



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

03.2017

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

I conti della sanità: consuntivi del 2016 e prospettive future

Autori

Vincenzo Atella e Felice Cincotti

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring

Vincenzo Atella

Introduzione

L'obiettivo del Quaderno è di dar conto dei risultati economico-finanziari del settore sanitario nel 2016 e di offrire indicazioni sulle future dinamiche del settore, anche sulla base delle decisioni di policy adottate.

La valutazione dei risultati conseguiti nel 2016 è condotta sulla base di due tipologie di indicatori: la spesa sanitaria dell'intera Pubblica Amministrazione (PA) - quindi non solo degli enti del SSN, che pure ne assorbono una buona parte - e i risultati d'esercizio degli enti del SSN, nel complesso e, soprattutto, nelle sue articolazioni territoriali. Come avremo modo di vedere, entrambi gli indicatori mostrano che nel 2016 il settore ha sostanzialmente confermato i progressi e i miglioramenti registrati negli ultimi anni. La spesa sanitaria della PA è aumentata, ma a un tasso molto contenuto, ben al di sotto delle dinamiche che l'avevano contraddistinta prima del 2010, tanto che in rapporto al Pil, è scesa nuovamente fino a raggiungere il 6,7%. Nello stesso tempo, si è compiuto un nuovo passo avanti nella ricomposizione del divario tra Regioni virtuose e quelle impegnate nei Piani di rientro.

Al conseguimento di tali risultati è corrisposta una restrizione dell'erogazione delle prestazioni e/o del loro scadimento qualitativo? Abbiamo provato, in questo caso, a fornire delle prime indicazioni esaminando la dinamica della spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini e la corrispondenza delle prestazioni erogate agli standard qualitativi richiesti. Si tratta di una prima e parziale analisi che, come vedremo meglio in seguito, documenta come la spesa sanitaria privata sia cresciuta negli ultimi anni in modo più sostenuto, anche se di poco, del passato e che permangono ancora disparità territoriali per quanto riguarda la conformità delle prestazioni agli standard qualitativi richiesti.

Quali, infine, le prospettive del settore e del SSN? Faremo in tal caso riferimento all'evoluzione del finanziamento statale "ordinario" del SSN e al quadro programmatico ufficiale del settore, ossia la sua incidenza sul Pil e sulla spesa pubblica complessiva, opportunamente ricostruiti in modo da tener conto degli effetti di alcuni provvedimenti legislativi adottati in corso d'anno.

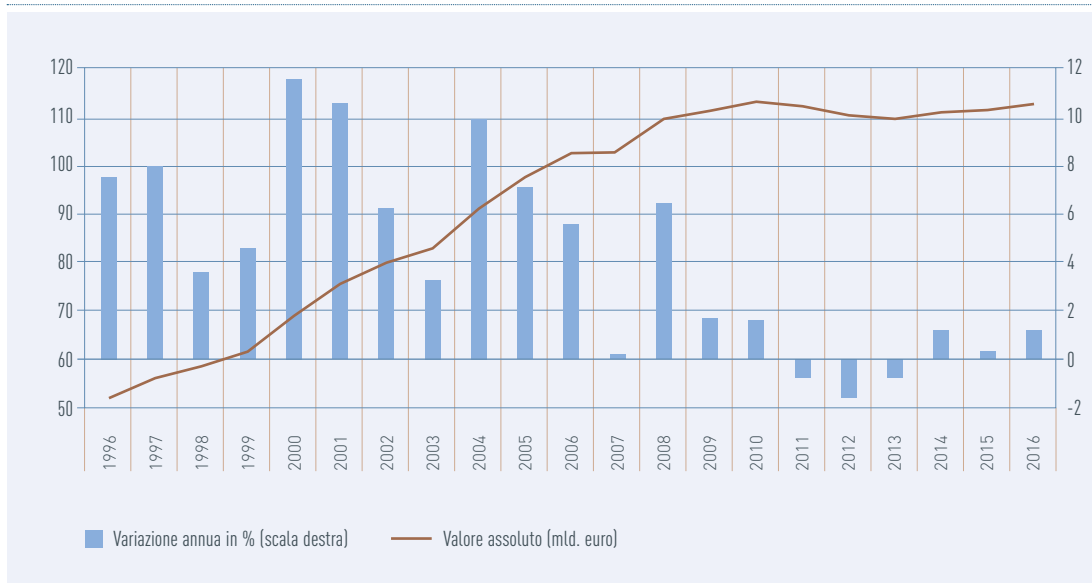
La spesa sanitaria della PA: i risultati del 2016.

Secondo i più recenti dati di contabilità nazionale, nel 2016 la spesa sanitaria complessiva della PA è stata pari a 112,5 miliardi, in crescita dell'1,2 per cento rispetto all'anno prima (Figura 1).¹ Si tratta del terzo aumento consecutivo della spesa sanitaria, dopo la riduzione sperimentata nel triennio 2011-2013, che però non è sufficiente a riportarla al livello già raggiunto nel 2010. Negli ultimi tre anni, infatti, la spesa è cresciuta in media d'anno dello 0,9% che, ad eccezione di quello registrato nel 2007, è il valore più basso dal 1996 e ben al di sotto di quello degli anni 1996-2010 (5,8%) e dell'intero periodo considerato (4,1%).

La spesa sanitaria pubblica cresce dell'1,2% nel 2016.

Negli ultimi 3 anni la spesa è cresciuta appena dello 0,9%.

Figura 1. Dinamica della spesa sanitaria (1996-2016)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Istat (2017a)

La spesa sanitaria rappresentata è elaborata dall'ISTAT, nell'ambito della stima della spesa dell'intera PA, secondo i principi di contabilità economica nazionale (Sec 2010)

Scendendo più nel dettaglio, a trainare la dinamica nel 2016 è stata la spesa sostenuta dalle strutture pubbliche che, tra erogazione delle prestazioni e servizi amministrativi e altre componenti, è aumentata complessivamente dell'1,6%, ben al di sopra di quella sostenuta per l'acquisto di prestazioni presso operatori privati accreditati e/o convenzionati (operatori *market*, come li definisce l'ISTAT), cresciuta a sua volta dello 0,3%.²

A spingere verso l'alto la spesa complessiva delle strutture pubbliche ha contribuito in gran parte l'acquisto di beni e servizi (4,3%), che ha più che compensato la riduzione delle spese per il personale (-0,5%).

La spesa a carico delle strutture pubbliche cresce di più di quella per le prestazioni convenzionate e accreditate.

[1-2] vedi pagina 21

Nel primo caso a trainare la dinamica è stata la maggiore spesa sostenuta per l'acquisto di farmaci, in particolare di quelli oncologici e necessari per la cura dell'epatite C, che è cresciuta di circa l'8%: secondo le stime ufficiali, al netto di tale componente, l'aumento della spesa per beni e servizi sarebbe stato di circa la metà (2,3%).³

Nel secondo caso, il risultato conferma il *trend* decrescente in atto dal 2011, riconducibile ad una serie di fattori, tra cui le limitazioni del *turn over* e il congelamento delle retribuzioni.⁴

Sull'incremento della spesa per prestazioni acquistate presso gli operatori *market*, ha pesato la maggiore spesa per la cosiddetta altra assistenza (assistenza termale, medicina dei servizi, Psichiatria, assistenza agli anziani, per le dipendenze, ecc...), in aumento dell'1,9%, l'assistenza protesica e balneotermale (1,6%), l'assistenza medico-specialistica (1,4%) e quella medico-generica (0,5%). È, invece, rimasta stazionaria la spesa per l'assistenza ospedaliera, mentre è diminuita ancora una volta quella per la farmaceutica convenzionata (-2%).⁵

In conclusione, anche quest'anno il settore sanitario ha dato un contributo importante al risanamento dei conti pubblici. L'incidenza sul Pil è diminuita, passando dal 6,8 al 6,7%, tre decimi di punto in meno rispetto alla media 2009-2010. Si è ridotta di un decimo di punto percentuale anche l'incidenza sulla spesa primaria corrente, ossia la spesa corrente al netto degli interessi pagati sul debito pubblico, mentre è aumentata di un decimo di punto percentuale quella sulla spesa primaria complessiva (comprensiva cioè delle spese in conto capitale). In una prospettiva più ampia, dal 2010 l'incidenza della spesa sanitaria su quella primaria si è ridotta di 0,7 punti percentuali (dal 15,5 al 14,8%), mentre quella sulla spesa primaria corrente di 1,1 punti percentuali (dal 17 al 15,9%).

1.1 I conti del SSN e i divari territoriali.

Anche nel 2016, quindi, il settore sanitario ha sostanzialmente contribuito al contenimento della spesa pubblica e al riordino dei conti della PA. Ma il settore è stato capace di migliorare i propri risultati di gestione e accorciare le differenze riscontrate finora a livello territoriale? Con riferimento a questi aspetti, indicazioni importanti si traggono da una fonte di dati diversa da quella utilizzata nel precedente paragrafo, costituita dai conti economici degli enti del SSN.⁶

Nella *tabella 1* abbiamo riportato i risultati d'esercizio del SSN negli anni 2012-2016, in modo da evidenziare il percorso che conduce alla validazione dei risultati e delle modalità di copertura degli eventuali disavanzi di gestione presso il Tavolo Tecnico di verifica degli adempimenti.

Il settore sanitario continua a contribuire al riordino dei conti della PA.

Nel 2016 migliorano i risultati d'esercizio del SSN.

Tabella 1. I conti del SSN (2012-2016) - Milioni di euro

	2012	2013	2014	2015	2016
Ricavi d'esercizio	111.394,9	110.608,6	112.834,4	112.991,5	114.221,2
Costi d'esercizio (*)	-113.300,3	-112.254,8	-113.612,3	-113.935,7	-115.068,7
Saldo di esercizio	-1.905,4	-1.646,2	-777,9	-944,2	-847,5
Correzioni Tavolo Verifica	-127,9	-79,9	-95,6	-73,0	-18,4
Saldo d'esercizio pre-coperture	-2.033,3	-1.726,1	-873,5	-1.017,2	-865,9
Ulteriori trasf. Regioni Statuto Spec.	994,1	935,2	535,9	243,9	267,1
Coperture	1.461,5	1.262,6	486,1	561,7	1.040,3
Saldo d'esercizio post-coperture	422,3	471,7	148,5	-211,6	441,5
Pregresso e ulteriori coperture	-27,1	-37,7	-131,2	0,0	0,0
Saldo di esercizio Tavolo	395,2	434,0	17,3	-211,6	441,5

(*) comprende saldi per mobilità extra CE e internazionale

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Corte dei Conti (2014, 2015, 2016 e 2017)

Come si può vedere, il disavanzo di esercizio prima delle correzioni apportate presso il Tavolo di verifica si è ridotto nel 2016 di circa 100 milioni di euro rispetto a quello fatto registrare l'anno precedente. Quindi, sembra essersi rimessa in moto, dopo l'interruzione registratasi nel 2015, la tendenza alla riduzione del disavanzo, anche se i risultati conseguiti non sono stati sufficienti a raggiungere il minimo segnato nel 2014. In ogni caso, i progressi compiuti dal 2012 sono significativi: il disavanzo nel 2016 è circa la metà di quello registrato nel biennio iniziale considerato nella tabella. In particolare, al miglioramento del saldo d'esercizio nel 2016 ha contribuito una crescita dei ricavi (1,1%) che ha più che compensato l'aumento dei costi (1%).⁷

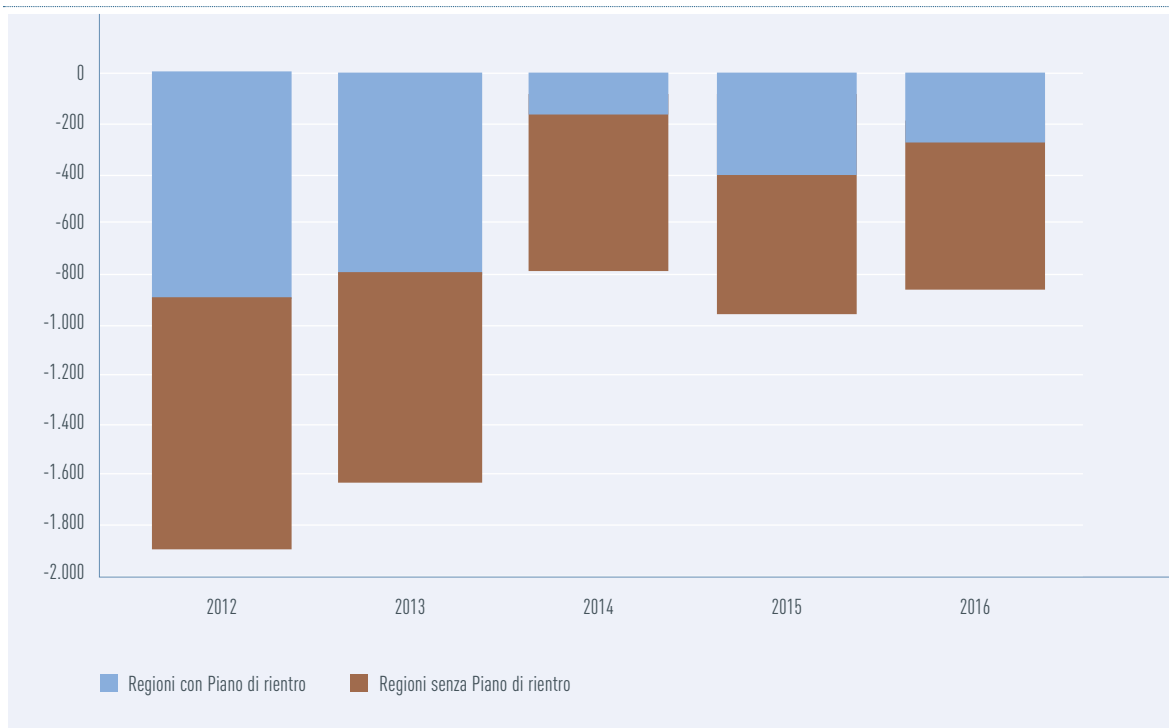
Come per gli anni precedenti, sebbene in misura più contenuta, anche nel 2016 le correzioni apportate dal Tavolo fanno salire il disavanzo (saldo d'esercizio pre-coperture). Gli ulteriori trasferimenti messi a disposizione dalle Regioni a Statuto Speciale (RSS) e le coperture aggiuntive recuperate dalle Regioni in Piano di rientro grazie all'aumento delle aliquote fiscali regionali, sono tali da riportare il saldo d'esercizio (saldo d'esercizio post-coperture), in avanzo nel 2016. Tali risultati restano invariati anche dopo le ultime verifiche considerate (saldo d'esercizio Tavolo). Nel 2016, in particolare, il risultato d'esercizio passa da un disavanzo di 866 milioni di euro a un avanzo superiore ai 400 milioni di euro.

(7) vedi pagina 22

Passando a considerare le *performance* a livello territoriale, i dati disponibili mostrano come a partire dal 2014 la spaccatura che negli ultimi anni ha caratterizzato il SSN, tra le Regioni "virtuose" e in "Piano di rientro" (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), sembra essersi ricomposta. Prendendo in considerazione il risultato d'esercizio "tout court", senza ulteriori correzioni e coperture, nella *figura 2*, il suo valore è stato suddiviso tra le due tipologie di Regioni. Dopo essere aumentata nel 2015, l'incidenza del disavanzo delle Regioni impegnate nei Piani di rientro

Continua a chiudersi la frattura tra regioni "con" e "senza" Piani di rientro.

Figura 2. Saldi di esercizio a livello territoriale (2012-2016) - (milioni di euro)



Fonte: Corte dei Conti (2017, 2016, 2015 e 2014)

sul totale nazionale è ritornata a ridursi nel 2016, passando dal 41,9% del totale al 32%. Tale percentuale rimane più alta di quella fatta segnare nel 2014, ma si colloca ben al di sotto di quella dei due anni iniziali considerati nella tabella (47,8%). In particolare, nel 2016 le Regioni in Piano di rientro hanno migliorato il loro disavanzo di circa 125 milioni di euro, riducendolo fino a 271 milioni di euro, mentre le altre l'hanno peggiorato di circa 28 milioni, facendolo salire a 576 milioni di euro. Le regioni in Piano di rientro hanno, infatti, beneficiato di un aumento dei ricavi dell'1,5%, quasi il doppio di quello registrato

(8) vedi pagina 22

nelle altre (0,8%), che ha più che compensato un aumento dei costi più sostenuto di quello delle altre (1,2% contro lo 0,8%).⁸

Scendendo ancora di più nel dettaglio, si possono vedere quali sono le Regioni in difficoltà a garantire l'equilibrio di bilancio e/o a trovare adeguate coperture. Nella *tabella 2* abbiamo riportato per il solo 2016 i risultati di esercizio, già presentati in aggregato nella *tabella 1*. Si può vedere come le Regioni che registrano un risultato d'esercizio iniziale in disavanzo sono la Valle d'Aosta, la Provincia autonoma di Bolzano, la Liguria e la Sardegna tra quelle non impegnate in Piani di rientro, e il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Puglia e la Calabria tra quelle impegnate. Le altre presentano degli avanzi, i più elevati dei quali, in valore assoluto, si registrano nella Toscana, nelle Marche e nella Campania.

Tabella 2. I risultati d'esercizio regionali nel 2016

	Saldo iniziale	Saldo pre-coperture	Saldo Tavolo	Saldo iniziale	Saldo pre-coperture	Saldo Tavolo
Piemonte	7,2	7,3	7,3	1,6	1,7	1,7
Valle d'Aosta	-17,2	-21,0	-3,8	-135,1	-164,9	-29,8
Lombardia	4,6	4,6	4,6	0,5	0,5	0,5
P.A. Bolzano	-235,7	-225,3	16,7	-452,5	-432,5	32,1
P.A. Trento	4,8	-1,8	-6,5	8,9	-3,3	-12,1
Veneto	12,9	11,5	11,5	2,6	2,3	2,3
Friuli V.G.	11,6	10,7	-19,7	9,5	8,8	-16,1
Liguria	-75,8	-71,0	-71,0	-48,2	-45,2	-45,2
E. Romagna	4,5	4,3	4,3	1,0	1,0	1,0
Toscana	38,9	38,9	38,9	10,4	10,4	10,4
Umbria	5,5	5,5	5,5	6,2	6,2	6,2
Marche	27,5	25,6	25,6	17,8	16,6	16,6
Lazio	-163,8	-163,8	548,1	-27,8	-27,8	93,1
Abruzzo	-23,7	-23,7	-23,7	-17,9	-17,9	-17,9
Molise	-17,0	-17,0	0,2	-54,5	-54,5	0,6
Campania	18,3	3,4	55,2	3,1	0,6	9,4
Puglia	-48,4	-48,9	-18,9	-11,9	-12,0	-4,6
Basilicata	1,0	0,3	0,3	1,7	0,5	0,5
Calabria	-54,3	-55,4	42,4	-27,6	-28,1	21,5
Sicilia	10,5	7,1	138,8	2,1	1,4	27,4
Sardegna	-358,6	-357,2	-314,0	-216,3	-215,4	-189,4
Totale	-847,4	-865,8	441,6	-14,0	-14,3	7,3

Per quanto riguarda le regioni impegnate nei Piani di rientro in iniziale disavanzo, Lazio, Molise e Calabria hanno attivato coperture tali da ricondurre il bilancio in avanzo. Per la Puglia le coperture attivate hanno più che dimezzato il disavanzo iniziale senza però riportare il bilancio in pareggio. Per il Piemonte e l'Abruzzo, infine, non risultano essere state attivate coperture. Per il Lazio le coperture previste (712 milioni di euro), recuperate attraverso l'aumento delle aliquote dei tributi regionali, sono tali da portare il bilancio in attivo per circa 550 milioni di euro. Così come lo scorso esercizio, è possibile che anche questa volta le risorse eccedenti le necessità di copertura vengano destinate ad altre finalità, così come consente la normativa vigente.⁹

[9] vedi pagina 22

La dinamica della spesa sanitaria privata.

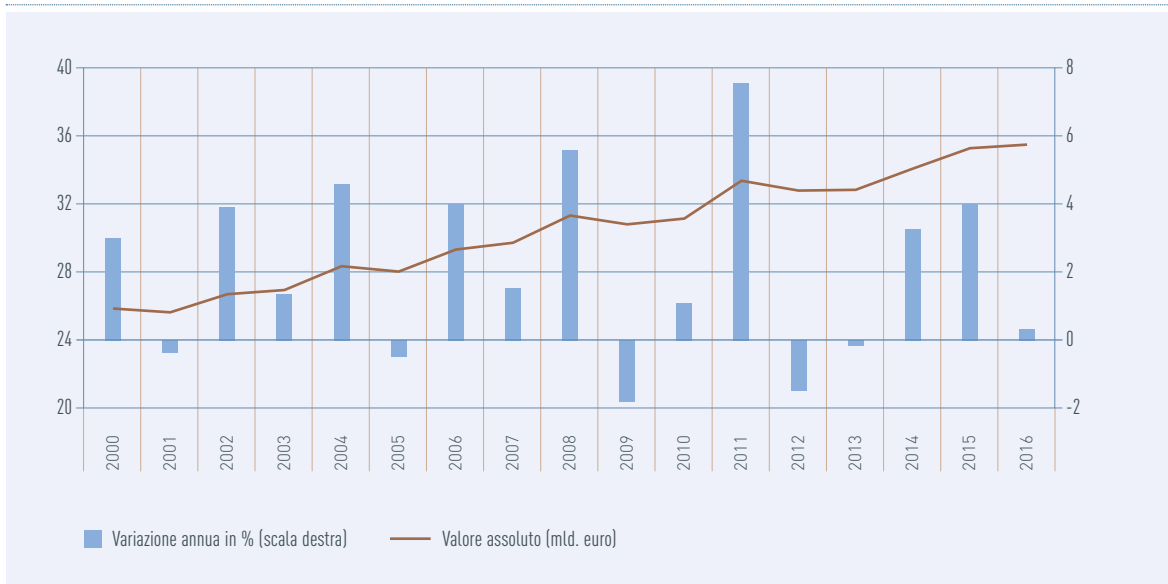
Abbiamo documentato nelle pagine precedenti i notevoli progressi realizzati negli ultimi anni nel contenimento della spesa sanitaria pubblica. È difficile dire se e in quale misura tale successo sia riconducibile ad una maggiore efficienza nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari o si sia anche tradotto in un restringimento del campo dell'assistenza garantita.

A tal riguardo, una prima serie di indicazioni possono essere ricavate dall'osservazione della dinamica della spesa sanitaria privata.¹⁰

Complessivamente dal 1999 al 2016 i consumi delle famiglie per sanità sono cresciuti del 40,9% (pari ad una crescita media annua del 2%), passando da un importo di poco inferiore ai 25 miliardi di euro nel 1999 ad uno di 35,2. In particolare, si vede come negli ultimi anni, quelli cioè in cui si registra una chiara inversione di rotta della spesa sanitaria pubblica, la spesa sanitaria privata è aumentata del 2,2% in media d'anno, appena due decimi di punto percentuale in più di quella degli anni precedenti. In particolare, è cresciuta significativamente nel 2011 (7,4%), per poi ridursi nei due anni successivi e ritornare nel triennio finale su un sentiero di crescita del 2,5% in media d'anno, mezzo percentuale in più di quello storico.

La spesa sanitaria privata cresce negli anni 2011-2015 del 2,2%.

Figura 3. Dinamica della spesa privata (2000-2016)



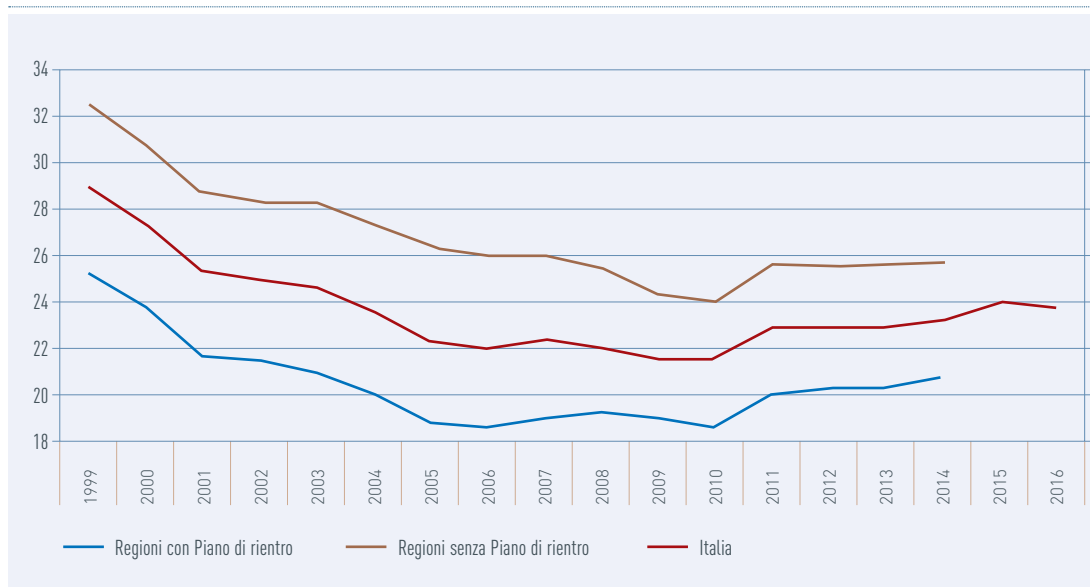
Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2017b)

(10) vedi pagina 22

Ciò è stato sufficiente a provocare una riallocazione della spesa sanitaria tra la componente pubblica e quella privata (*figura 4*): a partire dal 2011, l'incidenza della spesa sanitaria privata su quella complessiva, che fino ad allora si era ridotta sostanzialmente in modo continuo, è aumentata di più di due punti percentuali, fino a raggiungere il 23,9% nel biennio 2015-2016.

Cresce l'incidenza della spesa sanitaria privata su quella complessiva.

Figura 4. Incidenza della spesa privata sul totale della spesa sanitaria (1999-2016)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2017b, 2016a, 2016b)

Scendendo più nel dettaglio, una dinamica simile si rileva per le Regioni impegnate almeno una volta nei Piani di rientro e le altre (sempre *figura 4*).¹¹ La differenza rilevante è, in questo caso, che tra il 2006 e il 2010 l'incidenza della spesa privata è aumentata nelle prime, mentre si è ridotta nelle seconde.

Se ci limitiamo all'esperienza degli ultimi anni, la maggiore incidenza della spesa privata ha sostanzialmente interessato nello stesso modo i due gruppi di Regioni. Sulla base dei dati disponibili (1998-2014), negli ultimi 4 anni la spesa sanitaria privata procapite delle Regioni in Piano di rientro, ossia quelle che l'hanno adottati dal 2010, è passata 447 euro a 471 euro, con un aumento dell'1,3% in media d'anno (*Tabella 3*). Tale dinamica non solo è più bassa del *trend* storico precedente, ossia quella sperimentata tra il 1999 e il 2010 (2% in media d'anno), ma anche di quella che negli stessi ultimi anni ha caratterizzato le

[11] vedi pagina 22

Regioni non impegnate nei Piani (1,5% in media d'anno). In tal modo, l'incidenza della spesa privata su quella complessiva è aumentata negli ultimi 4 anni in modo sostanzialmente analogo in tutti e due i gruppi di Regioni (nelle Regioni impegnate nei Piani di rientro appena un decimo di punto percentuale in più).

Tabella 3. La spesa sanitaria privata procapite regionale (1998-2014)

Spesa sanitaria priva a procapite						
	valori assoluti (euro)			Tassi di variazione media annua		
	1998	2010	2014	1998-2010	2010-2014	1998-2014
Regioni con PdR	353,5	447,0	471,0	2,0	1,3	1,8
Regioni senza PdR	495,9	592,0	628,2	1,5	1,5	1,5
Totale	426,3	523,0	553,2	1,7	1,4	1,6
Incidenza della spesa sanitaria privata						
	in % della spesa totale			variazione delle quote		
	1998	2010	2014	1998-2010	2010-2014	1998-2014
Regioni con PdR	26,4	18,8	20,6	-7,6	1,8	-5,7
Regioni senza PdR	31,9	23,9	25,6	-8,0	1,7	-6,3
Totale	29,4	21,5	23,3	-7,9	1,8	-6,1

Fonte: elaborazioni Farmfactoring su dati Istat (2016a, 2016b)

L'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Una valutazione corretta del funzionamento del SSN non può essere limitata alla sola considerazione della tenuta economico-finanziaria del settore. Essa deve considerare anche i risultati conseguiti in termini di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni e dei servizi effettivamente erogati. Tale necessità si impone sia per verificare il rispetto nelle diverse Regioni dei principi costituzionali e istitutivi del servizio sanitario di uniformità, qualità, appropriatezza e costo delle prestazioni erogate, ma anche per verificare e eventualmente ricalibrare la politica sanitaria.

Il sistema di valutazione esistente è per sua natura molto complesso. Senza entrare nei dettagli, prevede che le Regioni siano tenute a rispettare una serie di obblighi o adempimenti.¹² Tra questi, oltre a quelli di natura economica e finanziaria (il più importante dei quali è il mantenimento del pareggio di bilancio), ve ne sono altri concepiti per verificare la corrispondenza dei servizi sanitari regionali ai principi di efficacia, appropriatezza e qualità delle cure che ispirano il SSN, la cui verifica è affidata al cosiddetto "Comitato LEA", che si avvale del supporto dell'Age.Na.S. e dell'AIFA.¹³ Il mancato rispetto anche di un solo adempimento, pregiudica alla Regione responsabile l'accesso alla cosiddetta quota premiale del finanziamento statale ordinario e richiede, per essere sanato la sottoscrizione di un "Piano di rientro".¹⁴

In particolare, per il 2014 sono stati certificati 38 adempimenti, di cui alcuni articolati in più sezioni, per un totale di 48 valutazioni, relativi agli aspetti considerati strategici per il funzionamento complessivo dell'assistenza sanitaria, compresi le liste di attesa, la salute sui luoghi di lavoro, la sanità pubblica, la contabilità analitica e la certificabilità dei bilanci sanitari, i flussi informativi, la prevenzione in materia di sicurezza alimentare e la sanità pubblica. Tra tali adempimenti, riveste una particolare importanza quello relativo al "Mantenimento nell'erogazione dei LEA".

I risultati del monitoraggio per il 2014 confermano l'esistenza di significative differenze tra le Regioni meridionali e quelle centro settentrionali, e tra quelle in Piano di rientro e quelle senza. Così come lo scorso anno, sono otto le Regioni in regola (sebbene alcune adempimenti con impegno), ossia Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto.

Tra queste, solo la Toscana è pienamente adempiente con riferimento a ciascun singolo indicatore, mentre alle altre è richiesto un ulteriore miglioramento relativamente, per rimanere sulle aree su cui si concentrano le maggiori difficoltà, alla gestione delle liste di attesa (a cui sono chiamate tutte tranne Marche e Veneto), l'assistenza domiciliare e residenziale (per Basilicata, Liguria e Umbria) e gli obblighi informativi (Basilicata, Liguria e Veneto). Per le Regioni non in regola, ossia quelle impegnate nel Piano di rientro, le aree in cui

Nella valutazione del SSN contano anche l'appropriatezza, l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate.

Il monitoraggio degli adempimenti regionali: permangono le differenze tra Regioni "con" e "senza" Piani di rientro.

si riscontrano le inadempienze sono quelle della prevenzione, della gestione delle liste d'attesa e della riorganizzazione dei punti nascita.¹⁵

Passando a considerare il "Mantenimento nell'erogazione dei LEA", la sua verifica avviene mediante una specifica griglia di indicatori, denominata "Griglia LEA". Si utilizza un *set* definito di indicatori, che nel 2014, così come l'anno prima, sono stati 32, riferiti ai livelli più generali sulla cui base disaggregare l'assistenza erogata (ospedaliera, emergenza urgenza, territoriale e prevenzione) e che possono essere aggiornati periodicamente, in modo da adattarli alle nuove linee di indirizzo di politica sanitaria.¹⁶

L'ultima verifica di cui sono stati resi noti gli esiti è quella relativa al 2014. Per quella relativa al 2015, invece, si dispone per ora solo di indicazioni, ossia di risultati non ancora ufficiali, riferiti ad alcune delle Regioni impegnate nei Piani di rientro.

Per quanto riguarda la verifica per il 2014 (cfr. *Tabella 4*, dove sono riportati gli esiti delle verifiche effettuate dal 2008, per le Regioni a statuto ordinario, per la Sicilia e, per i primi due anni, anche per la Sardegna), ad eccezione del Molise, della Campania e della Calabria, che non raggiungendo il punteggio minimo richiesto sono considerate "adempienti con impegno", tutte le altre sono invece pienamente adempienti.¹⁷

Le 3 regioni citate sono tenute a migliorare l'assistenza offerta in alcune aree, tra cui, quelle delle vaccinazioni, degli *screening*, dell'assistenza agli anziani ed ai disabili, dell'appropriatezza nell'assistenza ospedaliera (come mostra, ad esempio, l'elevata incidenza dei parti cesarei). Inoltre, si confermano i risultati di Toscana, Emilia Romagna e Piemonte, con punteggi pari o superiori a 200, e si segnalano il netto miglioramento di Basilicata, Lazio, Abruzzo e Puglia che nel 2014 transitano dalla classe "adempiente con impegno" a quella "pienamente adempiente".¹⁸

Dalle prime indicazioni disponibili sul 2015, invece, vi sarebbe un significativo peggioramento. In particolare, la Campania, da adempiente con impegno risulterebbe inadempiente, mentre il Lazio, la Puglia e la Sicilia da pienamente adempienti passerebbero a adempienti con impegno. Calabria e Molise, infine, si confermerebbero adempienti con impegno.

In una prospettiva più ampia, le Regioni del Centro-Nord, con l'eccezione della Liguria e del Lazio, hanno in tutti gli anni considerati superato pienamente la verifica. Mentre la Liguria è risultata parzialmente inadempiente solo nel 2010, il Lazio solo a partire dal 2010 ha avviato un percorso virtuoso che lo ha portato a essere in regola con gli adempimenti previsti, anche se solo per due volte (2012

L'erogazione del LEA nel 2014: miglioramento nelle regioni "con" Piani di rientro.

L'erogazione del LEA nel 2015: secondo i primi dati, non ufficiali, peggioramento in alcune delle Regioni con Piano di rientro.

(15) vedi pagina 22
(16-17-18) vedi pagina 23

Tabella 4. Verifica mantenimento erogazione LEA (2008-2014)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte							
Lombardia							
Veneto							
Liguria							
Emilia R.							
Toscana							
Umbria							
Marche							
Lazio							
Abruzzo							
Molise							
Campania							
Puglia							
Basilicata							
Calabria							
Sicilia							
Sardegna			nd	nd	nd	nd	nd

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della salute (vari anni); in verde Regioni pienamente adempienti; in arancione Regioni adempienti con ulteriore impegno; in rosso Regioni inadempienti

e 2014) in misura piena. Al contrario, nelle Regioni meridionali solo la Basilicata è sempre stata in "regola" con lo *standard* di un'adeguata erogazione dei LEA, sebbene solo parzialmente nel biennio 2008-2009 e nel 2013. Tutte le altre regioni sembrano aver intrapreso un percorso di miglioramento, senza però riuscire con la sola eccezione della Sicilia nel 2013-2014 e della Puglia, nel 2014, ad essere pienamente adempienti. La Campania, in particolare, dopo essere riuscita nel 2013-2014 a soddisfare, sia pur "con impegno", gli adempimenti richiesti, tornerebbe nel 2015 ad essere nuovamente inadempiente.

Si notano le criticità della regione Campania.

Le prospettive del SSN.

Anche quest'anno, la sanità pubblica è chiamata a pagare un ulteriore prezzo all'obiettivo di contenimento della spesa. Il decreto interministeriale del 5 giugno taglia, infatti, il finanziamento statale del SSN di 423 milioni di euro nel 2017 e di 604 milioni a partire dal 2018.¹⁹ A differenza del passato, il taglio più che rispondere all'esigenza di comprimere ulteriormente la dinamica della spesa sanitaria pubblica, sembra essere la conseguenza di un'impasse istituzionale tra Stato e autonomie speciali che, complice anche l'incapacità delle altre Regioni a trovare vie alternative con cui realizzare i risparmi di spesa previsti, ha finito per porre sulla sanità un onere altrimenti evitabile.

Esaminiamo la vicenda. Come si può vedere dalla ricostruzione riportata nella *Tabella 5*, il finanziamento statale previgente (113 miliardi di euro per il 2017, 114 miliardi nel 2018 e 115 nel 2019) scontava gli effetti della legge di stabilità per il 2016 e della legge di bilancio 2017.²⁰ In particolare, per quanto riguarda il taglio derivante dalla legge di stabilità per il 2016, il suo ammontare (3,5 miliardi di euro nel 2017 e 5 miliardi a decorrere dal 2018) era stato stabilito dalle Regioni e riconosciuto da una conseguente Intesa con lo Stato²¹: per quegli anni, infatti, il governo ha solo definito l'ammontare complessivo di risparmi di spesa imposti alle Regioni, lasciando loro, almeno in prima battuta, la possibilità di individuare le modalità con cui realizzarli.²²

Anche quest'anno, un nuovo taglio al finanziamento del SSN.

Tabella 5. Il finanziamento statale ordinario del SSN. Anni 2015-2019 (milioni di euro)

	2015	2016	2017	2018	2019
Finanziamento pre-LS 2016	109.715	113.097	116.563	119.998	122.988
- Legge stabilità 2016		-2.095	-3.497	-4.996	-5.000
- riduzione finanziamento SSN		-2.097	-3.500	-5.000	-5.000
- cura malattie rare e termali		2	3	4	
- DLB 2017		0	-63	-998	-2.988
Finanziamento previgente	109.715	111.002	113.003	114.004	115.000
- Taglio Dm 5 giugno 2017			-423	-604	-604
Finanziamento programmatico	109.715	111.002	112.580	113.400	114.396

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati MEF (2015, 2016), CSR (2016) e Dm 5 giugno 2017

Il “semplice” taglio del finanziamento, tuttavia, non è sufficiente a garantire una minore spesa dello stesso ammontare. Questo perché, con la parziale eccezione della Sicilia²³, le RSS finanziano da sole il loro servizio sanitario, senza beneficiare dei trasferimenti erariali che nel caso delle altre Regioni servono a coprire la differenza tra il fabbisogno sanitario riconosciuto e le risorse derivanti dalle fonti di finanziamento regionale (addizionale regionale all’IRPEF, IRAP e entrate proprie delle aziende sanitarie).²⁴ Ne deriva che se per le RSO la riduzione della spesa a loro carico è “ottenibile” riducendo tali trasferimenti dello stesso ammontare, per le RSS ciò non è possibile (proprio perché non ne beneficiano). Occorre, invece, che tali Regioni accettino di rivedere, mediante opportune Intese con lo Stato, il loro contributo al contenimento della spesa pubblica complessiva, rinunciando ad un ammontare di risorse, pari al loro minor fabbisogno sanitario, di cui continuerebbero altrimenti a rimanere in possesso.

Non essendo state, tali intese, raggiunte si è attivata una sorta di clausola di salvaguardia che pone la mancata partecipazione al contenimento della spesa da parte delle autonomie speciali a carico delle RSO.²⁵ Ne è derivata, come detto, un’ulteriore riduzione del finanziamento del SSN, che è passato in tal modo a 112,6 miliardi di euro nel 2017, a 113,4 nel 2018 e a 114,2 nel 2019.

Le conseguenze sulla spesa sanitaria pubblica complessiva dell’intera PA e la sua incidenza sulle principali variabili macroeconomiche sono riportate nella [tabella 6](#), dove abbiamo riportato la programmazione sanitaria ufficiale²⁶, “corretta” per tener conto degli effetti della rideterminazione del finanziamento statale del SSN, nell’ipotesi che essi non siano stati già scontati, e di quelli attesi dalla cosiddetta “manovrina” che il governo ha varato nello scorso aprile.²⁷

Nel quadriennio 2017-2019 la spesa sanitaria pubblica si riduce ancora in % del Pil.

Tabella 6. La spesa sanitaria nel quadro programmatico dei conti pubblici (2016-2020)

	2016	2017	2018	2019	2020
Spesa sanitaria (mld. euro)	112.542	113.715	114.464	115.501	117.966
Quota su Pil (in %)	6,7	6,7	6,5	6,4	6,3
Quota sulla spesa primaria (in %)	14,7	14,7	14,6	14,5	14,7
Spesa sanitaria (variazione in %)	1,2	1,0	0,7	0,9	2,1

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati MEF (2017), RT A.S. 2853 e Dm 05/06/2017

Come visto nel primo paragrafo, la spesa nel 2016 si è attestata a 112,5 miliardi di euro, con una crescita dell'1,2% molto vicina a quella stimata nei quadri previsivi ufficiali.²⁸ In linea con la dinamica prevista del finanziamento del SSN, la spesa sanitaria sperimenta una dinamica più sostenuta nel 2017 e una più lieve nel biennio 2018-2019, per poi riprendere ad accelerare nel 2020, quando è stimata crescere ad un tasso del 2,1%. In percentuale del Pil, la spesa sanitaria passa dal 6,7% nel biennio 2016-2017 al 6,5% nel 2018, per poi scendere di un ulteriore decimo di punto all'anno nel biennio finale.²⁹ L'incidenza sulla spesa primaria, invece, sperimenta un andamento oscillante: si riduce di un decimo di punto all'anno nel biennio 2018-2019 per poi aumentare di due decimi nel 2020 e ritornare al livello di inizio periodo.

Conclusioni.

In linea con l'esperienza degli ultimi anni, anche nel 2016 il settore sanitario ha dato un rilevante contributo al contenimento della spesa pubblica e al riequilibrio dei conti della PA. Allo stesso tempo, il percorso di rientro dai disavanzi strutturali è proseguito: nel 2016 il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Puglia e la Calabria hanno presentato risultati di esercizio prima delle coperture in disavanzo e solo l'Abruzzo e la Puglia non hanno ancora recuperato le risorse necessarie alla copertura.

Al contenimento della dinamica della spesa pubblica ha corrisposto un aumento di quella sostenuta direttamente dai cittadini e della sua incidenza sulla spesa sanitaria complessiva, che ha interessato in modo sostanzialmente analogo sia le Regioni impegnate nei Piani di rientro che le altre. Allo stesso tempo, i risultati delle verifiche relative all'adeguatezza dell'erogazione dei LEA per il 2014 segnalano un miglioramento proprio nelle Regioni in Piano di rientro, che hanno tutte superato gli adempimenti richiesti, anche se Molise, Campania e Calabria non pienamente. Tale buona notizia risulta vanificata dalle prime indicazioni sulla verifica per il 2015: anche se non ancora ufficiali le prime risultanze segnalerebbero un arretramento per quasi tutte le regioni in Piano di rientro e in particolar modo per la Campania che risulterebbe ancora una volta inadempiente.

Infine, il taglio al finanziamento statale deliberato in corso d'anno rischia di indebolire ulteriormente la capacità dei servizi sanitari regionali di garantire un'offerta adeguata. Le Regioni sono chiamate ad un ulteriore sforzo per far quadrare i bilanci, anche se pagano con riferimento a tale taglio l'incapacità di trovare opportuni compromessi a livello istituzionale e misure di risparmio alternative. Pur ammettendo che vi sia ancora spazio per un recupero di efficienza, la decisione rende sicuramente più difficile l'erogazione di servizi e prestazioni adeguate e appropriate, tenuto conto dei costi crescenti che occorre sostenere per garantire l'accesso a una popolazione sempre più anziana e dei tagli a cui il SSN è stato già sottoposto negli ultimi anni.

Note

(1) Cfr. Istat (2017a). La spesa considerata corrisponde a quella del Conto consolidato della sanità elaborato dall'ISTAT, secondo i principi della contabilità nazionale, in cui confluiscono le spese per la sanità sostenute da tutti gli enti della Pubblica Amministrazione.

(2) Più nel dettaglio, per le strutture pubbliche è aumentata sia la spesa per le prestazioni (1,7%) che quella per i servizi amministrativi e altre componenti (1,3%). Complessivamente, considerando anche quella dovuta agli acquisti presso gli operatori market, la spesa per prestazioni – che negli ultimi 5 anni è stata mediamente pari a circa il 94% del totale della spesa pubblica – è aumentata dell'1,2%.

(3) Cfr. MEF (2017), DEF 2017, Sezione II – Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, p. 41. Negli ultimi anni, tale tipologia di spesa è stata fatta oggetto di ripetuti interventi di contenimento. Oltre all'obbligo delle amministrazioni di ridurre il valore e il volume degli acquisti per la durata residua dei contratti già in essere, introdotto inizialmente nel 2012-2013 e poi reiterato nel 2015, ricordiamo il potenziamento della centralizzazione degli acquisti disposto dalla legge di stabilità per il 2016.

(4) Dal 2011 ad oggi, la riduzione delle spese per il personale è stata del 7,8%, pari all'1,3% in media d'anno. Le misure di contenimento introdotte tra il 2010 e il 2012 sono state in parte prorogate da interventi successivi. Va però evidenziato che, avendo la Corte Costituzionale dichiarato illegittimo il rinvio della contrattazione (sentenza 178/2015), le due ultime manovre di bilancio hanno operato un considerevole stanziamento di risorse per il rinnovo. In particolare, la legge di bilancio 2017 ha vincolato una quota del finanziamento del SSN al rinnovo dei contratti del personale dipendente e di quello convenzionato.

(5) Dal 2007 a oggi la spesa farmaceutica convenzionata si è ridotta ininterrottamente in ogni anno, per una riduzione complessiva del 34,5%, pari al 4,1% in media d'anno. Diversi sono i fattori a cui può essere ricondotta tale dinamica: crescente diffusione di farmaci generici, sconti a carico dei distributori (grossisti e farmacisti), ticket e, come visto sopra a proposito della spesa per acquisto di beni e servizi, il potenziamento della distribuzione diretta.

(6) I dati, ricavati dai Conti economici delle strutture pubbliche, mediante il cosiddetto modello CE, sono quelli del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Più in particolare, per il 2016 i dati utilizzati sono di preconsuntivo (da consolidare dopo le verifiche compiute dai tavoli tecnici) e quindi da valutare con cautela, mentre quelli relativi al 2015 incorporano gli effetti di aggiustamenti e revisioni delle stime. Cfr. Corte Conti (2017), p. 322, dove si sottolinea come negli ultimi anni le successive modifiche apportate alla prima trasmissione siano risultate complessivamente contenute. Le differenze rispetto alla spesa del Conto consolidato della Sanità dell'ISTAT sono dovute sia all'universo di riferimento che alle metodologie di contabilizzazione. Cfr. Guerrucci D. (2003) per un dettagliato confronto tra le due fonti.

(7) *A trainare i ricavi ha contribuito l'aumento del finanziamento statale ordinario del SSN, cresciuto nel 2016 dell'1,3%, che ha più che compensato la riduzione delle altre fonti di entrata. Tra quest'ultime, le compartecipazioni alla spesa sono diminuite complessivamente del 4,1%, a causa della riduzione (4,5%) dei ticket per la specialistica ambulatoriale che, costituendo circa il 96% del totale, ha più che compensato l'aumento dei ticket per pronto soccorso e altre prestazioni (7,1%).*

(8) *La crescita più sostenuta dei ricavi nelle Regioni con Piani di rientro è da ricondurre sostanzialmente ad un aumento del finanziamento statale ordinario loro spettante (1,6%) più elevata rispetto a quella registrata nelle altre (1%) e da una riduzione delle altre fonti di entrata più contenuta (-2,6% contro -2,9%). In particolare, per quanto riguarda le entrate da compartecipazione (ticket sulla specialistica ambulatoriale, per il pronto soccorso e altre prestazioni), la riduzione è stata del 6,2% nelle Regioni con Piani di rientro e del 3% nelle altre.*

(9) *Nel 2015, delle coperture previste, 889 milioni di euro, poco più di 500 milioni sono state utilizzate per la sanità (333 milioni a copertura del disavanzo e 170 milioni come utili nel conto sanitario), mentre la restante parte è stata destinata ad altre finalità. Tale utilizzo del maggior gettito da sforzo fiscale recuperato rende meno immediato la relazione tra lo sforzo fiscale aggiuntivo e il risanamento dei conti sanitari. Perciò va valutato positivamente la decisione della Regione Lazio di ridurre il gettito dell'addizionale regionale, inizialmente commisurata a squilibri di bilancio più elevati di quelli attuali. Cfr. Corte Conti (2017), p. 323*

(10) *Non va d'altra parte trascurata l'influenza della recessione di quest'ultimi anni anche sulla spesa sanitaria privata. Nel 2015, il 20,3% delle famiglie italiane (il 24% al Sud) ha dichiarato di aver ridotto l'acquisto di beni e servizi sanitari e/o di averne acquistato di qualità inferiore, mentre il 6% (il 6,5% al Sud) di non comprarne, così come già faceva in passato. Cfr. Istat (2017c).*

(11) *I dati regionali di spesa sanitaria privata e pubblica sono disponibili fino al 2014. Cfr. Istat (2016a, 2016b).*

(12) *Agli originari adempimenti stabiliti nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 se ne sono aggiunti altri definiti da leggi, Accordi e Intese in Conferenza Stato-Regioni ed altri atti di programmazione sanitaria definiti in seguito.*

(13) *Più precisamente, Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (in breve Comitato LEA).*

(14) *La quota premiale è pari al 3% del finanziamento della quota cosiddetta indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie. Per le regioni che nell'ultimo triennio sono state adempienti tale quota scende al 2%. Cfr. L. 191/2009, art.2, c.68.*

(15) *Cfr. Ministero della salute (2016a).*

[16] *La metodologia adottata prevede di attribuire a ciascun indicatore un valore obiettivo e di assegnare a ciascuna regione un punteggio sulla base dello scostamento rispetto all'obiettivo prefissato. La sommatoria di tali punteggi consente di ottenere la valutazione complessiva, ossia pienamente adempiente, (punteggio maggiore o uguale a 160), adempiente con impegno (inferiore a 160 e maggiore o uguale a 130) o inadempiente (inferiore a 130).*

[17] *Cfr. Ministero della salute (2016b).*

[18] *http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_intervisteStampa_1723_testo.pdf.*

[19] *Decreto 5 giugno 2017 del Ministero dell'Economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute, recante "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 135 del 13 giugno 2017*

[20] *Cfr. Fondazione Farmafactoring (2016), pp. 14-15, per i dettagli. In particolare, il finanziamento pre-legge di stabilità 2016 è ottenuto applicando a quello definito dal Patto per la salute 2014-2016 i tagli deliberati nella legge di stabilità 2015 e nel DL 78/2015. Inoltre, le nostre stime del finanziamento previgente tengono conto delle maggiori risorse stanziati per la revisione dei ticket per l'accesso alle cure termali (2 milioni di euro annui in più per il triennio 2016-2018) e per la promozione delle sperimentazioni cliniche sull'impiego di medicinali nelle terapie avanzate a base di cellule staminali nella cura di malattie rare (1 milione di euro per il 2017 e 2 milioni per l'anno seguente).*

[21] *Cfr. CSR, Rep. Atti n. 21/CSR dell'11 febbraio 2016.*

[22] *Cfr. L. 208/2015, art. 1, c. 680.*

[23] *Per la Sicilia, la quota del concorso regionale al finanziamento del SSN è pari al 49,11%. Cfr. L. 296/2006 (legge finanziaria per il 2007), art. 1, c. 830.*

[24] *Ci riferiamo alla compartecipazione regionale al gettito di specifici tributi erariali (IVA e, in misura trascurabile, accisa sulla benzina) e, solo per la Sicilia, all'apposito stanziamento di bilancio (FSN). Per un esame delle modalità e delle fonti di finanziamento del SSN, cfr. Fondazione Farmafactoring (2012), pp. 36-37.*

[25] *Dopo aver richiamato la necessità degli accordi bilaterali Stato autonomie speciali, si dispone che "in caso di mancato accordo entro un termine ragionevole, la copertura di 3,5 miliardi di euro per il 2017 e di 5 miliardi di euro per il 2018, si consegnerà con un maggior contributo delle Regioni a Statuto ordinario". Cfr. 21/CSR dell'11 febbraio 2016.*

[26] *Cfr. MEF (2017).*

[27] *Cfr. DL 50/2017. La cosiddetta "manovrina" comporta un miglioramento dei conti pubblici per quest'anno, riducendo l'indebitamento netto atteso dello*

0,2% del Pil (principalmente attraverso un aumento delle entrate); negli anni successivi, gli effetti sui conti pubblici sono invece sostanzialmente neutrali.

[28] *I quadri previsivi a cui facciamo riferimento sono quelli contenuti nella Nota di aggiornamento del DEF 2016, presentata a settembre 2016 (MEF, 2016). Secondo tali stime, nel 2016 la spesa sarebbe cresciuta dell'1,1% e raggiunto l'importo di 113,7 miliardi euro, cioè oltre 1 miliardo di euro in più di quello registrato a consuntivo. Tale "discrepanza" si spiega colla revisione al ribasso dei dati di spesa relativi al 2014-2015 che l'Istat ha compiuto nel diffondere i dati relativi al 2016. Per il 2015 tale differenza è di circa 1,1 miliardi di euro e si concentra per larga parte sugli acquisti di beni e servizi, comprese le prestazioni acquistate presso operatori accreditati e convenzionati, la cui spesa è stata ridotta per oltre 900 milioni di euro. Tra le altre revisioni, si ricordano quelle per il personale (circa 90 milioni di euro in meno) e gli oneri finanziari.*

[29] *Secondo le più recenti previsioni ufficiali il Pil crescerebbe nel 2017 ad un tasso medio annuo del 2,2%, che salirebbe al 2,9% nel triennio successivo.*

Bibliografia

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2012), *Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2014), *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2015), *Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2016), *Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2016), *Audizione sul Documento di Economia e Finanza 2016*, Roma;

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2017), *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma;

Guerrucci D. (2003), *La spesa sanitaria pubblica in Italia. Raccordo e confronto tra fonti disponibili e metodologie utilizzate nell'ambito della statistica ufficiale*, XV Conferenza della Società italiana di economia pubblica;

Fondazione Farmafactoring (2012), *Il sistema sanitario in controluce. Rapporto 2011*, Franco Angeli, Milano;

Fondazione Farmafactoring (2015), *I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future*, *I Quaderni della Fondazione Farmafactoring n. 3/2015*;

Fondazione Farmafactoring (2016), *I conti della sanità: consuntivi 2015 e prospettive future*, *I Quaderni della Fondazione Farmafactoring n. 4/2016*;

ISTAT (2017a), *I conti della protezione sociale*, aprile 2017, <http://dati.istat.it/>;

ISTAT (2017b), *Spesa per consumi finali delle famiglie*, marzo 2017, <http://dati.istat.it/>

ISTAT (2017c), *Indagine sulle spese delle famiglie*, <http://dati.istat.it/>

ISTAT (2016a), *Spesa per consumi finali delle famiglie sul territorio economico per COICOP e durata*, dicembre 2016, <http://dati.istat.it/>

ISTAT (2016b), *Spesa per consumi finali della pubblica amministrazione per funzione di spesa*, dicembre 2016, <http://dati.istat.it/>

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2017), *Documento di Economia e Finanza 2017*, Roma;

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2016), *Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2016*, Roma;

Ministero della Salute (2016a), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2014*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2581_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2016b), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2014*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2582_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2015), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2013*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2174_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2015), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2013*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2154_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2014a), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2012*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2174_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2014b), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2012*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2154_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2013), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2067_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2012), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2010*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1829_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2011), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2009*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1534_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2010), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2008*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1475_allegato.pdf;

Numeri precedenti

Luglio 2012

Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare

Gennaio 2013

La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*:
il quadro di sintesi dei prossimi anni

Luglio 2013

Sanità e salute: la variabile generazionale

Novembre 2013

Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti

Gennaio 2014

La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN

Luglio 2014

I conti della sanità: consuntivi e prospettive future

Settembre 2014

I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi

Dicembre 2014

Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia:
welfare state e welfare society

Gennaio 2015

Crisi economica, disegualianze nell'accesso ai servizi
sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia

Maggio 2015

Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa
sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini
di salute e spesa sanitaria.

Luglio 2015

I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future

Novembre 2015

Healthy and active aging e le politiche di LTC in Italia

Gennaio 2016

La struttura dei costi della sanità in Italia:
analisi dei trend e dei differenziali regionali (2004-11)

Giugno 2016

La gestione del rischio in sanità: il ruolo dell'organizzazione

Luglio 2016

Alla difficile caccia della inappropriatazza

Dicembre 2016

I conti della sanità: consuntivi del 2015 e prospettive future

Gennaio 2017

La salute nel ciclo di vita della popolazione:
come sta cambiando e come si può intervenire

Luglio 2017

Il Servizio Sanitario Nazionale: un sistema voluto dagli Italiani,
ma bisognoso di profonde modifiche

Progetto grafico: ideogramma.it

Stampa: Arti Grafiche Baratelli

*Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori
e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.*

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it