



Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario presenta anche quest'anno l'intera gamma dei tradizionali indicatori, ossia: spesa sanitaria pubblica in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL); spesa sanitaria pubblica pro capite; disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite. Ripropone, quindi, la progressiva scomposizione del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL, dapprima distinguendo tra costi per servizi prodotti direttamente dalle aziende pubbliche e costi per servizi acquisiti da soggetti privati accreditati e convenzionati e, successivamente, disaggregando questi ultimi per tipologia (farmaceutica; medicina generale; specialistica ambulatoriale; ricovero; riabilitativa, integrativa e protesica; altre prestazioni). Riporta, infine, entità ed evoluzione della spesa sanitaria pro capite privata.

Complessivamente, tutte le analisi evidenziano una sostanziale stabilità rispetto agli anni precedenti, eccezion fatta per la dinamica in aumento della spesa privata che, comunque, risulta essersi significativamente attenuata nell'ultimo anno per cui sono disponibili i dati (2016).

Su base nazionale la spesa sanitaria pubblica pro capite è leggermente aumentata; nel 2018 si attesta a 1.900€ confermandosi, quindi, tra le più basse dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Per il periodo 2011-2018, inoltre, il suo tasso medio composto annuo di variazione si conferma molto limitato (+0,4%). Coerentemente, anche il rapporto spesa pubblica/PIL è rimasto pressoché stabile (6,50% nel 2018). Quanto al disavanzo, il dato 2017 è allineato a quelli del triennio precedente e inferiore a quelli degli esercizi 2001-2013, in termini sia assoluti (1,102 miliardi di €) che pro capite (18€). In aumento, invece, resta la spesa sanitaria pro capite privata, seppur in misura molto inferiore rispetto al passato: il dato 2016 è di 591,0€, con un incremento dello 0,5% rispetto all'anno precedente e dell'1,9% medio annuo nell'intero periodo 2003-2016.

Su base regionale, nel corso del 2017, la spesa sanitaria pubblica pro capite è aumentata in misura superiore all'1% in 11 regioni. Considerando l'intero periodo 2011-2017, nessuna regione presenta un tasso medio composto annuo di crescita >1% e solo in 11 regioni la variazione complessiva è stata positiva (Toscana, Marche, Abruzzo, PA di Trento, Emilia-Romagna, Puglia, Lombardia, Veneto, Sardegna, PA di Bolzano e Umbria).

Quanto al disavanzo, nel 2017 come già nel 2016, tra le regioni del Centro-Nord a statuto ordinario solo la Liguria e la Toscana non hanno raggiunto l'equilibrio economico-finanziario. Al Centro-Sud ed Isole, invece, le regioni in equilibrio sono salite a 4 (Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia). È significativo, inoltre, sottolineare che due di queste regioni (Campania e Sicilia) generavano, 12 anni fa, insieme al Lazio, ben due terzi dell'intero disavanzo nazionale, registrando un *deficit* pro capite, rispettivamente, pari a 130€ e 214€; il Lazio stesso, inoltre, ha fortemente ridotto il proprio squilibrio, risalendo gradualmente da 371€ pro capite del 2006 a 19€ del 2017.

Rispetto alla spesa sanitaria privata, è interessante osservare due aspetti complementari. Da un lato, il dato pro capite è superiore al valore nazionale in tutte le regioni del Centro-Nord, tranne Umbria e Marche; inferiore, invece, al dato nazionale in tutte le regioni del Centro-Sud ed Isole. D'altra parte, però, il suo tasso medio annuo di incremento nel periodo 2003-2016 è stato almeno pari al valore nazionale in tutte le regioni del Meridione, ma anche in Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio.

Infine, l'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL, oltre a confermare distanze interregionali molto ampie (dal 4,98% della Lombardia al 10,48% del Molise) e prevalentemente attribuibili al denominatore, ribadisce anche la forte differenziazione nel *mix* tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso a erogatori privati accreditati e convenzionati. Il peso della produzione esterna, in particolare, supera il 40% in Lombardia, Lazio, Molise e Campania. L'analisi delle *performance* economico-finanziarie delle diverse regioni non indica quale dovrebbe essere il livello ottimale di tale *mix*; suggerisce, al contrario, che buone *performance* si possano conseguire con *mix* anche molto diversi. In alcuni contesti, però, emerge con chiarezza la necessità di meglio programmare le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di non duplicare l'offerta, finanziando un ampio sistema di strutture pubbliche e pagando, contemporaneamente, una gamma altrettanto ampia di strutture private.

In sintesi, i dati complessivi degli ultimi anni e i confronti internazionali continuano a indicare che il Servizio Sanitario Nazionale è parsimonioso ed è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa, allineandosi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato; ciò, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi.

Tuttavia, la continua crescita della spesa sanitaria privata testimonia un arretramento della copertura





complessivamente garantita dal sistema pubblico. Inoltre, permane l'eventualità che le politiche di contenimento della spesa attuate negli anni scorsi stiano esaurendo le proprie potenzialità. Nel caso, diventerebbe necessario spostare l'attenzione sulla produttività della spesa stessa e su un più complessivo e incisivo ridisegno delle reti di offerta. Difficilmente, infatti, il Paese potrà permettersi livelli di spesa pubblica più elevati e, comunque, se ciò dovesse accadere, sarebbe essenziale assicurare un utilizzo particolarmente oculato delle risorse aggiuntive.





Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Significato. Nel presente Capitolo è presentato l'indicatore della spesa sanitaria pubblica corrente articolata per funzione e misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL).

L'intento è quello di fornire un indicatore che non esprima solo l'incidenza della spesa corrente pubblica nella sua totalità, ma che offra una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali oltre che nazionale. A tal fine l'indicatore non solo analizza le seguenti tre funzioni:

- spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali;
- spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (relativa ai servizi amministrativi e a voci assicurati-

ve, contributive e fiscali);

ma effettua una ulteriore articolazione della spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali andando ad analizzare le sub-funzioni che la compongono, come specificato in dettaglio:

- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza farmaceutica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico specialistica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case di cura private;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione	
		x 100
Denominatore	Prodotto Interno Lordo	

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori che consente di indagare il diverso peso delle componenti della spesa sanitaria.

Esprime la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per le diverse funzioni individuate rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.

Si tratta di un indicatore grezzo e i suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti insiti sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa per funzione non tiene conto di una serie di variabili importanti.

Specificatamente non tiene in considerazione la diversa numerosità della popolazione nelle diverse regioni né palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria che essa presenta nelle diverse realtà territoriali, non rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate in ciascuna funzione e non esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica con la conseguenza che valori più alti non sono espressione di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse.

In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL è il valore di mercato di tutti i beni e servizi prodotti all'interno di una realtà territoriale in un certo intervallo di tempo (solitamente l'anno) e destinati ad usi finali. Come tale tiene conto solo delle transazioni

in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni. Infine, nella lettura dell'indicatore non va dimenticato che per l'attuale sistema di finanziamento del sistema sanitario una parte dei fondi destinati alla sanità non proviene direttamente dal gettito fiscale della regione e, quindi, correlato al reddito prodotto, ma da trasferimenti definiti in sede di accordo Stato-Regioni.

Il valore che l'indicatore assume esprime, quindi, il carico che la regione sopporterebbe se si assumesse *in toto* l'onere del finanziamento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi nazionali e, per il dato nazionale nella sua totalità e per il dato relativo ad alcune funzioni, laddove disponibile, i valori medi dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Descrizione dei risultati

Nel 2017, la spesa sanitaria pubblica corrente assorbe il 6,55% del PIL, con una leggera flessione rispetto al 2016 (6,62% del PIL), decretando così un continuo trend in diminuzione (Tabella 1). Il suo valore conti-



nua ad essere inferiore a quello della maggior parte dei Paesi Europei, come Regno Unito (7,8%) o Svezia (9,1%), per citarne alcuni dotati di un Sistema Sanitario pubblico (OCSE *Health Statistics* 2017). Si posiziona, invece, con valori superiori rispetto ai Paesi dell'Est Europa la cui spesa pubblica è >6%.

A tale leggera flessione rispetto al 2016 concorrono, prevalentemente, la spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (-4,26%) e la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi erogati in convenzione (-2,26%), mentre in misura minore (-0,11%) la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente.

Nell'ambito della spesa sanitaria pubblica corrente per servizi erogati in convenzione, i contributi maggiori sono dovuti in ordine decrescente alla spesa per assistenza farmaceutica, per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica, per altre prestazioni, per assistenza medico generale e, infine, per assistenza medico specialistica. La spesa per case di cura non ha segnato, invece, una significativa riduzione.

A livello italiano, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, pari al 3,88% del PIL, continua a giocare un ruolo predominante e a giustificare il 59,24% della spesa totale. Segue la spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 1) che assorbe, a livello nazionale, il 2,29% del PIL ed è prevalentemente articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,55% del PIL) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,44% del PIL). La prima giustifica il 24,02% della spesa per prestazioni in convenzione e, la seconda, il 19,21%. Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,28% del PIL) e dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,23% del PIL). La spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale si colloca in una posizione intermedia assorbendo lo 0,39% del PIL.

Infine, l'ultima componente della spesa sanitaria pubblica corrente è la meno significativa: infatti la spesa "per altre spese" giustifica il 5,08% della spesa sanitaria pubblica corrente, pari allo 0,38% del PIL.

Il divario fra le regioni continua a sussistere e si presenta in linea con gli anni precedenti, con il valore più basso della spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL in Lombardia, pari al 4,98%, e con il valore più alto

registrato ancora in Molise con il 10,48% del PIL.

Si registra un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che si presentano con un valore sempre superiore a quello nazionale. Il dato è da leggere tenendo conto che la spesa sanitaria pubblica è condizionata dalla presenza di meccanismi di perequazione finanziaria interregionale e, solo indirettamente, riflette il grado di sviluppo economico della regione. Di conseguenza, le regioni del Meridione presentano valori di spesa sul PIL superiori al dato nazionale a causa, sostanzialmente, del PIL più basso di quello delle regioni del resto del Paese.

A livello regionale la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente gioca un ruolo predominante e l'incidenza di tale componente di spesa assorbe dal 52-72% circa della spesa totale.

La spesa per prestazioni in convenzione assorbe in ogni regione una percentuale che oscilla fra il 21-43% circa della spesa pubblica corrente.

È in Molise, Lombardia, Lazio e Campania che la spesa per prestazioni in convenzione assume un peso rilevante coprendo più del 40% della spesa sanitaria pubblica e, nell'ambito di tale spesa si contendono il ruolo predominante la spesa per case di cura in 9 regioni (4 regioni del Meridione: Sicilia, Campania, Molise e Puglia; 4 regioni del Nord: Lombardia, Liguria, PA di Trento ed Emilia-Romagna; 1 regione del Centro: Lazio) e la spesa per assistenza farmaceutica in 7 regioni (3 regioni del Meridione: Calabria, Abruzzo e Sardegna; 2 regioni del Nord: Piemonte e Friuli Venezia Giulia; 2 regioni del Centro: Toscana e Umbria).

Solo per il Veneto e la PA di Bolzano è più significativa la spesa per altre prestazioni (Grafico 2), per la Valle d'Aosta e la Toscana sono le prestazioni di medicina generale a giocare il ruolo preponderante, mentre per la Basilicata la spesa per l'assistenza riabilitativa, integrativa e protesica e per l'assistenza medico generale sono parimenti rilevanti.

L'ultima componente della spesa sanitaria pubblica corrente è la meno significativa. Infatti, la spesa "per altre spese" assorbe da un minimo dello 0,27% del PIL in Lombardia ad un massimo dello 0,71% in Calabria e corrisponde ad una percentuale della spesa pubblica corrente sempre inferiore al 7,5% della spesa sanitaria pubblica corrente.



ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

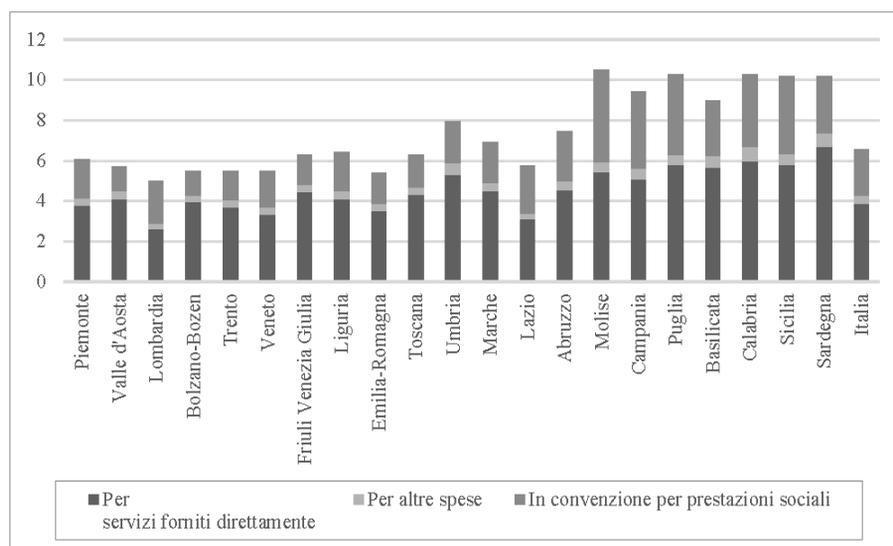
389

Tabella 1 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2017

Regioni	Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione				In convenzione per prestazioni sociali					
	Totale	Per servizi forniti direttamente	Per altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Per assistenza farmaceutica	Per assistenza medico-generale	Per assistenza medico-specialista	Per case di cura private	Per assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Per altre prestazioni
Piemonte	6,09	3,78	0,35	1,95	0,41	0,36	0,19	0,38	0,23	0,39
Valle d'Aosta	5,72	4,10	0,40	1,21	0,34	0,36	0,04	0,16	0,18	0,13
Lombardia	4,98	2,63	0,27	2,08	0,33	0,23	0,29	0,62	0,12	0,50
Bolzano-Bozen	5,50	3,95	0,35	1,20	0,19	0,28	0,04	0,19	0,15	0,35
Trento	5,49	3,70	0,33	1,45	0,33	0,30	0,14	0,30	0,10	0,27
Veneto	5,47	3,32	0,37	1,78	0,31	0,35	0,24	0,36	0,09	0,45
Friuli Venezia Giulia	6,28	4,45	0,36	1,47	0,44	0,34	0,14	0,17	0,18	0,21
Liguria	6,44	4,09	0,40	1,96	0,36	0,32	0,24	0,43	0,27	0,34
Emilia-Romagna	5,40	3,52	0,35	1,54	0,29	0,34	0,13	0,35	0,06	0,38
Toscana	6,28	4,30	0,38	1,59	0,37	0,37	0,12	0,24	0,15	0,34
Umbria	7,94	5,33	0,57	2,04	0,56	0,45	0,10	0,22	0,23	0,47
Marche	6,92	4,49	0,43	2,00	0,55	0,37	0,13	0,30	0,30	0,34
Lazio	5,78	3,09	0,29	2,39	0,42	0,32	0,26	0,76	0,26	0,38
Abruzzo	7,45	4,53	0,46	2,45	0,67	0,51	0,15	0,43	0,34	0,36
Molise	10,48	5,45	0,50	4,53	0,66	0,80	0,65	1,48	0,45	0,50
Campania	9,45	5,11	0,53	3,82	0,73	0,62	0,75	0,93	0,53	0,26
Puglia	10,25	5,79	0,53	3,93	0,77	0,72	0,42	1,10	0,42	0,50
Basilicata	8,96	5,67	0,57	2,73	0,64	0,65	0,30	0,19	0,65	0,30
Calabria	10,25	5,99	0,71	3,56	0,85	0,75	0,34	0,66	0,53	0,43
Sicilia	10,16	5,82	0,53	3,80	0,70	0,69	0,60	0,87	0,49	0,45
Sardegna	10,16	6,71	0,66	2,79	0,70	0,60	0,38	0,30	0,37	0,45
Italia	6,55	3,88	0,38	2,29	0,44	0,39	0,28	0,55	0,23	0,41

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2019.

Grafico 1 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per singola funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2017

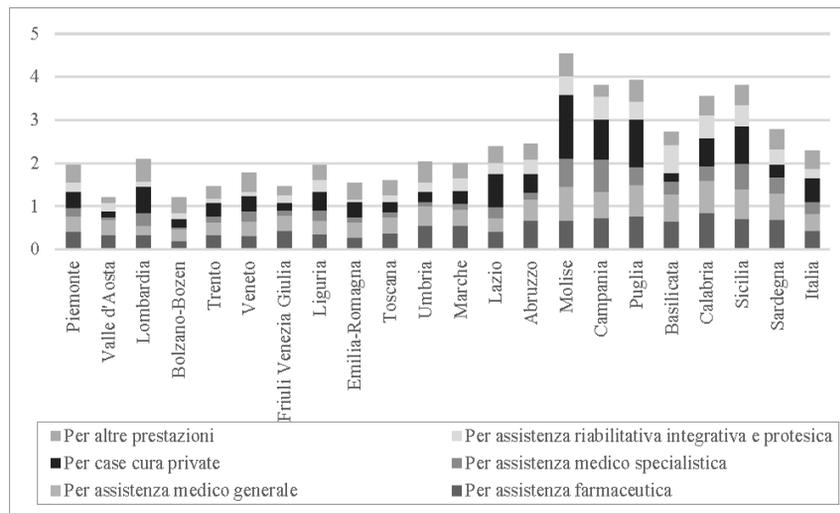


Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2019.





Grafico 2 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2017



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il quadro che emerge analizzando i dati di spesa del 2017 è sostanzialmente sovrapponibile a quello dei 2 anni precedenti, con la conferma di un leggero decremento della spesa sanitaria pubblica in quasi tutte le regioni. In sintesi:

- i valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL evidenziano che la quota di risorse finanziarie che le regioni utilizzano per le diverse funzioni rispetto a quanto complessivamente prodotto nel periodo di riferimento varia nelle diverse realtà con valori maggiori nelle regioni meridionali. Questo risultato evidenzia che il peso dell'assistenza sanitaria rispetto al sistema produttivo è variabile fra le regioni e che in assenza di meccanismi perequativi sarebbe più gravoso nelle regioni a basso reddito assicurare livelli omogenei di prestazioni;
- alla riduzione della spesa sanitaria rispetto al PIL contribuisce in misura maggiore la spesa per altre spese e, a seguire, la spesa in convenzione; alla riduzione della seconda gioca un ruolo prioritario la spesa per l'assistenza farmaceutica e la spesa per l'assistenza riabilitativa, integrativa e protesica;
- la composizione della spesa per funzione varia fra le regioni, ma tutte dedicano più risorse all'erogazione diretta di prestazioni.

Sicuramente, a delimitare questo quadro concorrono numerosi fattori.

In merito alla lieve riduzione della spesa corrente rispetto al PIL è difficile avanzare interpretazioni, in quanto solo rapportando la spesa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) effettivamente garantiti è possibile concludere se può essere un sintomo di migliore utilizzo delle risorse o il risultato di una minor tutela dei cittadini.

Di certo, con riferimento alla spesa per l'assistenza farmaceutica, che registra un lieve calo in quasi tutte

le regioni, può aver pesato la diversa politica di contenimento della spesa, dall'introduzione dei ticket alla erogazione diretta di farmaci o per conto delle aziende sanitarie e al miglioramento nella appropriatezza prescrittiva. Analogamente, alla riduzione della spesa per l'assistenza medico specialistica può aver contribuito la maggior attenzione alla prescrizione.

Relativamente al valore della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL, variegato fra le regioni, il diverso quadro epidemiologico della popolazione di riferimento e l'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari, sono i fattori che ne influenzano la dimensione. La medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, può tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni. Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico potrebbe spendere, mediamente, di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto deve soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario. Oltre agli effetti indotti dalla struttura demografica, una parte importante di tali differenze nei livelli di spesa fra le regioni può essere dovuta alla diversa propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del Paese a cui si aggiunge un diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari. In terzo luogo, e con riferimento alla spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case di cura private, i diversi valori presenti nelle regioni segnalano disomogeneità nelle scelte compiute dalle singole Regioni in merito ai privati accreditati nella erogazione delle prestazioni ospedaliere, ma palesano gli effetti di poli-





ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

391

tiche sanitarie intraprese nel passato come l'attivazione di ospedali privati sul territorio regionale.

Le raccomandazioni prospettabili sono che le Regioni, da un lato, programmino le modalità con cui erogare le prestazioni al fine di evitare di duplicare l'offerta finanziando strutture pubbliche e pagando contemporaneamente anche strutture private, dall'altro, che adeguino l'offerta di prestazioni alle effettive esigenze della popolazione in modo da garantire appropriatezza e di evitare che analoghi bisogni di salute vengano soddisfatti in regioni diverse con tipologia e quantità di prestazioni differenti ed un diverso utilizzo di risorse.

Dall'altro ancora, che vengano adottati i diversi meccanismi di controllo della spesa farmaceutica e della spesa per l'assistenza medico specialistica tali da raggiungere le migliori soglie di appropriatezza prescrittiva e incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie nella distribuzione dei farmaci.

Infine, sarebbe bene che le Regioni allineassero la spesa alla garanzia dei LEA in modo che ogni riduzione sia chiaramente il risultato di un efficiente uso delle risorse e non l'effetto di una riduzione delle prestazioni garantite.





Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata pro capite

Significato. In questo contesto sono presentati due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa pubblica e la spesa privata pro capite rispetto alla popolazione residente per l'intera nazione e in ciascuna singola regione. La spesa sanitaria pubblica pro capite fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie utilizzate in media per ogni individuo di una data regione, e di conseguenza dell'intera nazione, per far fronte all'erogazione dei servizi di assisten-

za sanitaria per un periodo di riferimento.

La spesa sanitaria privata pro capite esprime, invece, l'onere sopportato direttamente da ciascun cittadino per il pagamento diretto delle prestazioni, del ticket e dei finanziamenti su base volontaristica.

La lettura contemporanea dei due indicatori permette di cogliere non solo la dinamica dei loro valori assoluti, ma anche la presenza di una complementarità o compensazione di un tipo di spesa rispetto all'altro.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione media residente

Spesa sanitaria privata pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria privata
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore spesa sanitaria privata pro capite ha la validità di misurare le risorse finanziarie direttamente impiegate dal cittadino per prestazioni sanitarie di cui si è avvalso e ha un limite legato al fatto che non consente di valutare la composizione della spesa e, quindi, di evidenziare comportamenti diversi nelle regioni da analizzare con l'offerta in ciascuna di esse.

L'indicatore spesa sanitaria pubblica pro capite ha la validità di fornire una prima indicazione della quantità di risorse monetarie che il settore pubblico destina all'assistenza sanitaria dei residenti di ogni regione e di consentire una valutazione delle eventuali disparità tra le regioni. In tal senso dovrebbe indicare le risorse impegnate mediamente sia per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e sia per garantire gli altri servizi socio-sanitari che la regione ritiene di dover assicurare alla popolazione locale. Non rappresenta, invece, i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni.

Tale indicatore presenta alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni dovuto, prevalentemente, alla diversa composizione della popolazione per età, genere e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, presumibilmente, con minori bisogni attesi, saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani. Il secondo limite consiste nel fatto che non consente di valutare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite

le regioni in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le risorse saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.

Infine, vi è un limite legato ad entrambi gli indicatori che esprimono la spesa pro capite al lordo della mobilità, cioè comprendono la spesa che la regione sostiene a fronte di prestazioni erogate per cittadini residenti in altre regioni o la spesa privata sostenuta da cittadini di altre regioni e non conteggiano la spesa per prestazioni garantite ai propri cittadini da parte di regioni diverse o la spesa sostenuta privatamente dai cittadini in altre regioni. Per tale motivo la spesa pro capite pubblica e privata potrebbe essere sotto o sovrastimata a seconda che la mobilità passiva sia superiore o inferiore alla mobilità attiva della regione in analisi.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli nazionali e, per il dato nazionale, i valori medi dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Descrizione dei risultati

Nel 2017, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia è leggermente aumentata rispetto al 2016 posizionandosi a 1.866€. Questo dato pone l'Italia fra i Paesi dell'area OCSE che continuano a spendere meno collocandosi nelle posizioni inferiori insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.





ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

393

Nel 2017, la spesa varia fra 2.327€ della PA Bolzano e 1.723€ della Campania e si registra un gradiente Nord-Sud ed Isole con le regioni del Nord (ad eccezione di Piemonte e Veneto) che presentano valori sopra il dato nazionale e le regioni del Meridione (ad eccezione di Molise, Basilicata e Sardegna) con valori inferiori.

Il comportamento delle regioni segue un andamento non univoco; infatti, 10 regioni presentano un tasso annuo in diminuzione e in linea con l'andamento nazionale, mentre le restanti 11 regioni hanno un tasso annuo in leggera crescita ma mai >1% (Tabella 1).

La spesa pro capite privata (Tabella 2) a livello italiano segna un trend crescente nel periodo 2003-2016, passando da 465,5€ a 591,0€, con un ritmo in aumento dell'1,9% annui. Nonostante la crescita, la spesa pro capite mantiene nel 2016 ancora un valore inferiore a quello di altri Paesi dell'Unione Europea con sistema sanitario pubblico.

La stessa linea di tendenza si registra in tutte le regioni, con le regioni meridionali che presentano un tasso di crescita pari o superiore a quello italiano con una punta massima registrata in Basilicata pari a 3,8% annuo di incremento. Solo le Marche e la Lombardia denunciano un incremento moderato ed inferiore all'1% annuo.

La posizione nella graduatoria della spesa privata pro

capite delle regioni è relativamente costante nel tempo: le regioni del Nord che registravano nel 2003 valori superiori al dato nazionale e maggiori a 540€ si posizionano, nel 2016, con valori ancora superiori al dato nazionale e maggiori a 620€.

Uniche eccezioni sono rappresentate dalla Valle d'Aosta e dal Friuli Venezia Giulia, che cambiano la propria posizione e aumentano il loro distacco dalle altre regioni registrando, nel 2016, valori superiori a 920€.

Se si effettua un confronto fra spesa sanitaria privata e pubblica pro capite per gli anni 2011-2016, si osserva un andamento opposto: a livello italiano la spesa pro capite privata aumenta ad un tasso dell'1,1% annuo, mentre la spesa pro capite pubblica si riduce dello 0,12% annuo. La conseguenza è che, nel 2011, il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica pro capite si attestava a 0,30 (cioè che la spesa privata era pari al 30% della spesa pubblica), mentre, nel 2016, tale rapporto è pari a 0,32.

Tuttavia, osservando l'andamento della spesa in tutte le regioni non si osserva un fenomeno compensativo della spesa privata rispetto alla spesa pubblica.

In altri termini, la spesa sanitaria privata pro capite non aumenta maggiormente in quelle regioni in cui la spesa sanitaria pubblica pro capite ha maggiore intensità di riduzione e viceversa.

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazione (valori per 100) e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2017

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ % (2011-2017)	Δ % (2016-2017)	Tassi medi composti annui (2011-2017)
Piemonte	1.906	1.904	1.847	1.805	1.813	1.841	1.848	-3,04	0,38	-0,51
Valle d'Aosta	2.237	2.193	2.160	2.094	2.081	2.018	2.015	-9,92	-0,15	-1,73
Lombardia	1.850	1.814	1.807	1.842	1.855	1.861	1.904	2,92	2,31	0,48
Bolzano-Bozen	2.235	2.307	2.231	2.187	2.255	2.285	2.327	4,12	1,84	0,67
Trento	1.943	1.990	1.943	1.924	1.891	1.884	1.982	2,01	5,20	0,33
Veneto	1.745	1.734	1.724	1.726	1.749	1.772	1.813	3,90	2,31	0,64
Friuli Venezia Giulia	2.045	2.060	2.040	1.960	1.898	1.900	1.945	-4,89	2,37	-0,83
Liguria	2.061	2.019	1.999	2.014	2.044	2.037	2.054	-0,34	0,83	-0,06
Emilia-Romagna	1.863	1.893	1.872	1.855	1.885	1.890	1.909	2,47	1,01	0,41
Toscana	1.902	1.853	1.813	1.832	1.900	1.832	1.915	0,68	4,53	0,11
Umbria	1.846	1.874	1.827	1.850	1.856	2.111	1.931	4,60	-8,53	0,75
Marche	1.816	1.784	1.791	1.781	1.781	1.807	1.842	1,43	1,94	0,24
Lazio	1.987	1.998	1.923	1.904	1.926	1.913	1.899	-4,43	-0,73	-0,75
Abruzzo	1.789	1.795	1.756	1.753	1.794	1.801	1.818	1,62	0,94	0,27
Molise	2.095	2.123	2.095	2.226	2.069	2.051	2.039	-2,67	-0,59	-0,45
Campania	1.748	1.718	1.686	1.689	1.726	1.729	1.723	-1,43	-0,35	-0,24
Puglia	1.794	1.763	1.764	1.783	1.799	1.822	1.844	2,79	1,21	0,46
Basilicata	1.885	1.822	1.833	1.829	1.850	1.842	1.866	-1,01	1,30	-0,17
Calabria	1.751	1.745	1.715	1.711	1.725	1.741	1.748	-0,17	0,40	-0,03
Sicilia	1.769	1.752	1.731	1.707	1.739	1.738	1.765	-0,23	1,55	-0,04
Sardegna	1.982	2.049	1.994	2.041	2.062	2.065	2.061	3,99	-0,19	0,65
Italia	1.856	1.844	1.816	1.817	1.838	1.845	1.866	0,54	1,14	0,09

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2019.



Tabella 2 - Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2003-2016

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Tassi medi composti annui (2003-2016)
Piemonte	541,4	562,2	556,8	578,3	562,9	584,4	545,3	537,1	581,1	601,2	618,1	647,3	689,5	694,0	1,9
Valle d'Aosta	641,0	645,0	639,5	645,1	809,1	780,3	884,2	907,5	990,4	909,7	903,6	880,0	948,7	962,3	3,2
Lombardia	598,2	618,8	610,0	614,1	611,9	609,7	549,8	551,4	613,7	602,7	615,5	617,5	657,8	664,2	0,8
Bolzano-Bozen	571,2	596,2	588,5	609,5	614,9	657,1	650,2	629,1	692,1	641,8	601,1	617,7	655,6	653,3	1,0
Trento	563,5	576,2	568,0	569,6	534,4	537,1	559,3	564,8	621,3	614,5	605,9	618,7	658,8	656,1	1,2
Veneto	584,9	591,1	583,1	607,5	618,3	647,4	611,5	633,1	702,2	660,7	624,7	657,5	700,2	698,8	1,4
Friuli Venezia Giulia	633,8	660,2	656,1	680,6	719,6	772,0	855,2	876,7	960,2	858,9	813,2	859,5	920,7	926,9	3,0
Liguria	420,5	436,7	428,9	439,6	440,9	488,6	509,9	504,3	543,1	560,7	560,5	595,5	632,6	629,5	3,2
Emilia-Romagna	575,7	596,5	587,6	621,9	593,7	634,6	641,7	645,1	708,1	709,5	702,3	715,0	760,7	766,2	2,2
Toscana	458,5	483,2	477,2	502,8	510,4	531,4	491,3	513,9	574,2	560,6	561,6	583,7	619,1	622,3	2,4
Umbria	457,5	472,1	466,1	497,4	536,7	562,0	554,7	543,3	576,1	531,0	509,7	519,8	548,6	549,2	1,4
Marche	507,4	523,5	516,1	523,3	503,7	498,0	522,4	542,9	588,2	551,9	543,5	546,2	570,8	567,3	0,9
Lazio	446,9	465,1	458,6	466,7	447,0	472,0	523,2	544,9	605,0	557,7	498,5	528,8	565,7	569,3	1,9
Abruzzo	383,4	394,6	390,9	407,2	462,1	507,0	499,0	473,1	508,0	502,7	478,1	480,0	504,6	505,5	2,1
Molise	382,2	392,5	391,0	405,5	461,7	476,6	479,2	477,6	497,2	458,3	474,7	469,1	491,0	495,1	2,0
Campania	306,0	318,7	318,0	325,8	340,9	352,9	324,5	314,8	343,1	353,1	359,0	364,8	387,8	391,2	1,9
Puglia	357,0	363,4	361,9	374,5	387,9	414,3	414,9	412,2	454,1	437,3	441,6	441,7	467,7	471,3	2,2
Basilicata	353,7	365,0	363,1	378,1	389,2	421,0	456,9	452,7	496,2	526,2	536,3	535,7	566,0	572,3	3,8
Calabria	363,0	377,5	378,1	396,4	406,5	440,4	428,8	437,6	475,1	486,7	463,2	477,7	504,7	509,9	2,6
Sicilia	297,9	308,6	307,7	322,7	340,7	388,7	389,5	375,9	396,8	407,2	383,0	392,7	414,4	411,7	2,5
Sardegna	380,8	396,6	401,8	423,6	421,6	438,0	445,9	432,7	475,9	492,4	459,5	480,1	515,0	516,1	2,4
Italia	465,5	481,9	477,3	492,9	496,1	519,6	507,6	510,6	559,9	549,0	538,0	553,1	588,1	591,0	1,9

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prima raccomandazione è legata all'utilizzo degli indicatori. Pare, infatti, utile continuare la loro analisi, nonostante i limiti intrinseci, per due ragioni sostanziali. La prima risiede nella loro portata informativa che permette di valutare l'ammontare di risorse che, da un lato, la Regione e la Nazione utilizza per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione e, dall'altro, che il singolo cittadino destina all'acquisizione di prestazioni sanitarie in un sistema sanitario pubblico. La seconda è legata al fatto che si tratta di indicatori utilizzati nei diversi Paesi dell'OCSE e, come tale, la loro misurazione consente un confronto a livello internazionale.

La seconda raccomandazione è legata all'analisi congiunta dei due indicatori che consente di evidenziare come cambia il contributo e il peso dei diversi attori nella spesa sanitaria e permette di mappare eventuali cambi di rotta del sistema sanitario, con maggiore o minore orientamento alla spesa privata, e di individuare il ruolo, di compensazione o di integrazione, della spesa privata rispetto alla pubblica. Certamente, la possibilità di utilizzare tale indicatore in modo utile e appropriato è strettamente collegata alla disponibilità di un flusso di informazione di qualità. Di conseguenza ne deriva una terza raccomandazione e cioè di avere informazioni sulla spesa sanitaria privata pro capite, non solo complessiva, ma anche articolata nelle diverse funzioni di spesa, per farmaci, per assistenza ambulatoriale, per assistenza ospedaliera ed altro, e

disporre di dati sulla mobilità che permettano di individuare la spesa pro capite pubblica e privata dei cittadini residenti in ogni singola regione depurata dei bias determinati dallo spostamento dei cittadini fra le regioni. Solo in tal modo si possono fornire indicazioni utili e precise ai *policy maker*.

I risultati tracciano, da un lato, un lento ma costante incremento della spesa privata e disegnano un quadro in cui vi è una certa disomogeneità fra le diverse realtà, ma con un chiaro comportamento delle regioni meridionali, che avevano nel 2003 valori pro capite più bassi delle altre regioni, che continuano ad avere valori inferiori nel 2016 e che denunciano, per contro, un tasso di crescita maggiore delle altre regioni.

Dall'altro, si assiste ad un pari e lento fenomeno di riduzione della spesa sanitaria pubblica in circa metà delle regioni, con le regioni meridionali che continuano ad avere valori di spesa inferiori al dato nazionale. Tali risultati sono certamente di difficile valutazione in quanto possono, almeno in parte, essere attribuiti alla diversa propensione dei cittadini ad orientarsi al mercato privato piuttosto che al pubblico, ma possono anche essere determinati da organizzazioni dei servizi pubblici non coerenti con i bisogni della popolazione o da un accesso difficoltoso al pubblico che rende la sanità privata più attrattiva per i cittadini.

È, quindi, raccomandabile una maggiore attenzione da parte delle regioni a tale fenomeno e alla correlata modalità di utilizzo delle risorse finanziarie pubbliche in ambito sanitario in modo da perseguire l'obiettivo



ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

395

prioritario di salvaguardare e/o migliorare lo stato di salute dei propri cittadini anche attraverso la garanzia dei LEA uniformemente in tutto il territorio. Tutto ciò al fine di evitare che la spesa privata svolga un ruolo sostitutivo anziché integrativo come dovrebbe, inve-

ce, essere in un sistema sanitario a fiscalità generale e ridurre almeno in parte il *gap* di spesa privata fra le varie regioni che, nel 2003, era pari a 343,0€ mentre, nel 2016, è pari a 571,0€.





Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. L'indicatore misura l'entità dei disavanzi, in termini pro capite, dei Servizi Sanitari Regionali (SSR). Intende, quindi, riflettere la sostenibilità economico-finanziaria dei SSR stessi. La presenza generalizzata di disavanzi ampi e/o crescenti nel tempo segnala una strutturale divaricazione nel livello e/o nella dinamica di ricavi e costi, con problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni, circoscritti, però, ad alcune regioni sono, invece, probabile sintomo di difficoltà gestionali. Una progressiva riduzione dei disavanzi e un correlato ampliamento del numero di regioni in equilibrio segnalano, d'altra parte, una ritrovata sostenibilità.

Metodologia. In passato, i dati erano tratti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP) che, però, è stata pubblicata solo fino all'Edizione 2012. Attualmente, dati analoghi vengono pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) in un Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria", giunto nel 2018 alla quinta Edizione¹.

Le principali differenze tra le due serie di dati riguardano il trattamento delle "risorse aggiuntive da bilancio regionale" o "contributi da regione extra fondo per la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA" e degli eventuali utili conseguiti da singole aziende.

Le "risorse aggiuntive da bilancio regionale", nella RGSEP, venivano incluse tra i ricavi purché assegnate "per assicurare ex-ante l'equilibrio economico-finanziario" del SSR anziché per coprire *ex-post* i disavanzi dell'esercizio. Nel Rapporto di Monitoraggio RGS, invece, tali risorse vengono sempre escluse dai ricavi, in quanto considerate "risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie, [conferita] per il raggiungimento dell'equilibrio economico". Si noti che, in questo modo, si finisce per assimilare situazioni profondamente diverse. In particolare, vengono trattate in modo uniforme tre diverse fattispecie, in cui le risorse aggiuntive sono: stanziate *ex-ante*, ossia per lo stesso esercizio in cui si sosterranno i correlati costi; stanziate *ex-post*, ossia negli esercizi successivi a quello in cui si sono sostenuti i correlati costi, a copertura dei relativi disavanzi; stanziate *ex-post* a copertura dei disavanzi ma, a differenza della fattispecie precedente, essendo state già "preordinate" allo scopo in virtù degli impegni assunti con la sottoscrizione del Piano di Rientro. Complessivamente, l'innovazione apportata dal Rapporto di Monitoraggio RGS, rispetto alla metodologia precedentemente utilizzata nella RGSEP, comporta un peggioramento sia del dato totale nazionale² sia più

specificamente dei risultati relativi ad alcune regioni. In particolare, peggiora il dato di quelle regioni a statuto ordinario che più sistematicamente hanno destinato *ex-ante* al proprio SSR risorse aggiuntive da bilancio regionale; peggiora, inoltre, il dato delle regioni a statuto speciale (Sicilia esclusa) e delle PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria, impiegando somme spesso molto superiori al fabbisogno sanitario regionale standard determinato dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE), sicché "l'eventuale disavanzo, determinato utilizzando la metodologia adottata per le regioni a statuto ordinario, non determina necessariamente un risultato di esercizio negativo in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota teorica di finanziamento può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie".

Quanto agli eventuali utili conseguiti da singole aziende, nella RGSEP si operava una semplice somma algebrica tra gli utili e le perdite delle aziende del SSR, sicché gli utili contribuivano a migliorare il risultato economico consolidato del SSR stesso. Nel Rapporto di Monitoraggio RGS, invece, tali utili vengono esclusi dalla determinazione del risultato economico consolidato del SSR, a meno che "la regione, tramite atto formale, renda noto agli Enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo". Complessivamente, dunque, anche questa innovazione apportata dal Rapporto di Monitoraggio RGS comporta un peggioramento sia del dato totale nazionale che, più specificamente, dei risultati relativi alle regioni che presentano aziende in utile.

Nell'interpretazione dei dati è, inoltre, opportuno considerare la presenza di una duplice discontinuità nella serie storica, nei periodi 2010-2011 e 2011-2012. In passato, infatti, veniva impiegata una configurazione di risultato economico che escludeva alcune voci "non monetarie" di costo e di ricavo, tra cui principalmente gli ammortamenti e le relative sterilizzazioni. Questa impostazione è stata modificata parzialmente nel 2011 e ulteriormente nel 2012. Nel 2011, in particolare, si è presa in considerazione "la quota degli ammortamenti non sterilizzati di competenza 2011 dei beni ad utilità ripetuta entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e, su richiesta regionale, anche degli altri ammortamenti non sterilizzati relativi a beni entrati in produzione prima del 2010". Dal 2012, vengono integralmente prese in considerazione tutte le voci di costo e ricavo. Nel 2012, inoltre, è entrato in vigore il D. Lgs. n. 118/2011,

¹MEF-RGS (2018). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 5. Roma.

²In misura pari a 1.530, 1.343, 1.190, 1.470, 1.729, 1.436, 1.082 milioni di € per gli esercizi dal 2006 al 2012.





che ha sostituito le precedenti regole contabili statuite dalle singole regioni con una disciplina uniforme a livello nazionale, prevalentemente mutuata dal codice civile. Ciò ha comportato un mutamento, talvolta significativo, nei criteri di valutazione impiegati per la redazione del bilancio. Ha, inoltre, “comportato che nel 2012 le regioni hanno effettuato una puntuale riconciliazione tra le posizioni debitorie e creditorie risultanti

dai bilanci di esercizio degli Enti dei SSR con i dati del bilancio regionale [...]. Tale attività di ricognizione si è riflessa, in parte, sui valori registrati nel conto economico con riferimento alle componenti straordinarie attive e passive”; per altra parte ha fatto, inoltre, emergere “situazioni relative ad anni pregressi” che non sono state poste a carico dei bilanci 2012, ma a cui occorrerà, comunque, “dare copertura finanziaria”³.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi-Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce una informazione di prima approssimazione sulla *performance* economico-finanziaria dei SSR. Valori elevati e/o tassi di incremento superiori alla media segnalano specifiche difficoltà e, quindi, la necessità di intervenire sulla struttura e sul funzionamento del SSR per contenerne i costi e/o di richiedere alla regione uno “sforzo fiscale” per incrementare le risorse disponibili. I limiti dell'indicatore si possono classificare in due gruppi.

Un primo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le aziende sanitarie pubbliche hanno sistemi contabili pienamente adeguati come dimostrano, tra l'altro, la frequente revisione dei dati pubblicati negli anni precedenti⁴, la citata emersione di sopravvenienze e insussistenze relative a esercizi pregressi e il ritardo accumulato dalla maggior parte delle regioni e delle aziende nell'implementazione dei “Percorsi Attuativi della Certificabilità” dei bilanci (Patto per la Salute 2010-2012, DM 17 settembre 2012, DM 1 marzo 2013). Per la sua natura “politicamente sensibile”, inoltre, il dato si rivelava, soprattutto in passato e in alcune regioni, lacunoso, ritardato e assoggettato a politiche di bilancio. Le prassi di redazione dei bilanci consolidati dei SSR, infine, presentano ancora alcune rilevanti criticità.

Un secondo gruppo di limiti concerne, invece, la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. Innanzitutto, l'indicatore non può essere utilizzato direttamente come misura delle “responsabilità” regionali, in quanto i ricavi derivano principalmente dal sistema nazionale di finanziamento, secondo criteri di ponderazione che solo teoricamente approssimano i bisogni reali delle popolazioni regionali. Inoltre, come già segnalato, l'indicatore, così come costruito sui dati della RGS, finisce per assimilare situazioni di impiego programmato di risorse aggiuntive regionali

a situazioni di disavanzo inatteso e/o indesiderato cui la regione deve porre rimedio. Per la sua natura aggregata, infine, l'indicatore non consente di risalire alle voci di ricavo o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso. In ogni caso, va poi ricordato che l'equilibrio economico-finanziario è condizione necessaria, ma certo non sufficiente per il buon funzionamento dei SSR: le *performance* dei SSR vanno misurate e valutate anche, e soprattutto, in termini di capacità di garantire i LEA e, in ultima analisi, di tutelare la salute.

Valore di riferimento/Benchmark. Come benchmark si può utilizzare il pareggio di bilancio, ormai conseguito in numerose regioni. Un utile riferimento resta, comunque, il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2017, il disavanzo sanitario nazionale, calcolato con la metodologia della RGS (ossia escludendo dai ricavi le “risorse aggiuntive da bilancio regionale” e sottraendo dai risultati consolidati regionali gli eventuali utili conseguiti da singole aziende), ammonta a circa 1,102 miliardi di €, in linea con quanto registrato nel triennio precedente (928, 1.009 e 935 milioni di €, rispettivamente, nel 2014, 2015 e 2016). Se si escludono le regioni a statuto speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo si riduce a 281 milioni di €. Anche a livello pro capite (Tabella 1), il disavanzo nazionale 2017 (18€) è in linea con quelli del triennio 2014-2016 e inferiore a quelli registrati in ciascuno degli anni precedenti (2001-2013).

Nel confronto interregionale, spiccano gli enormi disavanzi di alcune regioni a statuto speciale e PA, che vanno, però, considerati relativamente fisiologici perché, generalmente, frutto di una esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore a

³In particolare: “a) per la regione Piemonte [...] l'importo di 883 milioni di € [ossia circa 199€ pro capite] derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la regione Puglia, [...] l'importo di 292 milioni di € [ossia circa 71€ pro capite] derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per la regione Marche [...] la perdita pregressa dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico-Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani (88,479 milioni di €) [pari a circa 57€ pro capite]” (MEF-RGS, 2014, Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1. Roma).

⁴In particolare, si segnala che il disavanzo complessivo nazionale 2016, quantificato nel Rapporto di Monitoraggio n. 4 in 1.013 milioni di € (17€ pro capite) e così riportato nel Rapporto Osservasalute 2017, è stato rideterminato nel Rapporto di Monitoraggio n. 5 in 935 milioni di € (15€ pro capite).



quello considerato sufficiente dal CIPE per coprire il fabbisogno sanitario regionale standard. Tra le regioni a statuto ordinario, sono in equilibrio tutte le regioni del Centro-Nord, tranne la Liguria e la Toscana, che presentano, rispettivamente, disavanzi pro capite pari a 45€ e 24€. Al Centro-Sud ed Isole, le regioni in equilibrio sono 4 (Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia). È

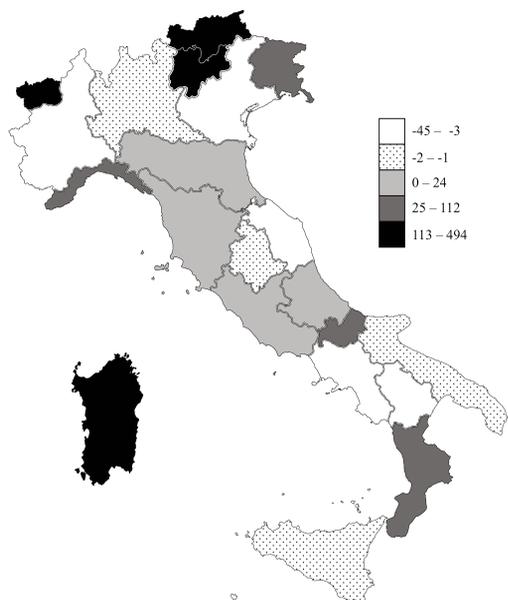
significativo osservare che due di queste regioni (Campania e Sicilia) generavano, 12 anni fa, insieme al Lazio, ben due terzi dell'intero disavanzo nazionale, registrando un *deficit* pro capite, rispettivamente, pari a 130€ e 214€; il Lazio stesso, inoltre, ha fortemente ridotto il proprio squilibrio risalendo gradualmente da 371€ pro capite del 2006 a 19€ del 2017.

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2016-2017

Regioni	2006	2016	2017
Piemonte	77	-2	-3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	585	202	174
Lombardia	0	-1	-1
Bolzano-Bozen	590	430	494
Trento	300	-12	362
Veneto	32	-3	-3
Friuli Venezia Giulia	4	-8	40
Liguria	59	41	45
Emilia-Romagna	72	0	0
Toscana	28	11	24
Umbria	65	-3	-2
Marche	32	-16	-3
Lazio	371	23	19
Abruzzo	154	29	7
Molise	209	135	112
Campania	130	-5	-10
Puglia	52	9	-1
Basilicata	-5	-17	-45
Calabria	27	51	50
Sicilia	214	0	-1
Sardegna	78	203	179
Italia	104	15	18

Fonte dei dati: MEF-RGS. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 5. Roma. Anno 2018.

Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2017



Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai *deficit* sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi dei *deficit* stessi (sottofi-

nanziamento, sovracapacità e/o sovrapproduzione, inefficienza etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare Piani di Rientro ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è



ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

399

inopportuno fermarsi ai valori nazionali.

In generale, comunque, i risultati conseguiti nel 2017, nonché nel triennio precedente, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento complessivo, possono essere ricondotti al rafforzamento delle regole di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari (per esempio l'abbassamento della soglia di disavanzo che rende obbligatoria la predisposizione di un Piano di Rientro) e dei relativi sistemi di monitoraggio, alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale (per esempio blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro e interventi in materia di farmaci) che regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi (per esempio riorganizzazione della rete ospedaliera, assegnazione di tetti di spesa e *budget* agli operatori privati accredi-

tati, blocco del *turnover* e introduzione o innalzamento dei ticket), nonché alle specifiche iniziative di "efficientamento" poste in essere dalle singole aziende.

Già negli anni scorsi si è, però, evidenziato come l'equilibrio conseguito da molte regioni appaia ancora relativamente fragile, per almeno due motivi. Da un lato, è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che, peraltro, guadagnando attendibilità, potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi. Dall'altro, è stato largamente raggiunto tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento delle prestazioni offerte) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo e che, comunque, sembrano aver privilegiato il contenimento della spesa anziché l'incremento della produttività.

