

3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

di Patrizio Armeni¹

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 alcuni dei 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 cap. 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.

3.2 I confronti internazionali

Il Database OCSE 2011 copre, per la maggior parte dei Paesi, il periodo compreso tra il 1960 ed il 2009, mentre i dati 2010 sono disponibili solo per un ristretto numero di variabili per alcuni Paesi. In pochi casi, i dati 2009 sono ancora provvisori o incompleti.

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 Acquisto²), con riferimento al PIL. Le serie storiche così calcolate sono sog-

¹ Un particolare ringraziamento a Luigi Orlando per il supporto fornito nella raccolta e nella verifica di alcune informazioni qualitative, in particolare riferite a: Tabella 3.20, Tabella 3.21, Tabella 3.22 e Tabella 3.23).

² Le PPA sono strumenti di conversione di dati, espressi in valuta nazionale, che incorporano i differenziali di potere d'acquisto delle valute stesse.

gette a frequenti *reworking*; pertanto i valori anche di anni lontani potranno differire, per lo più in misura non qualitativamente rilevante, rispetto a quelli 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), che però non vengono aggiornate con frequenza annuale e non sono state, pertanto, utilizzate in questa sede;

- ▶ 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 15 Paesi UE (convertita in \$ PPA) alla popolazione complessiva dell'UE-15. I pesi di ciascun Paese sono stati ribilanciati nel caso in cui i dati non fossero disponibili per tutti i 15 Paesi. 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 15 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 Salute³;
- ▶ mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da stime campionarie sui consumi delle famiglie, con una conseguente minore attendibilità;
- ▶ 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: nell'UE-15, ad esempio, l'incidenza 2009 di tale spesa è compresa, con riferimento alla spesa totale (pubblica + privata), tra il 6,7% dell'Olanda e il 2,7% della Francia⁴, e con riferimento alla sola spesa pubblica, tra il 4,4% della Finlandia e l'1,9% della Francia⁵;
- ▶ i dati di alcuni Paesi non sono completi⁶;

³ L'aggregato di riferimento è denominato «Final consumption of general government» e comprende la spesa del governo centrale e dei governi regionali e locali.

⁴ I dati 2009 sono incompleti. In particolare, non è stato utilizzato il valore del Belgio, che presenterebbe una spesa corrente pari al 100% della spesa sanitaria complessiva, in quanto segnalato come dato provvisorio.

⁵ Anche in questo caso, i dati 2009 sono incompleti.

⁶ I dati della Germania antecedenti al 1992, e segnatamente il 1991, non sono stati utilizzati, in quanto non affidabili. Lo *split* della spesa sanitaria complessiva tra componente pubblica e privata non è disponibile per il 2008 in alcuni Paesi (Danimarca, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Austria e Giappone). Per la Repubblica Slovacca la serie storica della spesa sanitaria complessiva parte

- ▶ per l'Italia, i dati OCSE non coincidono con quelli riportati nelle tabelle nazionali per effetto delle 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 2009 (Tabella 3.1) risulta del 16%⁷ circa inferiore al dato complessivo UE-15, come risultato di un tasso di crescita medio, tra il 1990 e il 2009, di 1,2 punti percentuali minore rispetto alla media dei quindici Paesi. Il valore UE-15 è a sua volta più basso rispetto sia 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 2008). In particolare, gli Stati Uniti mostrano il dato di gran lunga più elevato di spesa sanitaria procapite, pari a 7.960 \$ PPA, maggiore del 113% rispetto alla media dell'UE-15. Nei quattro nuovi Paesi UE, invece, la spesa procapite è decisamente più bassa (in media -53%). Tale fenomeno è da ascrivere, almeno in parte, alle minori disponibilità economiche di questi Paesi. 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 (-24% in media), in quanto si rapporta la spesa sanitaria alle disponibilità economiche del sistema-Paese. Nondimeno, permangono differenze consistenti. In parte, queste differenze sono 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. Per un'altra parte, il dislivello è dovuto alla disponibilità⁸, nei Paesi più ricchi, di tecnologie più costose.

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.

⁷ Con riferimento a questo valore, si segnala che nel Rapporto OASI 2010, con dati al 2008, l'Italia risultava spendere il 9% in meno della media UE-15. L'apparente variazione significativa rispetto al dato fornito nel presente Rapporto è dovuta in gran parte all'effetto del *reworking* operato dall'OCSE sulla serie storica. Infatti, ricalcolando, sulla serie aggiornata, il dato 2008, la spesa totale italiana risulterebbe inferiore del 13% (e non più del 9%) rispetto alla media europea. Inoltre, è da rilevare che Grecia e Portogallo non concorrono alla formazione della media UE-15 del 2009: il confronto internazionale sconta, pertanto, anche l'effetto del ribilanciamento della ponderazione.

⁸ Per disponibilità si intende l'esistenza di un mercato, quindi di una domanda e di un'offerta. I Paesi più ricchi, infatti, possono permettersi l'acquisto di tecnologie più costose, mentre nei Paesi meno ricchi la domanda per queste tecnologie è molto bassa o nulla.

Tabella 3.1 Spesa sanitaria totale procapite – \$ PPA (1990; 1995; 2000; 2005; 2009; 2008; 2007; 2006; 2005; 2000; 1995)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Var % media (1990-2009)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2009)
UE (15)												
Austria	1.623	2.239	2.862	3.472	3.629	3.792	4.128	4.289	5,2%	6,6%	5,4%	5,0%
Belgio	1.353	1.710	2.245	3.231	3.279	3.437	3.714	3.946	5,8%	4,8%	6,7%	6,6%
Danimarca	1.540	1.869	2.508	3.245	3.577	3.770	4.052	4.348	5,6%	3,9%	7,5%	6,2%
Finlandia	1.363	1.475	1.853	2.589	2.764	2.910	3.158	3.226	4,6%	1,6%	6,0%	6,4%
Francia	1.445	2.100	2.553	3.306	3.493	3.679	3.809	3.978	5,5%	7,8%	5,4%	4,8%
Germania	1.764	2.267	2.669	3.364	3.565	3.724	3.963	4.218	4,7%	5,1%	4,3%	5,3%
Grecia	844	1.260	1.451	2.352	2.608	2.724	n.d.	n.d.	n.d.	8,3%	6,8%	n.d.
Irlanda	788	1.190	1.768	2.959	3.200	3.494	3.784	3.781	8,6%	8,6%	11,7%	7,8%
Italia	1.355	1.531	2.064	2.516	2.725	2.771	3.059	3.137	4,5%	2,5%	7,8%	4,4%
Lussemburgo	n.d.	1.906	3.268	4.152	4.603	4.494	4.451	4.808	n.d.	n.d.	10,8%	5,3%
Olanda	1.412	1.795	2.340	3.450	3.613	3.944	4.241	4.914	6,8%	4,9%	7,3%	8,5%
Portogallo	628	1.014	1.654	2.212	2.303	2.419	2.508	n.d.	n.d.	10,1%	11,1%	n.d.
Spagna	870	1.190	1.537	2.269	2.536	2.735	2.971	3.067	6,9%	6,5%	6,6%	8,2%
Svezia	1.592	1.741	2.286	2.963	3.193	3.432	3.644	3.722	4,6%	1,8%	7,5%	5,1%
Regno Unito	960	1.346	1.828	2.735	3.006	3.051	3.281	3.487	7,0%	7,0%	8,2%	7,2%
Totale UE (15)	1.300	1.732	2.191	2.923	3.135	3.274	3.519	3.739	5,7%	5,9%	6,2%	6,0%

Tabella 3.1 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Var % media (1990-2009)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2009)
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	558	897	981	1.475	1.556	1.661	1.839	2.108	7,2%	10,0%	3,8%	8,7%
Ungheria	n.d.	658	853	1.411	1.486	1.433	1.495	1.511	n.d.	n.d.	8,1%	5,7%
Polonia	289	410	583	857	934	1.078	1.265	1.394	8,6%	7,2%	9,4%	10,2%
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	604	1.139	1.350	1.619	1.859	2.084	n.d.	n.d.	n.d.	15,4%
Altri Paesi europei												
Norvegia	1.366	1.858	3.043	4.301	4.507	4.885	5.230	5.352	7,5%	6,3%	11,9%	6,4%
Svizzera	2.028	2.563	3.221	4.015	4.150	4.469	4.930	5.144	5,0%	4,8%	6,0%	5,2%
Altri paesi non europei												
Australia	1.194	1.607	2.266	2.980	3.164	3.353	3.445	n.d.	n.d.	6,1%	8,2%	n.d.
Canada	1.735	2.056	2.519	3.442	3.665	3.844	4.024	4.363	5,0%	3,5%	5,9%	6,0%
Giappone	1.115	1.554	1.974	2.491	2.609	2.750	2.878	n.d.	n.d.	6,9%	5,9%	n.d.
Stati Uniti	2.850	3.788	4.793	6.700	7.073	7.437	7.720	7.960	5,6%	5,9%	6,3%	5,6%

Nota: Il valore UE - 15 per il 2009 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto dell'indisponibilità di dati per quattro Paesi (Grecia, Lussemburgo, Olanda e Portogallo).

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2011)

Tabella 3.2 **Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL (1990; 1995; 2000; 2005-2009)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
UE (15)								
Austria	8,3	9,5	9,9	10,4	10,3	10,3	10,4	11,0
Belgio	7,2	7,6	8,1	10,1	9,6	9,7	10,1	10,9
Danimarca	8,3	8,1	8,7	9,8	9,9	10,0	10,3	11,5
Finlandia	7,7	7,9	7,2	8,4	8,4	8,1	8,4	9,2
Francia	8,4	10,4	10,1	11,1	11,0	11,0	11,1	11,8
Germania	8,3	10,1	10,3	10,7	10,6	10,5	10,7	11,6
Grecia	6,6	8,6	7,9	9,6	9,6	9,6	n.d.	n.d.
Irlanda	6,1	6,6	6,1	7,6	7,5	7,7	8,8	9,5
Italia	7,7	7,3	8,1	8,9	9,0	8,7	9,0	9,5
Lussemburgo	5,4	5,6	7,5	7,9	7,7	7,1	6,8	7,8
Olanda	8,0	8,3	8,0	9,8	9,7	9,7	9,9	12,0
Portogallo	5,7	7,5	9,3	10,4	10,1	10,0	10,1	n.d.
Spagna	6,5	7,4	7,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,5
Svezia	8,2	8,0	8,2	9,1	8,9	8,9	9,2	10,0
Regno Unito	5,9	6,8	7,0	8,2	8,5	8,4	8,8	9,8
Totale UE (15)	7,5	8,6	8,7	9,6	9,6	9,5	9,6	10,6
UE (nuovi Paesi)								
Repubblica Ceca	4,7	7,0	6,5	7,2	7,0	6,8	7,1	8,2
Ungheria	n.d.	7,3	7,0	8,3	8,1	7,5	7,2	7,4
Polonia	4,8	5,5	5,5	6,2	6,2	6,4	7,0	7,4
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	5,5	7,0	7,3	7,7	8,0	9,1
Altri paesi europei								
Norvegia	7,6	7,9	8,4	9,1	8,6	8,9	8,6	9,6
Svizzera	8,2	9,6	10,2	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4
Altri paesi non europei								
Australia	6,7	7,2	8,0	8,4	8,5	8,5	8,7	n.d.
Canada	8,9	9,0	8,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4
Giappone	5,9	6,9	7,7	8,2	8,2	8,2	8,5	n.d.
Stati Uniti	12,4	13,7	13,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,4

Nota: Il valore UE – 15 per il 2009 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto dell'indisponibilità di dati per quattro Paesi (Grecia, Lussemburgo, Olanda e Portogallo).

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2011)

Anche con riferimento al peso della spesa sanitaria sul PIL spicca il dato degli Stati Uniti, in cui la spesa sanitaria rappresenta il 17,4% del prodotto interno lordo, anche a causa dell'elevata incidenza dei costi di transazione tipici del sistema assicurativo. In Italia, il peso della spesa sanitaria sul PIL è inferiore alla media UE-15, con valori in linea, però, rispetto al Regno Unito, altro Paese che adotta il Servizio Sanitario Nazionale.

Con riferimento alla spesa procapite pubblica (Tabella 3.3), invece, l'Italia presentava al 2008 un dato inferiore del 12% circa al valore UE-15⁹, mentre nel 2009 tale differenza è aumentata al 15% circa. Quest'ultimo valore è ancora provvisorio, in quanto per il 2009 mancano i dati di quattro Paesi (Grecia, Lussemburgo, Olanda e Portogallo). Osservando i tassi di crescita medi annui, emerge con chiarezza la suddivisione in periodi di espansione e di contenimento della spesa sanitaria pubblica. In particolare, per l'Italia, il tasso di variazione medio è più basso della media UE-15 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-15 (8,9% vs 5,9%), mentre negli ultimi 9 anni il tasso di crescita medio italiano è risultato inferiore rispetto alla media UE-15 (4,9% vs 6,1%)¹⁰. Attualmente, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (Tabella 3.4) è in Italia (7,4% nel 2009) inferiore rispetto al valore UE-15 (8,3%)¹¹. Negli ultimi tre anni, il divario rispetto alla media UE-15 è tornato a crescere, seppur in modo modesto, dopo la fase di convergenza avvenuta tra il 2003 e il 2006.

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, tempi di attesa particolarmente elevati possono generare un maggiore ricorso a prestazioni a carico del paziente) e dalle politiche di contenimento della spesa (ad esempio, esclusione di prestazioni sanitarie dagli schemi assicurativi pubblici, aumento delle compartecipazioni alla spesa, riorganizzazione della rete di offerta). Tale copertura risulta più bassa negli Stati Uniti, dove i programmi pubblici di assistenza coprono una parte limitata della popolazione¹², nei sistemi misti pubblico-privato (è il caso della Svizzera) e in quelli dove, pur esistendo un sistema pubblico, la componente privata è rilevante per effetto di una forte presenza del privato sul lato dell'offerta (ad esempio, in Grecia). Si può notare come in quasi tutti i Paesi

⁹ Nel precedente Rapporto OASI tale valore era pari al 3,8% per il 2008. La differenza è dovuta al completamento delle serie storiche per i Paesi che non avevano ancora aggiornato il dato al 2008 e alle rielaborazioni che l'OCSE compie sulle serie storiche, in particolare a causa dell'aggiornamento dei valori di conversione in \$ PPA.

¹⁰ Dato ancora provvisorio.

¹¹ Anche in questo caso, il *reworking* operato dall'OCSE fa sì che l'interpretazione qualitativa dei dati sia differente rispetto a quanto evidenziato nel precedente Rapporto.

¹² Peraltro, la copertura pubblica risulta in lenta ma costante crescita anche negli Stati Uniti e tale incremento dovrebbe accentuarsi con l'implementazione della riforma Obama.

Tabella 3.3 Spesa sanitaria pubblica procapite – \$ PPA (1990; 1995; 2000; 2005-2009; 2008; 2009; 2007; 2006; 2005; 2000; 1995; 1990)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Var % media (1990-2009)	Var % media (1995-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2009)
UE (15)												
Austria	1.191	1.655	2.198	2.643	2.757	2.897	3.185	3.330	5,6%	6,8%	6,0%	5,3%
Belgio	n.d.	1.313	1.674	2.453	2.422	2.526	2.784	2.963	n.d.	n.d.	6,3%	6,6%
Danimarca	1.274	1.542	2.102	2.741	3.027	3.181	3.430	3.697	5,8%	3,9%	7,9%	6,4%
Finlandia	1.102	1.057	1.320	1.951	2.068	2.164	2.351	2.410	4,2%	-0,8%	6,0%	6,9%
Francia	1.106	1.673	2.026	2.606	2.750	2.881	2.959	3.100	5,6%	8,6%	5,3%	4,6%
Germania	1.344	1.851	2.129	2.576	2.725	2.846	3.033	3.242	4,7%	6,6%	3,7%	4,8%
Grecia	453	655	870	1.414	1.617	1.643	n.d.	n.d.	n.d.	7,7%	10,2%	n.d.
Irlanda	565	862	1.327	2.276	2.457	2.686	2.902	2.836	8,9%	8,8%	12,7%	7,7%
Italia	1.077	1.084	1.496	1.917	2.087	2.121	2.370	2.443	4,4%	0,1%	8,9%	4,9%
Lussemburgo	n.d.	1.761	2.780	3.525	3.918	3.780	3.740	n.d.	n.d.	n.d.	8,8%	n.d.
Olanda	947	1.275	1.476	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6,1%	4,7%	n.d.
Portogallo	411	635	1.092	1.483	1.522	1.590	1.632	n.d.	n.d.	9,1%	12,3%	n.d.
Spagna	685	858	1.101	1.600	1.808	1.954	2.157	2.258	6,5%	4,6%	6,3%	8,6%
Svezia	1.430	1.509	1.940	2.405	2.590	2.792	2.970	3.032	4,0%	1,1%	6,1%	5,2%
Regno Unito	802	1.129	1.447	2.239	2.442	2.481	2.701	2.934	7,1%	7,1%	7,1%	7,9%
Totale UE (15)	1.005	1.344	1.674	2.227	2.389	2.485	2.697	2.881	5,7%	6,0%	5,9%	6,1%

Tabella 3.3 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Var % media (1990-2009)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2009)
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	543	815	886	1.287	1.349	1.414	1.517	1.769	6,4%	8,4%	3,6%	7,8%
Ungheria	n.d.	552	603	1.020	1.077	1.007	1.061	1.053	n.d.	n.d.	3,9%	5,8%
Polonia	264	298	408	593	653	763	913	1.006	7,3%	2,4%	9,1%	10,2%
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	539	847	922	1.082	1.259	1.369	n.d.	n.d.	n.d.	11,0%
Altri paesi europei												
Norvegia	1.131	1.565	2.509	3.593	3.776	4.107	4.408	4.501	7,5%	6,7%	11,7%	6,5%
Svizzera	1.062	1.372	1.785	2.387	2.453	2.640	2.932	3.071	5,7%	5,3%	7,3%	5,8%
Altri paesi non europei												
Australia	790	1.057	1.514	1.992	2.106	2.263	2.342	n.d.	n.d.	6,0%	8,4%	n.d.
Canada	1.293	1.465	1.772	2.417	2.557	2.699	2.836	3.081	4,7%	2,5%	5,5%	6,1%
Giappone	865	1.278	1.594	2.031	2.072	2.210	2.324	n.d.	n.d.	8,1%	5,7%	n.d.
Stati Uniti	1.123	1.707	2.060	2.953	3.174	3.356	3.554	3.794	6,6%	8,7%	5,8%	6,7%

Nota: Il valore UE - 15 per il 2009 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto dell'indisponibilità di dati per quattro Paesi (Grecia, Lussemburgo, Olanda e Portogallo).

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2011)

Tabella 3.4 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (1990; 1995; 2000; 2005-2009)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
UE (15)								
Austria	6,1	7,0	7,6	7,9	7,8	7,8	8,0	8,6
Belgio	n.d.	5,9	6,1	7,6	7,1	7,1	7,6	8,2
Danimarca	6,9	6,7	7,3	8,3	8,4	8,4	8,7	9,8
Finlandia	6,3	5,6	5,1	6,4	6,3	6,0	6,2	6,8
Francia	6,4	8,3	8,0	8,8	8,7	8,6	8,6	9,2
Germania	6,3	8,2	8,2	8,2	8,1	8,0	8,2	8,9
Grecia	3,5	4,5	4,7	5,8	6,0	5,8	n.d.	n.d.
Irlanda	4,4	4,8	4,6	5,9	5,8	5,9	6,8	7,2
Italia	6,1	5,1	5,8	6,8	6,9	6,6	7,0	7,4
Lussemburgo	5,0	5,1	6,4	6,7	6,6	6,0	5,7	n.d.
Olanda	5,4	5,9	5,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	3,7	4,7	6,2	7,0	6,7	6,6	6,5	n.d.
Spagna	5,1	5,4	5,2	5,8	6,0	6,1	6,5	7,0
Svezia	7,4	6,9	6,9	7,4	7,3	7,3	7,5	8,2
Regno Unito	4,9	5,7	5,6	6,7	6,9	6,8	7,2	8,2
Totale UE (15)	5,7	6,7	6,6	7,1	7,4	7,3	7,6	8,3
UE (nuovi Paesi)								
Repubblica Ceca	4,6	6,4	5,9	6,3	6,0	5,8	5,9	6,9
Ungheria	n.d.	6,1	5,0	6,0	5,9	5,2	5,1	5,2
Polonia	4,4	4,0	3,9	4,3	4,3	4,6	5,1	5,3
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	4,9	5,2	5,0	5,2	5,4	6,0
Altri paesi europei								
Norvegia	6,3	6,6	6,9	7,6	7,2	7,5	7,3	8,1
Svizzera	4,3	5,1	5,6	6,7	6,4	6,3	6,4	6,8
Altri paesi non europei								
Australia	4,4	4,7	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9	n.d.
Canada	6,6	6,4	6,2	6,9	7,0	7,0	7,2	8,1
Giappone	4,6	5,7	6,2	6,7	6,5	6,6	6,9	n.d.
Stati Uniti	4,9	6,2	5,9	6,9	7,1	7,2	7,6	8,3

Nota: Il valore UE – 15 per il 2009 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto dell'indisponibilità di dati per quattro Paesi (Grecia, Lussemburgo, Olanda e Portogallo).

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2011)

Tabella 3.5 **Copertura pubblica della spesa sanitaria (1990; 1995; 2000; 2005-2009)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
UE (15)								
Austria	73,4	73,9	76,8	76,1	76,0	76,4	77,2	77,7
Belgio	n.d.	76,8	74,6	75,9	73,9	73,5	75,0	75,1
Danimarca	82,7	82,5	83,9	84,5	84,6	84,4	84,7	85,0
Finlandia	80,9	71,7	71,3	75,4	74,8	74,4	74,4	74,7
Francia	76,6	79,7	79,4	78,8	78,7	78,3	77,7	77,9
Germania	76,2	81,7	79,8	76,6	76,4	76,4	76,6	76,9
Grecia	53,7	52,0	60,0	60,1	62,0	60,3	n.d.	n.d.
Irlanda	71,7	72,5	75,1	77,0	76,8	76,9	76,7	75,0
Italia	79,5	70,8	72,5	76,2	76,6	76,6	77,5	77,9
Lussemburgo	n.d.	92,4	85,1	84,9	85,1	84,1	84,1	n.d.
Olanda	67,1	71,0	63,1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	65,5	62,6	66,0	67,1	66,1	65,7	65,1	n.d.
Spagna	78,7	72,2	71,6	70,6	71,3	71,5	72,6	73,6
Svezia	89,9	86,6	84,9	81,2	81,1	81,4	81,5	81,5
Regno Unito	83,6	83,9	79,2	81,9	81,3	81,3	82,4	84,1
Totale UE (15)	77,4	77,6	76,4	76,2	76,2	75,9	76,7	77,1
UE (nuovi Paesi)								
Repubblica Ceca	97,4	90,9	90,3	87,3	86,7	85,2	82,5	84,0
Ungheria	n.d.	84,0	70,7	72,3	72,5	70,3	71,0	69,7
Polonia	91,7	72,9	70,0	69,3	69,9	70,8	72,2	72,2
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	89,4	74,4	68,3	66,8	67,8	65,7
Altri paesi europei								
Norvegia	82,8	84,2	82,5	83,5	83,8	84,1	84,3	84,1
Svizzera	52,4	53,6	55,4	59,5	59,1	59,1	59,5	59,7
Altri paesi non europei								
Australia	66,2	65,8	66,8	66,9	66,6	67,5	68,0	n.d.
Canada	74,5	71,3	70,4	70,2	69,8	70,2	70,5	70,6
Giappone	77,6	82,3	80,8	81,6	79,4	80,4	80,8	n.d.
Stati Uniti	39,4	45,1	43,0	44,1	44,9	45,1	46,0	47,7

Nota: Il valore UE – 15 per il 2009 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto dell'indisponibilità di dati per quattro Paesi (Grecia, Lussemburgo, Olanda e Portogallo).

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2011)

Tabella 3.6 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva (1990; 1995; 2000; 2005-2009)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
UE (15)								
Austria	n.d.	13,7	15,8	14,7	15,2	15,6	15,9	15,7
Belgio	10,1	11,7	12,8	13,5	14,2	14,3	14,7	14,8
Danimarca	12,0	10,9	12,3	13,6	14,1	14,7	14,9	15,1
Finlandia	12,1	10,1	11,9	13,7	14,0	14,0	14,3	14,2
Francia	n.d.	13,4	13,8	14,8	14,8	14,9	14,8	14,8
Germania	n.d.	11,4	13,7	13,3	13,6	14,1	14,3	14,5
Grecia	n.d.	n.d.	8,4	11,2	11,7	11,7	11,4	11,3
Irlanda	12,0	13,9	17,5	19,7	19,3	18,9	18,3	18,1
Italia	11,7	10,2	13,0	14,4	14,4	14,2	14,6	14,4
Lussemburgo	11,1	12,4	10,9	12,5	12,0	12,2	12,0	12,0
Olanda	n.d.	6,6	8,4	9,8	12,8	13,1	12,7	13,3
Portogallo	n.d.	13,1	15,1	15,7	15,1	15,1	14,5	14,7
Spagna	n.d.	12,0	13,4	14,8	14,7	14,6	14,7	14,7
Svezia	n.d.	9,6	11,0	12,5	12,6	13,0	13,3	13,5
Regno Unito	12,1	12,5	14,5	15,7	16,1	16,1	15,8	16,4
Totale UE (15)	n.d.	11,6	13,3	14,2	14,5	14,6	14,6	14,8
UE (nuovi Paesi)								
Repubblica Ceca	n.d.	10,8	13,7	16,0	16,4	16,7	16,8	17,4
Ungheria	n.d.	10,4	10,4	11,2	10,8	9,8	10,0	9,9
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	10,2	10,6	10,8	11,7	11,6
Rep. Slovacca	n.d.	10,5	10,0	12,8	15,9	18,6	19,7	18,7
Altri paesi europei								
Norvegia	12,6	13,6	16,3	17,2	17,1	17,2	16,9	16,6
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,5	5,7	5,6
Altri paesi non europei								
Australia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	12,8	12,7	14,4	18,4	18,7	n.d.	n.d.	n.d.
Giappone	14,2	14,7	16,6	18,6	19,7	20,0	20,2	19,9
Stati Uniti	14,0	18,0	18,2	20,3	20,8	20,7	20,5	20,5

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD iLibrary, Macroeconomic data 2011, ultimo accesso al 13 luglio 2011)

UE-15 il contenimento della spesa pubblica non abbia prodotto rilevanti riduzioni nella 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 questa tendenza aveva subito una temporanea inversione, per riprendere nel 2009. In generale, comunque, tali misure non hanno, al momento, intaccato la natura «solidaristica» della maggior parte dei sistemi sanitari. Con specifico riferimento all'Italia, la copertura pubblica della spesa sanitaria risulta allineata rispetto alla media dei Paesi UE-15, 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 settore sanitario abbia rappresentato uno dei target preferiti per il contenimento della spesa pubblica, l'incidenza della spesa sanitaria su quest'ultima è aumentata in quasi tutti i Paesi (Tabella 3.6): nei 15 Paesi dell'UE tale incidenza è cresciuta dall'11,6% del 1995 al 14,8% del 2009¹³. L'Italia mostra un valore leggermente inferiore alla media UE su tale indicatore, segno di un minore investimento di risorse pubbliche sul SSN (cfr. Tabella 3.9 composizione della spesa per prestazioni di protezione sociale).

3.3 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), aggiornati al 25 marzo 2011 (flusso del 4° trimestre 2010), la spesa sanitaria corrente effettiva a carico del SSN ha subito nel 2010 una crescita modesta, pari allo 0,9% rispetto al 2009, confermando il deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni (Tabella 3.7). Per la quarta volta dal 1995 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica è risultato inferiore al tasso di crescita del PIL. Dal 2001 al 2010 il tasso di crescita medio annuo della spesa corrente pubblica è stato del 4,1%, a fronte dell'8,1% rilevato nel periodo 1995-2001.

Anche 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 tra il 2003 e il 2009 un aumento contenuto, sistematicamente inferiore alla spesa pubblica e con tendenza decrescente. Nel 2010, tuttavia, la spesa privata corrente è cresciuta del 2,8%, ovvero più del triplo rispetto alla spesa pubblica corrente.

Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica + privata) ha supera-

¹³ Nell'edizione 2011, il database OCSE non riporta più la serie storica «spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa pubblica complessiva». Questa serie è stata, pertanto, ricalcolata con i dati di spesa pubblica complessiva e di spesa pubblica per la salute (sempre fonte OCSE, database delle variabili macroeconomiche).

Tabella 3.7 **Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990; 1995; 2000; 2005-2010) (milioni di Euro)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Tasso crescita medio '90/'10	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10
Spesa sanitaria pubblica corrente	41.466	48.752	70.173	96.797	99.615	103.805	107.138	110.219	111.168	5,1%	3,3%	8,1%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	6,1%	2,9%	4,2%	3,2%	2,9%	0,9%			4,1%
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	74,2%	78,0%	78,2%	78,6%	78,6%	78,7%	78,4%			
- % sul PIL	5,9%	5,1%	5,9%	6,8%	6,7%	6,7%	6,8%	7,3%	7,2%			
Ricavi netti *	34.737	47.773	66.945	91.062	95.131	100.095	103.669	106.967	108.842	5,9%	6,6%	7,5%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	7,4%	4,5%	5,2%	3,6%	3,2%	1,8%			4,4%
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-5.735	-4.483	-3.709	-3.469	-3.252	-2.326			
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-6,3%	-4,7%	-3,7%	-3,3%	-3,0%	-2,1%			
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	24.373	27.285	27.841	28.303	29.244	29.750	30.591	6,5%	14,7%	5,3%
- variazione %	-	13,0%	2,7%	2,5%	2,0%	1,7%	3,3%	1,7%	2,8%			2,9%
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	25,8%	22,0%	21,8%	21,4%	21,4%	21,3%	21,6%			
Tot. spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	94.546	124.081	127.455	132.107	136.381	139.969	141.759	5,3%	5,7%	7,4%
- variazione %	-	2,7%	8,8%	5,3%	2,7%	3,6%	3,2%	2,6%	1,3%			3,8%
PIL (var %)	-	7,9%	5,7%	2,7%	3,9%	4,1%	1,4%	-100,0%	-100,0%			

NB: Nella tabella la spesa sanitaria privata corrente è stata aggiornata a partire dal 1996, quella pubblica a partire dal 2001. Comprende i reworking aggiornati al 2009

- % sul PIL	7,2%	7,0%	7,9%	8,7%	8,6%	8,5%	8,7%	9,2%	9,2%			
-------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--	--	--

Tabella 3.7 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Tasso crescita medio '90/'10	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10
PIL	701.352	947.339	1.191.057	1.429.479	1.485.377	1.546.177	1.567.761	1.519.702	1.548.816	4,0%	6,2%	4,7%
- variazione %	-	7,9%	5,7%	2,7%	3,9%	4,1%	1,4%	-3,1%	1,9%			

*ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e dell'intramoenia.

Note

- Dati del Sistema Informativo Sanitario (SIS): consuntivo per gli anni fino al 2009; al IV trimestre per l'anno 2010 (questi ultimi risultano aggiornati alla data del 25 marzo 2011).
- Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia. Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM), sono imputate alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedallera accreditata». Sono esclusi gli ammortamenti e la svalutazione di crediti e 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 (0,5% nel 2010).
- Il finanziamento SSN include la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. 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 2010, nella misura del 49,11%, il finanziamento è da considerarsi a parziale copertura del fabbisogno. È al momento in discussione la proposta di ridurre la quota di partecipazione della Regione Sicilia dal 49,11% al 42,5%, misura il cui impatto stimato è pari a circa 500 milioni). 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».
- L'ammontare complessivo della spesa per il 4° trimestre 2010 non può ritenersi definitivo, dal momento che, con specifico riferimento alle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro, è in corso l'attività di verifica della contabilizzazioni delle informazioni trasmesse al SIS, la cui conclusione potrebbe essere posteriore alla data di aggiornamento della RSGEP.
- I dati relativi alla spesa sanitaria privata corrente e al PIL sono di fonte ISTAT.

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010) e ISTAT (2011)

to, nel 2010, i 141 miliardi di Euro (pari all'9,2% del PIL), con un incremento del 1,3% rispetto al 2009 ed una crescita media del 3,8% tra il 2001 e il 2010.

A fronte della spesa pubblica, il livello di finanziamento complessivo (vedi *infra* § 3.3.1) nel 2010 è stato pari a 108,842 miliardi di euro, in aumento dell'1,8% rispetto al 2009. Il disavanzo pubblico, infine, si attesta nel 2010 a 2,33 miliardi di euro, in calo del 28% rispetto al 2009. Nel § 3.5 vengono 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: si tratta, quindi, di una voce di preventivo. Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'insieme dei ricavi del SSN, rilevati a consuntivo, tra cui rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN e i trasferimenti da privati. È in rapporto a questo secondo concetto di finanziamento che viene calcolato il disavanzo. 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;
- ▶ eventuali correzioni all'ammontare delle assegnazioni, dovute a provvedimenti assunti in corso di esercizio;
- ▶ maggiori ricavi e entrate proprie.

Infine, è da rilevare che, nei dati riportati nella RGSEP, non vengono aggregati tutti i dati di ricavo così come risultanti dai modelli CE presenti nel Sistema Informativo Sanitario (SIS). In particolare, in luogo dei contributi in conto esercizio¹⁴, rappresentati dalla quota del fondo sanitario regionale che ciascuna Regione e Provincia Autonoma attribuisce alle proprie Aziende sanitarie, la RGSEP considera le quote di finanziamento assegnate con delibera CIPE a ciascuna Regione e Provincia Autonoma per l'anno di competenza. Tale correzione si

¹⁴ Inoltre, anche per il 2010, nel livello di finanziamento non sono state considerate le voci di ricavo «Costi capitalizzati» e «Rivalutazioni finanziarie».

rende necessaria 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 tempo¹⁵.

Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato

Per l'anno 2010, il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 106,214 miliardi di euro. Alla definizione di tale finanziamento hanno concorso diverse disposizioni normative, di seguito brevemente richiamate. Il valore iniziale, pari a 103,945 miliardi di euro¹⁶, è stato fissato dalla Conferenza Stato-Regioni il 3 dicembre 2009. A questo importo si aggiungono 0,4 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, 0,2 miliardi di euro per la sanatoria colf e badanti, e 0,069 miliardi di euro per il rinnovo delle convenzioni. A questo valore, pari a 104,614 miliardi di euro¹⁷, il Patto per la Salute (Rep. N. 243/CRS GU 3 gennaio 2010), sulla scorta di quanto previsto dalla L. 191/2009, ha aggiunto 0,466 miliardi di euro per il rinnovo contrattuale da riconoscimento indennità di vacanza contrattuale, 0,584 miliardi di euro come quota a carico dello Stato del Finanziamento, e 0,550 miliardi di euro per misure ulteriori da adottarsi in corso di esercizio, incrementando in tal modo l'importo complessivo del finanziamento a 106,214 miliardi di euro.

I ricavi del SSN

Le risorse destinate al finanziamento del SSN (inteso come ricavi) per l'anno 2010, al netto dei ricavi della gestione straordinaria e quelli dell'intramoenia, che sono stati portati in detrazione a livello di spesa (Tabella 3.7), ammontano complessivamente a 108,842 miliardi di euro, di cui 108,280 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province Autonome e 0,563 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato¹⁸. Tali valori includono le le ri-

¹⁵ La correzione non riguarda la quota di contributi finanziati con risorse proprie regionali.

¹⁶ 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 DL 78/2009, convertito nella L. 102/2009, deve essere direttamente erogato a tale Ospedale.

¹⁷ Il valore iniziale del finanziamento è comprensivo delle somme integrative di cui agli articoli 61 e 79 del decreto-legge 112/2008 e all'articolo 1-ter della L.102/2009, comprensivi della riattribuzione dell'importo di 800 milioni di euro di cui all'articolo 22, comma 2 del DL 78/2009 e dei 50 milioni da erogarsi in favore dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di cui all'articolo 22, comma 6 del DL 78/2009 e non comprensivo delle somme destinate al finanziamento della medicina penitenziaria, di cui all'articolo 2, comma 283, della L. 244/2007.

¹⁸ Croce Rossa Italiana e Istituti Zooprofilattici Sperimentali per le rispettive esigenze di funzionamento corrente, Cassa DD.PP. per il rimborso delle rate dei mutui pre-riforma, Università per l'erogazione delle borse di studio ai medici specializzandi.

sorse proprie regionali, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN, i trasferimenti da altri enti del settore pubblico e dai privati. Nel 2010, il rapporto tra ricavi netti del SSN e PIL si attesta al 7,0 %, valore in linea rispetto al 2009 e superiore a quello degli anni precedenti. L'incremento percentuale rispetto al 2009 è del 1,8 %, mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.803 euro.

Le voci che concorrono alla definizione dei ricavi complessivamente a disposizione del SSN nel 2010 sono:

- ▶ IRAP e addizionale regionale IRPEF: 36,874¹⁹ miliardi di euro (-6,0% rispetto al 2009);
- ▶ Fondo per fabbisogno sanitario ex D. Lgs. 56/2000 (Federalismo fiscale: Iva e Accise): 53,498²⁰ miliardi di euro (+8,7% rispetto al 2009);
- ▶ Ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da privati: rispettivamente 10,730 miliardi di euro e 0,046 miliardi di euro (complessivamente -1,0% rispetto al 2009);
- ▶ Ricavi ed entrate proprie varie: 2,909²¹ miliardi di euro (-2,5 % rispetto al 2009);
- ▶ Fondo Sanitario Nazionale²² e quote vincolate²³ a carico dello Stato per le Regioni e le Province Autonome: 4,221 miliardi di euro (+4,7 % rispetto al 2009);
- ▶ Ulteriori quote vincolate a carico dello Stato per gli altri enti sanitari pubblici²⁴: 0,563 miliardi di euro (-7,1 % rispetto al 2009).

Come discusso più avanti (par. 3.5, Tabella 3.18 e Tabella 3.19), considerando il periodo 2001-2010, il disavanzo complessivo cumulato ammonta a 38,100 miliardi di euro e la quota lasciata a carico delle Regioni (ovvero il disavanzo complessivo al netto delle assegnazioni dello Stato a parziale copertura dello stesso) è pari a 28,531 miliardi di euro, corrispondenti al 74,9% del disavanzo cumulato (Tabella 3.8 e Tabella 3.19).

¹⁹ Stima del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

²⁰ Per il Lazio l'importo non comprende la quota del concorso da parte dello Stato per il finanziamento delle prestazioni dell'Ospedale Pediatrico 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 a detto Ospedale.

²¹ Compresi i ticket.

²² Abolito con D.lgs. 56/2000. Dal 2007 i trasferimenti a titolo di Fondo Sanitario Nazionale rimangono in essere per la sola Regione Sicilia.

²³ 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).

²⁴ Vedi nota 18.

Tabella 3.8 Misure di copertura dei disavanzi regionali a livello nazionale (2001-2009), 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 2002-2004	L. 64/2007	Fondo Transitorio	Minore IRAP	Fondo Transitorio	Minore IRAP	Fondo Transitorio	Minore IRAP
		L. 266/2005		L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006
		art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,
		c. 278	c. 279	c. 796, lett. b)	c. 270	c. 796, lett. b)	c. 270	c. 796, lett. b)	c. 270
Piemonte	58,9	-	229,8	-	-	-	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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	-	-	-	-	-	-

Tabella 3. (segue)

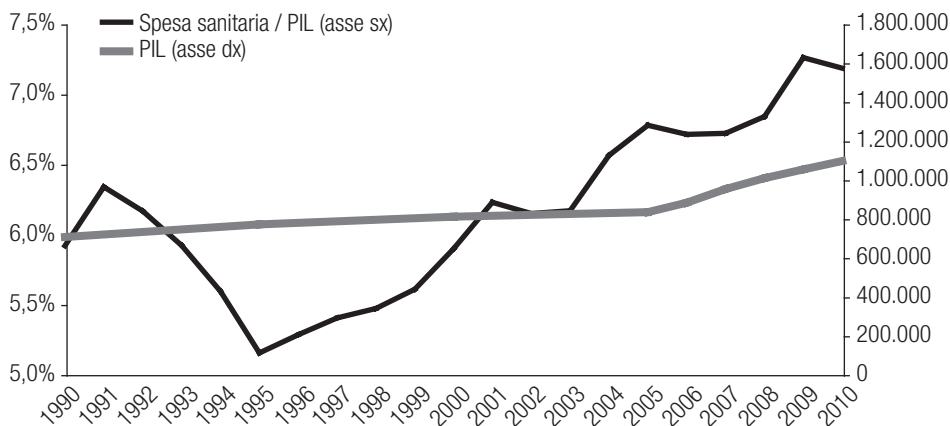
Valori assoluti (milioni Euro)	2001 - 2003		2001 - 2004		2001 - 2005		2007		2008		2009	
	L. 311/2004	L. 311/2004	Quota fondo da destinare alle regioni con Piani di rientro 2002-2004	L. 64/2007	L. 296/2006	Fondo Transitorio	Minore IRAP	Fondo Transitorio	Minore IRAP	Fondo Transitorio	Minore IRAP	Minore IRAP
			L. 266/2005		L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006	L. 296/2006
			art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,	art. 1,
			c. 278	c. 279	c. 270	c. 796, lett. b)	c. 270	c. 796, lett. b)	c. 270	c. 796, lett. b)	c. 796, lett. b)	c. 270
Lazio	287,9	400,6	148,0	2.079,0	377,6	38,4	321,0	76,5	264,3	82,0		
Abruzzo	18,0	31,3	32,8	144,0	47,2	6,5	40,2	12,9	33,1	13,8		
Molise	5,0	22,3	8,4	202,0	29,0	1,8	24,7	3,6	20,3	3,9		
Campania	337,8	383,8	100,8	363,0	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	212,0	140,7	9,6	119,6	19,1	98,5	20,5		
Sardegna	27,6	8,8	49,1	-	-	-	-	-	-	-		
Totale	1.450,0	1.000,0	2.000,0	3.000,0	1.000,0	89,8	850,0	179,0	700,0	191,9		

Fonte: RGSEP (2010)

3.3.2 La spesa del SSN

La lettura storica del peso della spesa sanitaria sul PIL permette di ripercorrere le principali tappe evolutive dell'approccio alla gestione delle risorse finanziarie per la sanità, con particolare riferimento alle azioni di contenimento (Figura 3.1). Innanzi tutto, l'andamento particolarmente contrastato della serie spesa sanitaria / PIL si contrappone alla crescita regolare del Prodotto Interno Lordo, segnalando che la dinamica della spesa sanitaria è influenzata da elementi –come le politiche pubbliche– in grado di indirizzarne l'evoluzione²⁵. La prima fase dell'aziendalizzazione (1992-1995) è accompagnata da una forte riduzione della spesa, complessivamente pari a circa 1 punto percentuale di PIL, con trend di diminuzione omogeneo nei tre anni. Il periodo 1995-2001, invece, è stato caratterizzato da politiche sanitarie meno direttamente legate alla spesa e volte maggiormente al governo degli attori del sistema (ad esempio, l'introduzione dei meccanismi d'indirizzo prescrittivo per i medici). Il risultato è stato un graduale

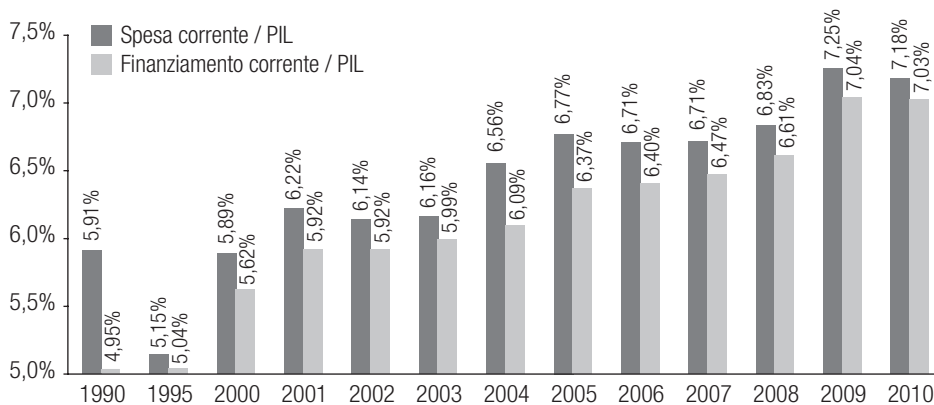
Figura 3.1 **PIL (1990=100) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (1990-2010)**



Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010) e ISTAT (2011)

²⁵ Al riguardo, è doveroso fare due osservazioni. Innanzi tutto, è abbastanza normale che la serie storica della spesa riferita ad un settore sia più movimentata rispetto alla serie storica del PIL, in quanto in quest'ultima confluiscono tutte le serie di spesa dei vari settori, con effetto compensativo per i settori la cui spesa è negativamente correlata o non correlata. Tuttavia, osservando l'andamento dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, appaiono evidenti le successioni di periodi di forte contenimento e di graduale espansione. In secondo luogo, proprio in relazione a quest'ultima circostanza, appare più opportuno parlare di serie condizionata dalle politiche e dalle azioni sull'offerta più che di serie condizionata dalla domanda. Peraltro, com'è noto, la domanda di servizi per la salute segue logiche evolutive multidimensionali (demografiche, epidemiologiche, informative, di innovazione tecnologica ecc...), in parte legate all'evoluzione dei bisogni; tuttavia, la traduzione di bisogno in domanda necessita in gran parte della mediazione di un attore dell'offerta (generalmente un medico).

Figura 3.2 **Incidenza della spesa SSN per la gestione corrente e del finanziamento corrente sul PIL (1990; 1995; 2000-2010)**



Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010) e ISTAT (2011)

e costante aumento della spesa²⁶, fino al 2001, quando l'avvio del processo di regionalizzazione e la responsabilizzazione delle Regioni sul disavanzo ha riportato l'attenzione dei programmatori sanitari sulle variabili di spesa. Tuttavia, il trend, a partire dal 2001, è decisamente meno regolare che in passato, in gran parte per effetto della politica sanitaria differenziata nelle 21 Regioni e Province Autonome. Nel biennio 2008-2009, il peso della spesa sanitaria sul PIL ha risentito del rallentamento della crescita macroeconomica, particolarmente evidente tra il 2008 e 2009, anno in cui il rapporto ha raggiunto il picco del 7,3% pur con una crescita annuale della spesa contenuta (+2,9%). Nel 2010, come già richiamato, la spesa sanitaria è cresciuta meno del PIL, attestando nuovamente il rapporto tra le due grandezze al 7,2% (Figura 3.2).

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 25,6%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (66,4%). 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 degli ultimi due anni, in cui la crescita della spesa per la sanità (rispettivamente +1,7% nel 2009 e +3,0% nel 2010) è stata inferiore rispetto alla spesa

²⁶ Non necessariamente questo è un dato da interpretare negativamente. Infatti, le politiche per il miglioramento delle condizioni di accesso e per un più appropriato utilizzo delle risorse, ma che non sono direttamente orientate alla spesa, non producono risparmi finanziari per definizione. Al contrario, un uso più appropriato può anche significare maggiore spesa per il sistema, ma in tal caso il risparmio in senso economico si avrebbe per la riduzione dello spreco a parità di spesa e per il conseguente ampliamento dell'accesso alle cure (maggiore efficienza allocativa).

Tabella 3.9 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009; 2010; 2005-2010)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Tasso crescita medio '90/'10	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10
Sanità												
Spesa (milioni Euro)	38.927	44.283	63.443	89.606	94.422	94.283	100.680	102.390	105.451	5,1%	2,6%	4,6%
% sul totale	26,5%	21,9%	24,1%	26,5%	26,7%	25,8%	26,1%	25,4%	25,6%			
Var. %	-	-1,1%	12,5%	6,6%	5,4%	-0,1%	6,8%	1,7%	3,0%			
Previdenza												
Spesa (milioni Euro)	96.401	142.132	182.186	222.822	231.071	242.043	253.907	265.523	273.768	5,4%	8,1%	4,8%
% sul totale	65,7%	70,4%	69,1%	65,9%	65,4%	66,2%	65,9%	66,0%	66,4%			
Var. %	-	4,9%	2,7%	3,3%	3,7%	4,7%	4,9%	4,6%	3,1%			
Assistenza												
Spesa (milioni Euro)	11.479	15.469	17.887	25.935	27.982	29.421	30.956	34.457	33.036	5,4%	6,1%	6,1%
% sul totale	7,8%	7,7%	6,8%	7,7%	7,9%	8,0%	8,0%	8,6%	8,0%			
Var. %	-	1,8%	6,0%	2,7%	7,9%	5,1%	5,2%	11,3%	-4,1%			
Totale	146.807	201.884	263.516	338.363	353.475	365.747	385.543	402.370	412.255	5,3%	6,6%	4,5%
Var. %	-	3,3%	5,2%	4,1%	4,5%	3,5%	5,4%	4,4%	2,5%			

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010)

per la previdenza (+4,6% e +3,1%). Decisamente maggiore, nel 2009, era stato l'aumento della spesa per l'assistenza (ammortizzatori sociali, +11,3%)²⁷, prevedibilmente aumentata a causa della trasmissione al settore dell'economia reale degli effetti della crisi finanziaria. Nel 2010 la spesa per assistenza fa registrare una diminuzione del 4,1%, pur mantenendosi su livelli piuttosto elevati, segno di una ripresa economica non ancora completamente avviata. Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta nel 2010 del 2,5%, il valore più basso dal 1998.

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 spesa²⁸. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di ricovero nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera a carico SSN in Italia. Tuttavia, nel 2010, la «Relazione sul rendiconto generale dello Stato» della Corte dei Conti ha pubblicato una classificazione delle voci di Conto Economico, basate su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze e dell'Istat, dalla quale è possibile ricostruire, pur con un certo grado di approssimazione, il peso complessivo dell'assistenza ospedaliera a carico SSN sulla spesa sanitaria pubblica complessiva. In particolare, l'assistenza ospedaliera erogata in strutture pubbliche rappresenta circa il 44% delle uscite correnti, mentre la spesa per assistenza in case di cura private, circa l'8%. L'assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata rappresenta, pertanto, il 52% delle uscite correnti. Questo valore è rimasto sostanzialmente stabile rispetto al 2006 (inizio della serie storica riportata nel documento). Tale circostanza comporta una doppia riflessione. Innanzi tutto, non si è verificato uno spostamento sostanziale della spesa in seguito alla diffusione delle politiche di integrazione tra ospedale e territorio²⁹. La seconda riflessione è che gli effetti di queste politiche potrebbero non leggersi sui dati di spesa, in quanto non sempre le categorie di classificazione delle voci contabili rispecchiano la reale destinazione d'uso delle risorse³⁰.

Un ulteriore elemento di attenzione da sottolineare ai fini della lettura storica

²⁷ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica (e sulla differenza tra i dati della Tabella 3.9 e della Tabella 3.7), si rimanda all'Allegato contenuto nel Rapporto OASI 2009.

²⁸ 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.

²⁹ Al riguardo sarebbe importante dettagliare la voce «spesa per farmaci», in quanto non è ben chiaro quali e quante categorie di spesa rientrino in tale aggregato. Ad esempio, la spesa per la distribuzione diretta dei farmaci in classe A viene rilevata dalle strutture sanitarie, ma non è una componente dell'assistenza ospedaliera, bensì è relativa all'assistenza territoriale; al contrario, i farmaci ad alto costo, non sempre inclusi nelle tariffe per prestazioni, rappresentano una componente di spesa ospedaliera che non è chiaro se venga registrata o meno.

³⁰ Ad esempio, il salario di un infermiere ospedaliero che si occupa prevalentemente della distribuzione dei farmaci a domicilio rientra nella spesa di competenza dell'ospedale, pur avendo svolto una funzione di assistenza territoriale.

dei dati di spesa è l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale. In particolare, a partire dal 2000, vengono aggiunte voci precedentemente non previste, quali accantonamenti, variazioni delle rimanenze, minusvalenze, sopravvenienze passive (tra cui gli oneri per arretrati nei contratti e nelle convenzioni), insussistenze dell'attivo.

Tra tali voci, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante³¹. Gli accantonamenti 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. Tali accantonamenti hanno riguardato negli ultimi anni soprattutto i rinnovi del contratto dei dipendenti e della convenzione per la medicina generale. 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 DL 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 bilancio 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 sono aggregati alla voce *Servizi*, anche se in realtà si riferiscono a costi in parte del personale dipendente ed in parte di 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 ed 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

³¹ Cfr. capitolo 4 del Rapporto OASI 2010, che analizza in modo approfondito i bilanci delle Aziende sanitarie, mostrando l'incidenza delle diverse componenti di ricavo e costo.

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 (personale SUMAI e MMG).

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 3.10): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995 e 2002-2010) il tasso di crescita dei costi per fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni; in periodi di espansione della spesa (1995-2001³²) 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 farmaceutica³³, è da considerare l'azione proattiva di molte Regioni nel ricondurre nell'insieme dei fattori interni alcune voci di spesa, al fine di generare rilevanti economie. 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 strutture pubbliche (o network interaziendali o regionali, a seconda del modello di centralizzazione della funzione acquisti) è stata superiore al 16%³⁴, 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 di crescita della spesa sanitaria sia da imputare non solo agli effetti delle politiche sui fattori esterni, ma anche alle azioni delle Regioni e delle aziende sanitarie che, nel ricondurre alcune voci di spesa 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 2010³⁵, in tutte le Regioni. I risultati³⁶ evidenziano

³² Tale tendenza alla crescita dei costi per fattori esterni si è manifestata, in realtà, fino al 2004, anno in cui si è verificata una brusca inversione nel trend di crescita e che rappresenta il reale punto di rottura della serie.

³³ Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (voce acquisti di farmaci).

³⁴ Elaborazione su dati CE.

³⁵ Quest'analisi rappresenta un aggiornamento di quella già effettuata per il Rapporto OASI 2010, e ne conferma la robustezza, sebbene l'impatto sul trend di spesa sia leggermente inferiore (0,15% in luogo del precedente 0,17%).

³⁶ 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®, *release 11*. 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.

Tabella 3.10 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000; 2005-2010)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Tasso crescita medio '90/'10	Tasso crescita medio '90/'95	Tasso crescita medio '95/'01
Valori assoluti (milioni Euro)												
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	31.759	33.415	33.829	35.264	36.176	36.618	4,2%	4,8%	4,7%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	26.611	26.902	30.451	31.363	32.846	32.911	7,8%	4,8%	10,5%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	5.691	5.930	6.008	6.068	6.361	6.539	4,9%	2,8%	7,9%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.894	12.382	11.542	11.226	10.999	10.936	2,0%	-6,7%	14,6%
Ospedaliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.147	8.487	8.706	8.877	8.826	8.992	4,1%	6,4%	6,6%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	3.231	3.511	3.728	3.912	4.078	4.326	4,3%	-7,7%	12,3%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	7.939	8.446	8.694	9.429	9.830	10.135	9,0%	11,7%	11,4%
Altri costi (c)	375	471	578	1.066	57	330	452	497	148	-4,5%	4,7%	6,9%
Altri enti (d)	74	637	509	459	485	517	546	606	563	10,7%	53,8%	-7,5%
Totale	41.466	48.752	70.173	96.797	99.614	103.805	107.138	110.219	111.168	5,1%	3,3%	8,1%
Totale al netto di (c) e (d): (e)	41.017	47.644	69.085	95.271	99.072	102.958	106.140	109.116	110.457	5,1%	3,0%	8,2%
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	58.370	60.317	64.279	66.628	69.022	69.529	5,6%	4,8%	6,7%
Fattori esterni: (e) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	36.901	38.756	38.679	39.512	40.094	40.928	4,3%	0,5%	10,6%

Tabella 3.10 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Variazione percentuale									
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	7,6%	5,2%	1,2%	4,2%	2,6%	1,2%
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	18,2%	1,1%	13,2%	3,0%	4,7%	0,2%
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	13,5%	4,2%	1,3%	1,0%	4,8%	2,8%
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	-1,7%	4,1%	-6,8%	-2,7%	-2,0%	-0,6%
Ospedaliera accreditata	-	2,0%	10,5%	-10,8%	4,2%	2,6%	2,0%	-0,6%	1,9%
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	4,4%	8,7%	6,2%	4,9%	4,3%	6,1%
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	7,2%	6,4%	2,9%	8,5%	4,3%	3,1%
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	-47,1%	-94,6%	475,2%	37,2%	9,8%	-70,2%
Altri enti (d)	-	207,6%	6,6%	2,3%	5,5%	6,7%	5,5%	11,0%	-7,1%
Totale	-	-0,6%	11,1%	6,1%	2,9%	4,2%	3,2%	2,9%	0,9%
Totale al netto di (c) e (d): (e)	-	-0,9%	10,7%	7,3%	4,0%	3,9%	3,1%	2,8%	1,2%
Fattori interni (a+b)	-	-0,2%	10,0%	12,2%	3,3%	6,6%	3,7%	3,6%	0,7%
Fattori esterni: (e) - Fattori interni	-	-2,0%	11,7%	0,4%	5,0%	-0,2%	2,2%	1,5%	2,1%

Tabella 3.10 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
	Incidenza % su totale									
Personale (a)	39,1%	41,9%	36,5%	32,8%	33,5%	32,6%	32,9%	32,8%	32,9%	
Beni e servizi (b)	17,7%	19,0%	22,6%	27,5%	27,0%	29,3%	29,3%	29,8%	29,6%	
Medicina gen. conv.	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	6,0%	5,8%	5,7%	5,8%	5,9%	
Farmaceutica conv.	17,6%	10,6%	12,5%	12,3%	12,4%	11,1%	10,5%	10,0%	9,8%	
Ospedialiera accreditata	9,8%	11,3%	11,4%	8,4%	8,5%	8,4%	8,3%	8,0%	8,1%	
Spec. conv.	4,5%	2,5%	3,2%	3,3%	3,5%	3,6%	3,7%	3,7%	3,9%	
Altra ass. conv.	4,4%	6,4%	6,3%	8,2%	8,5%	8,4%	8,8%	8,9%	9,1%	
Altri costi (c)	0,9%	1,0%	0,8%	1,1%	0,1%	0,3%	0,4%	0,5%	0,1%	
Altri enti (d)	0,2%	1,3%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Totale al netto di (c) e (d): (e)	98,9%	97,7%	98,4%	98,4%	99,5%	99,2%	99,1%	99,0%	99,4%	
<i>Fattori interni (a+b)</i>	56,7%	61,0%	59,1%	60,3%	60,6%	61,9%	62,2%	62,6%	62,5%	
<i>Fattori esterni: (e) – Fattori interni</i>	42,2%	36,8%	39,4%	38,1%	38,9%	37,3%	36,9%	36,4%	36,8%	

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 all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta). 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 (2010)

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 0,15 punti percentuali. Inoltre, benché il peso dei fattori interni non sia in grado di spiegare le differenze tra le diverse Regioni in uno stesso anno³⁷, esso spiega circa il 38%³⁸ della variabilità nel tempo dell'andamento della spesa sanitaria regionale³⁹.

Venendo ad una sintetica analisi del costo dei fattori della produzione, quello più importante secondo la classificazione economica è il personale dipendente, che rappresenta il 32,9% della spesa complessiva nel 2010⁴⁰ (invariato in termini relativi rispetto al 2009). Dopo tre anni (2004-2006) di crescita sostenuta del costo del personale⁴¹, il 2007 aveva evidenziato una sensibile contrazione del trend di crescita (attestatosi all'1,2%). Nel 2008, la variazione si era attestata a +4,2%, sebbene tale dato fosse lontano dai tassi riscontrati negli anni precedenti il 2007. Nel 2009, invece, la crescita della voce *Personale* è stata pari al 2,5%, in linea con l'andamento del totale della spesa sanitaria. Nel 2010, infine, il tasso di crescita, 1,2%, è tornato sul minimo storico del 2007. 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 (29,6% sul totale della spesa del SSN nel 2010). Si tratta della voce di costo con l'andamento più variabile. Va innanzi tutto rilevato che nel 1990 tale voce rappresentava circa il 18% della spesa totale. Tra il 1995 e il 2001, gli acquisti di beni e servizi sono cresciuti ad un tasso medio annuo pari al 10,5%. Dopo il picco del 2005, legato essenzialmente alla riclassificazione della spesa sostenu-

³⁷ Il valore dell'R-quadro *between* è prossimo allo 0.

³⁸ R-quadro *within*.

³⁹ 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.

⁴⁰ Considerata al lordo della mobilità (quindi non scorporandola) verso Bambin Gesù e SMOM.

⁴¹ 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). Il contratto per la dirigenza sanitaria, professionale, tecnico-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.

ta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'Università, e dopo la battuta di arresto del 2006, la spesa per beni e servizi ha ripreso a salire (nel 2007 +13,2% rispetto al 2006), mentre nel biennio 2008-2009 ha subito un nuovo rallentamento, facendo registrare una crescita pari al 3% nel 2008 e del 4,7% nel 2009. Nel 2010, infine, la crescita si è del tutto arrestata, con un aumento dello 0,2%. La sottovoce più rilevante è rappresentata dall'acquisto di beni, che ha subito un aumento del 5,6%⁴². Un ruolo importante è da attribuire, negli ultimi anni, compreso il 2010, alla 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.

Le voci «personale» e «beni e servizi» rappresentano la spesa per strutture gestite dalle aziende sanitarie pubbliche (fattori interni alla produzione).

La spesa per la medicina generale convenzionata (5,9% dei costi totali) è aumentata di poco rispetto al 2009 (+2,8%).

La spesa farmaceutica convenzionata, ovvero la spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico su ricetta SSN, ha subito un ulteriore calo, pari a -0,6%, qualitativamente in linea con quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci del CERGAS (Osservatorio Farmaci, 2011). Il contenimento di tale voce di spesa deriva dalla manovra introdotta dal DL 39/2009 concernente la riduzione dei prezzi dei farmaci generici (-12%), ufficialmente non prorogata, ma i cui effetti sono rimasti in quanto i produttori di farmaci generici non hanno ri-aumentato il prezzo dei prodotti. Altri fattori di influenza riguardano il consolidamento degli interventi già predisposti negli anni precedenti, tra cui i) l'ordinaria attività dell'AIFA in materia di determinazione dei prezzi dei farmaci, ii) l'introduzione e rafforzamento di forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte di un numero sempre più ampio di Regioni, iii) l'implementazione e la diffusione della distribuzione diretta e per conto nelle varie Regioni, comprese quelle sottoposte ai piani di rientro.

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate ha subito un aumento dell'1,9%, che conferma il trend di ripresa iniziato nel 2006 (temporaneamente arrestatosi nel 2009), a fronte del calo vistoso del 2005 (generato però in gran parte dalla riclassificazione della spesa per IRCCS e AO integrate con il SSN in altre voci di spesa -cfr. *supra*-)⁴³.

Più problematico risulta, invece, il dato riguardante l'assistenza specialistica convenzionata e accreditata che dal 2001 cresce in media del 6,4% annuo, nonostante un tasso di crescita più contenuto nel biennio 2008-2009. Nel

⁴² Questo incremento è dovuto, in larga parte, alla distribuzione diretta dei farmaci.

⁴³ 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.

2009 tale aggregato aveva evidenziato un incremento pari al 4,3%, dovuto principalmente alla maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate in ambito ospedaliero, rendendo il minor aumento della spesa ospedaliera in parte⁴⁴ assimilabile ad un effetto di *crowding-out* generato da un guadagno di appropriatezza. Nel 2010, l'aumento del 6,1% rispetto al 2009 potrebbe essere interamente ascrivibile al guadagno in appropriatezza dell'ambito di cura. Tuttavia, a causa della rigidità di classificazione delle voci contabili, non è possibile verificare puntualmente lo spiazzamento di cui sopra, essendo il dato di assistenza ospedaliera comprensivo di tutte le prestazioni erogate e, pertanto, latore di effetti compensativi.

Infine, 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 2010, tassi di crescita moderatamente elevati (+3,1% complessivo)

Quanto alla spesa sanitaria corrente privata, come sopra evidenziato (Tabella 3.7), si è registrato 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 78,4% nel 2010). La quota della spesa che i cittadini sostengono privatamente per prestazioni sanitarie rappresenta solo il 3,2% della spesa complessiva per consumi da parte delle famiglie (Tabella 3.11). La spesa per prodotti medicinali, articoli sani-

Tabella 3.11 **Spesa sanitaria delle famiglie (2000; 2005 – 2010)**

Spesa sanitaria delle famiglie	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Totale di cui	727.205	853.236	887.964	917.575	937.697	919.069	941.510
Valori assoluti (milioni di Euro)							
Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	11.714	12.970	13.230	13.411	13.718	13.976	14.185
Servizi ambulatoriali	8.467	9.709	9.991	10.277	10.732	10.962	11.418
Servizi ospedalieri	4.192	4.606	4.620	4.615	4.795	4.812	4.988
Totale	24.373	27.285	27.841	28.303	29.244	29.750	30.591
% SPESA COMPLESSIVA (pubblica + privata)	26%	22%	22%	21%	21%	21%	22%

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010) e ISTAT (2011)

⁴⁴ In parte, invece, l'aumento era dovuto alla modifica dei criteri di contabilizzazione, per l'analisi della quale si rimanda al precedente Rapporto Oasi, capitolo 3.

tari e materiale terapeutico (pari a 14,1 miliardi di Euro nel 2010) rappresenta la componente più rilevante (46,4% della spesa complessiva), mentre quella per prestazioni ambulatoriali e di ricovero incidono rispettivamente per il 37,3% ed il 16,3%⁴⁵.

3.4 I dati di spesa regionali

Nel 2010 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente (Tabella 3.12) presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2009 che vanno dal +5,1% della Valle d'Aosta al -2,2% della Calabria. 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 a -0,1%, contro una crescita media nelle altre Regioni pari a +1,7%.

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, Umbria e Marche; 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 2010, 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 1,9 punti percentuali⁴⁶, pur essendo cresciuta nell'ultimo anno di 0,5 punti percentuali.

La Tabella 3.14 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al lordo della mobilità. I dati definitivi sulla mobilità non sono forniti in serie storica, pertanto non è possibile calcolare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica al netto della mobilità sul PIL. 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, anche per la presenza dei meccanismi di perequazione finanziaria interregionale; pertanto il suo peso rispetto al PIL non si mantiene costante, ma tende ad essere maggiore nelle Regioni con PIL più basso). Fanno eccezione Liguria e Umbria, nelle quali l'incidenza è maggiore rispetto al dato medio nazionale.

⁴⁵ Per maggiori dettagli sulle fonti informative della spesa sanitaria privata, si rimanda a Cavalli et al. (2007) e Armeni (2009).

⁴⁶ Tale variabilità è misurata attraverso il coefficiente di variazione, ovvero dal rapporto tra deviazione standard e media.

Tabella 3.12 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2005; 2010; 2005-2010)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010 /2009	Tasso crescita medio '90/'10	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10
Piemonte	2.974	3.560	5.572	7.193	7.457	7.729	8.075	8.346	8.460	1,4%	5,4%	3,7%	9,0%
Valle d'Aosta	87	104	167	225	245	247	260	264	277	5,1%	6,0%	3,7%	9,8%
Lombardia	6.268	7.738	10.746	14.777	15.351	16.167	16.725	17.201	17.734	3,1%	5,3%	4,3%	7,7%
Bolzano	314	445	735	982	1.021	1.065	1.108	1.065	1.103	3,6%	6,5%	7,2%	9,7%
Trento	328	418	624	857	900	943	995	1.062	1.091	2,7%	6,2%	5,0%	9,7%
Veneto	3.257	3.806	5.637	7.561	7.872	8.105	8.387	8.642	8.854	2,5%	5,1%	3,2%	8,3%
Friuli VG	876	1.034	1.462	1.988	1.983	2.155	2.311	2.410	2.465	2,3%	5,3%	3,4%	7,6%
Liguria	1.424	1.592	2.182	2.925	2.956	3.098	3.176	3.272	3.244	-0,8%	4,2%	2,3%	6,9%
Emilia R	3.340	3.824	5.105	7.053	7.312	7.628	7.947	8.270	8.405	1,6%	4,7%	2,7%	6,9%
Toscana	2.784	3.143	4.384	5.927	6.199	6.403	6.660	7.117	7.082	-0,5%	4,8%	2,5%	7,8%
Umbria	620	712	1.045	1.399	1.465	1.502	1.566	1.616	1.626	0,6%	4,9%	2,8%	8,1%
Marche	1.186	1.277	1.808	2.345	2.449	2.525	2.618	2.737	2.806	2,5%	4,4%	1,5%	7,7%
Lazio	4.030	4.625	6.752	10.112	10.703	10.877	11.084	11.315	11.172	-1,3%	5,2%	2,8%	8,4%
Abruzzo	900	964	1.638	2.246	2.211	2.330	2.357	2.345	2.338	-0,3%	4,9%	1,4%	10,4%
Molise	224	258	376	654	590	622	651	665	658	-1,0%	5,5%	2,8%	9,6%

Tabella 3.12 (segue)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010 /2009	Tasso crescita medio '90/'10	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10
Campania	3.883	4.267	6.650	9.668	9.220	9.710	10.019	10.157	9.991	-1,6%	4,8%	1,9%	9,7%
Puglia	2.692	3.192	4.531	6.161	6.257	6.751	7.081	7.144	7.236	1,3%	5,1%	3,5%	7,5%
Basilicata	368	432	649	898	914	971	1.016	1.035	1.052	1,6%	5,4%	3,2%	8,6%
Calabria	1.219	1.498	2.317	2.858	2.986	3.428	3.370	3.507	3.428	-2,2%	5,3%	4,2%	9,2%
Sicilia	3.480	3.799	5.361	7.815	8.405	8.327	8.280	8.393	8.522	1,5%	4,6%	1,8%	8,6%
Sardegna	1.138	1.427	1.922	2.692	2.633	2.706	2.905	3.051	3.063	0,4%	5,1%	4,6%	6,7%
Totale	41.392	48.115	69.663	96.337	99.130	103.288	106.592	109.613	110.605	0,9%	5,0%	3,1%	8,2%
<i>Nord</i>	18.868	22.522	32.231	43.561	45.098	47.136	48.985	50.532	51.634	2,2%	5,2%	3,6%	7,9%
<i>Centro</i>	8.620	9.756	13.989	19.783	20.816	21.307	21.928	22.785	22.685	-0,4%	5,0%	2,5%	8,1%
<i>Sud e isole</i>	13.904	15.837	23.444	32.994	33.216	34.845	35.679	36.297	36.286	0,0%	4,9%	2,6%	8,7%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>	13.941	15.505	22.958	33.421	34.086	34.964	35.567	36.147	36.108	-0,1%			
<i>Altre regioni</i>	27.451	32.610	46.705	62.917	65.044	68.324	71.025	73.466	74.681	1,7%			

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'inadempienza per il 2001. La Calabria ha approvato il proprio Piano di Rientro con DGR n.845 del 16.12.2009, pertanto nel 2010 è inclusa nel computo delle Regioni in Piano di Rientro. La Puglia e il Piemonte hanno approvato il Piano di Rientro nel corso del 2010 (rispettivamente con DGR 2789 del 21.6.2010 e DGR 1-415 del 2.8.2010 e successive integrazioni), pertanto non vengono incluse per questo anno tra le Regioni in Piano di Rientro.

Fonte: Elaborazione su dati RGSEP (2010)

Tabella 3.13 **Spesa sanitaria pubblica procapite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2005-2010)**

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010 /2009	Tasso crescita medio '90/'10	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	
Piemonte	688	828	1.300	1.661	1.718	1.776	1.835	1.883	1.903	1,0%	5,2%	3,8%	9,0%	3,5%
Valle d'Aosta	756	875	1.392	1.829	1.978	1.978	2.067	2.076	2.169	4,5%	5,4%	3,0%	9,5%	4,1%
Lombardia	709	868	1.185	1.573	1.620	1.694	1.734	1.766	1.805	2,2%	4,8%	4,1%	7,3%	3,5%
Bolzano	722	995	1.589	2.059	2.114	2.183	2.243	2.134	2.191	2,7%	5,7%	6,6%	9,0%	3,1%
Trento	731	907	1.318	1.722	1.792	1.861	1.938	2.044	2.079	1,7%	5,4%	4,4%	9,0%	3,5%
Veneto	746	861	1.249	1.609	1.661	1.698	1.736	1.769	1.802	1,9%	4,5%	2,9%	7,9%	3,2%
Friuli VG	730	868	1.234	1.650	1.642	1.777	1.891	1.958	1.997	2,0%	5,2%	3,5%	7,7%	4,4%
Liguria	841	957	1.342	1.837	1.836	1.927	1.973	2.026	2.008	-0,9%	4,4%	2,6%	7,4%	3,6%
Emilia R	856	975	1.282	1.699	1.746	1.806	1.859	1.906	1.920	0,7%	4,1%	2,6%	6,5%	3,4%
Toscana	788	891	1.240	1.647	1.713	1.760	1.811	1.919	1.899	-1,1%	4,5%	2,5%	7,7%	3,5%
Umbria	766	865	1.251	1.629	1.688	1.720	1.771	1.807	1.805	-0,1%	4,4%	2,5%	7,7%	3,3%
Marche	834	886	1.237	1.544	1.602	1.644	1.686	1.744	1.778	2,0%	3,9%	1,2%	7,4%	3,1%
Lazio	788	891	1.283	1.919	2.018	1.980	1.993	2.011	1.966	-2,2%	4,7%	2,5%	8,0%	3,7%
Abruzzo	724	761	1.281	1.729	1.694	1.779	1.780	1.757	1.746	-0,6%	4,5%	1,0%	10,2%	2,8%
Molise	678	776	1.145	2.033	1.838	1.943	2.029	2.072	2.055	-0,9%	5,7%	2,7%	9,8%	4,7%

Tabella 3.13 (segue)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010 /2009	Tasso crescita medio '90/'10	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10
Campania	692	743	1.150	1.670	1.592	1.677	1.724	1.747	1.715	-1,8%	4,6%	1,4%	9,5%
Puglia	671	783	1.109	1.515	1.537	1.659	1.737	1.751	1.772	1,2%	5,0%	3,1%	7,4%
Basilicata	603	707	1.071	1.505	1.539	1.642	1.719	1.753	1.786	1,9%	5,6%	3,3%	8,8%
Calabria	586	721	1.130	1.423	1.490	1.716	1.679	1.746	1.706	-2,3%	5,5%	4,3%	9,4%
Sicilia	700	747	1.054	1.559	1.675	1.660	1.646	1.666	1.690	1,4%	4,5%	1,3%	8,7%
Sardegna	695	860	1.163	1.632	1.590	1.630	1.744	1.826	1.831	0,3%	5,0%	4,4%	6,8%
Totale	730	840	1.208	1.648	1.687	1.747	1.788	1.826	1.833	0,4%	4,7%	2,8%	8,0%
<i>Nord</i>	745	885	1.253	1.646	1.691	1.757	1.806	1.845	1.873	1,5%	4,7%	3,5%	7,7%
<i>Centro</i>	792	888	1.261	1.759	1.839	1.846	1.878	1.931	1.908	-1,2%	4,5%	2,3%	7,8%
<i>Sud e isole</i>	678	760	1.123	1.590	1.600	1.679	1.713	1.740	1.738	-0,1%	4,8%	2,3%	8,7%
<i>Coefficiente Variazione</i>	9,6%	9,7%	9,7%	9,9%	9,5%	8,1%	8,3%	7,5%	8,0%				
<i>Differenza max/min</i>	46,2%	40,7%	50,8%	44,8%	41,9%	33,9%	36,3%	28,1%	29,6%				

Fonte: Elaborazione su dati RGSEP (2010) ed ISTAT (2011)

Tabella 3.14 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al lordo della mobilità) sul PIL regionale (2000-2010)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Piemonte	5,6%	5,8%	5,6%	5,7%	6,3%	6,2%	6,2%	6,2%	6,4%	6,9%	6,9%
Valle d'Aosta	5,3%	5,4%	5,4%	5,4%	5,4%	5,7%	6,0%	5,9%	6,0%	6,3%	6,5%
Lombardia	4,3%	4,7%	4,7%	4,6%	4,6%	5,0%	5,0%	5,0%	5,2%	5,5%	5,7%
Bolzano	5,8%	5,9%	6,4%	6,5%	6,3%	6,5%	6,4%	6,4%	6,4%	6,2%	6,1%
Trento	5,1%	5,7%	5,7%	5,9%	5,9%	5,9%	6,0%	6,0%	6,1%	6,6%	6,5%
Veneto	5,0%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	5,6%	5,7%	5,6%	5,7%	6,1%	6,2%
Friuli VG	5,4%	5,6%	5,6%	5,7%	6,0%	6,1%	5,8%	6,1%	6,4%	6,9%	6,9%
Liguria	6,5%	6,7%	6,7%	6,6%	7,4%	7,4%	7,2%	7,2%	7,2%	7,5%	7,2%
Emilia R	4,8%	5,2%	5,2%	5,2%	5,6%	5,7%	5,6%	5,6%	5,8%	6,2%	6,2%
Toscana	5,5%	5,9%	5,7%	5,7%	6,0%	6,2%	6,2%	6,2%	6,3%	6,8%	6,6%
Umbria	6,3%	6,5%	6,7%	7,0%	7,0%	7,1%	7,1%	7,0%	7,2%	7,6%	7,6%
Marche	5,9%	6,2%	6,0%	6,0%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%	6,3%	6,8%	6,8%
Lazio	5,5%	5,8%	5,5%	5,7%	6,4%	6,5%	6,7%	6,5%	6,5%	6,7%	6,4%
Abruzzo	7,2%	7,3%	7,4%	7,9%	7,8%	8,6%	8,1%	8,2%	8,1%	8,5%	8,4%
Molise	7,7%	8,7%	8,5%	9,9%	9,3%	11,5%	9,7%	9,7%	10,0%	10,3%	9,8%
Campania	8,8%	9,3%	9,0%	9,0%	9,8%	10,5%	9,7%	9,9%	10,2%	10,7%	10,3%
Puglia	8,1%	8,4%	8,4%	8,3%	8,5%	9,5%	9,2%	9,7%	10,0%	10,5%	10,4%
Basilicata	7,4%	7,8%	7,8%	8,0%	8,3%	8,9%	8,6%	8,8%	9,0%	9,4%	9,4%
Calabria	8,9%	9,2%	8,9%	8,7%	8,9%	9,0%	9,1%	10,1%	9,9%	10,3%	9,6%
Sicilia	8,0%	8,9%	8,9%	8,8%	9,7%	9,7%	10,0%	9,6%	9,5%	9,8%	9,6%
Sardegna	7,4%	7,6%	7,9%	7,7%	7,9%	8,6%	8,1%	8,0%	8,5%	9,1%	8,9%
Totale	5,8%	6,2%	6,1%	6,1%	6,5%	6,7%	6,7%	6,7%	6,8%	7,2%	7,1%

*il dato 2010 del PIL è stimato.

Fonte: Elaborazione su dati RGSEP (2010) ed ISTAT (2011)

La variabilità interregionale si riduce di 0,8 punti percentuali se si prende in considerazione la spesa al netto della mobilità, ossia il dato di spesa sanitaria riferito alla popolazione residente (Tabella 3.15)⁴⁷. Il motivo è che il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle Regioni del Centro-Nord

⁴⁷ L'ultimo dato disponibile si riferisce ancora al 2009. 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.

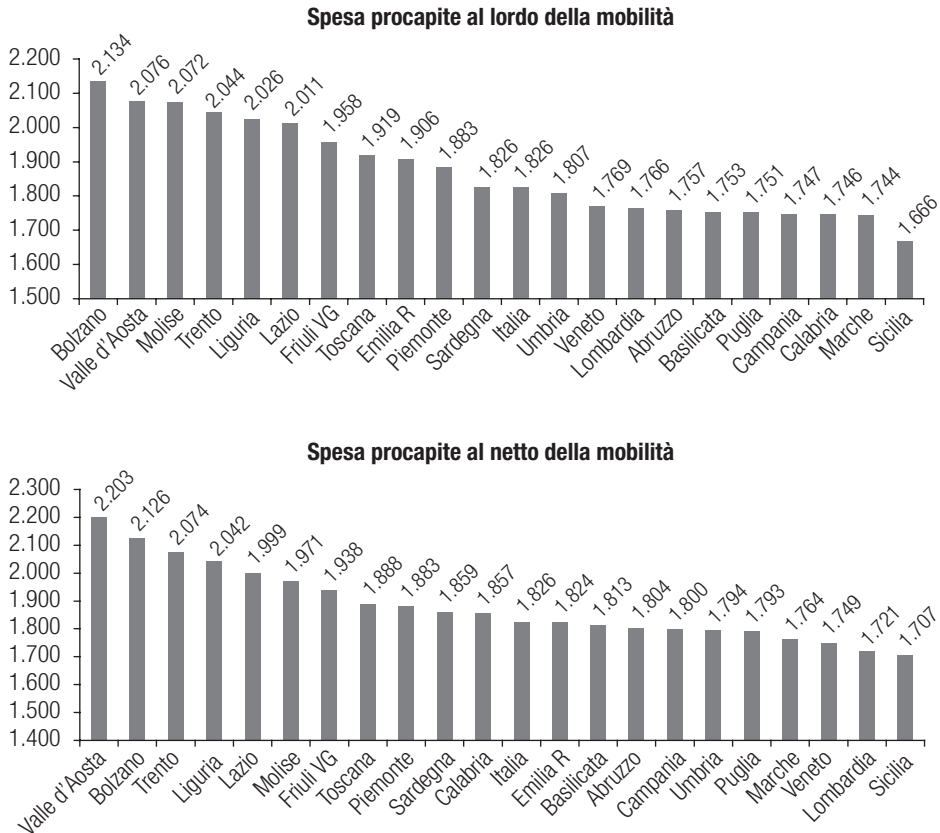
Tabella 3.15 **Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2009)**

	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	1.883	103,1	1.882	103,1	0,5
Valle d'Aosta	2.076	113,7	2.203	120,7	-127,3
Lombardia	1.766	96,7	1.721	94,3	44,9
Bolzano	2.134	116,9	2.126	116,4	8,4
Trento	2.044	112,0	2.074	113,6	-30,3
Veneto	1.769	96,9	1.749	95,8	20,1
Friuli VG	1.958	107,3	1.938	106,2	19,8
Liguria	2.026	111,0	2.042	111,9	-16,3
Emilia R	1.906	104,4	1.824	99,9	81,9
Toscana	1.919	105,1	1.888	103,4	31,0
Umbria	1.807	99,0	1.794	98,3	12,7
Marche	1.744	95,5	1.764	96,6	-20,2
Lazio	2.011	110,2	1.999	109,5	11,6
Abruzzo	1.757	96,2	1.804	98,8	-46,6
Molise	2.072	113,5	1.971	108,0	101,8
Campania	1.747	95,7	1.800	98,6	-52,2
Puglia	1.751	95,9	1.793	98,2	-41,5
Basilicata	1.753	96,0	1.813	99,3	-60,4
Calabria	1.746	95,6	1.857	101,7	-111,4
Sicilia	1.666	91,3	1.707	93,5	-40,8
Sardegna	1.826	100,0	1.859	101,8	-33,1
Totale	1.826	100,0	1.826	100,0	0,0
<i>Nord</i>	<i>1.845</i>	<i>101,1</i>	<i>1.813</i>	<i>99,3</i>	<i>31,5</i>
<i>Centro</i>	<i>1.931</i>	<i>105,8</i>	<i>1.918</i>	<i>105,0</i>	<i>13,6</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.740</i>	<i>95,3</i>	<i>1.789</i>	<i>98,0</i>	<i>-49,0</i>
<i>Coeff. Var.</i>	<i>8,1%</i>	<i>-</i>	<i>7,3%</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Diff max/min</i>	<i>33,9%</i>	<i>-</i>	<i>29,1%</i>	<i>-</i>	<i>-</i>

Nota: il dato della mobilità 2010 non è ancora disponibile

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010)

Figura 3.3 **Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo ed al netto della mobilità (2009)**



Nota: il dato della mobilità 2010 non è ancora disponibile
 Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010)

(ad eccezione di 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 3.3) 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 per Regioni. Le variazioni più rilevanti riguardano la Lombardia (saldo della mobilità positivo pari al 2,5% della spesa, quattordicesima spesa lorda più alta e seconda⁴⁸ spesa netta più bassa), il Veneto (saldo della mobilità positivo pari

⁴⁸ La Regione Sicilia presenta il dato di spesa procapite più basso sia al lordo che al netto della mobilità).

all'1,1% della spesa, tredicesima spesa lorda più alta e terza spesa netta più bassa) e Calabria (saldo della mobilità negativo pari al 6,4% della spesa, seconda spesa lorda più bassa e undicesima spesa netta più alta).

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 3.4 illustrano l'evoluzione del

Tabella 3.16 **Spesa sanitaria pubblica 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 – 2010)**

Regioni	Fattori interni					Fattori esterni				
	1990	1995	2000	2009	2010	1990	1995	2000	2009	2010
Piemonte	1.871	2.306	3.583	5.568	5.627	1.088	1.213	1.911	2.777	2.832
Valle d'Aosta	60	80	127	213	223	23	22	42	50	53
Lombardia	3.537	4.561	6.403	9.834	10.090	2.690	3.147	4.334	7.367	7.644
Bolzano	222	327	552	846	859	90	111	178	218	243
Trento	213	285	407	701	717	112	130	217	360	373
Veneto	2.191	2.618	3.749	5.594	5.753	1.024	1.167	1.869	3.047	3.099
Friuli VG	602	700	934	1.841	1.873	261	322	487	568	591
Liguria	827	1.003	1.314	2.249	2.240	575	583	859	1.021	1.004
Emilia R	2.195	2.684	3.506	5.718	5.821	1.121	1.106	1.591	2.551	2.584
Toscana	1.763	2.230	2.987	5.254	5.293	1.001	882	1.372	1.862	1.787
Umbria	420	526	728	1.209	1.204	193	182	306	406	421
Marche	777	912	1.241	1.983	2.039	374	345	546	752	766
Lazio	1.757	2.215	3.077	6.614	6.454	2.237	2.392	3.659	4.701	4.717
Abruzzo	526	623	968	1.573	1.579	365	334	631	771	758
Molise	138	179	259	409	396	82	74	119	255	261
Campania	1.801	2.410	3.290	6.209	6.055	2.054	1.850	3.329	3.947	3.935
Puglia	1.323	1.655	2.503	4.220	4.290	1.340	1.364	1.928	2.923	2.944
Basilicata	217	283	422	697	704	149	147	216	337	347
Calabria	721	932	1.344	2.164	2.153	492	558	910	1.342	1.274
Sicilia	1.697	2.260	2.797	5.100	5.091	1.749	1.513	2.509	3.292	3.430
Sardegna	663	926	1.249	2.119	2.115	457	466	617	931	947
Totale	23.530	29.724	41.445	67.736	67.736	17.486	17.920	27.640	39.488	40.020
<i>Nord</i>	<i>11.722</i>	<i>14.566</i>	<i>20.576</i>	<i>26.849</i>	<i>27.385</i>	<i>6.988</i>	<i>7.806</i>	<i>11.491</i>	<i>17.964</i>	<i>18.427</i>
<i>Centro</i>	<i>4.718</i>	<i>5.885</i>	<i>8.033</i>	<i>14.165</i>	<i>14.359</i>	<i>3.806</i>	<i>3.802</i>	<i>5.884</i>	<i>7.723</i>	<i>7.692</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>7.089</i>	<i>9.271</i>	<i>12.834</i>	<i>29.109</i>	<i>28.840</i>	<i>6.692</i>	<i>6.311</i>	<i>10.263</i>	<i>13.801</i>	<i>13.900</i>

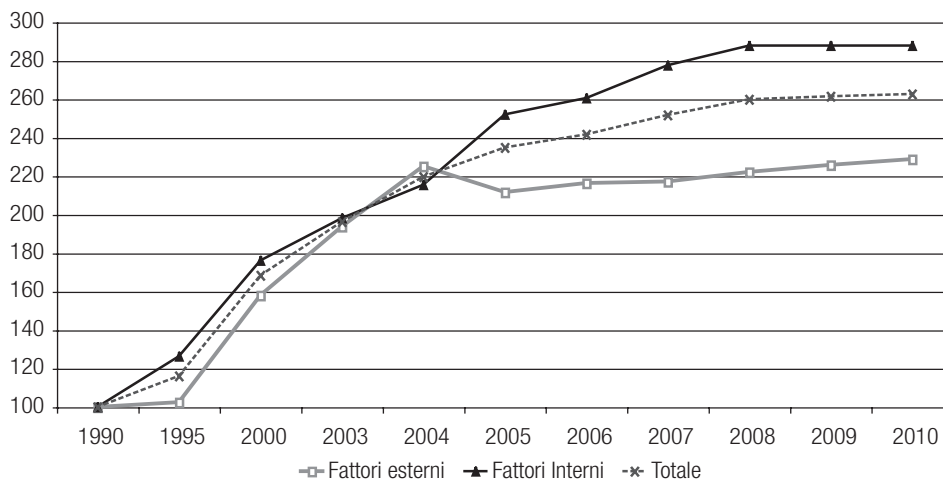
Tabella 3.16 (segue)

Regioni	Incidenza									
	Fattori interni					Fattori esterni				
	1990	1995	2000	2009	2010	1990	1995	2000	2009	2010
Piemonte	63,2%	65,5%	65,2%	66,7%	66,5%	36,8%	34,5%	34,8%	33,3%	33,5%
Valle d'Aosta	71,9%	77,8%	75,0%	80,9%	80,6%	28,1%	22,2%	25,0%	19,1%	19,4%
Lombardia	56,8%	59,2%	59,6%	57,2%	56,9%	43,2%	40,8%	40,4%	42,8%	43,1%
Bolzano	71,2%	74,6%	75,6%	79,5%	77,9%	28,8%	25,4%	24,4%	20,5%	22,1%
Trento	65,5%	68,5%	65,2%	66,0%	65,8%	34,5%	31,5%	34,8%	34,0%	34,2%
Veneto	68,1%	69,2%	66,7%	64,7%	65,0%	31,9%	30,8%	33,3%	35,3%	35,0%
Friuli VG	69,8%	68,5%	65,7%	76,4%	76,0%	30,2%	31,5%	34,3%	23,6%	24,0%
Liguria	59,0%	63,2%	60,5%	68,8%	69,0%	41,0%	36,8%	39,5%	31,2%	31,0%
Emilia R	66,2%	70,8%	68,8%	69,1%	69,3%	33,8%	29,2%	31,2%	30,9%	30,7%
Toscana	63,8%	71,7%	68,5%	73,8%	74,8%	36,2%	28,3%	31,5%	26,2%	25,2%
Umbria	68,5%	74,2%	70,4%	74,9%	74,1%	31,5%	25,8%	29,6%	25,1%	25,9%
Marche	67,5%	72,6%	69,4%	72,5%	72,7%	32,5%	27,4%	30,6%	27,5%	27,3%
Lazio	44,0%	48,1%	45,7%	58,5%	57,8%	56,0%	51,9%	54,3%	41,5%	42,2%
Abruzzo	59,0%	65,1%	60,5%	67,1%	67,5%	41,0%	34,9%	39,5%	32,9%	32,5%
Molise	62,7%	70,5%	68,5%	61,6%	60,2%	37,3%	29,5%	31,5%	38,4%	39,8%
Campania	46,7%	56,6%	49,7%	61,1%	60,6%	53,3%	43,4%	50,3%	38,9%	39,4%
Puglia	49,7%	54,8%	56,5%	59,1%	59,3%	50,3%	45,2%	43,5%	40,9%	40,7%
Basilicata	59,2%	65,8%	66,1%	67,4%	67,0%	40,8%	34,2%	33,9%	32,6%	33,0%
Calabria	59,4%	62,5%	59,6%	61,7%	62,8%	40,6%	37,5%	40,4%	38,3%	37,2%
Sicilia	49,2%	59,9%	52,7%	60,8%	59,7%	50,8%	40,1%	47,3%	39,2%	40,3%
Sardegna	59,2%	66,5%	66,9%	69,5%	69,1%	40,8%	33,5%	33,1%	30,5%	30,9%
Totale	57,4%	62,4%	60,0%	61,8%	61,2%	42,6%	37,6%	40,0%	36,0%	36,2%
<i>Nord</i>	<i>62,7%</i>	<i>65,1%</i>	<i>64,2%</i>	<i>53,1%</i>	<i>53,0%</i>	<i>37,3%</i>	<i>34,9%</i>	<i>35,8%</i>	<i>35,5%</i>	<i>35,7%</i>
<i>Centro</i>	<i>55,4%</i>	<i>60,8%</i>	<i>57,7%</i>	<i>62,2%</i>	<i>63,3%</i>	<i>44,6%</i>	<i>39,2%</i>	<i>42,3%</i>	<i>33,9%</i>	<i>33,9%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>51,4%</i>	<i>59,5%</i>	<i>55,6%</i>	<i>80,2%</i>	<i>79,5%</i>	<i>48,6%</i>	<i>40,5%</i>	<i>44,4%</i>	<i>38,0%</i>	<i>38,3%</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 accorpati 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 (2010)

Figura 3.4 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 1990-2010**



Cfr. Nota Tabella 3.16

Fonte: Elaborazione su dati RGSEP (2010)

dato tra il 1990 e il 2010. 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 interni alle aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). È interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente (Tabella 3.17), Lombardia e Lazio presentino incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre Sicilia e Calabria, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzino valori più elevati della media nazionale.

Un altro importante fenomeno, già riscontrato nei precedenti Rapporti OASI, è l'ulteriore accentuazione delle 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 (per tramite di farmacia aperta al pubblico, su ricettari SSN e con i margini alla distribuzione previsti dalla normativa). Tra queste, alcune hanno privilegiato la distribuzione diretta (come Emilia Romagna,⁴⁹

⁴⁹ Al riguardo, alcune aziende sanitarie dell'Emilia Romagna hanno introdotto obiettivi incentivati per i medici di medicina generale volti all'aumento della distribuzione diretta rispetto alla distribuzione per conto. È il caso, ad esempio, della AUSL di Rimini.

Tabella 3.17 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2010; 2000)**

	Personale	Beni e servizi	Medicina gen. conv.	Farmac. conv.	Osp. accred.	Spec. conv. e accred.	Altra ass. conv. e accred.	Totale
Anno 2010								
Piemonte	34,3%	30,7%	5,4%	9,0%	6,4%	3,3%	10,9%	100,0%
Valle d'Aosta	40,5%	39,2%	5,1%	7,6%	1,5%	0,8%	5,4%	100,0%
Lombardia	28,5%	27,7%	5,0%	8,8%	13,3%	4,7%	12,0%	100,0%
Bolzano	49,2%	28,3%	4,9%	5,5%	2,1%	0,5%	9,5%	100,0%
Trento	37,0%	28,2%	5,1%	7,0%	5,0%	2,3%	15,4%	100,0%
Veneto	30,9%	33,0%	6,0%	8,3%	6,4%	4,0%	11,3%	100,0%
Friuli VG	38,4%	36,8%	5,1%	9,2%	2,4%	2,0%	6,1%	100,0%
Liguria	35,6%	32,1%	5,0%	9,1%	7,0%	1,7%	9,6%	100,0%
Emilia R	35,1%	33,0%	6,0%	8,4%	6,9%	2,0%	8,6%	100,0%
Toscana	36,3%	37,0%	5,5%	8,4%	3,1%	1,9%	7,6%	100,0%
Umbria	37,4%	36,0%	5,5%	9,6%	2,5%	1,0%	8,0%	100,0%
Marche	36,8%	35,1%	5,9%	10,0%	3,6%	1,5%	7,0%	100,0%
Lazio	27,5%	30,5%	5,3%	10,7%	12,8%	4,8%	8,4%	100,0%
Abruzzo	33,2%	34,0%	6,5%	11,3%	5,1%	2,1%	7,8%	100,0%
Molise	32,4%	28,4%	7,8%	8,7%	11,6%	4,8%	6,3%	100,0%
Campania	32,6%	28,6%	6,5%	10,8%	8,0%	7,3%	6,3%	100,0%
Puglia	30,0%	29,1%	6,8%	12,0%	10,3%	3,3%	8,5%	100,0%
Basilicata	37,4%	29,7%	7,8%	10,3%	0,5%	2,6%	11,7%	100,0%
Calabria	37,3%	25,8%	7,3%	12,8%	6,0%	3,5%	7,3%	100,0%
Sicilia	34,8%	24,7%	6,8%	12,1%	7,9%	5,8%	7,9%	100,0%
Sardegna	37,7%	31,3%	6,3%	11,3%	3,0%	3,7%	6,8%	100,0%
Totale	32,8%	30,5%	5,9%	9,8%	8,1%	3,9%	9,1%	100,0%
<i>Nord</i>	<i>32,6%</i>	<i>30,8%</i>	<i>5,4%</i>	<i>8,6%</i>	<i>8,6%</i>	<i>3,4%</i>	<i>10,7%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>32,2%</i>	<i>33,5%</i>	<i>5,5%</i>	<i>9,8%</i>	<i>7,9%</i>	<i>3,2%</i>	<i>7,9%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>33,7%</i>	<i>28,1%</i>	<i>6,7%</i>	<i>11,6%</i>	<i>7,5%</i>	<i>5,0%</i>	<i>7,5%</i>	<i>100,0%</i>
Anno 2000								
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%

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
Bolzano	46,0%	29,5%	4,6%	7,4%	5,1%	0,7%	6,7%	100,0%
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%
<i>Nord</i>	<i>37,1%</i>	<i>27,1%</i>	<i>5,6%</i>	<i>11,1%</i>	<i>10,2%</i>	<i>2,6%</i>	<i>6,2%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>36,5%</i>	<i>21,2%</i>	<i>6,3%</i>	<i>12,8%</i>	<i>14,7%</i>	<i>3,2%</i>	<i>5,3%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>37,5%</i>	<i>18,1%</i>	<i>6,4%</i>	<i>14,8%</i>	<i>11,6%</i>	<i>4,3%</i>	<i>7,3%</i>	<i>100,0%</i>

Cfr. Nota Tabella 3.16

Fonte: Elaborazione su dati RGSEP (2010)

Toscana e Umbria), altre accordi con le farmacie aperte al pubblico per distribuzione in nome e per conto delle aziende sanitarie (per esempio, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Basilicata)⁵⁰. Tali Regioni evidenziano, in genere, un'incidenza della spesa per beni e servizi superiore alla media nazionale.

⁵⁰ Per approfondimenti si rimanda al capitolo 7 del presente Rapporto.

3.5 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari⁵¹. 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 67% nel 2007, fino a rappresentare, nel 2008, il 71,5% del disavanzo. Nel 2009 le due Regioni rappresentavano il 67,2% del disavanzo totale. Tale incidenza scende nel 2010, al 66,2%, ma le due Regioni continuano a generare il 57,6% del disavanzo cumulato 2001-2010. Ed è sempre la Regione Lazio quella che fa registrare il dato di disavanzo cumulato procapite (2001-2010) più elevato, seguita dal Molise e dalla Campania (Figura 3.5). Tuttavia è da segnalare come il Lazio, successivamente alla stipula del Piano di Rientro nel 2007, abbia fatto registrare disavanzi sempre minori (ad eccezione della crescita dell'1,8% nel 2008), culmine il 2010 in cui il disavanzo è diminuito del 25% rispetto al 2009. In quest'ultimo anno anche la Campania ha ridotto significativamente il proprio disavanzo, facendo registrare una diminuzione annua del 37%.

I dati appena presentati non tengono conto delle assegnazioni di copertura stanziata dal livello centrale fino al 2009 e consentono di apprezzare quanto le Regioni siano state in grado, autonomamente, di gestire in equilibrio il proprio sistema sanitario.

⁵¹ 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 (2001-2010)**

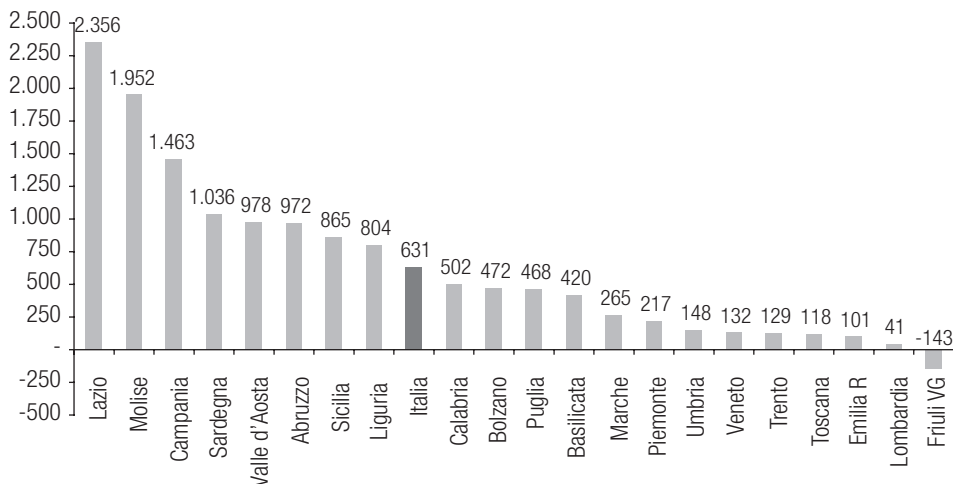
Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2001-2010
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	-9	966
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	7	125
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-11	401
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-2	238
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	11	68
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	73	648
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-9	-177
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	106	89	1.299
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-26	440
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	-14	441
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-10	133
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	-28	418
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.044	13.388
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	19	1.301
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	53	625
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	496	8.521
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	335	1.911
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	35	247
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	65	119	-18	1.009
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	62	4.365
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	131	230	229	1.732
Totale	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.709	3.469	3.252	2.326	38.100
Nord	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	51	123	4.007
Centro	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	992	14.381
Sud e Isole	1.683	1.461	1.224	2.434	3.597	2.250	2.178	1.854	1.819	1.211	19.712

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010)

Le Regioni che, nel 2010, presentano la migliore situazione di equilibrio economico-finanziario di lungo periodo⁵² sono il Friuli-Venezia Giulia (che presenta un avanzo procapite cumulato di 143 euro), la Lombardia (con un disavanzo procapite cumulato pari a 41 euro) e l'Emilia-Romagna (con un disavanzo procapite cumulato di 101 euro) (Figura 3.5).

⁵² Valutato sulla base del disavanzo pro-capite cumulato 2001-2010.

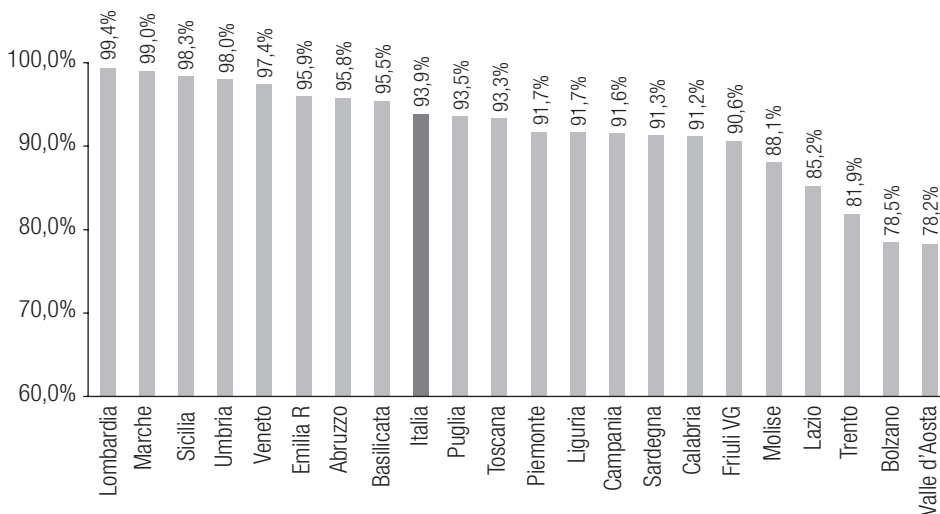
Figura 3.5 **Disavanzo sanitario procapite cumulato (2001-2010)**

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010) e ISTAT (2011)

La Figura 3.6 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente per i residenti. Questa misura indica il grado di copertura della spesa sanitaria attraverso il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato. A prescindere dal risultato di esercizio, quindi, questo indicatore permette di comprendere le Regioni che maggiormente riescono a contenere la spesa nei limiti delle assegnazioni e quali, invece, fanno ricorso ad altre voci di ricavo (o al disavanzo) per integrarle. Molise, Lazio, Trento, Bolzano e Valle d'Aosta presentano i minori livelli di copertura. 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. Da segnalare, come parziali eccezioni, la Sicilia e l'Abruzzo che, pur generando disavanzi consistenti hanno un grado di copertura della spesa tramite assegnazioni piuttosto elevato (rispettivamente 98,3% e 95,8%). Al contrario, la Toscana, pur non essendo una Regione con particolari criticità rispetto al disavanzo, copre con le assegnazioni solo il 93,3% della spesa sanitaria al netto della mobilità. Alla base di tali eccezioni vi è una differente ampiezza dello scostamento tra assegnazioni e ricavi a consuntivo (cfr. *supra*). Infatti, rispetto ai ricavi, le assegnazioni per la Regione Toscana rappresentano il 91,5%, mentre per l'Abruzzo le assegnazioni sono state pari al 94,7% dei ricavi e per la Sicilia la differenza è ancora minore, con assegnazioni pari al 96,8% dei ricavi.

Figura 3.6 **Incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria pubblica corrente al netto della mobilità (2010)**



Nota: La spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2009.

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010)

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. Per aspetti di dettaglio, si rimanda al capitolo 3 del Rapporto OASI 2010.

- ▶ La Legge Finanziaria per il 2005 aveva previsto una copertura parziale da parte dello stato centrale dei disavanzi per il triennio 2001-2003 per complessivi 2 miliardi di Euro, di cui 50 milioni di Euro sono stati assegnati all'Ospedale Bambino Gesù di Roma, 550 milioni sono stati ripartiti a copertura dei disavanzi degli IRC-SCS e dei policlinici universitari e 1,4 miliardi sono stati assegnati alle Regioni.
- ▶ 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.
- ▶ 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. Inoltre, nella stessa Finanziaria sono stati stanziati 90 milioni per il 2007, 179 milioni per il 2008 e 192 milioni per il 2009. 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.
- ▶ Per il 2010 non sono state previste misure integrative a parziale copertura dei disavanzi.

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 disavanzo sanitario cumulato a carico delle Regioni sia pari al 74,9%. Per quelle Regioni, che dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, fanno registrare un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati sufficienti), le L.311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 2005 ed il 2006) hanno istituito una procedura di diffida.

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; (iii) si procede con l'applicazione automatica delle maggiorazioni delle aliquote fiscali se il Presidente della Regione non interviene. Questo ha portato nel maggio 2006 all'individuazione delle 6 Regioni (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*). La Regione Sardegna ha firmato, nell'agosto 2007, un accordo con il Governo per la definizione della situazione debitoria della Sardegna relativa all'anno 2001, al fine di consentire alla Regione 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.

I PdR di queste Regioni erano articolati sul triennio 2007-2009 ed erano finalizzati a coprire il disavanzo pregresso e ad individuare e definire le misure di intervento per governare le cause che, in maniera strutturale, erano intervenute a determinare, nel corso degli anni, gli elevati livelli di disavanzo sanitario, in modo da consentire un'efficace gestione del sistema. Imporre interventi strutturali ha il vantaggio di consentire non solo il recupero del disavanzo pregresso, ma soprattutto di favorire il cambiamento verso la gestione sostenibile del sistema sanitario, ponendo le condizioni per operare in equilibrio di bilancio a partire dal 2010. Come anticipato in precedenza, la Calabria ha sottoscritto il piano di Rientro a dicembre 2009. Nel corso del 2010 si sono conclusi, con esiti diversi, i percorsi previsti per il riequilibrio della Regione Liguria e per lo svincolo di somme rimaste sospese per il mancato rispetto da parte della regione Sardegna degli obiettivi di copertura di disavanzi sanitari pregressi. Tutte le altre Regioni hanno scelto di proseguire nella gestione dei piani di rientro, predisponendo dei Programmi operativi⁵³. La regione Liguria è l'unica, quindi, tra quelle che hanno sottoscritto i PdR, ad aver raggiunto gli obiettivi, sia sotto il profilo dell'equili-

⁵³ Ai sensi dell'articolo 2, comma 88, della L. 191/2009 per le Regioni commissariate (Lazio, Campania, Molise e Abruzzo) e ai sensi dell'articolo 11, comma 1, del DL 78/2010, per le Regioni non commissariate (Sicilia).

brio economico e finanziario, sia in riferimento all'adeguamento del SSR al quadro normativo nazionale ed al Patto per la salute. Per la Sardegna, la verifica annuale 2009 ha avuto esito negativo. Tale valutazione circa l'attuazione del Piano ha condotto i Tavoli di monitoraggio a considerare definitivamente non assegnabili alla Regione le risorse residue, pari a circa 14,8 milioni di euro. Nel 2010, delle Regioni in Piano di rientro, la Sicilia è quella che segna i miglioramenti più evidenti. Un risultato ottenuto grazie ad un andamento delle entrate regionali che sopravanza un incremento dei costi che interessa pressoché tutte le voci di spesa. Pur rimanendo ancora forte la perdita di esercizio, anche la Regione Lazio ha chiuso la fase di monitoraggio 2010 con un risultato in miglioramento, che conferma i progressi verificati in sede di monitoraggio infra-annuale. In miglioramento, nel 2010, anche le condizioni economiche del sistema sanitario abruzzese. Nel 2010, i ritardi nella realizzazione del PdR hanno portato la Regione a predisporre un programma operativo, sul quale i Tavoli di monitoraggio hanno espresso un giudizio complessivamente positivo. Per il Molise, invece, i ritardi nell'attuazione del Piano, pur in presenza di prime innovazioni di carattere strutturale, continuano a pesare sul risultato di esercizio. Anche con riferimento alla Calabria, infine, hanno continuato a persistere nel 2010 i ritardi nell'attuazione del piano, cui si accompagnano incertezze sulla situazione patrimoniale delle aziende regionali ed insufficienze nella definizione del sistema contabile.

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. Una prima misura è rappresentata dall'addizionale regionale all'IRPEF, nella misura massima dell'1,4%. Le Regioni che hanno generato rilevanti disavanzi sono soggette all'incremento dell'addizionale nella misura dello 0,30%. Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF sono attualmente presenti in 12 Regioni⁵⁴ (14 nel 2009; nel 2010, Puglia e Veneto hanno deciso di eliminare l'addizionale IRPEF; la Puglia, nonostante l'entrata nel Piano di Rientro nel corso del 2010, non ha ancora provveduto all'innalzamento dell'aliquota) (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, le Marche sono 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 più che doppio rispetto alla più alta tra le aliquote adottate dalle altre Regioni (1,7%). Nel 2011 è da segnalare una revisione: l'aliquota addizionale in Calabria passa dall'1,4% all'1,7%, per effetto del suddetto incremento di 0,3 punti percentuali.

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore del-

⁵⁴ Informazione aggiornata al 20 luglio 2011.

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	2007
			art. 1 c278	art. 1 c279				
Piemonte	1.021	59	-	230	-	732	7	-31
Valle d'Aosta	77	-	-	-	-	77	14	14
Lombardia	423	117	-	-	-	305	4	-10
Bolzano	340	-	-	-	-	340	-25	-22
Trento	12	-	-	281	-	-269	14	8
Veneto	762	76	-	134	-	552	-71	-75
Friuli VG	-72	-	-	-	-	-72	-18	-39
Liguria	752	54	-	119	-	579	100	142
Emilia R	503	56	-	224	-	223	38	-26
Toscana	367	43	-	203	-	121	121	-42
Umbria	123	11	-	53	-	59	41	-7
Marche	475	21	-	63	-	391	39	-15
Lazio	5.678	288	401	148	2.079	2.763	1.971	1.635
Abruzzo	772	18	31	33	144	546	140	151
Molise	312	5	22	8	202	74	59	67
Campania	4.797	338	384	101	363	3.612	761	864
Puglia	432	131	-	118	-	183	170	313
Basilicata	122	14	-	39	-	69	22	18
Calabria	638	83	-	122	-	434	35	170
Sicilia	2.335	107	153	75	212	1.787	932	574
Sardegna	991	28	9	49	-	905	130	22
Totale	20.861	1.450	1.000	2.000	3.000	13.411	4.483	3.709
<i>Nord</i>	<i>3.818</i>	<i>363</i>	<i>-</i>	<i>988</i>	<i>-</i>	<i>2.467</i>	<i>63</i>	<i>-40</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>1.571</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>	<i>2.178</i>

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2010)

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	2010	Disavanzo residuo 2001-2010 al netto delle assegnazioni della LF 2005, della LF 2006, della LF 2007 e delle ulteriori integrazioni	% disavanzo a carico delle Regioni
-	-	-5	-	-	-17	-9	678	70,1%
-	-	13	-	-	1	7	125	100,0%
-	-	-4	-	-	-2	-11	283	70,7%
-	-	-15	-	-	-37	-2	238	100,0%
-	-	10	-	-	12	11	-213	0,0%
-	-	-68	-	-	27	73	437	67,5%
-	-	-22	-	-	-17	-9	-177	0,0%
50	-	110	43	-	106	89	1.032	79,4%
-	-	-27	-	-	-22	-26	160	36,3%
-	-	3	-	-	7	-14	195	44,2%
-	-	-9	-	-	-5	-10	69	51,8%
-	-	-37	-	-	-17	-28	334	79,9%
378	38	1.665	321	76	1.396	1.044	9.660	72,2%
47	6	123	40	13	95	19	969	74,4%
29	2	70	25	4	64	53	327	52,4%
355	34	815	302	67	789	496	6.579	77,2%
-	-	358	-	-	302	335	1.662	87,0%
-	-	29	-	-	21	35	194	78,5%
-	-	65	-	-	119	-18	805	79,7%
141	10	262	120	19	200	62	3.527	80,8%
-	-	131	-	-	230	229	1.647	95,1%
1.000	90	3.469	850	179	3.252	2.326	28.531	74,9%
50	-	-8	43	-	51	123	2.562	63,9%
378	38	1.623	321	76	1.382	992	10.258	71,3%
572	51	1.854	487	103	1.819	1.211	15.710	79,7%

Tabella 3.20 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni**

	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	fino a 10.329,14	0,9	fino a 10.329,14	0,9	fino a 10.504,74	0,9	fino a 10.672,82	0,9	fino a 10.854,26	0,9
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
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
Lombardia	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2
	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 15.493,72 a 30.987,41	1,3
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
Bolzano	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
Veneto	fino a 10.329,14	1,2	fino a 10.400,00	0,9	fino a 10.400,00	0,9	fino a 29.000,00	0,9	fino a 29.000,00 (e nelle situazioni previste dalla LR 19/2005)	0,9
	da 10.329,15 a 15.493,71	1,3	da 10.400,01 a 15.000,00	1,2	da 10.400,01 a 15.000,00	1,2				
	da 15.493,72 a 69.721,68	1,4	da 15.000,01 a 29.000,00	1,3	da 15.000,01 a 29.000,00	1,3				
	oltre	1,9	oltre	1,4	oltre	1,4				
Friuli VG	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	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 13.000,00	0,9
									oltre 13.000,00 e fino a 20.000,00	1,25
									oltre 20.000,00	1,4
Emilia R	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
Toscana	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
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				

Anno 2007		2008		2009		2010		2011	
Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
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
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
				oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	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
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
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
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
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	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
				da 29.501,00 a 29.650,00	1 – (29.235,00 / imponibile)				
oltre	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
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
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								
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 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
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 26.000,00	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 26.000,00	1,1	oltre 15.000,00	1,1	oltre 15.000,00	1,1	oltre 15.000,00	1,1	oltre 15.000,00	1,1
fino a 15.500,00	0,9	fino a 15.500,00	0,9	fino a 15.500,00	0,9	fino a 15.500,00	0,9	fino a 15.500,00	0,9
da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2
oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4

Tabella 3.20 (segue)

	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Lazio	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
Abruzzo	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
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
Campania	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 ad 12.500,00 (eccetto esenzioni di legge a cui si applica l'aliquota dello 0,9)	1,1
									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	per tutti i redditi	0,9	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	per tutti i redditi	0,9	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	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2011)

la produzione netta l'aliquota del 3,9%⁵⁵, ma viene conferita in capo alle Regioni la facoltà di variare l'aliquota sino ad un massimo di 0,92 punti percentuali⁵⁶, anche differenziandola per settori di attività o categorie di contribuenti. Similmente all'IRPEF anche l'addizionale IRAP è incrementabile nella misura dello 0,15%⁵⁷. Nell'ambito di quest'autonomia (Tabella 3.21), Piemonte, Lombardia, PA di Bol-

⁵⁵ Come previsto dall'art. 1, comma 50, lett. h della L.244/2007 (esclusi i casi previsti dal comma 2 dell' art.16 e dai commi 1 e 2 dell'art. 45 D.Lgs. n. 446/1997), che ha modificato la precedente aliquota base pari a 4,25%, portandola al 3,90%.

⁵⁶ Il comma 226 dell'art 1 della L 244/2007 ha altresì disposto che le aliquote IRAP vigenti alla data del 1° gennaio 2008, nel caso in cui abbiano subito variazioni in base al comma 3 dell'art. 16 del D.lgs. n. 446/1997, debbano essere riparametrate in funzione di un coefficiente pari a 0,9176 (derivante dal rapporto tra 3,9 -nuova aliquota- e 4,25 -vecchia aliquota-). L'intervallo di aliquota che potrà sussistere sarà quindi pari a $3,90 \pm 0,92\%$, ossia a 2,98% - 4,82%.

⁵⁷ Art. 2 commi 66-98 della legge Finanziaria 2010 che recepisce a livello normativo il contenuto del nuovo «Patto per la salute» per gli anni 2010-2012, approvato il 3 dicembre 2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Mediante le suddette disposizioni è stata integrata la disciplina relativa all'aumento automatico dell'IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF nelle Regioni che presentino disavanzi di gestione del Servizio sanitario, già prevista dall'art. 1 commi 174 e 175 della L. 30 dicembre 2004 n. 311 (Finanziaria 2005) e successive modifiche ed integrazioni.

Anno 2007		2008		2009		2010		2011	
Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,7	per tutti i redditi	1,7
per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,7	per tutti i redditi	1,7
per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,7	per tutti i redditi	1,7
per tutti i redditi	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				
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	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,7
per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	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

zano, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, 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. Nel 2011, rispetto ai due anni precedenti, si registrano l'introduzione dell'addizionale nella PA di Bolzano (4,82% per banche, enti e società finanziarie e imprese di assicurazione) e l'allargamento dell'imposizione aggiuntiva in Emilia Romagna anche agli enti finanziari e imprese di assicurazione. Infine, Calabria, Campania e Molise hanno dovuto innalzare l'addizionale IRAP al 4,97% (4,82% + 0,15%) per effetto dei deficit fatti registrare nel 2010.

Infine, le Regioni possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto. 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

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	2010	2011
Piemonte						5,25	Banche, Assicurazioni e società finanziarie	4,82	4,82	4,82
Lombardia					5,25	Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)		4,82	4,82	4,82
PA Bolzano										Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)
Veneto	4,75				5,25	Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)		4,82	4,82	4,82
Liguria	4,75					5,25	Tutti i soggetti Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni	Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)	4,82	4,82
Emilia R						5,25	Imprese rientranti nei settori di attività secondo la classificazione ATECOFIN dell'Agenzia delle Entrate	Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 11 - 23 - 40	4,82	4,82
						5,25		Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 11 - 23 - 40	4,82	4,82
								Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 23-40-64-65-66-67	4,82	4,82

Tabella 3.21 (segue)

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	2010	2011		
Toscana			4,4	Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione		Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione	5,25	Imprese rientranti nei settori codice (codice ATECOFIN 23-2, 63,21.2, 64, 65, 66, 67, 70)	Imprese rientranti nei settori codice (codice ATECOFIN 23, 63, 64, 65, 66, 67, 70)	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	4,82		
Umbria								Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)	Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)	Banche, enti e società finanziarie, imprese di assicurazione (codice ATECOFIN 64, 65 e 66)		
				Banche, società finanziarie e imprese di assicurazione		4,82	4,82	4,82				
Marche				4,75				Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 35-41-42-53-61-68	Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 35-41-42-53-61-68	Imprese rientranti nei settori codice ATECOFIN 35-41-42-53-61-68		
				5,15				4,82	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	
				5,75				4,5	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	
Lazio				Estrazione di minerali energetici e non energetici, fabbricazione di coke, raffineria di petrolio, trattamento di combustibili nucleari, produzione e distribuzione di energia elettrica, di gas, di vapore ed acqua calda, commercio manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli, vendita al dettaglio di carburante per autotrazione, commercio all'ingrosso, esclusi intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli, trasporti aerei.								
				5								
				Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche ed artificiali, poste e telecomunicazioni, attività ausiliarie della intermediazione finanziaria, attività immobiliari, e noleggio di macchinari e attrezzature senza operatore e di beni per uso personale e domestico, attività radiotelevisive, attività delle agenzie di stampa								
				5,25								
				Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazioni e i fondi pensione			5,25	4,82	4,82			
				5,25								

Tabella 3.21 (segue)

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	2010	2011
Abruzzo						Tutti i soggetti 5,25	Tutti i soggetti 4,82	Tutti i soggetti 4,82	Tutti i soggetti 4,82	Tutti i soggetti 4,82
Molise	Banche					Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti
	5,75									
Campania	Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale					5,25	4,82	4,82	4,82	4,97
	5,75									
Puglia	Tutti i soggetti					Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti
	4,55									
	Banche ed enti finanziari					5,25	4,82	4,82	4,82	4,97
Calabria	4,75									
	Banche e altri enti finanziari, imprese di assicurazione						Tutti i soggetti (a decorrere dal successivo periodo d'imposta)	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti
Sicilia	4,75									
	Banche, società finanziarie, imprese di assicurazione					Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti	Tutti i soggetti
	5,25									
Sicilia	Imprese di raffinazione di prodotti petroliferi					5,25	4,82	4,82	4,82	4,82
	5,25									

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2011)

ai motocicli, approvata con la L. 286/2006. Per il 2011 sono confermati, su tutto il territorio nazionale, gli importi di tariffa in vigore per l'anno precedente. Con riguardo sia alle vetture sia ai motocicli (oltre che per il rimanente parco veicoli) vi sono marcate differenze tariffarie da Regione a Regione. A decorrere dal 2009 le fattispecie di appartenenza sono divenute sei (in precedenza quattro):

- ▶ la prima, costituita dalle Regioni nelle quali si applica la tariffa base, così come prevista dalla Finanziaria 2007: Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, PA Trento, Umbria, 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;
- ▶ 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, la cui condizione è stata codificata come codice bianco (ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi ed avvelenamenti acuti), che gli assistiti non esenti siano tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro, in tutto il territorio nazionale⁵⁸. Tale quota fissa non è, comunque, dovuta dagli assistiti di età inferiore a 14⁵⁹ 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.

⁵⁸ 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.

⁵⁹ Fanno eccezione la PA Bolzano e la Regione Friuli Venezia Giulia, in cui non sono previste esenzioni in relazione agli accessi di pronto soccorso.

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
Vale 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
Bolzano	50 € + tariffa per ogni prestazione specialistica ambulatoriale fino a un massimo di 100 €	Casi non urgenti e/o non giustificati 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% – Accessi seguiti da ricovero – Le seguenti categorie: Detenuti, soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trapiusti 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 bioculare 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
Trento	Quota fissa 25 €	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)

Tabella 3.22 (segue)

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
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 specialista ambulatoriale)	Codici bianchi	La quota di 25 euro non è dovuta: – dagli assistiti di età inferiore a 14 anni – dai non esenti afferenti al 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 differenti – 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 € (fetto 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 al 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)
Emilia R	25 € per la visita	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: – erogate nell'ambito dell'Obi (Osservazione Breve Intensiva) per situazioni cliniche che necessitano di un iter diagnostico-terapeutico di norma non inferiore alle 6 e non 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 casi in 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 dalla normativa vigente; – prestazioni riferite alle persone stranieramente temporaneamente presenti (STP) se indigenti

Tabella 3.22 (segue)

	Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
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 (inclusi cittadini residenti in Toscana collocati in cassa integrazione e in mobilità – e loro familiari a carico– con un reddito complessivo del nucleo familiare per l'anno 2009 inferiore a 8.263,31 euro incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico) – 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 al 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 al 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 al pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti
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 al pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti
Campania	Quota fissa 50 €	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 al pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti
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 pre-stazioni 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 al pronto soccorso per Accessi seguiti da ricovero – per Accessi in situazione di urgenza/emergenza (inclusi traumatismi e ad avvelenamenti acuti)
Basilicata	Non si applica il ticket	–	–

Tabella 3.22 (segue)

Importo della compartecipazione	Casi di applicazione del Ticket	Categorie Esenti
Quota fissa 25 €; nel caso in cui l'accesso sia seguito da prestazioni specialistiche la quota fissa di € 25 è sostituita dalla somma del ticket di tutte le prestazioni eseguite (compresa la visita in Pronto Soccorso e le consulenze specialistiche richieste dal medico di pronto soccorso) fino alla cifra massima di € 45	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 al pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti. Sono esenti cittadini residenti per i quali ricorrono le seguenti condizioni: a) 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); b) ciechi e sordomuti; c) vittime del terrorismo e della criminalità organizzata; c) soggetti che godono di tutele particolari ai sensi del DM 10/09/1998 (gravidanza) d) i soggetti ed i loro familiari a carico con un reddito complessivo per nucleo familiare fino a € 10.000,00 attestato tramite l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE)
Quota fissa 25 €	Codici bianchi, ad eccezione di quelli seguiti da ricovero - afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti - prestazioni erogate a fronte di una specifica richiesta del medico di base o del medico di continuità assistenziale - pazienti che necessitano di essere comunque avviati agli ambulatori territoriali, attivi nelle medesime sedi ospedaliere - prestazioni eseguite nell'ambito dell'IOBI	Assistiti di età inferiore ai 14 anni - GI esenti per reddito (soggetti appartenenti a nuclei familiari con ISEE non superiore ad € 11.000,00). - Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 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). - Ciechi e sordomuti civili con assegno di accompagnamento (DM 1 febbraio 1991, art. 6). - Invalidi civili con multi indicati, rispettivamente, degli 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, Digs n. 1/24/98, art. 5, c. 6) - Detenuti ed internati (Digs n. 230 del 22 giugno 1999, come modificato ed integrato dal Digs n. 433/2000). - Tossicodipendenti in terapia metadonica. - Categorie di soggetti con patologie croniche ed invalidanti: limitatamente alle prestazioni correlate alle patologie preletite. - 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 - prestazioni erogate a pazienti STP indigeni
Quota fissa 25 €	Codici bianchi	La quota non è dovuta: - dai minori di 14 anni - dai non esenti afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti, - prestazioni erogate a seguito dell'intervento dell'unità medicalizzata 118
15 €	Codici verdi (pazienti poco critici e a bassa priorità di accesso)	- 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

Nota: Aggiornata alle disposizioni vigenti ad aprile 2011.

Fonte: Agenas (2011)

Per quanto concerne la spesa farmaceutica, si rinvia alla più ampia analisi svolta nel capitolo 7 del presente Rapporto. Da rilevare, in questa sede, il crescente peso acquisito dalle compartecipazioni alla spesa anche nel 2011, per il combinato effetto dell'aumento dei ticket e della maggiore incidenza del *co-payment* (differenza di prezzo tra farmaco di marca e prezzo di riferimento, ovvero il prezzo della stessa confezione di farmaco generico più economica). Per effetto di queste misure, la spesa totale a carico del paziente cresce dal 26,8% al 27,5%.

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 pubblici⁶⁰, 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 3.23 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni⁶¹.

⁶⁰ 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.

⁶¹ 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 **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		X		
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	X
Molise	X	X	X	
Campania	X	X	X	X
Puglia		X		
Basilicata				
Calabria	X	X	X	
Sicilia	X	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 (2011), *Il ticket di pronto soccorso – principali caratteristiche dei sistemi regionali vigenti al 30 aprile 2011*, <http://www.agenas.it> (ultimo accesso, 20 luglio 2011)
- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.

- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Cavalli L. e Jommi C., 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.
- Corte dei Conti (2011), *Relazione sul rendiconto generale dello Stato*, http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2011/decisione_parte_prima.pdf (ultimo accesso, 20 luglio 2011).
- ISTAT (2011), *Statistiche demografiche*, <http://demo.ISTAT.it/pop2010/index.html> (ultimo accesso, 15 Luglio 2011).
- 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 (2011), *OECD Health Data 2011*, OECD, versione on-line.
- Osservatorio Farmaci – CER GAS Bocconi (2011), *Report 27, annuale per il 2010*.