere tassi di crescita bassi. 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 invece dal 2003 al 2009 un aumento contenuto, con tendenza decrescente e sistematicamente inferiore alla spesa pubblica. Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica + privata) ha superato, nel 2009, i 139 miliardi di Euro (pari all'9,2% del PIL<sup>7</sup>), con un incremento del 2,3% rispetto al 2008 ed una crescita media del 4,1% tra il 2001 e il 2009. A fronte della spesa, il livello di finanziamento complessivo (vedi *infra* § 3.3.1) nel 2009 è stato pari a 106,409 miliardi di euro, in aumento del 2,6% rispetto al 2008. Il disavanzo pubblico, infine, si attesta nel 2009 a 3,26 miliardi di euro, in calo del 6% rispetto al 2008. Nel § 3.5 saranno analizzate in dettaglio le misure di copertura attualmente adottate dalle Regioni.

#### 3.3.1 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. Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'insieme dei ricavi del SSN, tra cui rien-

<sup>6</sup> I dati definitivi (e semi-definitivi) 2006, 2007 e 2008 hanno evidenziato come tale rallentamento sia stato particolarmente consistente nel 2006 (+2,9% rispetto al 2005). Nel 2007, invece, la crescita della spesa è stata pari al 4,2%, mentre nel 2008 la variazione registrata è stata pari al +3,2% (dato definitivo, leggermente superiore rispetto al flusso trimestrale provvisorio, che metteva in luce una variazione più contenuta e pari al +2,9%).

<sup>7</sup> L'incidenza sul PIL risulta in crescita a causa della contrazione di quest'ultimo nel 2009 (-3% a prezzi correnti)

Tabella 3.7 **Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990; 1995; 2000; 2005-2009) (milioni di Euro)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Tasso crescita medio '90/'09	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'09
Spesa sanitaria pubblica corrente	41.466	48.752	70.173	96.797	99.615	103.805	107.138	109.669	5,3%	3,3%	8,1%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	6,1%	2,9%	4,2%	3,2%	2,4%			
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	74,2%	78,0%	78,2%	78,6%	78,7%	78,8%			
- % sul PIL	6,1%	5,3%	6,0%	6,8%	6,7%	6,7%	6,8%	7,2%			
Finanziamento sanitario pubblico corrente	34.737	47.773	66.945	91.062	95.131	100.095	103.669	106.409	6,1%	6,6%	7,5%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	7,4%	4,5%	5,2%	3,6%	2,6%			
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-5.735	-4.483	-3.709	-3.469	-3.260			
- % sul finanziamento	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-6,3%	-4,7%	-3,7%	-3,3%	-3,1%			
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	24.373	27.285	27.841	28.303	29.017	29.564	6,6%	14,7%	5,3%
- variazione %	-	13,0%	2,7%	2,5%	2,0%	1,7%	2,5%	1,9%			
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	25,8%	22,0%	21,8%	21,4%	21,3%	21,2%			
<b>Totale spesa sanitaria corrente</b>	<b>50.173</b>	<b>66.051</b>	<b>94.546</b>	<b>124.082</b>	<b>127.456</b>	<b>132.108</b>	<b>136.155</b>	<b>139.233</b>	<b>5,5%</b>	<b>5,7%</b>	<b>7,4%</b>
- variazione %	-	2,7%	8,8%	5,3%	2,7%	3,6%	3,1%	2,3%			
- % sul PIL	7,4%	7,2%	8,1%	8,7%	8,6%	8,5%	8,7%	9,2%			
PIL	682.153	923.052	1.166.548	1.428.375	1.479.981	1.546.177	1.567.851	1.520.870	4,3%	6,2%	5,2%
- variazione %	-	8,1%	5,3%	2,6%	3,6%	4,5%	1,4%	-3,0%			

### Tabella 3.7 (segue)

#### Note

- Dati del Sistema Informativo Sanitario (SIS): di consuntivo per gli anni 2006, 2007 e 2008; al IV trimestre per l'anno 2009 (questi ultimi risultano aggiornati alla data del 22 marzo 2010).
- La Spesa del SSN include la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali, del il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e del saldo relativo all'intraoemia. Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM), computate a parte rispetto ai conti regionali, sono da imputarsi alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedalità accreditata». Nel saldo delle voci economiche non è incluso il dato degli ammortamenti e la svalutazione di crediti e di attività finanziarie.
- 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: Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente). Questi Enti rappresentano una quota limitata delle spese correnti del SSN (0,6% nel 2009).
- Il finanziamento SSN include la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intraoemia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. In particolare, sono comprese le integrazioni alle partecipazioni delle Regioni a statuto speciale, ai fini di copertura delle maggiori spese rispetto ai finanziamenti erogati (a norma delle LL. 724/94 e 662/96 le Regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia e le PA di Trento e Bolzano provvedono alla copertura dei propri disavanzi con quote interamente a carico dei bilanci regionali). Dal 2007, anche la Regione Sardegna non riceve più trasferimenti a carico del bilancio dello Stato. Per la Regione Sicilia, la cui quota di partecipazione è fissata, per l'anno 2009, nella misura del 49,11%, il finanziamento è da considerarsi a parziale copertura del fabbisogno. Vengono inoltre incluse le risorse aggiuntive stanziolate dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Nel livello di finanziamento non sono state considerate le voci di ricavo «Costi capitalizzati» e «Rivalutazioni finanziarie» in attesa di specifiche indicazioni sulle modalità di calcolo delle stesse.
- L'ammontare complessivo della spesa per il 4° trimestre 2009 non può ritenersi definitivo, dal momento che con specifico riferimento alle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia), è in corso l'attività di verifica della contabilizzazioni delle informazioni trasmesse al SIS, la cui conclusione è prevista successivamente alla data di aggiornamento della RSGEP attualmente pubblicata.
- I dati relativi alla spesa sanitaria privata corrente e al PIL sono di fonte ISTAT (cfr. infra).

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2009) e ISTAT (2010)

trano non solo i trasferimenti dal settore pubblico, ma anche le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN e i trasferimenti da privati. È in rapporto a questo secondo concetto di finanziamento che viene calcolato il disavanzo. Infatti, le due somme possono risultare disallineate. Da un lato, ciò è dovuto alla differente composizione (infatti l'insieme dei ricavi dovrebbe comprendere come sottovoce l'insieme dei trasferimenti dal settore pubblico) e al fatto che i ricavi sono una voce di consuntivo, mentre il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, essendo una somma di assegnazioni, è una voce preventiva. Pertanto, rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di Legge Finanziaria, di Patto per la Salute e nel disposto di altri provvedimenti contenenti modifiche alle assegnazioni per la sanità, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ▶ ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e delle province autonome, stanziate a titolo di ripiano dei disavanzi o integrative del finanziamento per i LEA e/o per interventi in campo sanitario previsti da successive norme di legge;
- ▶ ulteriori trasferimenti di altri enti pubblici e privati;
- ▶ maggiori ricavi e entrate proprie.

Infine, è da rilevare che, consuntivazione nei dati riportati nella RGSEP, non vengono aggregate tutte le voci di ricavo così come risultanti dai modelli di CE presenti nel Sistema Informativo Sanitario (SIS): in particolare, in luogo dei contributi in conto esercizio<sup>8</sup>, rappresentati dalla quota del fondo sanitario regionale che ciascuna Regione e Provincia Autonoma attribuisce alle proprie Aziende Sanitarie, è stato ritenuto opportuno considerare le quote di finanziamento assegnate con delibera CIPE a ciascuna Regione e Provincia Autonoma per l'anno di competenza. Tali correzioni si sono rese necessarie anche a fronte dei diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione delle suddette 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 tempo.

### 3.3.1.1 Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato

Per l'anno 2009, il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 103,511 miliardi di euro. Alla definizione di tale finanziamento hanno concorso diverse disposizioni normative, brevemente richiamate. Il valore iniziale, pari a 102,285 mi-

<sup>8</sup> Inoltre, per il 2009, nel livello di finanziamento non sono state considerate le voci di ricavo «Costi capitalizzati» e «Rivalutazioni finanziarie» a causa della mancanza di specifiche indicazioni sulle modalità di calcolo delle stesse.

liardi di euro<sup>9</sup>, è stato fissato dalla Legge Finanziaria per il 2007 (L. 296/2006, che aggiorna in merito il Nuovo Patto per la Salute, del 28 settembre 2006 recepito con l'intesa tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome del 5 ottobre 2006). A questo importo, il DI 154/2008 ha aggiunto 0,834 miliardi di euro a copertura delle maggiori esigenze finanziarie derivanti dalla abolizione disposta per il 2008 della quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. La L. 244/2007 (disposto combinato dei commi 131 e 139) ha assegnato 0,398 miliardi di euro a titolo di concorso dello Stato al finanziamento dei maggiori oneri contrattuali per il biennio economico 2006-2007. Ulteriori 0,184 miliardi di euro sono, invece, a titolo di concorso per il rinnovo delle convenzioni di cui all'art. 79, c. 2, del DI 112/2008, convertito con modificazioni nella L. 133/2008. Il finanziamento per la medicina penitenziaria (in attuazione di quanto previsto dall'art. 2, c. 283 lettera c) della L. 244/2007) prevede una specifica assegnazione pari a 0,163 miliardi di euro. L'assistenza sanitaria in favore degli extracomunitari emersi e regolarizzati (ai sensi dell'art. 1-ter del DI 78/2009 convertito nella L. 102/2009) è finanziato con 0,067 miliardi di euro.

Vi sono, poi, 0,700 miliardi di euro, rappresentanti la quota di spettanza per il 2009 del Fondo Transitorio per il triennio 2007-2009 destinato alle Regioni interessate da elevati disavanzi<sup>10</sup> (cfr. Tabella 3.19). 0,192 miliardi di euro derivano a compensazione dei minori gettiti fiscali conseguenti dalle norme sul cuneo fiscale in materia di IRAP (L. 296/2006, art. 1, c. 270). Va rilevato, infine, che con il DI 39/2009, adottato in conseguenza del sisma in Abruzzo, il finanziamento di 102,285 miliardi di euro originariamente stabilito con la L.F. 2007 ha subito un decremento di 0,420 miliardi di euro per effetto delle economie complessive derivanti dall'attuazione delle disposizioni in materia di razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale<sup>11</sup>; di questi fondi 0,040 miliardi di euro sono destinati alla copertura del fabbisogno aggiuntivo generato a causa delle conseguenze degli eventi sismici, mediante un corrispondente incremento del fondo transitorio di accompagnamento di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della L. 296/2006, delle relativamente alle emergenti difficoltà per il completamento ed il consolidamento del Piano di rientro.

### 3.3.1.2 *I ricavi del SSN*

Le risorse destinate al finanziamento del SSN (inteso come ricavi) per l'anno 2009, al netto dei ricavi della gestione straordinaria e quelli per l'intramoenia,

<sup>9</sup> Importo comprensivo del finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale «Bambino Gesù» pari a 50 milioni di euro che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 22, c.6, del DI 78/2009 convertito nella L. 102/2009, deve essere direttamente erogato all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

<sup>10</sup> Tale Fondo è stato istituito dall'art. 1, c. 796 lettera b), della L. 296/2006. La ripartizione tra le Regioni interessate è stata definita dal Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 23 aprile 2007.

<sup>11</sup> DI 39/2009, art 13 c. 1.

che sono stati considerati come saldo nel livello di spesa (Tabella 3.7), ammontano complessivamente a 106,409 miliardi di euro, di cui 105,804 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province Autonome e 0,606 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato<sup>12</sup>. Tali valori includono le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN, i trasferimenti da parte delle Regioni, del settore pubblico allargato e dei privati. Nel 2009, il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attesta al 7,0 %, valore superiore rispetto alla media degli anni precedenti. L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del SSN a livello nazionale e regionale rispetto al 2008, è del 2,6 %, mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.772 euro, di cui 1.762 euro riferiti alle Regioni e alle province autonome. Le voci di ricavo che concorrono alla definizione delle risorse complessivamente a disposizione del SSN nel 2009 sono:

- ▶ IRAP e Addizionale regionale IRPEF: 39,235<sup>13</sup> miliardi di euro (+0,9 % rispetto al 2008);
- ▶ Fondo per fabbisogno sanitario ex D. Lgs. 56/2000 (Federalismo fiscale: Iva e Accise): 49,206<sup>14</sup> miliardi di euro (+3,6 % rispetto al 2008);
- ▶ Ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da privati: rispettivamente 10,462 miliardi di euro (+3,9 % rispetto al 2008) e 2,853<sup>15</sup> miliardi di euro (+1,2% rispetto al 2008);
- ▶ Fondo Sanitario Nazionale<sup>16</sup> e quote vincolate<sup>17</sup> a carico dello Stato per le Regioni e le Province Autonome: 4,049 miliardi di euro (+5,5 % rispetto al 2008);
- ▶ Ulteriori quote vincolate a carico dello Stato per gli altri enti sanitari pubblici<sup>18</sup>: 0,606 miliardi di euro (+11,00 % rispetto al 2008).

<sup>12</sup> Croce Rossa Italiana e Istituti Zooprofilattici Sperimentali per le rispettive esigenze di funzionamento, Cassa DD.PP. per il rimborso delle rate dei mutui pre-riforma, Università per l'erogazione delle borse di studio ai medici specializzandi.

<sup>13</sup> Stima del Ministero dell'Economia e delle Finanze

<sup>14</sup> Per il Lazio l'importo non comprende la quota del concorso da parte dello Stato per il finanziamento delle prestazioni dell'Ospedale Bambino Gesù che, in considerazione di quanto previsto dall'art. 22, c. 6, del DI 78/2009 convertito nella L. 102/2009, deve essere direttamente erogato all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

<sup>15</sup> Compresi i ticket.

<sup>16</sup> Abolito con D.lgs. 56/2000, dal 2007 i trasferimenti a titolo Fondo Sanitario Nazionale rimangono in essere per la sola Regione Sicilia.

<sup>17</sup> Fondi vincolati da norme speciali per il finanziamento di spese sanitarie inerenti l'esecuzione di particolari attività ed il raggiungimento di specifici obiettivi (tra cui, principalmente: assistenza e formazione per l'AIDS, borse di studio ai medici di medicina generale, assistenza agli extracomunitari, interventi nel settore dell'assistenza veterinaria, assistenza agli Hanseniani, assistenza e ricerca per la fibrosi cistica, fondo di esclusività per la dirigenza medica, obiettivi prioritari del PSN, medicina penitenziaria).

<sup>18</sup> Vedi nota 13.

Tabella 3.8 Misure di copertura dei disavanzi regionali a livello nazionale (2001-2008), milioni di Euro

Valori assoluti (milioni Euro)	2001 - 2003	2001 - 2004	2001 - 2005	2007		2008		2009	
	L. 311/2004	Quota fondo da destinare alle regioni con Piani di rientro	L. 64/2007	Fondo Transitorio	Minore IRAP	Fondo Transitorio	Minore IRAP	Fondo Transitorio	Minore IRAP
		2002-2004		L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006
Piemonte	58,9	-	229,8	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,
Valle d'Aosta	-	-	-	c. 279	c. 270	c. 796, lett. b)	c. 270	c. 796, lett. b)	c. 270
Lombardia	117,4	-	-						
Bolzano	-	-	-						
Trento	-	-	281,0						
Veneto	76,0	-	134,4						
Friuli VG	-	-	-						
Liguria	54,0	-	119,5	50,4	-	42,8	-	35,3	-
Emilia R	56,3	-	223,8	-	-	-	-	-	-
Toscana	43,5	-	202,8	-	-	-	-	-	-
Umbria	11,2	-	52,9	-	-	-	-	-	-
Marche	20,7	-	63,3	-	-	-	-	-	-
Lazio	287,9	400,6	148,0	377,6	38,4	321,0	76,5	264,3	82,0
Abruzzo	18,0	31,3	32,8	47,2	6,5	40,2	12,9	33,1	13,8
Molise	5,0	22,3	8,4	29,0	1,8	24,7	3,6	20,3	3,9
Campania	337,8	383,8	100,8	355,0	33,6	301,7	66,9	248,5	71,8
Puglia	131,2	-	117,8	-	-	-	-	-	-
Basilicata	14,5	-	38,8	-	-	-	-	-	-
Calabria	82,6	-	121,7	-	-	-	-	-	-
Sicilia	107,4	153,2	75,2	140,7	9,6	119,6	19,1	98,5	20,5
Sardegna	27,6	8,8	49,1	-	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>1.450,0</b>	<b>1.000,0</b>	<b>2.000,0</b>	<b>1.000,0</b>	<b>89,8</b>	<b>850,0</b>	<b>179,0</b>	<b>700,0</b>	<b>191,9</b>

Fonte: RGSEP (2009)

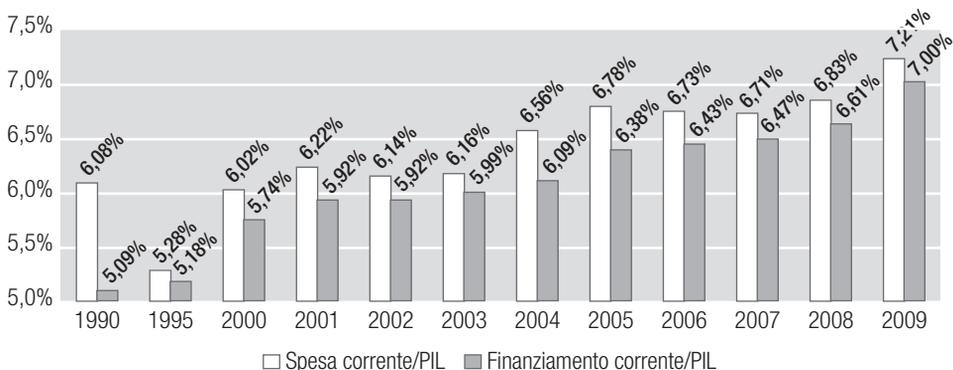
Come discusso più avanti (§ 3.5, Tabella 3.18 e Tabella 3.19), considerando il periodo 2001-2009, il disavanzo complessivo cumulato ammonta a 35,782 miliardi di euro e la quota ancora a carico delle Regioni (ovvero il disavanzo complessivo al netto delle assegnazioni dello Stato a parziale copertura dello stesso) è pari a 26,214 miliardi, corrispondenti al 73,3% del disavanzo cumulato.

### 3.3.2 La spesa del SSN

Il peso della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL ha evidenziato, negli ultimi anni, un andamento contrastante. Se, da un lato, la spesa sanitaria pubblica, a partire dal 2001, ha messo in luce un tasso di crescita in tendenziale riduzione (il cui punto più basso è rappresentato dal valore del 2009, pari a +2,4%<sup>19</sup>), il suo peso rispetto al PIL (Figura 3.1) è costantemente aumentato (6,1% nel 2001 e 7,2% nel 2009)<sup>20</sup>.

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 3.9 mostra come il comparto della sanità assorba una quota di spesa del 23,8%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (67,3%). Il rallentamento tendenziale della spesa per la previdenza negli ultimi anni ha però fatto sì che la spesa pubblica per la sanità sia cresciuta di più rispetto alla media della spesa per le prestazioni di protezione sociale, ad eccezione del 2007, anno in cui la spesa per la sanità non è cresciuta (-0,1%) e del 2009, in cui la crescita della spesa per la sanità (+2,0%) è stata inferiore rispetto alla spesa per la previdenza (+4,4%). Decisamente maggiore, nel 2009, è stato l'aumento della spesa per l'as-

Figura 3.1 **Incidenza della spesa SSN per la gestione corrente e del finanziamento corrente sul PIL (1990; 1995; 2000-2009)**



Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2009) e ISTAT

<sup>19</sup> Dato, tuttavia, ancora provvisorio.

<sup>20</sup> Vedi nota 7.

sistenza (ammortizzatori sociali)<sup>21</sup>, prevedibilmente aumentata a causa della trasmissione al settore dell'economia reale degli effetti della crisi finanziaria<sup>22</sup>.

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica», ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa<sup>23</sup>. Ciò comporta 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 in Italia.

Si osserva inoltre che l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale rende complessa la lettura del trend storico (e dei dati regionali). 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.

Tra tali voci, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante<sup>24</sup>. Gli accantonamenti, come noto, rappresentano l'imputazione a bilancio di poste che certamente (per i fondi spese future) o probabilmente (per i fondi rischi) avranno la loro manifestazione finanziaria in esercizi successivi, ma che sono di competenza economica dell'esercizio in corso. Nel 2009 gli accantonamenti «tipici» sono stati pari a 1,7 miliardi (in diminuzione del 20,4%). Tali accantonamenti hanno riguardato negli ultimi anni soprattutto i rinnovi del contratto dei dipendenti e della convenzione per la medicina generale. Come noto, i contratti per il personale dipendente (dirigenza medica, dirigenza non medica e comparto) hanno una durata di quattro anni per la parte normativa e di due anni per la parte economica. Esiste un sostanziale ritardo nel rinnovo dei contratti con conseguente impatto sul trend di spesa (cfr. *infra*). Il DI 203/2005, all'articolo 9, ha sottolineato come «al fine di garantire nel settore sanitario la corretta e ordinata gestione delle risorse programmate nell'ambito del livello di finanziamento cui concorre lo Stato (...) a decorrere dal biennio economico 2006-2007, per le Regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato (...) la costituzione di accantonamenti nel proprio bilan-

<sup>21</sup> Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica (e sulla differenza tra i dati inclusi nella Tabella 1.9 e Tabella 1.7), si rimanda all'Allegato contenuto nel precedente Rapporto OASI.

<sup>22</sup> Peraltro, tale voce era sensibilmente aumentata anche nel biennio 2006-2007, rallentando invece nel 2008.

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> Il capitolo 4 del Rapporto analizza in modo approfondito i bilanci delle Aziende Sanitarie, mostrando l'incidenza delle diverse componenti di ricavo e costo.

Tabella 3.9 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2005-2009)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Tasso crescita medio '90/'09	Tasso crescita medio '90/'95	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'09
<b>Sanità</b>												
Spesa (milioni Euro)	38.927	44.283	63.443	89.606	94.422	94.283	100.798	102.782	5,2%	2,6%	8,0%	4,9%
% sul totale	24,1%	20,0%	22,4%	24,7%	24,8%	23,9%	24,3%	23,8%				
var. %	-	-1,1%	12,5%	6,6%	5,4%	-0,1%	6,9%	2,0%				
<b>Previdenza</b>												
Spesa (milioni Euro)	107.750	159.526	199.358	243.381	253.648	265.729	278.707	290.905	5,4%	8,2%	4,4%	4,4%
% sul totale	66,8%	72,1%	70,5%	67,1%	66,7%	67,4%	67,1%	67,3%				
var. %	-	6,1%	1,9%	3,1%	4,2%	4,8%	4,9%	4,4%				
<b>Assistenza</b>												
Spesa (milioni Euro)	14.572	17.434	19.816	29.806	32.182	34.215	35.892	38.670	5,3%	3,7%	4,2%	7,1%
% sul totale	9,0%	7,9%	7,0%	8,2%	8,5%	8,7%	8,6%	8,9%				
var. %	-	1,6%	3,4%	2,8%	8,0%	6,3%	4,9%	7,7%				
<b>Totale</b>	<b>161.249</b>	<b>221.243</b>	<b>282.617</b>	<b>362.793</b>	<b>380.252</b>	<b>394.227</b>	<b>415.397</b>	<b>432.357</b>	<b>5,3%</b>	<b>6,5%</b>	<b>5,1%</b>	<b>4,7%</b>
var. %	-	4,2%	4,2%	3,9%	4,8%	3,7%	5,4%	4,1%				

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2009)

cio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN, nell'ambito del proprio territorio». Nella RGSEP gli accantonamenti tipici<sup>25</sup> sono aggregati alla voce *Servizi*, anche se in realtà si riferiscono a costi in parte relativi al personale dipendente ed in parte a professionisti convenzionati con il SSN.

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 voci *Personale e Beni e servizi*.

Nella Tabella 3.10 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni e fattori esterni alle Aziende Sanitarie. I beni e servizi sono fattori erogati da soggetti non dipendenti dal SSN, ma rappresentano una componente di costo delle prestazioni erogate internamente alle Aziende Sanitarie (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o tramite distribuzione diretta) e 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, Ospedali privati, Farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti fattori esterni. Il saldo delle voci economiche è stato escluso, mentre gli accantonamenti sono stati accorpati, in linea con la RGSEP, ai *Beni e servizi* e, quindi, ai fattori interni, anche se in parte si riferiscono a specialisti convenzionati con il SSN (convenzionati personale SUMAI e MMG).

In generale si osserva come il trend dei costi di produzione esterni sia più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 3.10): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995 e 2002-2009) il tasso di crescita dei costi dei fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni; in periodi di espansione della spesa (1995-2001)<sup>26</sup> 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 farmaceutica<sup>27</sup>, è da

<sup>25</sup> Accantonamenti per TFR, per premio di operosità per il personale SUMAI, per rischi e, a seguito dell'entrata in vigore del D.L. n. 203/2005, accantonamenti per i rinnovi contrattuali delle dirigenze del SSN relativi al biennio economico 2008-2009 per l'anno 2009, al netto della corresponsione della vacanza contrattuale. La voce comprende anche gli accantonamenti per il rinnovo della convenzione con i Medici di Medicina Generale ed altri convenzionati per l'anno 2009 con riferimento al biennio economico 2008-2009.

<sup>26</sup> Tale tendenza alla crescita si è perpetrata, 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.

<sup>27</sup> Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (voce acquisti di farmaci).

considerare l'azione proattiva di molte Regioni nel ricondurre nell'insieme dei fattori interni alcune voci di spesa, al fine di generare rilevanti economie. Si pensi, ad esempio, all'acquisto dei farmaci da distribuire con le modalità diretta e per conto: tra il 2001 e il 2008, la crescita media annua degli acquisti di farmaci da parte delle ASL (o network interaziendali o regionali, a seconda del modello di centralizzazione della funzione acquisti) è stata superiore al 16%<sup>28</sup>, mentre la spesa farmaceutica convenzionata, nello stesso periodo, ha registrato una contrazione media annua dello 0,7%. Tale esempio fa comprendere come il rallentamento nel trend della crescita della spesa sanitaria sia da imputare non solo agli effetti delle politiche sui fattori esterni ma anche alle azioni di reazione delle Regioni e delle Aziende Sanitarie che, nel ricondurre alcune voci di spesa all'interno delle variabili da esse direttamente controllate, hanno potuto intervenire in maniera più efficace nel perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione e contenimento. Al fine di fornire una valutazione quantitativa dell'impatto di questo insieme di azioni organizzative sulla crescita della spesa, è stata effettuata una verifica statistica della relazione esistente tra crescita della spesa e peso dei fattori interni tra il 2004 e il 2009, in tutte le Regioni. I risultati<sup>29</sup> evidenziano come l'incremento da un anno all'altro del peso dei fattori interni pari ad un punto percentuale, produca un abbassamento del tasso di crescita della spesa pari a 0,17 punti percentuali. Inoltre, benché il peso dei fattori interni non sia in grado di spiegare le differenze tra le diverse Regioni in uno stesso anno<sup>30</sup>, esso spiega circa il 35%<sup>31</sup> della variabilità nel tempo dell'andamento della spesa sanitaria regionale<sup>32</sup>.

Venendo ad una sintetica analisi del costo dei fattori della produzione, quello più importante sotto il profilo economico è il personale dipendente, che rappresenta il 32,9% della spesa complessiva nel 2009 (invariato in termini relativi rispetto al 2008). Dopo tre anni di crescita sostenuta del costo del personale, il 2007 aveva evidenziato una sensibile contrazione del trend di crescita (attestato-

<sup>28</sup> Elaborazione su dati CE.

<sup>29</sup> Per la stima è stato utilizzato un modello di regressione lineare di tipo Generalized Least Squares (GLS) a effetti casuali, applicato a dati strutturati in panel, con raggruppamento per Regioni e anni. Il software statistico utilizzato per la regressione è STATA®. Come variabile indipendente è stata utilizzata la variazione annua della spesa sanitaria regionale e come variabile esplicativa il peso dei fattori interni sul totale della spesa regionale.

<sup>30</sup> Il valore dell'R-quadro between è pari a 0,045.

<sup>31</sup> R-quadro *within*.

<sup>32</sup> Per la precisione, il modello, così specificato pone un problema di causalità, in quanto è statisticamente significativa anche la regressione che pone come variabile dipendente il peso dei fattori interni e come variabile indipendente la crescita della spesa. Anche in tal caso, tuttavia, l'interpretazione non differisce troppo, in quanto quest'ultima vedrebbe le Regioni aumentare il peso dei fattori interni a seguito di una maggiore crescita della spesa sanitaria. Pertanto, anche invertendo l'ordine causale tra le variabili, permane la convinzione che i fattori interni siano uno strumento efficace (perché più agilmente manovrabili rispetto ai fattori esterni, in particolare per quanto riguarda gli acquisti) per il contenimento della crescita della spesa sanitaria.

Tabella 3.10 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000; 2005-2009; 1995; 2000; 2005-2009)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Tasso crescita medio '90/'09	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'09
<b>Valori assoluti (milioni Euro)</b>											
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	31.759	33.415	33.829	35.264	36.132	4,3%	4,8%	4,7%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	26.611	26.902	30.451	31.363	32.275	8,1%	4,8%	10,5%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	5.691	5.930	6.008	6.068	6.364	5,1%	2,8%	7,9%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.894	12.382	11.542	11.226	11.005	2,2%	-6,7%	14,6%
Ospedaliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.147	8.487	8.706	8.877	8.939	4,3%	6,4%	6,6%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	3.231	3.511	3.728	3.912	4.111	4,3%	-7,7%	12,3%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	7.939	8.446	8.694	9.429	9.847	9,3%	11,7%	11,4%
Altri costi (c)	375	471	578	1.066	57	330	452	391	0,2%	4,7%	6,9%
Altri enti (d)	74	637	509	459	485	517	546	606	11,7%	53,8%	-7,5%
<b>Totale</b>	<b>41.466</b>	<b>48.752</b>	<b>70.173</b>	<b>96.797</b>	<b>99.614</b>	<b>103.805</b>	<b>107.138</b>	<b>109.669</b>	<b>5,3%</b>	<b>3,3%</b>	<b>8,1%</b>
<b>Totale al netto di (c) e (d): (e)</b>	<b>41.017</b>	<b>47.644</b>	<b>69.085</b>	<b>95.271</b>	<b>99.072</b>	<b>102.958</b>	<b>106.140</b>	<b>108.672</b>	<b>5,3%</b>	<b>3,0%</b>	<b>8,2%</b>
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	58.370	60.317	64.279	66.628	68.407	5,8%	4,8%	6,7%
Fattori esterni: (e) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	36.901	38.756	38.679	39.512	40.265	4,5%	0,5%	10,6%
<b>Variazione percentuale</b>											
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	7,6%	5,2%	1,2%	4,2%	2,5%			
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	18,2%	1,1%	13,2%	3,0%	2,9%			
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	13,5%	4,2%	1,3%	1,0%	4,9%			

Tabella 3.10 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Tasso crescita medio '90/'09	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'09
	<b>segue Variazione percentuale</b>										
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	-1,7%	4,1%	-6,8%	-2,7%	-2,0%			
Ospedaliera accreditata	-	2,0%	10,5%	-10,8%	4,2%	2,6%	2,0%	0,7%			
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	4,4%	8,7%	6,2%	4,9%	5,1%			
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	7,2%	6,4%	2,9%	8,5%	4,4%			
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	-47,1%	-94,6%	475,2%	37,2%	-13,4%			
Altri enti (d)		207,6%	6,6%	2,3%	5,5%	6,7%	5,5%	11,0%			
<b>Totale</b>	-	<b>-0,6%</b>	<b>11,1%</b>	<b>6,1%</b>	<b>2,9%</b>	<b>4,2%</b>	<b>3,2%</b>	<b>2,4%</b>			
<b>Totale al netto di (c) e (d): (e)</b>	-	<b>-0,9%</b>	<b>10,7%</b>	<b>7,3%</b>	<b>4,0%</b>	<b>3,9%</b>	<b>3,1%</b>	<b>2,4%</b>			
<i>Fattori interni (a+b)</i>	-	-0,2%	10,0%	12,2%	3,3%	6,6%	3,7%	2,7%			
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	-	-2,0%	11,7%	0,4%	5,0%	-0,2%	2,2%	1,9%			
	<b>Incidenza % su totale</b>										
Personale (a)	39,1%	41,9%	36,5%	32,8%	33,5%	32,6%	32,9%	32,9%			
Beni e servizi (b)	17,7%	19,0%	22,6%	27,5%	27,0%	29,3%	29,3%	29,4%			
Medicina gen. conv.	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	6,0%	5,8%	5,7%	5,8%			
Farmaceutica conv.	17,6%	10,6%	12,5%	12,3%	12,4%	11,1%	10,5%	10,0%			
Ospedaliera accreditata	9,8%	11,3%	11,4%	8,4%	8,5%	8,4%	8,3%	8,2%			
Spec. conv.	4,5%	2,5%	3,2%	3,3%	3,5%	3,6%	3,7%	3,7%			

Tabella 3.10 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Tasso crescita medio '90/'09	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'09
	<b>segue Incidenza % su totale</b>										
Altra ass. conv.	4,4%	6,4%	6,3%	8,2%	8,5%	8,4%	8,8%	9,0%			
Altri costi (c)	0,9%	1,0%	0,8%	1,1%	0,1%	0,3%	0,4%	0,4%			
Altri enti (d)	0,2%	1,3%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%			
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Totale al netto di (c) e (d): (e)</b>	<b>98,9%</b>	<b>97,7%</b>	<b>98,4%</b>	<b>98,4%</b>	<b>99,5%</b>	<b>99,2%</b>	<b>99,1%</b>	<b>99,1%</b>			
<i>Fattori interni (a+b)</i>	56,7%	61,0%	59,1%	60,3%	60,6%	61,9%	62,2%	62,4%			
<i>Fattori esterni: (e) – Fattori interni</i>	42,2%	36,8%	39,4%	38,1%	38,9%	37,3%	36,9%	36,7%			

**Nota:** Gli accantonamenti tipici vengono inseriti nella voce «Servizi». Cfr anche note a Tabella 3.7. La voce Altri costi (c) contiene il saldo della gestione straordinaria, il saldo intramoenia e la spesa relativa al Bambin Gesù e allo Smorn (Sovrano Militare Ordine di Malta, entrambe da imputarsi alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedialiera accreditata»). La voce «Altri Enti (d)» è riferita agli enti non regionali, in particolare: Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente).

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2009)

si all'1,2%). Nel 2008, invece, la variazione si era attestata a +4,2%, sebbene tale dato fosse lontano dai tassi riscontrati negli anni precedenti il 2007<sup>33</sup>. Nel 2009, invece, la crescita della voce *Personale* è stata pari al 2,5%, in linea con l'andamento del totale della spesa sanitaria. La spesa del ruolo sanitario assorbe circa l'80 % della spesa complessiva per il personale.

La seconda voce di costo è rappresentata dall'acquisto di beni e servizi (29,4% sul totale della spesa del SSN nel 2009). Si tratta della voce di costo con l'andamento più variabile. Va innanzitutto 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% (Tabella 3.10). Dopo la battuta di arresto nel 2006, legata essenzialmente agli effetti della riclassificazione della spesa sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'Università avvenuta nel 2005, 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% circa in ciascuno dei due anni. La sottovoce più rilevante è rappresentata dall'acquisto di beni, che ha subito un aumento del 6,5%<sup>34</sup>. Un ruolo importante è stato giocato, negli ultimi anni, dalla spesa per farmaci, sia per l'attivazione di forme alternative di distribuzione degli stessi (distribuzione diretta o accordi di distribuzione da parte delle farmacie in nome e per conto), sia in quanto gran parte dei nuovi farmaci vengono prevalentemente venduti sul canale ospedaliero.

Tra le altre sottovoci, quelle che hanno registrato le variazioni più considerevoli nel 2009 sono:

- ▶ Godimento beni di terzi: +7,9 %, a causa, principalmente, del maggior impiego delle forme di leasing e di service che continuano a diffondersi presso le Aziende Sanitarie;
- ▶ Spesa per manutenzioni e riparazioni (+6,2%);
- ▶ Spesa per servizi non sanitari appaltati (+5,2);

<sup>33</sup> 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), come evidenziato nel testo. Il contratto per la dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e medico-veterinaria è stato rinnovato il 3 Novembre 2005 per il quadriennio 2002-2005 (parte normativa) e per il biennio 2002-2003 (parte economica). Il 5 Luglio 2006 è stato raggiunto l'accordo anche per la parte economica riferita al biennio 2004-2005.

<sup>34</sup> Questo incremento è dovuto, in parte, alla distribuzione diretta dei farmaci, incentivata su tutto il territorio nazionale per contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate, i cui importi vengono iscritti contabilmente in questo aggregato (cfr. *infra* spesa per farmaci), ed in parte dall'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in sanità.

- ▶ Acquisto di servizi sanitari e non sanitari (trasporti sanitari, consulenze, Formazione, etc.) (+3,5).
- ▶ Accantonamenti tipici, che continuano a registrare un tasso di crescita fortemente negativo (-20,4%, dopo il -28,9% registrato nel 2008).
- ▶ La spesa per interessi passivi e oneri finanziari, che si riduce del 27,2%, anche in relazione al manifestarsi dell'effetto positivo derivante dalla diminuzione dei tempi medi di pagamento nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro.

Le voci «personale» e «beni e servizi» rappresentano la spesa per strutture gestite dalle Aziende Sanitarie pubbliche (fattori interni alla produzione). Gran parte di tale valore è rappresentato dalla spesa ospedaliera, di cui però non si conosce esattamente l'ammontare.

La spesa per la medicina generale convenzionata (5,8% dei costi totali<sup>35</sup>) ha evidenziato un aumento contenuto (+4,9%). Tale importo è direttamente legato al rinnovo della convenzione per il biennio 2006-2007, perfezionatosi nel luglio 2009.

La spesa farmaceutica convenzionata, ovvero la spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico su ricetta SSN, ha subito un ulteriore calo, pari al 2,0%, qualitativamente in linea con quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci del CER GAS (Osservatorio Farmaci, 2010). Il contenimento di tale voce di spesa deriva dalla manovra introdotta dal Dl 39/2009, concernente la riduzione dei prezzi dei farmaci generici (-12%), nonché dal consolidamento degli interventi già predisposti negli anni precedenti, tra cui i) l'ordinaria attività dell'AI-FA in materia di determinazione dei prezzi dei farmaci, ii) l'introduzione e rafforzamento di forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte delle Regioni Calabria, Lazio e Abruzzo, iii) l'implementazione della distribuzione diretta e per conto nelle varie Regioni, comprese quelle sottoposte ai piani di rientro.

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate ha subito un aumento dello 0,7%, più contenuto rispetto all'aumento registrato nell'anno precedente, ma che conferma il trend di ripresa iniziato nel 2006, a fronte del calo vistoso del 2005 (generato però in gran parte dalla riclassificazione della spesa per IRCCS e AO universitarie integrate con il SSN in altre voci di spesa - cfr. *supra*-)<sup>36</sup>.

Più problematico risulta, invece, il dato riguardante l'assistenza specialistica convenzionata e accreditata che, nel 2007, aveva evidenziato un rallentamento nella crescita, imputato all'efficacia delle misure di contenimento regionali. Nel

<sup>35</sup> Considerati al lordo della mobilità verso Babin Gesù e SMOM.

<sup>36</sup> La spesa ospedaliera per strutture accreditate comprende quindi dal 2005 solo la spesa per prestazioni acquistate dalle case di cura private accreditate, dagli ospedali classificati e dagli IRCCS e Policlinici di diritto privato.

2008 tale aggregato aveva evidenziato un incremento pari al 5,2%, dovuto principalmente a due ordini di fattori: i) una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate in ambito ospedaliero, il che renderebbe il minor aumento della spesa ospedaliera assimilabile ad un effetto di *crowding-out* generato da un guadagno di appropriatezza; ii) in talune Regioni sotto piano di rientro, un *reworking* dato da cospicue riclassificazioni a seguito di approfondimenti sulla correttezza del rispetto delle linee guida per la compilazione dei modelli CE rispetto ai criteri storicamente seguiti. Nel 2009, questo secondo effetto non è più presente, pertanto l'aumento del 5,1% rispetto al 2008 è ascrivibile con maggiore grado di affidabilità al guadagno in appropriatezza dell'ambito di cura da parte della domanda.

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 2009, tassi di crescita non particolarmente significativi, soprattutto se raffrontati ai valori dell'anno precedente. In particolare la spesa per assistenza riabilitativa accreditata è aumentata dell'1,4%, la spesa per assistenza integrativa e protesica convenzionata e accreditata cresce del 2,1% e l'altra assistenza convenzionata e accreditata registra un incremento del 6,2%, dovuto al consolidarsi delle già citate riclassificazioni contabili operate da talune Regioni nel corso del 2008 e alla progressiva esclusione, dai conti sanitari, dei costi delle prestazioni legate alla non autosufficienza per i quali sono stati costituiti appositi stanziamenti a valere sul fondo per la non autosufficienza.

La spesa sanitaria corrente privata, come sopra evidenziato (Tabella 3.7), ha subito dal 2003 un aumento sistematicamente inferiore a quello della spesa pubblica, con conseguente incremento del grado di copertura della spesa sanitaria da parte del SSN (dal 76% nel 2003 al 78,8% nel 2009). La quota della spesa che i cittadini sostengono privatamente per prestazioni sanitarie rappresenta solo il 3,2% della spesa complessiva in beni di consumo da parte delle famiglie (Tabella 3.11). La spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeuti-

Tabella 3.11 **Spesa sanitaria delle famiglie (2000; 2005 – 2009), Milioni di euro**

Spesa sanitaria delle famiglie	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	11.714	12.970	13.230	13.411	13.763	14.342
Servizi ambulatoriali	8.467	9.709	9.991	10.277	10.586	10.468
Servizi ospedalieri	4.192	4.606	4.620	4.615	4.668	4.754
<b>Totale</b>	<b>24.373</b>	<b>27.285</b>	<b>27.841</b>	<b>28.303</b>	<b>29.017</b>	<b>29.564</b>
% spesa privata su spesa sanitaria complessiva	26%	22%	22%	21%	21%	21%

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2009) e ISTAT (2010)

co (pari a 14,3 miliardi di Euro nel 2009) rappresenta la componente più rilevante (48,5% della spesa complessiva), mentre quella per prestazioni ambulatoriali e di ricovero incidono rispettivamente per il 35,4% ed il 16,0%<sup>37</sup>.

### 3.4 I dati di spesa regionali

Nel 2009 il tasso di crescita a livello regionale della spesa sanitaria pubblica corrente (Tabella 3.12) presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2008 che vanno dal +6,0% della Provincia Autonoma (PA) di Trento al -2,3% della PA di Bolzano. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa risulti mediamente più basso nelle Regioni che hanno stipulato un Piano di Rientro (PdR) con la Pubblica Amministrazione centrale (cfr nota a Tabella 3.12). In particolare, la crescita media nelle Regioni interessate da PdR è stata pari all'1,0%, contro una crescita media nelle altre Regioni pari a +3,0%.

Nelle Regioni del Centro-Nord la spesa sanitaria pubblica procapite è più elevata della media nazionale (Tabella 3.13), con le eccezioni di Lombardia, Veneto, Marche ed Umbria; al Sud, fatta eccezione per il Molise, la spesa è invece inferiore alla media nazionale. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2009, si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Centro, mentre dal 1995 sono le Regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Conseguentemente, la variabilità interregionale si è ridotta dal 2005 di un 2,2 punti percentuali<sup>38</sup>.

La variabilità interregionale si riduce, anche se in misura molto modesta, se si prende in considerazione la spesa al netto della mobilità, ossia il dato di spesa sanitaria riferito alla popolazione residente (Tabella 3.15)<sup>39</sup>. Il motivo è che il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle Regioni del Centro-Nord (ad eccezione di Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria e Marche) e negativo (con un conseguente aumento della spesa procapite) in tutte le Regioni del Sud (escluso il Molise).

È interessante osservare (Figura 3.2) come la valutazione al netto del saldo finanziario collegato alla mobilità dei pazienti, pur non alterando in modo significativo la variabilità interregionale, modifichi in parte l'ordinamento della spesa

<sup>37</sup> Per maggiori dettagli sulle fonti informative della spesa sanitaria privata, si rimanda a Cavalli et al (2007) e Armeni (2009).

<sup>38</sup> Tale variabilità è misurata attraverso il coefficiente di variazione, ovvero dal rapporto tra deviazione standard e media.

<sup>39</sup> L'ultimo dato disponibile si riferisce ancora al 2008. I valori dei saldi della mobilità interregionale non sono, infatti, ancora aggiornati, in relazione agli esiti degli accordi regionali bilaterali per la composizione delle controversie concernenti i relativi importi di accredito e addebito.

Tabella 3.12 Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009; 2009/2008; Tasso crescita medio '90/'09; Tasso crescita medio '90/'95; Tasso crescita medio '95/'01; Tasso crescita medio '01/'09)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2008	Tasso crescita medio '90/'09	Tasso crescita medio '90/'95	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'09
Piemonte	2.974	3.560	5.572	7.193	7.457	7.729	8.075	8.334	3,2%	5,6%	3,7%	9,0%	4,3%
Valle d'Aosta	87	104	167	225	245	247	260	265	1,9%	6,1%	3,7%	9,8%	4,9%
Lombardia	6.268	7.738	10.746	14.777	15.351	16.167	16.725	17.177	2,7%	5,4%	4,3%	7,7%	4,5%
Bolzano	314	445	735	982	1.021	1.065	1.108	1.082	-2,3%	6,7%	7,2%	9,7%	4,2%
Trento	328	418	624	857	900	943	995	1.054	6,0%	6,3%	5,0%	9,7%	4,8%
Veneto	3.257	3.806	5.637	7.561	7.872	8.105	8.387	8.708	3,8%	5,3%	3,2%	8,3%	4,4%
Friuli VG	876	1.034	1.462	1.988	1.983	2.155	2.311	2.414	4,4%	5,5%	3,4%	7,6%	5,2%
Liguria	1.424	1.592	2.182	2.925	2.956	3.098	3.176	3.269	2,9%	4,5%	2,3%	6,9%	4,1%
Emilia R	3.340	3.824	5.105	7.053	7.312	7.628	7.947	8.254	3,9%	4,9%	2,7%	6,9%	4,7%
Toscana	2.784	3.143	4.384	5.927	6.199	6.403	6.660	6.845	2,8%	4,8%	2,5%	7,8%	4,2%
Umbria	620	712	1.045	1.399	1.465	1.502	1.566	1.608	2,7%	5,1%	2,8%	8,1%	4,5%
Marche	1.186	1.277	1.808	2.345	2.449	2.525	2.618	2.746	4,9%	4,5%	1,5%	7,7%	4,1%
Lazio	4.030	4.625	6.752	10.112	10.703	10.877	11.084	11.109	0,2%	5,5%	2,8%	8,4%	5,0%
Abruzzo	900	964	1.638	2.246	2.211	2.330	2.357	2.374	0,7%	5,2%	1,4%	10,4%	3,9%
Molise	224	258	376	654	590	622	651	667	2,5%	5,9%	2,8%	9,6%	5,2%
Campania	3.883	4.267	6.650	9.668	9.220	9.710	10.019	10.097	0,8%	5,2%	1,9%	9,7%	3,9%
Puglia	2.692	3.192	4.531	6.161	6.257	6.751	7.081	7.126	0,6%	5,3%	3,5%	7,5%	4,7%
Basilicata	368	432	649	898	914	971	1.016	1.034	1,7%	5,6%	3,2%	8,6%	4,8%
Calabria	1.219	1.498	2.317	2.858	2.986	3.428	3.370	3.479	3,2%	5,7%	4,2%	9,2%	4,0%

Tabella 3.12 (segue)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2008	Tasso crescita medio '90/'09	Tasso crescita medio '90/'95	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'09
Sicilia	3.480	3.799	5.361	7.815	8.405	8.327	8.280	8.419	1,7%	4,8%	1,8%	8,6%	3,8%
Sardegna	1.138	1.427	1.922	2.692	2.633	2.706	2.905	3.002	3,3%	5,2%	4,6%	6,7%	4,5%
<b>Totale</b>	<b>41.392</b>	<b>48.115</b>	<b>69.663</b>	<b>96.337</b>	<b>99.130</b>	<b>103.288</b>	<b>106.592</b>	<b>109.064</b>	<b>2,3%</b>	<b>5,2%</b>	<b>3,1%</b>	<b>8,2%</b>	<b>4,4%</b>
<i>Nord</i>	18.868	22.522	32.231	43.561	45.098	47.136	48.985	50.558	3,2%	5,3%	3,6%	7,9%	4,5%
<i>Centro</i>	8.620	9.756	13.989	19.783	20.816	21.307	21.928	22.308	1,7%	5,1%	2,5%	8,1%	4,6%
<i>Sud e isole</i>	13.904	15.837	23.444	32.994	33.216	34.845	35.679	36.198	1,5%	5,2%	2,6%	8,7%	4,2%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>	13.941	15.505	22.958	33.421	34.086	34.964	35.567	35.935	1,0%				
<i>Altre regioni</i>	27.451	32.610	46.705	62.917	65.044	68.324	71.025	73.129	3,0%				

**Nota:** Le Regioni soggette a Piano di Rientro 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'insediamento per il 2001. La Calabria ha approvato il proprio Piano di Rientro con Delibera di Giunta Regionale n.845 del 16.12.2009. Pertanto, ai fini della presente tabella, la Regione Calabria non è ancora considerata tra le Regioni con Piano di Rientro.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2009)

Tabella 3.13 Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000; 2005; 2009; 2009/2008; 2009/09; 2005-2009)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2008	Tasso crescita medio '90/'09	Tasso crescita medio '90/'95	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'09
Piemonte	688	828	1.300	1.661	1.718	1.776	1.835	1.880	2,5%	5,4%	3,8%	9,0%	3,8%
Valle d'Aosta	756	875	1.392	1.829	1.978	1.978	2.067	2.089	1,1%	5,5%	3,0%	9,5%	4,2%
Lombardia	709	868	1.185	1.573	1.620	1.694	1.734	1.763	1,6%	4,9%	4,1%	7,3%	3,6%
Bolzano	722	995	1.589	2.059	2.114	2.183	2.243	2.170	-3,3%	6,0%	6,6%	9,0%	3,3%
Trento	731	907	1.318	1.722	1.792	1.861	1.938	2.028	4,7%	5,5%	4,4%	9,0%	3,7%
Veneto	746	861	1.249	1.609	1.661	1.698	1.736	1.782	2,7%	4,7%	2,9%	7,9%	3,5%
Friuli VG	730	868	1.234	1.650	1.642	1.777	1.891	1.961	3,7%	5,3%	3,5%	7,7%	4,8%
Liguria	841	957	1.342	1.837	1.836	1.927	1.973	2.024	2,6%	4,7%	2,6%	7,4%	4,1%
Emilia R	856	975	1.282	1.699	1.746	1.806	1.859	1.903	2,4%	4,3%	2,6%	6,5%	3,7%
Toscana	788	891	1.240	1.647	1.713	1.760	1.811	1.846	1,9%	4,6%	2,5%	7,7%	3,6%
Umbria	766	865	1.251	1.629	1.688	1.720	1.771	1.798	1,6%	4,6%	2,5%	7,7%	3,7%
Marche	834	886	1.237	1.544	1.602	1.644	1.686	1.750	3,8%	4,0%	1,2%	7,4%	3,2%
Lazio	788	891	1.283	1.919	2.018	1.990	1.993	1.974	-0,9%	5,0%	2,5%	8,0%	4,3%
Abruzzo	724	761	1.281	1.729	1.694	1.779	1.780	1.778	-0,1%	4,8%	1,0%	10,2%	3,4%
Molise	678	776	1.145	2.033	1.838	1.943	2.029	2.080	2,5%	6,1%	2,7%	9,8%	5,4%
Campania	692	743	1.150	1.670	1.592	1.677	1.724	1.737	0,8%	5,0%	1,4%	9,5%	3,9%
Puglia	671	783	1.109	1.515	1.537	1.659	1.737	1.747	0,6%	5,2%	3,1%	7,4%	4,8%
Basilicata	603	707	1.071	1.505	1.539	1.642	1.719	1.750	1,8%	5,8%	3,3%	8,8%	5,1%
Calabria	586	721	1.130	1.423	1.490	1.716	1.679	1.732	3,2%	5,9%	4,3%	9,4%	4,3%

Tabella 3.13 (segue)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2009 /2008	Tasso crescita medio '90/'09	Tasso crescita medio '90/'95	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'09
Sicilia	700	747	1.054	1.559	1.675	1.660	1.646	1.671	1,5%	4,7%	1,3%	8,7%	3,9%
Sardegna	695	860	1.163	1.632	1.590	1.630	1.744	1.797	3,0%	5,1%	4,4%	6,8%	4,3%
<b>Totale</b>	<b>730</b>	<b>840</b>	<b>1.208</b>	<b>1.648</b>	<b>1.687</b>	<b>1.747</b>	<b>1.788</b>	<b>1.816</b>	<b>1,6%</b>	<b>4,9%</b>	<b>2,8%</b>	<b>8,0%</b>	<b>3,9%</b>
<i>Nord</i>	745	885	1.253	1.646	1.691	1.757	1.806	1.846	2,2%	4,9%	3,5%	7,7%	3,7%
<i>Centro</i>	792	888	1.261	1.759	1.839	1.846	1.878	1.891	0,7%	4,7%	2,3%	7,8%	3,9%
<i>Sud e Isole</i>	678	760	1.123	1.590	1.600	1.679	1.713	1.736	1,3%	5,1%	2,3%	8,7%	4,2%
<i>Coefficiente Variazione</i>	9,6%	9,7%	9,7%	9,9%	9,5%	8,1%	8,3%	7,7%					
<i>Differenza max/min</i>	46,2%	40,7%	50,8%	44,8%	41,9%	33,9%	36,3%	29,8%					

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2009) ed ISTAT (2010)

Tabella 3.14 **Incidenza della spesa sanitaria nei SSR sul PIL regionale (2000-2009)**

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Piemonte	5,6%	5,8%	5,6%	5,7%	6,3%	6,2%	6,2%	6,2%	6,4%	6,8%
Valle d'Aosta	5,3%	5,4%	5,4%	5,4%	5,4%	5,7%	6,0%	5,9%	6,1%	6,4%
Lombardia	4,3%	4,7%	4,7%	4,6%	4,6%	5,0%	5,0%	5,0%	5,1%	5,4%
Bolzano	5,8%	5,9%	6,4%	6,5%	6,3%	6,5%	6,4%	6,4%	6,5%	6,5%
Trento	5,1%	5,7%	5,7%	5,9%	5,9%	5,9%	6,0%	6,0%	6,2%	6,8%
Veneto	5,0%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	5,6%	5,7%	5,6%	5,7%	6,1%
Friuli VG	5,4%	5,6%	5,6%	5,7%	6,0%	6,1%	5,8%	6,1%	6,4%	6,9%
Liguria	6,5%	6,7%	6,7%	6,6%	7,4%	7,4%	7,2%	7,2%	7,3%	7,7%
Emilia R	4,8%	5,2%	5,2%	5,2%	5,6%	5,7%	5,6%	5,6%	5,7%	6,1%
Toscana	5,5%	5,9%	5,7%	5,7%	6,0%	6,2%	6,2%	6,2%	6,3%	6,7%
Umbria	6,3%	6,5%	6,7%	7,0%	7,0%	7,1%	7,1%	7,0%	7,2%	7,6%
Marche	5,9%	6,2%	6,0%	6,0%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%	6,3%	6,8%
Lazio	5,5%	5,8%	5,5%	5,7%	6,4%	6,5%	6,7%	6,5%	6,5%	6,7%
Abruzzo	7,2%	7,3%	7,4%	7,9%	7,8%	8,6%	8,1%	8,2%	8,1%	8,4%
Molise	7,7%	8,7%	8,5%	9,9%	9,3%	11,5%	9,7%	9,8%	10,0%	10,6%
Campania	8,8%	9,3%	9,0%	9,0%	9,8%	10,5%	9,7%	9,9%	10,2%	10,6%
Puglia	8,1%	8,4%	8,4%	8,3%	8,5%	9,5%	9,2%	9,7%	9,9%	10,3%
Basilicata	7,4%	7,8%	7,8%	8,0%	8,3%	8,9%	8,6%	8,8%	9,1%	9,5%
Calabria	8,9%	9,2%	8,9%	8,7%	8,9%	9,0%	9,1%	10,1%	9,9%	10,5%
Sicilia	8,0%	8,9%	8,9%	8,8%	9,7%	9,7%	10,0%	9,7%	9,4%	9,9%
Sardegna	7,4%	7,6%	7,9%	7,7%	7,9%	8,6%	8,1%	8,1%	8,5%	9,1%
<b>Totale</b>	<b>5,8%</b>	<b>6,2%</b>	<b>6,1%</b>	<b>6,1%</b>	<b>6,5%</b>	<b>6,7%</b>	<b>6,7%</b>	<b>6,7%</b>	<b>6,8%</b>	<b>7,2%</b>

\*il dato 2009 del PIL è stimato.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2009) ed ISTAT (2010)

per Regioni: infatti, la Regione Sicilia mostra il dato più basso sia al lordo che al netto della mobilità, la Regione Lombardia presenta il secondo dato più basso di spesa sanitaria pubblica corrente, mentre considerando il dato al lordo delle mobilità è la Calabria ad evidenziare il secondo dato più contenuto.

La Tabella 3.14 mostra di dati di incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. In genere le Regioni del Sud presentano un valore superiore alla media, essenzialmente a causa del PIL, inferiore a quello delle Regioni del Nord (la spesa sanitaria riflette in misura soltanto indiretta il grado di sviluppo economico, e pertanto il suo peso rispetto al PIL

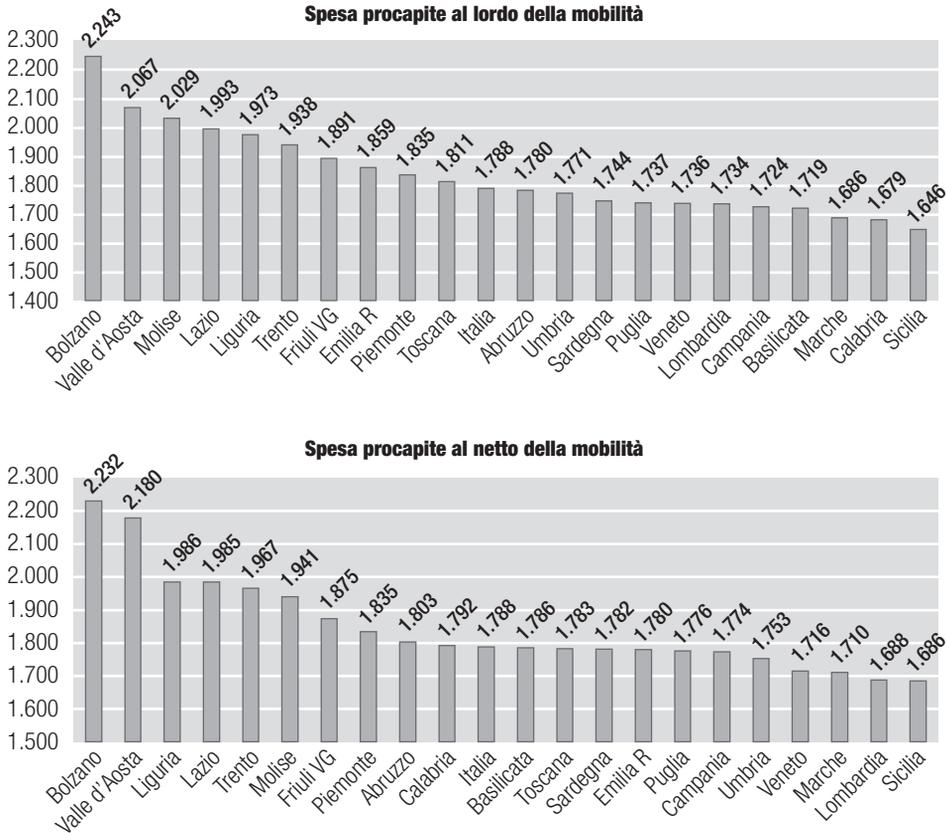
Tabella 3.15 **Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2008)**

	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)
Piemonte	1.835	102,6	1.835	102,7	-0,7
Valle d'Aosta	2.067	115,6	2.180	121,9	-113,5
Lombardia	1.734	97,0	1.688	94,4	46,2
Bolzano	2.243	125,5	2.232	124,8	11,4
Trento	1.938	108,4	1.967	110,0	-28,9
Veneto	1.736	97,1	1.716	96,0	20,1
Friuli VG	1.891	105,8	1.875	104,9	16,8
Liguria	1.973	110,4	1.986	111,1	-12,5
Emilia R	1.859	104,0	1.780	99,5	78,9
Toscana	1.811	101,3	1.783	99,7	27,8
Umbria	1.771	99,0	1.753	98,1	17,3
Marche	1.686	94,3	1.710	95,7	-24,6
Lazio	1.993	111,5	1.985	111,0	8,1
Abruzzo	1.780	99,6	1.803	100,8	-22,4
Molise	2.029	113,5	1.941	108,5	88,9
Campania	1.724	96,4	1.774	99,2	-49,8
Puglia	1.737	97,2	1.776	99,4	-39,2
Basilicata	1.719	96,1	1.786	99,9	-67,1
Calabria	1.679	93,9	1.792	100,2	-113,4
Sicilia	1.646	92,1	1.686	94,3	-39,5
Sardegna	1.744	97,6	1.782	99,7	-37,3
<b>Totale</b>	<b>1.788</b>	<b>100,0</b>	<b>1.788</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>
<i>Nord</i>	<i>1.806</i>	<i>101,0</i>	<i>1.775</i>	<i>99,3</i>	<i>31,5</i>
<i>Centro</i>	<i>1.878</i>	<i>105,0</i>	<i>1.867</i>	<i>104,5</i>	<i>10,6</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.713</i>	<i>95,8</i>	<i>1.760</i>	<i>98,4</i>	<i>-47,0</i>
<i>Coeff. Var.</i>	<i>8,1%</i>	-	<i>8,1%</i>	-	-
<i>Diff max/min</i>	<i>33,9%</i>	-	<i>32,4%</i>	-	-

**Nota:** il dato della mobilità 2009 non è ancora disponibile

*Fonte:* Elaborazioni su dati RGSEP (2009)

Figura 3.2 **Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo ed al netto della mobilità (2008)**



**Nota:** il dato della mobilità 2009 non è ancora disponibile

**Fonte:** Elaborazioni su dati RGSEP (2009)

non si mantiene costante ma tende ad essere maggiore nelle Regioni con PIL più basso). Parziale eccezione è rappresentata dalla Regione Liguria e dalla Regione Umbria, nelle quali l'incidenza è maggiore rispetto al dato medio nazionale.

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle Aziende Sanitarie vengono confermate le sostanziali differenze a livello regionale. La Tabella 3.16 e la Figura 1.3 illustrano l'evoluzione del dato aggregato 1990-2009. La Tabella 3.17 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

Tali 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, Calabria e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione in-

Tabella 3.16 **Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) Regione per Regione (1990; 1995; 2000; 2009)**

Regioni	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2009	1990	1995	2000	2009
Piemonte	1.871,4	2.306,8	3.583,3	5.549,5	1.088,6	1.213,4	1.911,2	2.784,2
Valle d'Aosta	60,5	80,4	127,0	215,3	23,7	22,9	42,3	50,1
Lombardia	3.537,2	4.561,2	6.403,1	9.807,0	2.690,2	3.147,4	4.334,0	7.370,4
Bolzano	222,7	327,2	552,0	854,5	90,0	111,6	178,5	227,8
Trento	213,9	285,3	407,4	696,0	112,7	130,9	217,7	358,4
Veneto	2.191,0	2.618,4	3.749,4	5.642,3	1.024,7	1.167,5	1.869,8	3.065,4
Friuli VG	602,9	700,0	934,2	1.848,2	261,2	322,4	487,0	565,9
Liguria	827,8	1.003,1	1.314,1	2.232,7	575,0	583,1	859,5	1.036,7
Emilia R	2.195,4	2.684,4	3.506,2	5.680,7	1.121,9	1.106,9	1.591,6	2.573,1
Toscana	1.763,4	2.230,9	2.987,4	5.126,6	1.001,3	882,1	1.372,8	1.717,9
Umbria	420,0	526,8	728,0	1.184,5	193,2	182,7	306,0	423,8
Marche	777,2	912,2	1.241,1	1.988,3	374,0	345,1	546,3	757,7
Lazio	1.757,5	2.215,8	3.077,1	6.294,0	2.237,4	2.392,7	3.659,7	4.815,1
Abruzzo	526,7	623,9	968,1	1.559,9	365,8	334,8	631,9	813,8
Molise	138,7	179,2	259,6	407,8	82,6	74,8	119,6	259,5
Campania	1.801,1	2.410,9	3.290,1	6.126,2	2.054,6	1.850,9	3.329,5	3.970,6
Puglia	1.323,2	1.655,1	2.503,5	4.199,8	1.340,6	1.364,6	1.928,4	2.926,6
Basilicata	217,7	283,0	422,7	694,2	149,8	147,0	216,4	339,3
Calabria	721,1	932,3	1.344,3	2.146,3	492,3	558,7	910,5	1.332,8
Sicilia	1.697,2	2.260,2	2.797,3	5.130,2	1.749,3	1.513,8	2.509,9	3.288,6
Sardegna	663,7	926,8	1.249,3	2.087,9	457,6	466,9	617,2	914,4
<b>Totale</b>	<b>23.530,5</b>	<b>29.724,0</b>	<b>41.445,2</b>	<b>69.471,7</b>	<b>17.486,6</b>	<b>17.920,1</b>	<b>27.640,0</b>	<b>39.592,2</b>
<i>Nord</i>	<i>11.722,8</i>	<i>14.566,8</i>	<i>20.576,7</i>	<i>26.845,3</i>	<i>6.988,0</i>	<i>7.806,0</i>	<i>11.491,5</i>	<i>18.032,1</i>
<i>Centro</i>	<i>4.718,2</i>	<i>5.885,7</i>	<i>8.033,7</i>	<i>13.980,1</i>	<i>3.806,0</i>	<i>3.802,5</i>	<i>5.884,9</i>	<i>7.714,4</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>7.089,4</i>	<i>9.271,5</i>	<i>12.834,9</i>	<i>28.646,2</i>	<i>6.692,6</i>	<i>6.311,5</i>	<i>10.263,6</i>	<i>13.845,7</i>
<b>Incidenza</b>								
Piemonte	63,2%	65,5%	65,2%	66,6%	36,8%	34,5%	34,8%	33,4%
Valle d'Aosta	71,9%	77,8%	75,0%	81,1%	28,1%	22,2%	25,0%	18,9%
Lombardia	56,8%	59,2%	59,6%	57,1%	43,2%	40,8%	40,4%	42,9%
Bolzano	71,2%	74,6%	75,6%	79,0%	28,8%	25,4%	24,4%	21,0%
Trento	65,5%	68,5%	65,2%	66,0%	34,5%	31,5%	34,8%	34,0%
Veneto	68,1%	69,2%	66,7%	64,8%	31,9%	30,8%	33,3%	35,2%
Friuli VG	69,8%	68,5%	65,7%	76,6%	30,2%	31,5%	34,3%	23,4%
Liguria	59,0%	63,2%	60,5%	68,3%	41,0%	36,8%	39,5%	31,7%
Emilia R	66,2%	70,8%	68,8%	68,8%	33,8%	29,2%	31,2%	31,2%
Toscana	63,8%	71,7%	68,5%	74,9%	36,2%	28,3%	31,5%	25,1%

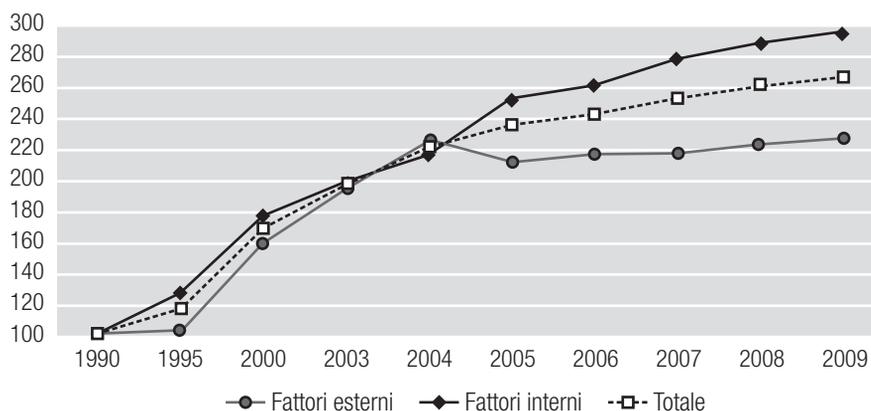
Tabella 3.16 (segue)

Regioni	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2009	1990	1995	2000	2009
Umbria	68,5%	74,2%	70,4%	73,6%	31,5%	25,8%	29,6%	26,4%
Marche	67,5%	72,6%	69,4%	72,4%	32,5%	27,4%	30,6%	27,6%
Lazio	44,0%	48,1%	45,7%	56,7%	56,0%	51,9%	54,3%	43,3%
Abruzzo	59,0%	65,1%	60,5%	65,7%	41,0%	34,9%	39,5%	34,3%
Molise	62,7%	70,5%	68,5%	61,1%	37,3%	29,5%	31,5%	38,9%
Campania	46,7%	56,6%	49,7%	60,7%	53,3%	43,4%	50,3%	39,3%
Puglia	49,7%	54,8%	56,5%	58,9%	50,3%	45,2%	43,5%	41,1%
Basilicata	59,2%	65,8%	66,1%	67,2%	40,8%	34,2%	33,9%	32,8%
Calabria	59,4%	62,5%	59,6%	61,7%	40,6%	37,5%	40,4%	38,3%
Sicilia	49,2%	59,9%	52,7%	60,9%	50,8%	40,1%	47,3%	39,1%
Sardegna	59,2%	66,5%	66,9%	69,5%	40,8%	33,5%	33,1%	30,5%
<b>Totale</b>	<b>57,4%</b>	<b>62,4%</b>	<b>60,0%</b>	<b>63,7%</b>	<b>42,6%</b>	<b>37,6%</b>	<b>40,0%</b>	<b>36,3%</b>
<i>Nord</i>	<i>62,7%</i>	<i>65,1%</i>	<i>64,2%</i>	<i>53,1%</i>	<i>37,3%</i>	<i>34,9%</i>	<i>35,8%</i>	<i>35,7%</i>
<i>Centro</i>	<i>55,4%</i>	<i>60,8%</i>	<i>57,7%</i>	<i>62,7%</i>	<i>44,6%</i>	<i>39,2%</i>	<i>42,3%</i>	<i>34,6%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>51,4%</i>	<i>59,5%</i>	<i>55,6%</i>	<i>79,1%</i>	<i>48,6%</i>	<i>40,5%</i>	<i>44,4%</i>	<i>38,2%</i>

**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:* elaborazione su dati RGSEP (2009)

Figura 3.3 **Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) dal 1990 al 2009**



Cfr. Nota Tabella 3.16

*Fonte:* elaborazione su dati RGSEP (2009)

Tabella 3.17 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente regionale, secondo la classificazione economica (2000; 2009)**

	Personale	Beni e servizi	Medicina gen. conv.	Farmac. conv.	Osp. accred.	Spec. conv. e accred.	Altra ass. conv. e accred.	Totale
<b>Anno 2009</b>								
Piemonte	34,3%	30,9%	5,4%	9,5%	6,3%	3,0%	10,5%	100,0%
Valle d'Aosta	41,5%	38,3%	5,8%	7,9%	0,5%	0,8%	5,2%	100,0%
Lombardia	28,8%	27,6%	5,2%	9,0%	13,3%	4,3%	11,8%	100,0%
Bolzano	49,6%	28,4%	4,7%	5,5%	2,0%	0,5%	9,2%	100,0%
Trento	37,5%	28,1%	5,2%	7,3%	5,0%	1,8%	14,9%	100,0%
Veneto	31,0%	32,8%	5,9%	8,5%	6,5%	3,9%	11,4%	100,0%
Friuli VG	38,8%	36,9%	5,1%	9,1%	2,3%	1,9%	5,9%	100,0%
Liguria	35,3%	32,2%	4,7%	9,6%	6,9%	1,7%	9,5%	100,0%
Emilia R	35,0%	33,0%	5,8%	8,6%	7,0%	1,9%	8,8%	100,0%
Toscana	36,5%	36,7%	5,6%	8,7%	3,2%	1,9%	7,4%	100,0%
Umbria	37,0%	36,1%	5,6%	9,7%	2,5%	1,0%	8,1%	100,0%
Marche	36,9%	34,6%	6,2%	10,4%	3,6%	1,5%	7,0%	100,0%
Lazio	27,7%	29,4%	5,2%	10,6%	13,5%	5,1%	8,5%	100,0%
Abruzzo	33,0%	33,1%	6,3%	11,1%	6,2%	1,9%	8,3%	100,0%
Molise	32,2%	29,0%	7,4%	9,4%	11,3%	4,7%	6,0%	100,0%
Campania	32,7%	29,0%	6,6%	11,2%	7,6%	6,8%	6,2%	100,0%
Puglia	29,8%	29,1%	6,5%	12,3%	10,7%	3,2%	8,4%	100,0%
Basilicata	38,0%	29,0%	8,1%	11,1%	0,5%	2,1%	11,1%	100,0%
Calabria	37,2%	25,1%	6,8%	13,3%	6,8%	3,6%	7,3%	100,0%
Sicilia	35,3%	25,5%	6,5%	12,0%	7,6%	5,7%	7,4%	100,0%
Sardegna	37,3%	31,9%	6,2%	11,2%	3,2%	3,7%	6,4%	100,0%
<b>Totale</b>	<b>32,9%</b>	<b>30,4%</b>	<b>5,8%</b>	<b>10,0%</b>	<b>8,1%</b>	<b>3,7%</b>	<b>9,0%</b>	<b>100,0%</b>
<i>Nord</i>	<i>32,7%</i>	<i>30,8%</i>	<i>5,4%</i>	<i>8,9%</i>	<i>8,5%</i>	<i>3,2%</i>	<i>10,6%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>32,2%</i>	<i>32,8%</i>	<i>5,5%</i>	<i>9,9%</i>	<i>8,3%</i>	<i>3,4%</i>	<i>7,9%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>33,7%</i>	<i>28,3%</i>	<i>6,6%</i>	<i>11,8%</i>	<i>7,5%</i>	<i>4,8%</i>	<i>7,3%</i>	<i>100,0%</i>
<b>Anno 2000</b>								
Piemonte	38,5%	26,7%	5,3%	11,5%	8,1%	1,5%	8,3%	100,0%
Valle d'Aosta	45,2%	29,8%	5,8%	9,4%	0,1%	3,5%	6,1%	100,0%
Lombardia	33,2%	26,5%	5,7%	11,6%	16,0%	3,8%	3,3%	100,0%
Bolzano	46,0%	29,5%	4,6%	7,4%	5,1%	0,7%	6,7%	100,0%

Tabella 3.17 (segue)

	Personale	Beni e servizi	Medicina gen. conv.	Farmac. conv.	Osp. accred.	Spec. conv. e accred.	Altra ass. conv. e accred.	Totale
Trento	41,5%	23,7%	5,7%	8,4%	5,9%	1,1%	13,7%	100,0%
Veneto	38,1%	28,6%	6,1%	10,5%	5,7%	2,5%	8,5%	100,0%
Friuli VG	40,7%	25,0%	6,7%	11,0%	6,1%	5,7%	4,9%	100,0%
Liguria	36,6%	23,9%	4,0%	13,0%	12,7%	1,8%	8,1%	100,0%
Emilia R	39,7%	29,1%	5,7%	10,6%	7,2%	1,4%	6,3%	100,0%
Toscana	42,6%	25,9%	6,8%	11,5%	4,9%	1,7%	6,5%	100,0%
Umbria	43,7%	26,7%	5,8%	13,1%	3,1%	1,1%	6,5%	100,0%
Marche	42,8%	26,7%	7,3%	12,3%	4,3%	2,9%	3,8%	100,0%
Lazio	29,7%	15,9%	5,9%	13,6%	25,6%	4,5%	4,8%	100,0%
Abruzzo	37,0%	23,5%	5,5%	13,3%	11,6%	1,4%	7,6%	100,0%
Molise	43,7%	24,7%	4,2%	12,8%	4,9%	2,6%	7,0%	100,0%
Campania	34,3%	15,4%	5,9%	14,9%	13,3%	6,0%	10,3%	100,0%
Puglia	35,4%	21,1%	5,9%	14,5%	13,4%	3,3%	6,5%	100,0%
Basilicata	39,4%	26,8%	7,4%	14,5%	0,9%	3,0%	8,2%	100,0%
Calabria	43,3%	16,3%	9,7%	14,4%	7,6%	3,8%	4,9%	100,0%
Sicilia	38,0%	14,7%	6,9%	16,3%	13,9%	4,7%	5,6%	100,0%
Sardegna	43,3%	23,6%	5,4%	13,0%	5,1%	3,2%	6,4%	100,0%
Totale	37,1%	22,9%	6,0%	12,7%	11,6%	3,3%	6,4%	100,0%
Nord	37,1%	27,1%	5,6%	11,1%	10,2%	2,6%	6,2%	100,0%
Centro	36,5%	21,2%	6,3%	12,8%	14,7%	3,2%	5,3%	100,0%
Sud e Isole	37,5%	18,1%	6,4%	14,8%	11,6%	4,3%	7,3%	100,0%

Cfr Nota Tabella 3.16

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2009)

terni alle Aziende Sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali) in tali Regioni. È interessante osservare come, con riferimento in modo specifico al personale dipendente (Tabella 3.17), Lombardia e Lazio presentino quote decisamente inferiori alla media nazionale, mentre la Sicilia e la Calabria, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenziano valori più elevati della media nazionale.

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

politiche di contenimento della spesa. Ad esempio, alcune Regioni hanno adottato forme di distribuzione dei farmaci alternative a quella tradizionale, ovvero per tramite di farmacia aperta al pubblico, su ricettari SSN e con i margini alla distribuzione previsti dalla normativa. Alcune hanno privilegiato la distribuzione diretta (come Toscana, Emilia Romagna e Umbria), altre accordi con le farmacie aperte al pubblico per distribuzione in nome e per conto delle Aziende Sanitarie (tra le altre Regioni, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Basilicata). Tali Regioni evidenziano, in genere, un'incidenza della spesa per beni e servizi superiore alla media nazionale.

### 3.5 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/2001 alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari<sup>40</sup> e, con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle Leggi Finanziarie per gli anni successivi (cfr *supra* e *infra*).

Le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. È ovviamente importante usare molta cautela nell'interpretare i dati di disavanzo: come sopra specificato, esiste una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci introdotte a seguito dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina, 2005). Esistono comunque sostanziali divergenze nei livelli di disavanzo, che vengono solo in parte influenzate da aspetti di natura contabile. Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo pari al 39% di quello complessivo a livello nazionale (Tabella 3.18). La situazione è peggiorata nel tempo: l'incidenza delle due Regioni sul disavanzo annuale complessivo nazionale è aumentata quasi costantemente nel corso degli anni, arrivando ad attestarsi al 62% nel 2005, per ridursi leggermente nel 2006, di nuovo aumentare al 68% nel 2007, fino a rappresentare, nel 2008, il 71,5% del disavanzo. Nel 2009 le due Regioni, rappresentano il 64,3% del disavanzo totale, nonché 56,7% del disavanzo cumulato, malgrado la Campania abbia quasi dimezzato il proprio deficit annuo rispetto al 2005 e il Lazio lo abbia ridotto del 30% rispetto al 2006. Ed è sempre la Regione Lazio quella che fa registrare il dato di disavanzo cu-

<sup>40</sup> 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 3.18 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2009)**

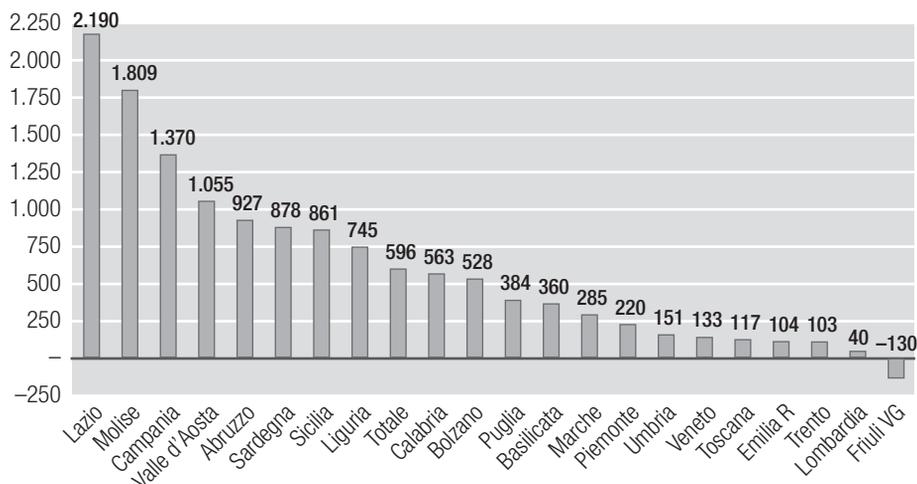
Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2001-2009
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	975
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	17	134
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-26	387
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-14	263
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	9	53
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	101	649
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-9	-161
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	100	1.204
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-39	450
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	-14	435
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-13	135
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-15	448
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.372	12.320
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	49	1.237
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	72	580
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	725	7.962
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	292	1.565
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	22	213
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	65	222	1.131
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	233	4.335
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	131	193	1.467
<b>Totale</b>	<b>4.122</b>	<b>2.891</b>	<b>2.323</b>	<b>5.790</b>	<b>5.735</b>	<b>4.483</b>	<b>3.709</b>	<b>3.469</b>	<b>3.260</b>	<b>35.782</b>
<i>Nord</i>	<i>1.232</i>	<i>704</i>	<i>292</i>	<i>1.231</i>	<i>359</i>	<i>63</i>	<i>-40</i>	<i>-8</i>	<i>122</i>	<i>3.955</i>
<i>Centro</i>	<i>1.207</i>	<i>726</i>	<i>808</i>	<i>2.125</i>	<i>1.779</i>	<i>2.171</i>	<i>1.571</i>	<i>1.623</i>	<i>1.330</i>	<i>13.337</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.683</i>	<i>1.461</i>	<i>1.224</i>	<i>2.434</i>	<i>3.597</i>	<i>2.250</i>	<i>2.178</i>	<i>1.854</i>	<i>1.809</i>	<i>18.490</i>

**Nota:** Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari

**Fonte:** Elaborazioni su dati RGSEP (2009)

mulato procapite (2001-2009) più elevato, seguita dal Molise e dalla Campania (Figura 3.4).

I dati appena presentati non tengono conto delle assegnazioni di copertura stanziata dal livello centrale a partire dalla Legge Finanziaria 2005 e consentono di apprezzare quanto le Regioni siano in grado, autonomamente, di gestire in equilibrio il proprio sistema sanitario.

Figura 3.4 **Disavanzo sanitario procapite cumulado (2001-2009)**

**Nota:** Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari

**Fonte:** Elaborazioni su dati RGSEP (2009) e ISTAT (2009)

Le Regioni che, nel 2009, presentano la migliore situazione di equilibrio economico-finanziario di lungo periodo<sup>41</sup> sono il Friuli Venezia Giulia (che presenta un avanzo pro capite cumulado di 130 euro), la Lombardia, con un disavanzo procapite cumulado pari a 40 euro e la PA di Trento, che presenta un valore di disavanzo procapite cumulado pari a 103 euro (Figura 3.4).

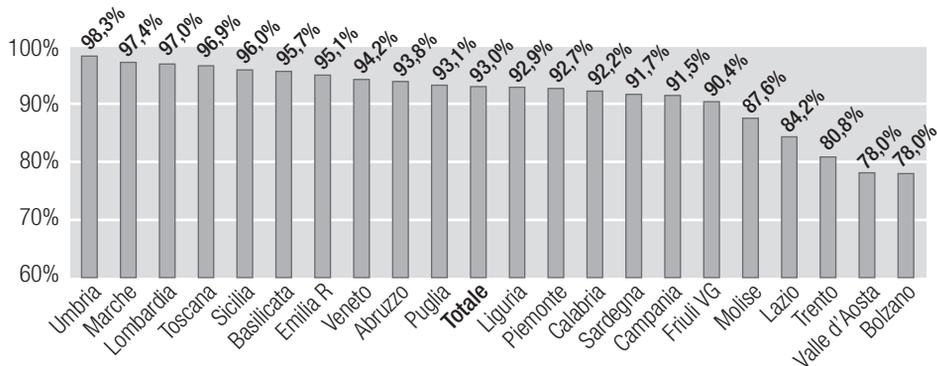
La Figura 3.5 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente per i residenti. Si osserva come Lazio, Molise, Valle d'Aosta, e PA di Trento e PA di Bolzano presentino il minor livello di copertura della spesa per i LEA da parte delle relative assegnazioni. In genere, le Regioni a statuto speciale e quelle con maggiore disavanzo presentano un grado di copertura inferiore. Fa eccezione la Campania, che nel tempo ha ridotto il proprio disavanzo in misura significativa, aumentando quindi il grado di copertura della spesa tramite le assegnazioni. Diversa è la situazione delle Regioni a statuto ordinario in condizioni di avanzo o di equilibrio: per tali Regioni le assegnazioni per i LEA vanno quasi integralmente a coprire la spesa sanitaria corrente.

Come anticipato nel § 3.3, le leggi finanziarie dal 2005 al 2007, in deroga a quanto stabilito dalla L. 405/2001, hanno previsto ulteriori assegnazioni a copertura dei disavanzi sanitari regionali. Nello specifico:

- La Legge Finanziaria per il 2005 aveva previsto una copertura parziale da parte dello stato centrale dei disavanzi per il triennio 2001-2003 per com-

<sup>41</sup> Valutato sulla base del disavanzo pro-capite cumulado 2001-2009.

Figura 3.5 **Incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente riferita alla popolazione residente (2009)**



**Nota:** La spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2008.

**Fonte:** Elaborazioni su dati RGSEP (2009)

pressivi 2 miliardi di Euro, di cui 50 milioni di Euro sono stati assegnati all'Ospedale Bambin Gesù di Roma, 550 milioni sono stati ripartiti a copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari e 1,4 miliardi sono stati assegnati alle Regioni. Il riparto non si è basato esclusivamente sul disavanzo pregresso, perché ciò avrebbe penalizzato le Regioni che avevano migliorato la propria posizione sotto il profilo dell'equilibrio economico-finanziario.

- ▶ La Legge Finanziaria per il 2006, pur prevedendo anch'essa un'assegnazione ulteriore di 2 miliardi di Euro, ha destinato l'intero ammontare alle Regioni. Il riparto tra le stesse, anche in questo caso, non si è basato esclusivamente sul disavanzo pregresso, ma ha interessato tutte le Regioni. Successivamente, in considerazione del fatto che al disavanzo complessivo nazionale contribuiscono in maniera determinante solo alcune Regioni (soprattutto Lazio, Campania e Sicilia) si è ritenuto di operare una specifica finalizzazione nell'attribuzione delle risorse aggiuntive: la legge ha integrato il finanziamento di 1 miliardo da ripartire tra le Regioni che avessero stipulato specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo.
- ▶ La Legge finanziaria per il 2007 ha previsto per il triennio 2007-2009 un fondo transitorio di 1 miliardo di euro per il 2007, 850 milioni di euro per il 2008 e 700 milioni di euro per il 2009. Il fondo è stato concepito come uno strumento per consentire alle Regioni in difficoltà di sostenere i maggiori costi medi associati alla loro struttura d'offerta sanitaria e a programmare un recupero dell'inefficienza differenziale rispetto alle al-

tre aree del Paese. La possibilità di accesso al fondo e le condizioni del suo utilizzo sono state dettagliatamente definite nella Finanziaria per il 2007. Il fondo è destinato a quelle Regioni che abbiano registrato un disavanzo pari o superiore al 7% del finanziamento loro erogato e che abbiano già attivato, al livello massimo previsto dalla legislazione, l'aliquota addizionale Irpef e la maggiorazione Irap. Le Regioni devono sottoscrivere un apposito accordo con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con la presentazione di un Piano di rientro dal disavanzo. Per le Regioni che non rispettino gli obiettivi programmati sono previsti la sospensione dell'erogazione degli ulteriori finanziamenti (2008 e 2009), nonché l'incremento delle aliquote oltre il massimo previsto dalla legislazione vigente e fino a concorrenza dei mancati obiettivi. Inoltre, in accordo con il D.Lgs. 159/2007, è prevista la possibilità di procedere al commissariamento della Regione inadempiente. Nel caso inverso, di un miglioramento dell'andamento della spesa rispetto agli obiettivi intermedi prefissati, la Regione potrà disporre una riduzione di tali imposte per l'anno di imposta dell'esercizio successivo. Inoltre, nella stessa Finanziaria sono stati stanziati 90 milioni per il 2007, 179 milioni per il 2008 e 192 milioni per il 2009, da attribuire alle Regioni che hanno sottoscritto Piani di Rientro (tranne Liguria e Sardegna) a titolo di compensazione delle risorse che deriverebbero dall'incremento automatico dell'aliquota dell'IRAP, applicata alla base imponibile che si sarebbe determinata in assenza delle disposizioni introdotte con la stessa Finanziaria. Alle risorse aggiuntive stanziati dalle tre leggi finanziarie, si sono aggiunte quelle della L. 64/2007, che ha previsto, sempre e solo per le Regioni con disavanzi più elevati, ulteriori 3 miliardi per il rientro dei deficit sanitari 2001-2005.

Dall'analisi del grado di copertura dei disavanzi pregressi da parte delle ulteriori assegnazioni e del disavanzo residuo cumulato (Tabella 3.19), si nota come il livello complessivo del deficit sanitario a carico dei bilanci regionali sia molto elevato (il 73,3%), nonostante i numerosi richiami al rigore e sebbene già le L.311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 2005 ed il 2006) abbiano istituito una procedura di diffida per le Regioni che, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, abbiano fatto registrare nel settore sanitario un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati sufficienti).

La procedura prevede che: (i) il Presidente del Consiglio diffida le Regioni ad adottare delle misure di copertura entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, (ii) il Presidente della Regione agisce da Commissario ad acta se la Regione non interviene entro la fine di maggio e (iii) si procede con l'applicazione automatica delle maggiorazioni delle aliquote fiscali se il Presidente del-

Tabella 3.19 **Disavanzo sanitario cumulato al netto dei provvedimenti di copertura e % disavanzo a carico delle Regioni**

Valori assoluti (Milioni di Euro)	Disavanzo cumulato 2001-2005	Assegnazioni per copertura disavanzi (Finanziaria 2005)	Assegnazioni per copertura disavanzi (Finanziaria 2006)		Ulteriori integrazioni per ripiano disavanzi 2001-2005 (L. 64/07)	Disavanzo residuo 2001-2005	2006
			art. 1 c278	art. 1 c279			
Piemonte	1.021	59	-	230	-	732	7
Valle d'Aosta	77	-	-	-	-	77	14
Lombardia	423	117	-	-	-	305	4
Bolzano	340	-	-	-	-	340	-25
Trento	12	-	-	281	-	-269	14
Veneto	762	76	-	134	-	552	-71
Friuli VG	-72	-	-	-	-	-72	-18
Liguria	752	54	-	119	-	579	100
Emilia R	503	56	-	224	-	223	38
Toscana	367	43	-	203	-	121	121
Umbria	123	11	-	53	-	59	41
Marche	475	21	-	63	-	391	39
Lazio	5.678	288	401	148	2.079	2.763	1.971
Abruzzo	772	18	31	33	144	546	140
Molise	312	5	22	8	202	74	59
Campania	4.797	338	384	101	363	3.612	761
Puglia	432	131	-	118	-	183	170
Basilicata	122	14	-	39	-	69	22
Calabria	638	83	-	122	-	434	35
Sicilia	2.335	107	153	75	212	1.787	932
Sardegna	991	28	9	49	-	905	130
<b>Totale</b>	<b>20.861</b>	<b>1.450</b>	<b>1.000</b>	<b>2.000</b>	<b>3.000</b>	<b>13.411</b>	<b>4.483</b>
<i>Nord</i>	<i>3.818</i>	<i>363</i>	-	<i>988</i>	-	<i>2.467</i>	<i>63</i>
<i>Centro</i>	<i>6.643</i>	<i>363</i>	<i>401</i>	<i>467</i>	<i>2.079</i>	<i>3.333</i>	<i>2.171</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>10.399</i>	<i>724</i>	<i>599</i>	<i>545</i>	<i>921</i>	<i>7.610</i>	<i>2.250</i>

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2009)

2007	Fondo Transitorio LF 2007 per disavanzi 2007	Minore Irap LF 2007 (art. 1 c.270, "clausola di salvaguardia") per disavanzi 2007	2008	Fondo Transitorio LF 2007 per disavanzi 2008	Minore Irap LF 2007 (art. 1 c.270, clausola di salvaguardia) per disavanzi 2008	2009	Disavanzo residuo 2001-2009 al netto delle assegnazioni da LF e ulteriori integrazioni	% disavanzo a carico delle regioni
-31	-	-	-5	-	-	-17	686	70,4%
14	-	-	13	-	-	17	134	100,0%
-10	-	-	-4	-	-	-26	270	69,7%
-22	-	-	-15	-	-	-14	263	100,0%
8	-	-	10	-	-	9	-228	0,0%
-75	-	-	-68	-	-	101	439	67,6%
-39	-	-	-22	-	-	-9	-161	0,0%
142	50	-	110	43	-	100	937	77,8%
-26	-	-	-27	-	-	-39	170	37,7%
-42	-	-	3	-	-	-14	188	43,4%
-7	-	-	-9	-	-	-13	71	52,5%
-15	-	-	-37	-	-	-15	364	81,2%
1.635	378	38	1.665	321	76	1.372	8.592	69,7%
151	47	6	123	40	13	49	904	73,1%
67	29	2	70	25	4	72	283	48,7%
864	355	34	815	302	67	725	6.019	75,6%
313	-	-	358	-	-	292	1.316	84,1%
18	-	-	29	-	-	22	159	75,0%
170	-	-	65	-	-	222	927	81,9%
574	141	10	262	120	19	233	3.498	80,7%
22	-	-	131	-	-	193	1.382	94,2%
<b>3.709</b>	<b>1.000</b>	<b>90</b>	<b>3.469</b>	<b>850</b>	<b>179</b>	<b>3.260</b>	<b>26.214</b>	<b>73,3%</b>
-40	50	-	-8	43	-	122	2.511	63,5%
1.571	378	38	1.623	321	76	1.330	9.215	69,1%
2.178	572	51	1.854	487	103	1.809	14.488	78,4%

la Regione non interviene. Questo ha portato nel maggio 2006 all'individuazione delle 6 Regioni<sup>42</sup> (Liguria, Sicilia, Abruzzo, Molise, Campania e Lazio), definite «in affiancamento» e chiamate a sottoscrivere i Piani di Rientro dal disavanzo sanitario (cfr *supra* e *infra*).

I PdR sono articolati sul triennio 2007-2009 e sono finalizzati a coprire il disavanzo pregresso, portando entro il 2010 le Regioni all'equilibrio di bilancio, e ad individuare e definire le misure di intervento per governare le cause che, in maniera strutturale, sono intervenute a determinare, nel corso degli anni, gli elevati livelli di disavanzo sanitario, in modo da consentire un'efficace gestione del sistema. Come anticipato in precedenza, la Calabria ha sottoscritto il piano di Rientro a dicembre 2009. Nel corso del 2010, la Regione Liguria potrebbe uscire (a seguito di apposita verifica) dallo schema dei PdR, mentre dovrebbero entrare Puglia, Piemonte e, con riserva, Basilicata.

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. Nello specifico, al 31/7/2010 le addizionali regionali IRPEF erano presenti in 12 Regioni<sup>43</sup> (erano 14 nel 2009; Puglia e Veneto hanno poi deciso di eliminare l'addizionale IRPEF, ma verosimilmente la Puglia dovrà reintrodurla a seguito dell'approvazione del Piano di Rientro) (Tabella 3.20).

Le Regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Umbria e Marche) hanno optato per un'aliquota progressiva, mentre quelle meridionali (Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia) insieme al Lazio per un'aliquota proporzionale. Rispetto all'entità delle addizionali bisogna rilevare come le Marche siano la Regione dove le stesse hanno toccato la punta più elevata (il 4% per i redditi superiori a 69.721,68 euro fino al 2004), registrando un valore quasi triplo rispetto alla più alta tra le aliquote adottate dalle altre Regioni (1,4%). Non si registrano variazioni di rilievo nel 2010, a parte l'abolizione dell'addizionale in Veneto e Puglia.

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota del 3,9%<sup>44</sup>, ma viene conferita in capo alle Regioni

<sup>42</sup> La Regione Sardegna ha firmato, il primo Agosto 2007, un accordo con il Governo per la definizione della situazione debitoria della Sardegna relativa all'anno 2001. L'obiettivo di tale accordo è quello di consentire alla Sardegna il recupero dell'assegnazione di circa 72 milioni di euro a valere sul finanziamento del 2001, mai erogati per inadempienze legate alla tardiva copertura del disavanzo sanitario dell'esercizio 2001. Con tale accordo la Regione Sardegna si impegna a proseguire il percorso di riorganizzazione e ammodernamento del Servizio Sanitario Regionale nel quadro del Piano sanitario regionale approvato nel gennaio 2007.

<sup>43</sup> Informazione aggiornata al 20 luglio 2010.

<sup>44</sup> Come previsto dall'art. 1, comma 50, lett. h della L.244/2007 (esclusi i casi previsti dal comma 2 dell' art.16 e dai commi 1 e 2, dell' art. 45 D.Lgs. n. 446/1997) che ha modificato la precedente aliquota base pari a 4,25%, portandola al 3,90%.



Tabella 3.20 (segue)

	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota						
Umbria	fino a 10.329,14	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 26.000,00	0,9
	oltre	1,1	oltre	1,1	oltre	1,1	oltre	1,1	oltre 26.000,00	1,1
Marche	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.500,00	0,9	fino a 15.500,00	0,9
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,91	da 15.493,72 a 30.987,41	1,91	da 15.493,72 a 30.987,41	1,4	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2
	da 30.987,42 a 69.721,68	3,6	da 30.987,42 a 69.721,68	3,6	30.987,42 a 69.721,68	3,6	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4
	oltre	4	oltre	4	oltre	4				
Lazio	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9						
Abruzzo	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9						
Molise	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	1,2	per tutti i redditi	1,2
	per tutti i redditi	0,9	fino ad 12.500,00 (eccetto esenzioni di legge a cui si applica l'aliquota dello 0,9)	1,1						
Campania									da 12.501,00 ad 15.000,00	1,2
									oltre 15.000,00	1,4
Puglia	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,2	per tutti i redditi	1,1	per tutti i redditi	1,1	per tutti i redditi	0,9
Basilicata	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9						
Calabria	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Sicilia	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9						
Sardegna	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9						

Tabella 3.20 (segue)

	Anno 2007			2008			2009			2010		
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	fino a 11.071,35	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9
	oltre	1,4	oltre	1,4	da 15.000,00 a 22.000,00	1,2	da 15.000,00 a 22.000,00	1,2	da 15.000,00 a 22.000,00	1,2	da 15.000,00 a 22.000,00	1,2
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2	fino a 10.329,14	0,9	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.493,71	0,9	fino a 15.493,71	0,9
Lombardia	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,71 a 30.987,41	1,3	da 15.493,71 a 30.987,41	1,3
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
Bozano	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Trento	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Veneto	fino a 28.000,00 (e nelle situazioni previste dalla LR 27/2006)	0,9	fino a 29.500,00	0,9	fino a 29.500,00	0,9	fino a 29.500,00	0,9	fino a 29.500,00	0,9	per tutti i redditi	0,9
					da 29.501,00 a 29.650,00	1- (29.235,00/ imponibile)						
Friuli Venezia Giulia	oltre	1,4	oltre 29.500,00	1,4	oltre 29.500,00	1,4	oltre 29.500,00	1,4	oltre 29.500,00	1,4	oltre 29.500,00	1,4
	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Liguria	fino a 13.000,00	0,9	fino a 25.000,00	0,9	fino a 20.000,00	0,9	fino a 20.000,00	0,9	fino a 20.000,00	0,9	fino a 20.000,00	0,9
	oltre 13.000,00 e fino a 20.000,00	1,25	oltre 25.000,00	1,4	oltre 20.000,00	1,4	oltre 20.000,00	1,4	oltre 20.000,00	1,4	oltre 20.000,00	1,4
	oltre 20.000,00	1,4		1,4								
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,1	fino a 15.000,00	1,1	fino a 15.000,00	1,1	fino a 15.000,00	1,1	fino a 15.000,00	1,1	fino a 15.000,00	1,1
	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2
	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3
	superiori a 25.000,00	1,4	superiori a 25.000,00	1,4	superiori a 25.000,00	1,4	superiori a 25.000,00	1,4	superiori a 25.000,00	1,4	superiori a 25.000,00	1,4

Tabella 3.20 (segue)

	Anno 2007			2008			2009			2010		
	Scaglioni di reddito	Aliquota										
Toscana	per tutti i redditi	0,9										
Umbria	fino a 26.000,00	0,9	fino a 15.000,00	0,9								
	oltre 26.000,00	1,1	oltre 15.000,00	1,1								
Marche	fino a 15.500,00	0,9										
	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2										
	oltre 31.000,01	1,4										
Lazio	per tutti i redditi	1,4										
Abruzzo	per tutti i redditi	1,4										
Molise	per tutti i redditi	1,4										
Campania	per tutti i redditi	1,4										
Puglia	per tutti i redditi	0,9	fino a 28.000,00	0,9	fino a 28.000,00	0,9	fino a 28.000,00	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
			oltre 28.000,00	1,4	oltre 28.000,00	1,4	oltre 28.000,00	1,4		1,4		
Basilicata	per tutti i redditi	0,9										
Calabria	per tutti i redditi	1,4										
Sicilia	per tutti i redditi	1,4										
Sardegna	per tutti i redditi	0,9										

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell' Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2010)

la facoltà di variare l'aliquota sino ad un massimo di 0,92 punti percentuali<sup>45</sup>, anche differenziandola per settori di attività o categorie di contribuenti. Nell'ambito di quest'autonomia (Tabella 3.21), Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se, contemporaneamente e come nel resto delle Regioni italiane, sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti. Non si registrano particolari variazioni nel corso del 2009 né per il 2010.

Infine, le Regioni possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto per coprire i disavanzi sanitari. La legge Finanziaria 2007 (L. 296/2006) ha stabilito che gli aumenti regionali intervenuti nel corso degli anni precedenti, rispetto alla tariffa base per autovetture, a suo tempo varata con il decreto interministeriale del 27 dicembre 1997, erano da ricalcolare nuovamente – con effetto dal 2007 ed entro il limite del 10% – prendendo a base, per conteggiare la maggiorazione, i nuovi importi approvati con la Finanziaria 2007. Analoga previsione è stata stabilita, successivamente, per la tariffa relativa ai motocicli, approvata con la L. 286/2006. Per l'annualità 2010 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) sussistono ancora oggi, tuttavia, marcate differenze tariffarie da Regione a Regione. A decorrere dal 2009 le fattispecie di appartenenza sono divenute sei (in precedenza quattro):

- ▶ la prima, costituita dalle Regioni nelle quali si applica la tariffa base, così come prevista dalla Finanziaria 2007: Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, PA Trento, Umbria e Valle d'Aosta;
- ▶ la seconda, composta dalle Regioni in cui si applica la maggiorazione del 10 per cento: Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria e Veneto;
- ▶ la terza comprende la sola Regione Marche, che applica una maggiorazione del 7,98 per cento;
- ▶ la quarta riguarda il Molise, che applica un incremento pari al 7 per cento;
- ▶ 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;

<sup>45</sup> Vedi nota 46. Il comma 226 dell'art 1 della L 244/2007 ha altresì disposto che le aliquote IRAP vigenti alla data del 1 gennaio 2008, nel caso in cui abbiano subito variazioni in base al comma 3 dell'art. 16 del D.lgs. n. 446/1997, debbano essere riparametrate in funzione di un coefficiente pari a 0,9176 (derivante dal rapporto tra 3,9 (nuova aliquota) e 4,25 (vecchia aliquota) cioè  $3,90/4,25 = 0,9176$ ). L'intervallo di aliquota che potrà sussistere sarà quindi pari a 2,98%-4,82%, dal momento che la Regione potrà variare l'aliquota base del 3,90 % in aumento o diminuzione di 0,92 punti percentuali.

Tabella 3.21 Le addizionali IRAP nelle diverse Regioni

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
Piemonte						5,25	Banche, Assicurazioni e società finanziarie	4,82	4,82
Lombardia	5,75	Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)			5,25			4,82	4,82
Veneto	4,75	Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)			5,25			4,82	4,82
Liguria	4,75	Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni	Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni		Tutti i soggetti		Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)	4,82	Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)
			5,25	5,25	5,25	5,25	Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 11 - 23	4,82	Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 11 - 23
Emilia Romagna						Imprese rientranti nei settori di attività secondo la classificazione ATECOFIN dell' Agenzia delle Entrate	Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 23-40-64	4,82	Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 23-40-64
Toscana			4,4			Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione	Imprese rientranti nei settori codice (codice ATECOFIN 23.2, 63.21.2, 64, 65, 66, 67, 70)	4,82	Imprese rientranti nei settori codice (codice ATECOFIN 23, 63, 64, 65, 66, 67, 70)*
						Raffinerie petrolifere, autostrade, telecomunicazioni ed attività di intermediazione immobiliare		4,82	4,82



Tabella 3.21 (segue)

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	
Molise		Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale		Banche			Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	
				5,75						
				5,75						
Campania			Tutti i soggetti		Banche ed enti finanziari	4,75	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	
										4,55
										5,25
Puglia							Tutti i soggetti (a decorrere dal successivo periodo d'imposta)	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	
										4,82
Calabria	Banche e altri enti finanziari, imprese di assicurazione							Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	
										4,75
Sicilia	Banche, società finanziarie, imprese di assicurazione					Tutti i soggetti		Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	
										5,25
	Imprese di raffinazione di prodotti petroliferi					5,25		4,82	4,82	
		5,25								

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2010)

- 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 ovvero Euro 5.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero ticket sul pronto soccorso e compartecipazioni alla spesa farmaceutica.

Rispetto al ticket sul pronto soccorso, la legge 296/2006 (Legge Finanziaria 2007) ha previsto, per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero<sup>46</sup>, che gli assistiti non esenti siano tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro, in tutto il territorio nazionale<sup>47</sup>. Tale quota fissa non è, comunque, dovuta dagli assistiti di età inferiore a 14<sup>48</sup> anni. Sono fatte salve le disposizioni eventualmente assunte dalle Regioni che, per l'accesso al pronto soccorso ospedaliero, possono porre a carico degli assistiti oneri più elevati. Ad oggi non è possibile valutare l'efficacia dei provvedimenti adottati dalle Regioni in quanto non vi è disponibilità di informazioni relative ai volumi di attività di pronto soccorso. Per i dettagli circa gli assetti regionali vigenti in merito all'applicazione delle compartecipazioni alla spesa per prestazioni erogate in regime di pronto soccorso si veda la Tabella 3.22.

Per quanto concerne la spesa farmaceutica, si rileva un aumento della quota di compartecipazione (ticket) del 33,4% su base annua, con un livello medio di incidenza del 7,2% sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda<sup>49</sup>, in aumento rispetto al 5,2% del 2008 (Tabella 3.23). Le forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica e l'adozione di forme alternative di distribuzione sono adottate da molte Regioni, sia perché si tratta di misure esplicitamente previste dalla L. 405/01 (compartecipazioni alla spesa ed interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci), sia perché esiste un esplicito tetto di spesa sull'assistenza farmaceutica territoriale<sup>50</sup>, pari al 13,6% (per l'anno 2009) delle assegnazioni complessive da parte dello stato centrale (inclusiva dei farmaci dispensati sul territorio per canali alternativi a quello delle farmacie aperte al pubblico e dei farmaci per pazienti ricoverati). Nel 2009 la spesa farmaceutica territoriale è stata pari al

<sup>46</sup> La cui condizione è stata codificata come codice bianco (ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti).

<sup>47</sup> Tutte le Regioni e province autonome hanno dato applicazione a tale norma, ad eccezione della Regione Basilicata che non prevede l'applicazione di alcun ticket per il pronto soccorso.

<sup>48</sup> Fanno eccezione la PA Bolzano e la Regione Friuli Venezia Giulia, in cui non sono previste esenzioni in relazione agli accessi di pronto soccorso.

<sup>49</sup> Al netto degli sconti a carico della filiera.

<sup>50</sup> Il tetto di spesa del 13,6% 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. Rientra, quindi, nel budget per la spesa territoriale anche una parte di spesa non convenzionata (ospedaliera + distribuzione diretta).

Tabella 3.22 **Le compartecipazioni alla spesa sanitaria per prestazioni erogate in regime di pronto soccorso: assetti regionali**

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
Piemonte	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta – dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti – dagli assistiti esenti in base alla normativa regionale
Valle d'Aosta	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti
Lombardia	25 € per la visita specialistica, comprese eventuali altre prestazioni diagnostico-terapeutiche	codici bianchi non seguiti da ricovero	Sono esentati dal ticket: – I cittadini di età inferiore a 14 anni – I cittadini di età superiore a 65 anni – Le prestazioni effettuate a seguito di infortunio sul lavoro in assicurati INAIL – Le prestazioni effettuate su richiesta degli organi di pubblica sicurezza o polizia giudiziaria – Tutte le categorie esenti secondo quanto previsto dalla normativa regionale per le prestazioni ambulatoriali
Bozano	50 € + tariffa per ogni prestazione specialistica ambulatoriale fino a un massimo di 100 €	casi non urgenti e/o non giustificati le esenzioni valgono solo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali	La quota fissa è dovuta da tutti i pazienti, le esenzioni riguardano solo le prestazioni specialistiche ambulatoriali: – Tutte le categorie esenti secondo quanto previsto per le prestazioni ambulatoriali Agevolazione per famiglie: esenzione totale del ticket per figli a carico fino a 14 anni con un reddito familiare annuo depurato di 36,152 Euro – diminuzione del ticket al 50% per tutte le tariffe per figli a carico con il massimale annuale ridotto al 50%
	15 €	casi giustificati qualora non seguiti da ricovero ospedaliero	– Accessi seguiti da ricovero – Le seguenti categorie: Detenuti, soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, indigenti, pazienti sottoposti a terapia del dolore (L. 08.02.2001 n. 12), invalidi civili al 100 per cento, compresi i non vedenti con residuo visivo binoculare fino ad 1/20, invalidi civili minorenni che percepiscono l'assegno di accompagnamento, invalidi di guerra, grandi invalidi per servizio, grandi invalidi del lavoro, alcune patologie ed invalidità (secondo decreti del Ministero per la sanità n. 329/1999 e n. 296/2001), altri invalidi che non sono totalmente esenti, titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico, persone sopra i 65 anni con un reddito complessivo familiare depurato di 36,152 Euro all'anno, titolare di pensioni al minimo di età superiore ai 60 anni ed i loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8,263 Euro annuali, incrementato fino a 11,362 Euro annuali in presenza del coniuge e 516 Euro per ogni figlio a carico

Tabella 3.22 (segue)

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
Trento	35 €  quota fissa 25 €	per i soggetti non aventi titolo alla gratuità (cittadini stranieri non forniti dei modelli di assistenza internazionale)  codici bianchi non seguiti da ricovero	Non sono soggetti al ticket: – gli assistiti di età inferiore a 14 anni – coloro che sono esenti per motivi di reddito – gli accessi al PS seguiti da ricovero – gli accessi al PS per traumi, avvelenamenti acuti, malattia cronica o rara, invalidità o condizione soggettiva (donazione sangue organi o tessuti, maternità, infortuni sul lavoro)
Veneto	25 € per la visita medica eseguita dal medico di PS  *18,5€ per l'attività di consulenza e per la visita pediatrica eseguita dal medico del PS pediatrico – ticket fino a 36,15 euro ogni otto prestazioni della stessa branca specialistica per le eventuali altre prestazioni (secondo le modalità previste per la specialistica ambulatoriale)	codici bianchi	La quota di 25 euro non è dovuta:  – dagli assistiti di età inferiore a 14 anni – dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti – gli utenti esenti in base alla vigente normativa
Friuli VG	Ticket di (Le voci dal 3 al 9 sono comprensive della visita di PS): 1) 7,74 € per Visita di Pronto soccorso 2) 10,32 € per visite per consulenze specialistiche 3) 18,07 € per esami di laboratorio 4) 12,91 € per radiografia al torace 5) 23,24 € per altre indagini radiologiche 6) 30,98 € per Ecografia 7) 12,91 € per ECG 8) 23,24 € per EEG (incl. consulenza neurologica) 9) 12,91 € per altri esami strumentali (consulenze specialistiche).	– prestazioni di PS per situazioni clinico patologiche la cui definizione diagnostica e/o il trattamento terapeutico possono essere differiti – prestazioni programmate successive al primo trattamento	il ticket è dovuto da tutti i cittadini, anche gli esenti
Liguria	25 € sulla visita effettuata dal medico di Pronto Soccorso e/o da medici consulenti – 36,15 € (tetto massimo complessivo) nel caso in cui, oltre alla visita, vengano erogate ulteriori prestazioni diagnostiche di laboratorio, strumentali o terapeutiche.	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta: – dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni – dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti – dai soggetti esenti ai sensi della normativa nazionale (per i soggetti esenti per patologia limitatamente a prestazioni correlate alla patologia stessa)

Tabella 3.22 (segue)

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
Emilia R	25 € per la visita ticket per eventuali prestazioni, applicato secondo le regole per la specialistica	codici bianchi non seguiti da ricovero	– esenti per età e reddito, patologia, invalidità  Bambini fino a 14 anni di età, indipendentemente dal reddito Inoltre, sono esenti le seguenti prestazioni: __ prestazioni erogate nell'ambito dell'Obi (Osservazione Breve Intensiva) per situazioni cliniche che necessitano di un iter diagnostico-terapeutico di norma non inferiore alle 6 enon superiore alle 24 ore; __ prestazioni seguite da ricovero; __ prime prestazioni riferite a trauma con accesso al pronto soccorso entro 24 ore dall'evento; __ prestazioni riferite a trauma con accesso al pronto soccorso oltre 24 ore dall'evento nei casin cui si dia contestualmente corso ad un intervento terapeutico; __ prestazioni riferite ad avvelenamenti acuti; __ prestazioni erogate ai soggetti di età inferiore a 14 anni; __ prestazioni riferite a infortuni sul lavoro; __ prestazioni richieste dai medici e pediatri di famiglia, da medici di continuità assistenziale(guardia medica) o da medici di altro pronto soccorso; __ prestazioni riferite a soggetti esenti per patologia e/o reddito e altre condizioni previste dallanormativa vigente; __ prestazioni riferite alle persone straniere temporaneamente presenti (STP) se indigentit*
Toscana	25 € per l'accesso e per una prima visita e per gli eventuali esami di laboratorio – fino a ulteriori 25 € se vengono effettuati ulteriori esami (secondo ticket specialistica ambulatoriale)	codici bianco e azzurro (non critico, non urgente)	– i bambini con meno di 14 anni – tutti coloro che hanno l'esenzione dal ticket sanitario – tutti coloro che hanno necessità di un breve periodo di osservazione nell'area di PS o comunque all'interno della struttura ospedaliera inoltre, non sono soggette ad alcuna partecipazione alla spesa le prestazioni successive e conseguenti ad eventi, fatti o traumi trattati in PS in regime di esenzione e direttamente prescritte dai professionisti del Pronto Soccorso
Umbria	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti
Marche	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti
Lazio	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti

Tabella 3.22 (segue)

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
Abruzzo	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti per reddito, età, patologia e invalidità
Molise	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti
Campania	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta: dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni, dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti, dagli esenti per patologia, infortuni e reddito
Puglia	25 € per la visita – ticket per eventuali prestazioni specialistiche (con un massimo di 36,15 € dovuti per ogni raggruppamento di prestazioni afferenti alla stessa branca specialistica, fino ad un massimo di n.8 prestazioni, se non in possesso di esenzione (età, disoccupazione, patologia per le prestazioni previste, invalidità, ecc.)	codici bianchi non seguiti da ricovero per i minori (dai 6 anni compiuti fino ai 14 anni) è dovuto il ticket sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali (qualora non esenti per altra causa)	La quota fissa non è dovuta: – dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni – dai non esenti afferenti il pronto soccorso per Accessi seguiti da ricovero – per Accessi in situazione di urgenza/emergenza (inclusi traumi e ad avvelenamenti acuti)
Basilicata	non si applica il ticket	–	–
Calabria	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti Sono esenti cittadini residenti per i a) soggetti in atto esenti in quanto affetti da malattie croniche, invalidanti o rare ai sensi delle vigenti disposizioni b) soggetti che eseguono prestazioni previste dalle attività di screening di cui piano nazionale di prevenzione, limitatamente a quanto individuato nei provvedimenti attuativi regionali del piano stesso; c) soggetti in atto esenti in quanto appartenenti alle categorie protette individuate da norme nazionali (invalidi civili al 100%, per lavoro e di guerra; ciechi e sordomuti; soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati; vittime del terrorismo e della criminalità organizzata); d) i soggetti ed i loro familiari a carico con un reddito complessivo per nucleo familiare fino a c 10.000,00 attestato tramite l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE)*

Tabella 3.22 (segue)

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
Sicilia	quota fissa 25 €	codici bianchi, ad eccezione di quelli – seguiti da ricovero – afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi e avelenamenti acuti	<p>– Assistenti di età inferiore ai 14 anni – Gli esenti per reddito (soggetti appartenenti a nuclei familiari con ISEE non superiore ad € 9.000,00). – Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla I alla V (DM 1 febbraio 1991, art. 6). – Invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi (DM 1 febbraio 1991, art. 6). – Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla I alla V (DM 1 febbraio 1991, art. 6). – Invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi (67%–100%), (DM 1 febbraio 1991, art. 6). – Invalidi civili con assegno di accompagnamento (DM 1 febbraio 1991, art. 6). – Ciechi e sordomuti indicati, rispettivamente, dagli articoli 6 e 7 della legge 2 aprile 1968, n. 482 (DM 1 febbraio 1991, art. 6). – Ex deportati nei campi di sterminio. – Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (legge 20 ottobre 1990 n. 302, legge 23 novembre 1998 n. 407). – Invalidi civili minori di 18 anni, con indennità di frequenza o di accompagnamento (L.n. 289/90, Dlgs n 124/98, art. 5, c. 6) – Detenuti ed internati (Dlgs n. 230 del 22 giugno 1999, come modificato ed integrato dal Dlgs n. 433/2000). – Tossicodipendenti in terapia metadonica. – Categorie di soggetti con patologie croniche ed invalidanti: limitatamente alle prestazioni correlate alle patologie previste. – Categorie di soggetti affette da malattie rare. – Invalidi per servizio e invalidi di guerra dalla 6ª alla 8ª categoria. – Infortunati sul lavoro, o affetti da malattie professionali.</p>
Sardegna	quota fissa 25€ 15 €	codici bianchi codici verdi (pazienti poco critici e a bassa priorità di accesso)	<p>La quota non è dovuta: – dai minori di 14 anni – dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumi e avelenamenti acuti, – prestazioni erogate a seguito dell'intervento dell'unità medicalizzata 118 – prestazioni erogate a seguito di infortunio sul lavoro in assicurati INAIL – prestazioni erogate a fronte di una specifica richiesta del medico di base o del medico di continuità assistenziale con proposta di ricovero – dai soggetti esenti ai sensi della normativa nazionale e regionale</p>

**Nota:** Aggiornata alle disposizioni vigenti a gennaio 2010.

Fonte: Agenas (2010)

13,2% delle assegnazioni. La distribuzione diretta ha rappresentato circa il 12% della spesa territoriale e circa un terzo della spesa farmaceutica non convenzionata. La spesa ospedaliera assorbe il 4,1% delle assegnazioni per il 2009 ed è superiore rispetto al tetto assegnato (2,4%).

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

- ▶ le cartolarizzazioni dei crediti, finalizzate a recuperare liquidità: con queste operazioni le Aziende Sanitarie cedono i crediti che vantano nei confronti di altri enti pubblici<sup>51</sup>, ad esempio la regione, con lo scopo non di ridurre il disavanzo, ma di generare uno *stock* di liquidità in grado di allentare le tensioni di cassa. Un'esperienza di questo tipo è stata avviata in Regione Lazio, dove nel 2003 sono stati cartolarizzati i crediti vantati da SAN.IM (delegata dalle ASL a pagare i canoni di leasing) nei confronti della Regione;
- ▶ le operazioni di cessione dei crediti, finalizzate a rilevare i debiti che le Aziende Sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori. Esperienze di questo tipo sono state condotte dalla Regione Campania, che nel 2004 ha visto partire la cessione dei crediti (fino a 430 milioni di euro) vantati dagli associati AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) nei confronti delle ASL, accumulati nel corso del 2004, e dalla Regione Abruzzo (per 337 milioni di euro), dove è stata portata a termine una complessa manovra di finanza strutturata a doppio veicolo, che ha avuto come protagonisti le Asl, Dexia Crediop e Merrill Lynch, un pool di banche e FI.R.A., la finanziaria regionale.

La Tabella 3.24 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni<sup>52</sup>.

<sup>51</sup> La differenza con le operazioni di factoring risiede nel fatto che in quest'ultima vengono ceduti crediti commerciali, quindi di solvibilità meno certa rispetto ai crediti vantati nei confronti di enti pubblici.

<sup>52</sup> Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consip, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le Regioni, e l'applicazione puntuale del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle Regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).

Tabella 3.23 **La spesa farmaceutica pubblica: rispetto dei tetti di spesa, misure di compartecipazione e incidenza delle modalità alternative di distribuzione dei farmaci**

Valori assoluti (milioni Euro) Anno 2009	Territoriale	Convenzionata netta	Ticket	Distribuzione Diretta	Ticket / (Netta + Ticket)"	Incidenza della spesa totale su Finanziamento	Incidenza della spesa ospedaliera totale su Finanziamento	Distribuzione Diretta / Non Convenzionata	Distribuzione Diretta / Territoriale
Piemonte	980,3	830,3	53,5	96,4	6,1%	12,4%	4,5%	21,5%	9,8%
Valle d'Aosta	25,7	21,5	0,7	3,0	3,1%	11,2%	3,1%	30,2%	11,7%
Lombardia	1.956,7	1.597,1	181,8	177,6	10,2%	11,7%	3,3%	24,2%	9,1%
Bolzano	83,0	58,9	6,0	17,9	9,3%	9,9%	2,9%	40,0%	21,6%
Trento	96,6	77,4	2,3	16,4	2,8%	11,1%	1,6%	40,0%	17,0%
Veneto	977,8	769,9	86,4	121,4	10,1%	11,8%	5,0%	22,6%	12,4%
Friuli VG	261,8	220,9	7,5	32,8	3,3%	12,0%	4,2%	24,2%	12,5%
Liguria	416,9	325,3	19,4	72,0	5,6%	13,3%	3,4%	37,3%	17,3%
Emilia R	947,2	739,4	27,9	179,4	3,6%	12,3%	4,1%	36,4%	18,9%
Toscana	795,3	625,7	25,5	143,5	3,9%	11,9%	5,1%	29,3%	18,0%
Umbria	200,9	159,2	6,3	34,7	3,8%	12,5%	6,0%	26,4%	17,3%
Marche	335,9	292,1	11,4	31,8	3,8%	12,1%	5,6%	17,2%	9,5%
Lazio	1.476,8	1.184,0	105,8	186,0	8,2%	15,5%	3,9%	33,4%	12,6%
Abruzzo	341,1	264,5	20,8	55,0	7,3%	14,7%	3,5%	40,0%	16,1%
Molise	79,7	63,6	5,6	10,2	8,1%	14,0%	1,1%	39,6%	12,8%
Campania	1.336,0	1.118,0	71,7	145,9	6,0%	13,7%	3,6%	28,8%	10,9%

Tabella 3.23 (segue)

Valori assoluti (milioni Euro) Anno 2009	Territoriale	Convenzionata netta	Ticket	Distribuzione Diretta	Ticket / (Netta + Ticket)''	Incidenza della spesa totale su Finanziamento	Incidenza della spesa ospedaliera totale su Finanziamento	Distribuzione Diretta / Non Convenzionata	Distribuzione Diretta / Territoriale
Puglia	1.064,3	888,9	44,2	130,9	4,7%	15,3%	4,4%	30,1%	12,3%
Basilicata	138,6	116,0	4,0	17,9	3,3%	13,1%	3,7%	31,3%	12,9%
Calabria	584,2	461,3	34,1	87,0	6,9%	16,6%	4,2%	35,6%	14,9%
Sicilia	1.283,6	1.040,1	134,6	108,7	11,5%	15,2%	3,6%	26,3%	8,5%
Sardegna	396,6	339,2	12,6	44,3	3,6%	14,0%	5,6%	21,2%	11,2%
<b>Totale</b>	<b>13.681,9</b>	<b>11.193,3</b>	<b>862,2</b>	<b>1.626,0</b>	<b>7,2%</b>	<b>13,2%</b>	<b>4,1%</b>	<b>27,4%</b>	<b>11,9%</b>

**Nota:** L'entità dei ticket sui farmaci è calcolata come incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda, che è pari al valore dei farmaci dispensati dalle farmacie convenzionate in prezzi al pubblico. I ticket sono rappresentati da quote fisse per ricetta o confezione dispensata a carico del SSN, dall'eventuale differenza tra prezzo della prescrizione e prezzo di riferimento applicato ai principi attivi per i quali sia disponibile almeno un generico nel normale ciclo distributivo regionale, prezzo di riferimento applicato in tutte le Regioni, oltre che alla eventuale applicazione di prezzi di riferimento per le categorie terapeutiche omogenee (Cavalli e Otto, 2007). Per la distribuzione diretta, l'Osservatorio sull'impiego dei medicinali dell'AIFA ha pubblicato nel 2007 la spesa per farmaci in Pronto Soccorso-Territorio (PHT) acquistati dalle Aziende Sanitarie e distribuiti sul territorio. Tale dato non è stato aggiornato nel 2009.

Fonte: Elaborazioni su dati Osservatorio Farmaci (2010), Osmed (2009) e AIFA (2010), Federfarma (2010), AIFA (2010), IMS Health (2010)

Tabella 3.24 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate**

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

\* Si segnala che la Regione Lazio ha effettuato sia cartolarizzazioni immobiliari che dei crediti, mentre Abruzzo, Campania e Sicilia hanno effettuato solo cartolarizzazioni dei crediti, quindi misure non ammesse come strumenti di copertura dei disavanzi.

## Bibliografia

AGENAS (2010), *Il ticket di pronto soccorso – principali caratteristiche dei sistemi regionali vigenti al 31 gennaio 2010*, <http://www.agenas.it>

Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.

Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.

- Cavalli L., Jommi C. e Lecci F. (2007), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Cavalli L. e Otto M. (2007), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica: un quadro delle iniziative adottate», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, EGEA.
- ISTAT (2010), *Statistiche demografiche* (<http://demo.ISTAT.it/pop2009/index.html>) (ultimo accesso, 10 Luglio 2010).
- 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.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*.
- OECD (2010), *OECD Health Data 2010*, OECD.
- Osmed (2009), *L'uso dei farmaci in Italia*.
- Osservatorio Farmaci, CER GAS (2010), *Report 25. Report annuale per il 2009*. Osservatorio Farmaci, CER GAS, Aprile 2010.