



FONDAZIONE
FARMAFACTURING



Il Sistema Sanitario in controluce

Rapporto 2010

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.



FONDAZIONE
FARMAFACTORING

Il Sistema Sanitario in controluce

Rapporto 2010

FrancoAngeli

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Giuseppe De Rita</i>	pag.	7
Introduzione	»	9
Parte prima Un'analisi multidimensionale della sanità italiana		
1. La spesa sanitaria e i vincoli di finanza pubblica	»	17
1.1. Introduzione	»	17
1.2. La situazione della finanza pubblica e le sue prospettive	»	17
1.2.1. Il consuntivo del 2009	»	17
1.2.2. La manovra di finanza pubblica: aspetti generali e le conseguenze previste	»	20
1.2.3. Il patto per la salute e la governance del settore	»	24
1.2.4. Il quadro programmatico del Ssn per il 2010-2012: una ricostruzione	»	26
1.3. La spesa sanitaria e i risultati di esercizio del Ssn nel 2009	»	31
1.4. Le simulazioni di breve periodo	»	33
1.5. Conclusioni	»	36
Bibliografia	»	38
2. Le caratteristiche dell'offerta	»	39
2.1. Gli assetti istituzionali	»	39
2.2. Le strutture dell'offerta	»	43
2.3. I livelli di attività	»	48
Bibliografia	»	57
3. Dove va la sanità italiana	»	59
3.1. La qualità della sanità italiana: domanda e soddisfazione degli utenti	»	59
3.2. Il barometro delle aziende sanitarie	»	66

Parte seconda
La sanità come motore di sviluppo

1. Gli effetti “micro e macro” della spesa sanitaria sulla crescita economica	» 75
1.1. Introduzione	» 75
1.2. La spesa sanitaria come spesa per investimenti: gli effetti sul sistema economico	» 75
1.3. Evidenze empiriche per l’Italia	» 90
1.3.1. L’impatto macroeconomico della spesa sanitaria sul Pil	» 90
1.3.2. L’impatto microeconomico della spesa in salute sulle giornate di assenza dal lavoro	» 91
1.4. Conclusioni	» 95
Bibliografia	» 96
2. La misurazione delle performance come strumento per indurre sviluppo sociale, economico e sanitario	» 103
2.1. Introduzione	» 103
2.2. Inquadramento concettuale	» 103
2.3. Metodologia	» 106
2.4. I principali risultati	» 110
2.4.1. La Regione Lombardia	» 110
2.4.2. La Regione Toscana	» 113
2.4.3. La Regione Lazio	» 116
2.4.4. La Regione Puglia	» 118
2.5. Conclusioni	» 121
Bibliografia	» 124
3. Sviluppo economico e spesa sanitaria: il punto di vista dei direttori generali delle aziende sanitarie	» 125
3.1. L’indagine	» 125
3.1.1. Il monitoraggio delle attività delle aziende sanitarie e dei direttori generali	» 127
3.1.2. La sanità conta sempre più nell’economia locale	» 141
3.2. Gli studi di caso	» 158
3.2.1. L’azienda Ulss n. 16 di Padova	» 160
3.2.2. L’azienda ospedaliera “Guido Salvini” di Garbagnate Milanese	» 164
3.2.3. L’azienda Usl di Bologna	» 170

Prefazione

di *Giuseppe De Rita*

Ricordo abbastanza bene che all'inizio degli anni '60, quando con timore stavamo creando il Censis, la cultura economica, che non voleva arrendersi al determinismo dei modelli matematici, cercava anima o nelle teorie dello sviluppo integrale (scivolando spesso su altri campi disciplinari), o negli studi sul "fattore residuo", cioè sulle componenti non puramente di lavoro e di capitale (quindi le componenti della formazione, della ricerca, della sanità); con una conseguente messa a fuoco dell'esigenza di investire su queste componenti, di moltiplicare cioè gli investimenti sociali. Questa seconda via fu scelta come base del rilievo da noi dato in "ditta" ad una politica di potenti interventi nel campo della scuola, della sanità, della ricerca tecnologica, in parte nel sistema pensionistico-assicurativo.

Richiamo questo piccolo tassello di storia perché la realtà di questi decenni mi ha confermato che quelle intuizioni sul fattore residuo e sugli investimenti sociali avevano un senso di verità differita (come allora veniva giudicato il suo rendimento), una verità purtroppo a lungo negata.

È successo, infatti, che per anni i campi di investimento sociale siano stati imprigionati nella loro dimensione strettamente settoriale ed extraeconomica, con dibattiti e riforme legate solo alla loro dinamica interna ed alla leadership dei soggetti in essa dominanti (insegnanti, medici, operatori socioassistenziali, ecc.), con ciò negando il legame stretto fra loro e lo sviluppo economico, quasi ideologicamente, con una violenta difesa, ad esempio, della scuola e dell'università, rispetto ad un possibile loro asservimento alla cultura della produzione capitalistica (ne ritroviamo ancora traccia in molte dichiarazioni dei giovani che hanno di recente occupato le piazze). Altro che investimenti sociali: abbiamo avuto un sociale puro, ed anche un po' appiattito all'esistente.

Poi, con lentezza e sottosilenzio, la dimensione economica è riaffiorata in quasi tutti i settori sociali. Nelle forme più diverse: dai tagli lineari alla spesa da parte del governo dell'economia, alla crescita della spesa privata nel setto-

re dei farmaci, dal rigore nel riordino del sistema previdenziale, alla propensione delle famiglie ad investire in formazione all'estero per i propri figli. Sono tanti i rivoli attraverso cui la dimensione economica entra nel sociale, sottraendogli quella superiorità di consenso che ha avuto nel corso degli anni. Certo la cultura economica e la politica economica di oggi non hanno più quella volontà di guida che avevano negli anni '50, e si limitano a parziali occupazioni di spazio, ma quel che è importante è la tendenza complessiva, quelle del ritorno del sociale a fare i conti con l'economico.

Una particolare accentuazione di tale tendenza sta da tempo avvenendo nel capo sanitario, ed in termini più seri e cogenti di quanto avvenga in altri settori di investimento sociale (si pensi alla retorica vuota di tanti proclami per l'investimento sul fattore umano). In effetti, basta leggere le pagine che seguono per constatare, con facilità, quanto sia pregnante il ruolo dell'approccio economico nella vita della sanità italiana: sul piano della finanza pubblica, nei piani regionali di rientro, nel controllo della spesa (a livello micro non meno che macro), nelle simulazioni di medio e lungo periodo, nella governance sia di sistema che di singoli presidi periferici, nella misurazione delle performance, nella capacità stessa delle realtà sanitarie locali di avere ruolo anche nello sviluppo economico del territorio.

La sanità è diventata una realtà economicamente importante e quindi, da trattare con una cultura economica la più complessa possibile. Non siamo ancora ad una ripresa delle teorie che la collocavano nei 3-4 segmenti di fattore residuo, e che la consideravano quindi con una logica politica di "investimento", ma andiamo verosimilmente in quella direzione. Tanto più che siamo ormai tutti convinti che le componenti sistemiche del comparto sanitario (l'imponenza di un mercato di decine di milioni di utenti, il livello delle tecnologie e delle attrezzature, la importanza dei farmaci e della relativa ricerca, la articolazione policentrica della governance, ecc.) permetterebbero già da oggi di affrontarlo con un approccio "industriale" e un "investimento produttivo".

Ma non corriamo troppo, altrimenti ricadiamo nell'errore di quegli anni '60 in cui ritenemmo possibile, già allora, ragionare in questo modo. Aspettiamo che le cose maturino ulteriormente, con calma; in fondo la lunga deriva ci ha dato per ora ragione, continuiamo a seguirla.

Introduzione

Giunto alla sua quarta edizione, il Rapporto 2010 della Fondazione Farmafactoring sul sistema sanitario in controluce, prodotto grazie alla collaborazione tra Fondazione Farmafactoring, Censis, Cergas-Bocconi e Cer-Nib, continua nella sua opera di individuazione di spunti interpretativi originali e di analisi sulla realtà sanitaria del nostro paese, ed in particolare sugli aspetti gestionali, finanziari e di rapporto tra settore pubblico e settore privato.

Come sempre il Rapporto è organizzato su due parti distinte. Nella prima parte, che rappresenta un appuntamento fisso di ogni Rapporto, vengono messi in evidenza quegli che sono gli aspetti strutturali del sistema sanitario, focalizzandosi sui problemi della spesa e del finanziamento, della struttura dell'offerta e, infine, della capacità di rispondere alle aspettative dei cittadini. Al contrario, nella seconda parte vengono di anno in anno approfonditi temi diversi, ritenuti di particolare interesse dal Comitato scientifico della Fondazione. Per questa edizione del Rapporto l'obiettivo è quello di valutare da un punto di vista quantitativo e qualitativo il ruolo che la spesa sanitaria può avere nel migliorare la produttività del sistema economico nel suo complesso e, quindi, determinare la crescita di un paese. Questa visione della spesa sanitaria pubblica come volano della crescita economica è da tempo al centro delle analisi di molti studiosi, ma spesso risulta opposta al modo di pensare di molti *policy makers* che invece la interpretano più come semplice "spesa corrente" che incide in modo negativo sui deficit. A ciò si aggiunga che il processo di convergenza macroeconomico per la creazione della moneta unica ha esacerbato questo modo di pensare, e dai primi anni '90 il principale obiettivo dei *policy makers* è stato quello di contenere tale spesa, relegando in secondo piano gli effetti benefici che la stessa può avere in termini di miglioramento del capitale umano di un paese.

Esistono diversi motivi per ritenere che la spesa sanitaria possa rappresentare un ottimo volano per la crescita di un paese, nel breve come nel lungo

periodo. In primo luogo tale spesa ha un forte impatto sull'offerta di lavoro. Un buono stato di salute aumenta il tempo disponibile per lavoro e aumenta la produttività. Inoltre, un migliore stato di salute aumentando le aspettative di vita permette di ottenere più elevati livelli di istruzione della popolazione, facendo così aumentare lo stock di capitale umano. Va poi considerato il ruolo fondamentale della spesa in R&S che si determina nel settore della sanità, e come tale spesa possa rappresentare un formidabile volano per tutta l'economia. Infine, nel breve periodo ed in particolari Regioni, la spesa sanitaria può essere considerata un importante strumento di stabilizzazione del reddito e di opportunità di lavoro in quanto ad essa è legato un vasto indotto di piccole imprese che spesso rappresentano una delle poche opportunità di lavoro nelle comunità locali.

Il rapporto affronta questi temi offrendo una visione integrata e multidisciplinare delle relazioni esistenti tra spesa sanitaria, innovazione, stato di salute e crescita. L'approccio utilizzato sarà di tipo sia "macro" che "micro". Relativamente agli aspetti "macro", seguendo quanto già fatto in letteratura, si analizzerà l'impatto della spesa sanitaria sugli *outcomes* sanitari e quindi sulla crescita. Diversamente, con l'approccio "micro" si analizzerà se nel settore sanitario italiano esiste un sistema di incentivi che permette di vedere la spesa sanitaria come spesa per investimenti e come tale sistema funzioni. Ciò è stato fatto analizzando sia a livello di aziende sanitarie che di singoli ospedali se gli obiettivi del management sono tali da catturare tali aspetti. Inoltre, si è analizzato se e fino a che punto i *policy makers* sono disposti a riconsiderare i loro modelli culturali circa il ruolo della spesa sanitaria come spesa per investimenti e non solo come spesa corrente.

Per quel che riguarda la finanza pubblica e gli andamenti della spesa sanitaria pubblica, le analisi hanno mostrato come, a causa degli effetti della recessione internazionale che ha colpito anche il nostro paese, nel 2009 i conti pubblici hanno registrato un significativo peggioramento. Ciò ha determinato la necessità di interventi correttivi (luglio 2010), con un effetto sull'indebitamento netto di oltre 12 miliardi di euro nel 2011 e di 25 miliardi nel 2012. Necessariamente, il Ssn ha dovuto adeguarsi con interventi di contenimento della spesa che si sono manifestati sulla spesa per il personale e per l'assistenza farmaceutica. L'approvazione del Nuovo patto per la salute ha introdotto nuovi adempimenti a carico delle Regioni, che comportano nei casi di mancato equilibrio dei bilanci sanitari oneri ulteriori rispetto a quelli esistenti.

Le previsioni del Cer sulla dinamica dei conti pubblici hanno mostrato come siano necessari ulteriori interventi correttivi, per ottemperare agli obblighi assunti dal nostro paese in sede europea e questo renderà molto più difficile la disponibilità ad incrementare le risorse finanziarie per il Ssn. Tutto ciò

obbligherà negli anni futuri il sistema sanitario a recuperare risorse attraverso una gestione più efficiente ed appropriata. In tal senso, i Piani di rientro possono rappresentare un ottimo strumento, visto anche il loro effetto sul contenimento dei deficit sanitari regionali. Occorre però fare di più. Va tuttavia evidenziato come al mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio contribuisca anche una dinamica contenuta del finanziamento statale: infatti, in assenza dei tagli introdotti nel corso della legislatura i Piani di Rientro avrebbero permesso di contenere i deficit nel 2011 e realizzare nel 2012 un sostanziale pareggio di bilancio.

Che l'efficienza sia una delle parole chiave dell'attuale sistema sanitario italiano è testimoniato anche da una serie di importanti cambiamenti avvenuti nel settore dell'offerta dei servizi. Come messo ben in evidenza dalle analisi condotte dal Cergas, a partire dal 2002 si è registrata una importante nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di "ingegneria istituzionale", già avviati o comunque proposti, si sono moltiplicati. Ciò è stato vero sul fronte della razionalizzazione degli ospedali così come di quella delle Asl. Le strutture pubbliche sono diminuite del 28%, più di quelle accreditate. Anche per ciò che riguarda l'attività ospedaliera a livello nazionale nel periodo 1998-2008 si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni pari a 3,7%, con un andamento annuo variabile, ma contenuto tra il -1 ed il +2%. Sono aumentate le prestazioni totali erogate in regime di *day hospital* rispetto ai ricoveri (+50% dal 1998 al 2008).

È chiaro che il processo di recupero di efficienza deve avvenire in sintonia con livelli di stato della salute della popolazione che devono mantenersi costanti o sperabilmente crescere. A tal fine, le analisi del Censis hanno riguardato l'evoluzione del settore sanitario in termini di stato di salute della popolazione utilizzando una batteria di indicatori di domanda da un lato, e dall'altro lo studio di alcune delle dimensioni più importanti della azione dei direttori generali delle aziende sanitarie. Relativamente agli indicatori di domanda i risultati sono di sostanziale tenuta del sistema, anche se con notevoli differenze a livello regionale. Infine, per quanto riguarda le analisi sulle percezioni dei direttori generali uno degli aspetti più importanti messi in evidenza dall'indagine è quello dell'innovazione nelle aziende sanitarie. Al fine di meglio comprendere questo fenomeno si è fatta distinzione tra scelte innovative che non implicano risorse aggiuntive e scelte che, invece, richiedono l'impiego di nuove risorse. Dai risultati emerge che l'organizzazione dei processi interni (77,6%), i rapporti con l'utenza (62,1%) e la gestione del personale (60,3%) sono le aree in cui si concentrano le principali scelte innovative, aree per cui non sono richiesti costi/spese aggiuntive.

Il settore delle tecnologie e quello dei sistemi informativi interni rappresentano invece i due settori in cui si sono concentrati gli investimenti innova-

tivi che hanno comportato un impiego di risorse e rispetto allo scorso anno hanno mostrato un rilevante aumento.

Come già detto in precedenza, tassi di crescita più elevati permettono di avere maggiori risorse a disposizione per migliorare lo stato di salute della popolazione, innescando così un processo di crescita endogeno.

Sebbene tali argomenti fossero da tempo noti agli addetti ai lavori, e sebbene siano molti gli studi condotti in questo periodo che hanno permesso di avere una migliore comprensione del collegamento tra salute e sviluppo economico, guardare alla spesa sanitaria come spesa per investimenti e, quindi, come una delle principali determinanti della crescita di un paese, è una visione abbastanza recente che si è andata consolidando solo negli ultimi 10-15 anni a livello internazionale¹. Inoltre, va considerato come tale visione risulti spesso estranea al pensiero di molti *policy makers*, che interpretano la spesa sanitaria per lo più come fonte di “spesa corrente” e quindi di deficit.

Relativamente all’Europa, il processo di convergenza macroeconomica a seguito della creazione della moneta unica ha ulteriormente esacerbato questo modo di pensare e si può dire che dai primi anni ’90 il principale obiettivo dei *policy makers* sia stato quello di contenere tale spesa, più che di puntare ai suoi effetti benefici in termini di aumento della produttività, miglioramento del capitale umano e crescita del valore aggiunto.

Nelle pagine che seguono vengono riassunti i principali risultati del lavoro svolto dal Cer-Nib, dal Cergas-Bocconi e dalla Fondazione Censis, che cercano di offrire una visione multidisciplinare ed integrata delle relazioni che esistono tra spesa sanitaria, innovazione ed adozione delle tecnologie, stato di salute della popolazione, crescita economica e benessere.

Questi aspetti sono stati analizzati utilizzando due diversi canali:

- quello delle aziende sanitarie e/o delle aziende ospedaliere;
- quello dei singoli *decision makers* all’interno delle aziende.

Attraverso questi canali si è cercato di capire se e fino a che punto il loro modello culturale e la struttura di incentivi, impliciti ed espliciti, con la quale giornalmente si confrontano, è tale da fargli intendere la spesa sanitaria come una spesa per investimento.

Relativamente agli aspetti più macroeconomici, da un’attenta analisi econometrica è stato misurato l’impatto che la spesa sanitaria pubblica ha avuto in passato e potrebbe avere in futuro sul livello del Pil dell’Italia. Le stime ottenute indicano una elasticità di lungo periodo pari a 0,26. Ciò vuol dire che se aumenta di un punto percentuale la spesa sanitaria in termini reali, il Pil cre-

¹ Una recente rassegna dei principali studi sull’argomento è contenuta in Suhrcke *et al.* (2005).

sce di 0,26 punti percentuali, un valore peraltro in linea con quelli già trovati in altri paesi del gruppo Ocse.

Inoltre, nel caso di pazienti affetti da patologie croniche viene mostrato come l'utilizzo dei servizi sanitari (farmaci nel caso in questione) e la qualità del sistema sanitario regionale nel suo complesso possano essere dei validi strumenti per intervenire sulla riduzione del numero di giornate di lavoro perse per malattia. Nel caso particolare dell'utilizzo di farmaci, le stime economiche hanno mostrato che se si riuscisse a ridurre del 10% il numero dei pazienti cronici (limitatamente a quelli che soffrono di problemi cardiovascolari, respiratori, psichici e neurodegenerativi) che ammettono di non seguire un trattamento farmacologico, si potrebbe ottenere una riduzione dei costi per il sistema economico di oltre 150 milioni di euro all'anno.

Spostandosi, invece, sull'analisi a livello di aziende sanitarie e di aziende ospedaliere, si è riusciti a dimostrare come i livelli decisionali regionali riescano, attraverso i meccanismi di misurazione delle *performance* e di responsabilizzazione sui risultati aziendali, ad orientare i comportamenti delle aziende sanitarie per indurre sviluppo sociale, sanitario ed economico. Infatti, a livello locale il sistema sanitario rappresenta un vasto intreccio di attività produttive che vanno ben oltre gli ospedali, le aziende sanitarie, i dottori e le farmacie. Basti infatti pensare a tutto l'indotto che si crea intorno al sistema sanitario nella fornitura di beni e servizi strumentali al funzionamento dello stesso. Quello che in letteratura viene etichettato come "l'industria della salute" comprende un sistema complesso di aree fortemente interconnesse tra di loro.

Altro importante spunto di riflessione è quanto emerso dall'analisi dei punti di vista dei direttori generali di aziende ospedaliere e sanitarie locali, raccolti attraverso la somministrazione di questionari, in merito al rapporto tra sanità ed economia, ed al rapporto tra l'attività dell'azienda sanitaria, di cui sono responsabili, e l'economia del territorio in cui l'azienda è situata.

Un punto questo di grande rilievo perché il gruppo di direttori generali intervistati, appartenenti in netta maggioranza ad Asl ed aziende ospedaliere del Centro-Nord, ritiene che per ampliare l'impatto della sanità sull'economia e per massimizzare il potenziale economico della spesa sanitaria, occorra attivare anche strategie di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse, e per poter contribuire positivamente all'economia occorre una maggiore attenzione a tale impatto in fase di programmazione economica e di allocazione delle risorse.

Comunque, già oggi, secondo gli intervistati, la sanità è una componente fondamentale delle economie locali, visto che in molti dei territori analizzati rappresenta una delle principali fonti di occupazione e reddito, e le aziende sanitarie sono coinvolte, spesso per loro volontà, in contesti istituzionali e sociali di confronto e iniziativa proprio sul rapporto tra le attività della sanità e i percorsi di crescita delle realtà locali.

Certo, i direttori generali intervistati sono anche critici circa la capacità manageriale di chi gestisce la committenza pubblica, che deve necessariamente essere innalzata, e sono convinti che molto si potrebbe fare se le imprese operanti nella filiera della salute investissero di più, puntando a diventare più competitive e innovative; tuttavia, ritengono prioritario innalzare ulteriormente tra i soggetti locali la consapevolezza sul contributo che la sanità è in grado di dare al rilancio post crisi, delineando ciò che sarebbe opportuno fare per rendere effettive queste sue potenzialità pro crescita.

Il risultato forte che emerge dalla lettura di queste analisi è che, pur essendoci elementi validi per comprendere che il “sistema sanità” possa rappresentare un valido volano per la crescita economica, tale visione risulta essere ancora sostanzialmente estranea al pensiero di molti *decision makers* e *policy makers*, che per motivi vari continuano ad interpretare la spesa sanitaria più come “spesa corrente” (e quindi causa di potenziali deficit) che come spesa per investimento capace di generare sviluppo economico. Tutto ciò lo si evince facilmente confrontando i dati delle stime econometriche sul ruolo che la spesa sanitaria ha sul Pil con il sistema di azioni e comportamenti messi in atto a livello delle singole Regioni e, più in basso, nei singoli territori; anche a dispetto spesso dell’impegno profuso da tanti direttori generali di strutture sanitarie nel rendere più evidente il nesso sanità-crescita economica.

Parte prima

Un'analisi multidimensionale della sanità italiana

*1. La spesa sanitaria e i vincoli di finanza pubblica*¹

1.1. Introduzione

Nel 2009 i conti pubblici hanno registrato un significativo peggioramento, a causa degli effetti della recessione internazionale che ha colpito anche il nostro paese. La necessità di rimettere sotto controllo la finanza pubblica ha indotto il governo a varare nel luglio 2010 una manovra di correzione, con un effetto sull'indebitamento netto di oltre 12 miliardi di euro nel 2011 e di 25 miliardi nel 2012. Anche il Ssn è stato chiamato a concorrere al processo di risanamento: i risparmi di spesa previsti da nuovi provvedimenti per il personale e per l'assistenza farmaceutica hanno comportato una riduzione del finanziamento statale rispetto al livello stabilito a dicembre 2009 con il nuovo Patto per la salute. Il nuovo accordo introduce, inoltre, nuovi adempimenti a carico delle Regioni, che comportano nei casi di mancato equilibrio dei bilanci sanitari oneri ulteriori rispetto a quelli esistenti. L'analisi si chiude con un esercizio di simulazione sulla tenuta economico-finanziaria del Ssn nel breve periodo, in cui le risorse complessivamente disponibili per il settore sono messe a confronto con la dinamica dei costi.

1.2. La situazione della finanza pubblica e le sue prospettive

1.2.1. Il consuntivo del 2009

Nel 2009 i conti pubblici hanno registrato un sensibile deterioramento, che riflette in larga parte gli effetti sulle principali poste di bilancio della recessio-

¹ Alla stesura del presente capitolo hanno collaborato Vincenzo Atella e Felice Cincotti per il Cer-Nib. Tutte le informazioni presentate sono quelle disponibili ad agosto 2010 quando il capitolo è stato chiuso.

Tab. 1 – Conto consolidato della Pubblica Amministrazione (valori in % del Pil)

	2005	2006	2007	2008	2009
Entrate totali	44,2	45,8	46,9	46,7	47,2
- entrate correnti	43,8	45,6	46,6	46,5	46,2
- entrate in conto capitale	0,4	0,3	0,3	0,2	1,1
Uscite totali	48,5	49,2	48,4	49,4	52,5
- uscite correnti	44,4	44,2	44,3	45,7	48,2
- uscite correnti al netto interessi	39,8	39,5	39,3	40,5	43,5
- uscite in conto capitale	4,1	5,0	4,0	3,7	4,3
Indebitamento netto	-4,3	-3,3	-1,5	-2,7	-5,3
Saldo corrente	-0,6	1,4	2,3	0,8	-2,0
Saldo primario	0,3	1,3	3,5	2,5	-0,6
Debito	105,8	106,5	103,5	106,1	115,8

Fonte: Istat (2010a, 2010b).

ne che ha colpito il paese, con una riduzione del Pil del 3% in termini nominali e del 5,1% in termini reali. Tutti i principali indicatori di finanza pubblica, come mostrano le evidenze riportate nella tabella 1, hanno registrato un peggioramento rispetto ai risultati del 2008. L'indebitamento netto ha raggiunto il 5,3% del Pil, praticamente il doppio di quello del 2008 (2,7% del Pil). Il saldo corrente e il saldo primario da positivi che erano nel 2008 sono divenuti negativi. Il debito pubblico è aumentato di 9,7 punti percentuali fino a raggiungere il 115,8% del Pil.

Scendendo più nel dettaglio, sul peggioramento dei conti ha influito la dinamica negativa delle entrate che, dopo il rallentamento sperimentato nel 2008, hanno fatto registrare una riduzione complessiva dell'1,9%. La riduzione del prodotto interno ha fatto sì che, in termini del Pil, le entrate siano comunque aumentate di mezzo punto percentuale, passando dal 46,7 al 47,2%. Come mostrano i dati riportati nella tabella 1, si è registrato un forte incremento delle entrate in conto capitale, il cui gettito si è triplicato rispetto a quello del 2008, grazie ai maggiori introiti consentiti dal nuovo scudo fiscale (circa 5 miliardi di euro) e dall'imposta sostitutiva di precedenti tributi e relativa al riallineamento e alla rivalutazione volontaria dei valori contabili (6,5 miliardi di euro)². Le entrate correnti hanno registrato, invece, una riduzione del 2,3%,

² Il nuovo scudo fiscale (scudo fiscale *ter*) è stato introdotto con la legge 102/2009 di conversione del DL 78/2009 (cfr. articolo 13-*bis*). La disposizione ha consentito di rimpatriare fino

pari in valore assoluto ad oltre 26 miliardi di euro. In particolare, la flessione più forte si è registrata per le entrate dirette, anche in conseguenza della decisione presa nel corso della definizione della legge finanziaria per il 2010 di alleggerire il carico fiscale delle famiglie, differendo al 2010 il pagamento dell'acconto IRE dovuto, con una perdita temporanea di gettito stimata in 3,7 miliardi di euro³.

Le spese nel complesso sono aumentate del 3,1%, in lieve frenata rispetto alla dinamica registrata nel 2008 (3,6%). In termini di Pil, le uscite totali della PA hanno raggiunto il 52,5%, il valore più elevato dal 1997 (50,3% del Pil). Nel dettaglio, la componente più dinamica è risultata la spesa in conto capitale che, dopo due anni di riduzioni, è aumentata del 12,7%, grazie ai provvedimenti anticrisi di sostegno agli investimenti pubblici e ai contributi agli investimenti privati. La spesa corrente, invece, ha dimezzato il tasso di crescita, facendo segnare nel 2009 un aumento del 2,3%. Ha influito su tale risultato la dinamica della spesa per interessi passivi che, beneficiando della diminuzione dei tassi di interesse concertata a livello internazionale, si è ridotta del 12,2%. Al netto degli interessi, invece, la spesa corrente ha mostrato una dinamica in linea con quella dell'anno precedente, con un incremento del 4,2% annuo, che l'ha portata a registrare in termini di Pil il peggior risultato di sempre (43,5%). Tra le voci più dinamiche si segnalano le spese per consumi intermedi e le prestazioni sociali in denaro, con una crescita rispettivamente del 6,3 e del 5,1% rispetto al 2008⁴. Molto contenuta la dinamica della spesa per redditi, con un aumento dell'1%, inferiore a quella dello scorso anno (3,6%), che aveva risentito dei rinnovi contrattuali siglati nei comparti della Sanità e degli Enti locali.

al 31 dicembre 2009 i capitali detenuti illegalmente all'estero e/o di regolarizzare quelli detenuti nei paesi dell'UE o aderenti allo spazio economico europeo, pagando un'imposta straordinaria pari al 5% delle attività dichiarate. Per una disamina più approfondita, cfr. Cer (2009), pp. 52-54. Per il riallineamento e la rivalutazione volontaria dei valori contabili, cfr. DL 185/2008, articolo 15.

³ Cfr. DL 168/2009, articolo 1.

⁴ Per quanto riguarda i consumi intermedi, la componente più dinamica è risultata, anche per i maggiori esborsi per spese militari contabilizzati nell'anno, la spesa per acquisti di beni e servizi diversi dalle prestazioni socio sanitarie acquistate da operatori convenzionati. Sulla crescita delle prestazioni sociali hanno influito, invece, i maggiori esborsi per la Cassa integrazione guadagni, per gli assegni di disoccupazione e per interventi specifici a favore delle fasce più deboli della popolazione, come il *bonus* straordinario riconosciuto alle famiglie a basso reddito previsto dal DL 185/2008.