



## Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario presenta anche quest'anno l'intera gamma dei tradizionali indicatori, ossia: 1. spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL); 2. spesa sanitaria pubblica pro capite; 3. disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite. Ripropone, inoltre, 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.

Su base nazionale, la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta del 2% tra il 2017 e il 2018, attestandosi a 1.881€. Questo valore è il più elevato del decennio e denota una inevitabile ripresa della crescita dopo anni di stabilità o addirittura di contrazione. D'altra parte, la spesa sanitaria pubblica pro capite si conferma tra le più basse dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). Per il periodo 2011-2018, inoltre, il suo tasso medio composto annuo di incremento risulta pari solo allo 0,19%. Il rapporto spesa pubblica/PIL è, invece, rimasto sostanzialmente invariato tra il 2017 e il 2018, attestandosi al 6,44%. Quanto al disavanzo, il dato 2018 è leggermente superiore a quelli del quadriennio precedente (2014-2017) e inferiore a quelli degli esercizi 2001-2013, in termini sia assoluti (1,226 miliardi di €) sia pro capite (20€). Infine, aumenta significativamente la spesa sanitaria pro capite privata, a compensazione della stabilità rilevata l'anno precedente: il dato 2017 è di 619€, con un incremento del 4,8% rispetto all'anno precedente e dell'1,9% medio annuo nell'intero periodo 2004-2017.

Su base regionale, nel corso del 2018, la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta in tutte le regioni tranne in Molise (-0,5%) e Basilicata (-0,8%); solo in 8 regioni, inoltre, la crescita è stata <2% (Lombardia, Veneto, Liguria, Toscana, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna). Considerando l'intero periodo 2011-2018, d'altra parte, solo il Friuli Venezia Giulia presenta un tasso medio composto annuo di crescita >1% e solo in 9 altre regioni la variazione complessiva è stata positiva (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Puglia e Sicilia).

Quanto al disavanzo, nel 2018 come già nel 2017, tra le regioni centro-settentrionali a statuto ordinario non hanno raggiunto l'equilibrio economico-finanziario Liguria e Toscana; nel 2018, ad esse si è aggiunto il Piemonte. Al Centro-Sud ed Isole, le regioni in equilibrio sono 3 (Abruzzo, Campania e Basilicata) e altre 3 presentano disavanzi pro capite inferiori alla media nazionale (Lazio, Puglia e Sicilia).

Rispetto alla spesa sanitaria privata, è interessante osservare due aspetti complementari. Da un lato, il dato pro capite è superiore alla media nazionale in tutte le regioni del Centro-Nord tranne Umbria e Marche; inferiore, invece, alla media nazionale in tutte le regioni del Centro-Sud ed Isole. D'altra parte, però, il suo tasso medio annuo di incremento nel periodo 2004-2017 è stato almeno pari alla media nazionale in tutte le regioni centro-meridionali, nonché in Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria ed Emilia-Romagna.

Infine, l'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL, oltre a confermare distanze interregionali molto ampie (dal 5,0% della Lombardia al 10,1% della Sicilia) e prevalentemente attribuibili al denominatore, ribadisce 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 41% 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 programmare meglio 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 stato 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 economica iniziata nel 2008. Tuttavia, la continua crescita della spesa privata testimonia un arretramento della copertura complessivamente garantita dal sistema pubblico. Inoltre, vi sono segnali che le politiche di contenimento della spesa attuate negli anni scorsi stessero esaurendo le proprie potenzialità. Esiste, dunque, la necessità di spostare l'attenzione dal semplice contenimento della spesa verso la produttività della spesa stessa e verso un più complessivo e incisivo ridisegno delle reti di offerta. Tutto ciò, naturalmente, anche alla luce delle nuove esigenze imposte dalla pandemia e per assicurare il miglior utilizzo delle risorse aggiuntive che verranno auspicabilmente allocate al sistema sanitario anche finita la fase emergenziale.





## 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 tale fine l'indicatore analizza le funzioni (prime tre voci dell'elenco) ed effettua una ulteriore articolazione della spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali andando ad analizzare le sub-funzioni che la compongono:

- spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali (comprensente la spesa per l'assi-

stenza di medicina generale, l'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa, riabilitativa, ospedaliera ed altre prestazioni non erogate direttamente dalle aziende sanitarie);

- spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (relativa ai servizi amministrativi e a voci assicurative, contributive e fiscali);
- 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 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 considera 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 né 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, quelli medi dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

### Descrizione dei risultati

Nel 2018, la spesa sanitaria pubblica corrente assorbe il 6,44% del PIL, valore simile al 2017 quando era pari a 6,43% del PIL (Tabella 1).

Il suo valore continua ad essere inferiore a quello del-





la maggior parte dei Paesi europei, come Regno Unito (7,5%), Svezia (9,3%) e Norvegia (9,2%), per citarne alcuni dotati di un sistema sanitario pubblico. Si posiziona, invece, con valori superiori rispetto ai Paesi dell'Est-Europa, la cui spesa pubblica non supera il 6%.

A tale leggera flessione del valore complessivo della spesa corrente rispetto al PIL concorrono le "altre spese" con un decremento di -5,26% rispetto al 2017 e la "spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente" (-2,06%), mentre la "spesa sanitaria pubblica corrente per servizi erogati in convenzione per prestazioni sociali" registra un -0,44%.

Nell'ambito della spesa sanitaria pubblica corrente per servizi erogati in convenzione, la "spesa per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica" segna la maggiore riduzione (-8,70%), seguita, in ordine scalare, dalla "spesa per case di cura" (-3,64%) e dalla "spesa per assistenza farmaceutica" (-2,27%), mentre la "spesa per assistenza medico generale" e la "spesa per assistenza medico specialistica" restano invariate. Da evidenziare, invece, è l'aumento della "spesa per altre prestazioni" (+9,76%).

A livello italiano, nel 2018, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, pari al 3,80% del PIL, continua a giocare un ruolo predominante e a giustificare il 59,05% della spesa totale. Segue la spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 1) che assorbe a livello nazionale il 2,28% del PIL ed è articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,53% del PIL) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,43% del PIL), che ne giustificano la maggior parte del valore. 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 (0,21% 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 componente "altre spese" giustifica il 5,58% della spesa sanitaria pubblica corrente, pari allo 0,36% del PIL.

Le differenze fra le regioni continuano a sussistere e si presentano in linea con gli anni precedenti, con il valore più basso della spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL registrato ancora in Lombardia, pari al 5,00%, e con il valore più alto registrato ancora in Sicilia, pari al 10,14%.

Si registra un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano valori superiori alla media 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 alla media nazionale anche a causa del PIL più basso di quello delle regioni del resto d'Italia. 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 53% al 73% della spesa totale.

La spesa per prestazioni in convenzione assorbe, in ogni regione, una percentuale che oscilla fra il 21% e il 43% della spesa pubblica corrente. In Lombardia, Lazio, Molise e Campania la spesa per prestazioni in convenzione assume un peso rilevante, coprendo più del 41% della spesa sanitaria pubblica, mentre la spesa per prestazioni erogate direttamente giustifica valori di poco superiori al 51%.

Come evidenzia il Grafico 2, nell'ambito della spesa in convenzione non vi è una singola componente che si presenta come più importante, ma la composizione è varia fra le regioni. Emerge come aspetto rilevante che, a differenza degli anni precedenti, non è più la spesa per assistenza farmaceutica a presentarsi come la più importante e la spesa per case di cura private, oltre che in Lombardia e Liguria, assorbe un'alta percentuale in alcune regioni meridionali.





## ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

393

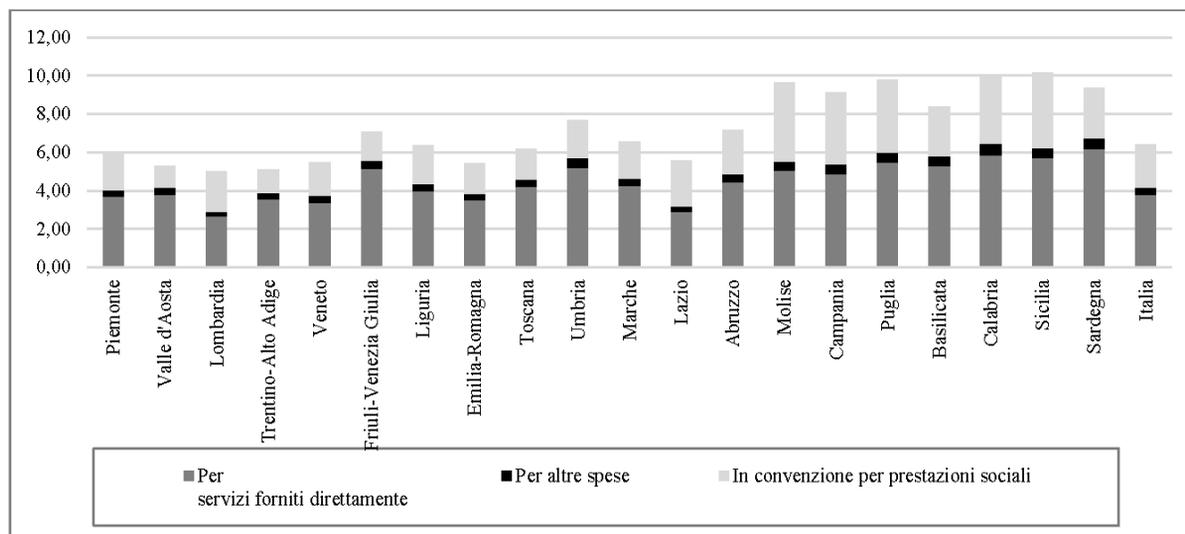
**Tabella 1** - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2018

Regioni	Spesa sanitaria pubblica corrente totale	Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione			Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali					
		Servizi forniti direttamente	Altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Assistenza farmaceutica	Assistenza medico generale	Assistenza medico specialista	Case di cura private	Assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Altre prestazioni
Piemonte	5,97	3,70	0,33	1,94	0,39	0,36	0,20	0,36	0,22	0,42
Valle d'Aosta	5,30	3,81	0,35	1,14	0,31	0,35	0,04	0,14	0,14	0,16
Lombardia	5,00	2,66	0,26	2,08	0,34	0,23	0,29	0,58	0,09	0,55
Trentino-Alto Adige*	5,08	3,57	0,32	1,19	0,22	0,27	0,08	0,19	0,12	0,30
Veneto	5,50	3,38	0,35	1,77	0,30	0,35	0,24	0,35	0,08	0,45
Friuli Venezia Giulia	7,08	5,13	0,42	1,52	0,42	0,37	0,14	0,18	0,15	0,26
Liguria	6,37	3,97	0,38	2,02	0,38	0,33	0,23	0,42	0,28	0,38
Emilia-Romagna	5,44	3,53	0,33	1,57	0,29	0,33	0,13	0,35	0,06	0,42
Toscana	6,16	4,21	0,36	1,60	0,36	0,36	0,12	0,23	0,14	0,38
Umbria	7,67	5,20	0,52	1,96	0,57	0,44	0,10	0,19	0,21	0,45
Marche	6,57	4,25	0,39	1,93	0,48	0,41	0,13	0,25	0,28	0,38
Lazio	5,59	2,89	0,28	2,42	0,41	0,32	0,27	0,81	0,24	0,38
Abruzzo	7,18	4,44	0,41	2,33	0,61	0,48	0,14	0,42	0,30	0,38
Molise	9,65	5,08	0,46	4,12	0,63	0,76	0,63	1,18	0,38	0,54
Campania	9,13	4,88	0,50	3,75	0,70	0,62	0,74	0,91	0,47	0,30
Puglia	9,78	5,50	0,51	3,77	0,72	0,71	0,41	1,01	0,36	0,55
Basilicata	8,40	5,28	0,53	2,60	0,63	0,64	0,31	0,15	0,54	0,32
Calabria	10,05	5,88	0,59	3,58	0,83	0,77	0,38	0,60	0,51	0,49
Sicilia	10,14	5,70	0,52	3,92	0,68	0,69	0,60	0,83	0,46	0,65
Sardegna	9,38	6,16	0,57	2,64	0,67	0,58	0,36	0,27	0,31	0,46
<b>Italia</b>	<b>6,44</b>	<b>3,80</b>	<b>0,36</b>	<b>2,28</b>	<b>0,43</b>	<b>0,39</b>	<b>0,28</b>	<b>0,53</b>	<b>0,21</b>	<b>0,45</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

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 2018

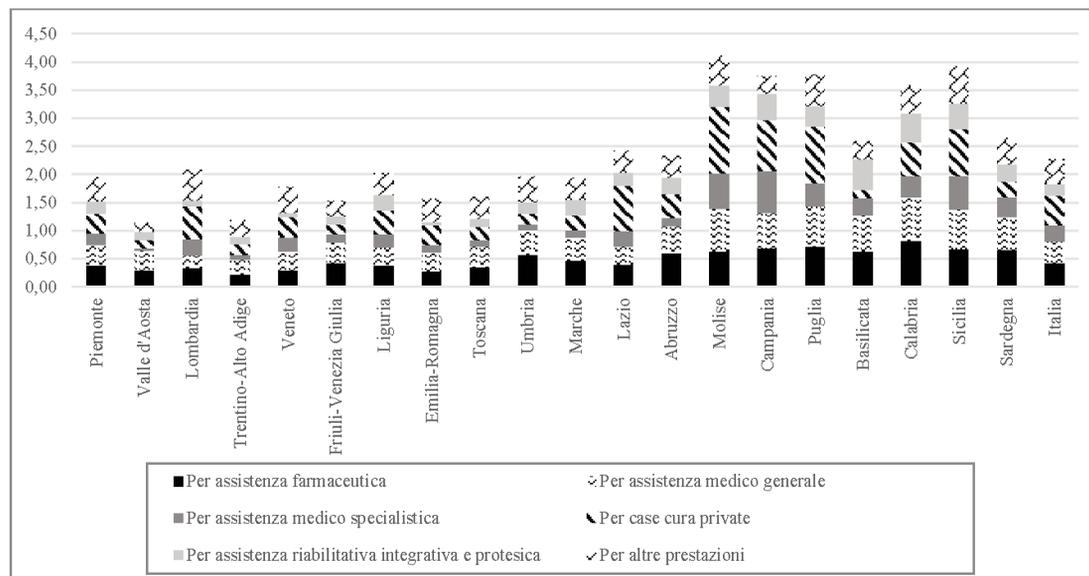


Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2019.





**Grafico 2** - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2018



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

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il quadro che emerge analizzando i dati di spesa del 2018 si caratterizza per alcuni elementi di innovatività rispetto agli anni precedenti, pur nella 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;
- la composizione della spesa vede ancora un ruolo dominante della spesa per servizi forniti direttamente, anche se la spesa in convenzione giustifica il 35% circa della spesa totale;
- alla riduzione della spesa sanitaria rispetto al PIL contribuiscono in misura maggiore le altre spese e la spesa per servizi forniti direttamente. La spesa in convenzione subisce un leggero rallentamento e alla riduzione di quest'ultima gioca un ruolo prioritario 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.

Certamente, a delineare 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.

Sicuramente, in termini prettamente finanziari, la riduzione della spesa è in parte attribuibile alla politica, ormai attivata da anni, attraverso numerosi interventi, del contenimento della spesa. Questa politica pare, però, aver impattato maggiormente sulle prestazioni ad erogazione diretta.

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 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 sani-





## ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

395

taria. 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 e palesano gli effetti di politiche sanitarie intraprese nel passato come l'attivazione di Ospedali privati sul territorio regionale.

Le raccomandazioni prospettabili sono, da un lato, che le regioni 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 le regioni adeguino l'offerta di prestazioni alle

effettive esigenze della popolazione in modo da garantire appropriatezza delle prestazioni erogate 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.

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 da garantire. A tal fine, una accurata analisi e monitoraggio degli indicatori relativi ai LEA può fornire indicazione sulla capacità delle regioni di salvaguardare efficacia ed efficienza.





## Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata pro capite

**Significato.** In questo contesto sono presentati due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa pubblica corrente e la spesa privata 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 di servizi di assistenza 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.

I due indicatori sono analizzati singolarmente rispetto alla rispettiva serie storica.

Inoltre, viene effettuata, per lo stesso arco temporale disponibile, una lettura coincidente dei due indicatori che 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), sia per gli altri servizi socio-sanitari che la regione ritiene di dover garantire 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 medi nazionali e, per il dato nazionale, quelli medi dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).





### **Descrizione dei risultati**

Nel 2018, la spesa sanitaria pubblica pro capite presenta, in Italia, un incremento rispetto al 2017 pari al 2,0%, posizionandosi a 1.881€. Tale valore pone l'Italia tra i Paesi che continuano a spendere meno tra i 32 Paesi dell'area OCSE, collocandosi nelle posizioni inferiori insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

Nel 2018, la spesa varia fra 2.220€ del Friuli Venezia Giulia e 1.697€ 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 la media nazionale e le regioni del Meridione, con l'eccezione di Molise e Sardegna, con valori inferiori.

Inoltre, il valore medio nazionale è superiore alla spesa del 2011 pari a 1.856€, con un trend che evidenzia un andamento lievemente in crescita con un tasso medio composto annuo di +0,19% (Tabella 1).

Il comportamento delle regioni segue un andamento non univoco; infatti, 11 regioni presentano un tasso annuo in aumento, fra lo 0,20% e l'1,20%, mentre 9 regioni hanno un tasso annuo in diminuzione, tra lo 0,05 e il 2,30%.

La spesa pro capite privata (Tabella 2) a livello italiano segna un trend crescente nel periodo 2004-2017, passando da 481,9€ a 619,2€, con un ritmo in aumento dell'1,9% annui. Nonostante la crescita, la spesa pro capite mantiene nel 2017 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 tutte quelle meridionali che presentano un tasso di crescita superiore a quello medio italiano con una punta massima registrata in Basilicata, pari a 3,9% annui di incremento. Solo le Marche e la

Lombardia denunciano un incremento moderato ed <1% annui.

La posizione nella graduatoria della spesa privata pro capite delle regioni è relativamente costante nel tempo: le regioni del Nord, con la sola eccezione della Liguria, che registravano nel 2004 valori superiori alla media nazionale e >560€ si posizionano, anche nel 2017, con valori superiori alla media nazionale e >650€.

Nel periodo analizzato cresce il gap fra le regioni, che passa da 351,6€ nel 2004 (con il valore massimo registrato in Friuli Venezia Giulia pari a 660,2€ e il valore minimo di 308,6€ in Sicilia) a 613,7€ nel 2017 (con il valore massimo registrato in Valle d' Aosta pari a 1.024,5€ e il valore minimo di 410,8€ in Campania).

Se si effettua un confronto fra spesa sanitaria privata e pubblica pro capite per gli anni 2011-2017, si osserva un andamento analogo: a livello italiano la spesa pro capite privata aumenta ad un tasso dello 1,9% annui, mentre la spesa pro capite pubblica dello 0,19% all'anno. Come conseguenza della maggior crescita della spesa privata, nel 2011 il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica pro capite si attestava a 0,30 (ovvero, vale a dire che la spesa privata era pari al 30% della spesa pubblica); nel 2017 tale valore è pari a 0,33 (Grafico 1).

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 registra una riduzione e viceversa.

Degne di nota sono la Valle d' Aosta e il Friuli Venezia e Giulia, la cui spesa privata è pari al 50% della spesa pubblica pro capite nel 2017.



**Tabella 1** - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazione (valori per 100) e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2018

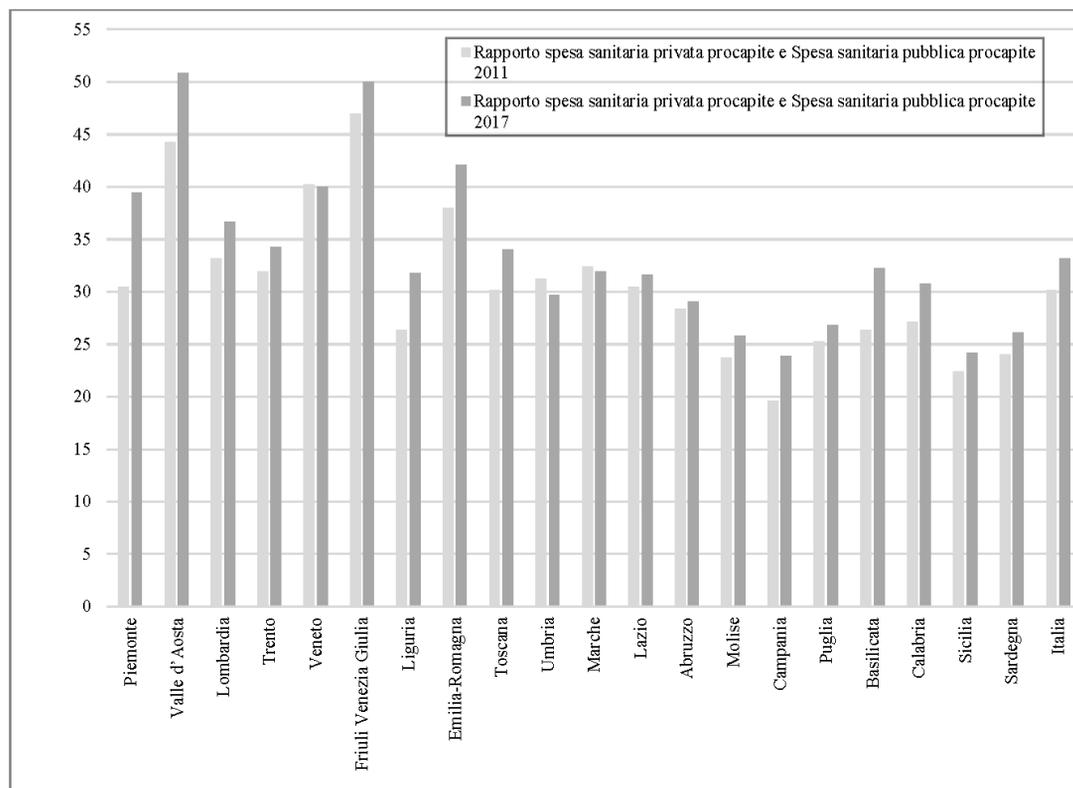
Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ % (2018-2011)	Δ % (2018-2017)	Tassi medi composti annui (2011-2018)
Piemonte	1.906	1.904	1.847	1.805	1.813	1.841	1.835	1.878	-1,5	2,3	-0,21
Valle d'Aosta	2.237	2.193	2.160	2.094	2.081	2.018	1.983	2.065	-7,7	4,1	-1,14
Lombardia	1.850	1.814	1.807	1.842	1.855	1.861	1.907	1.943	5,0	1,9	0,70
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2.235</i>	<i>2.307</i>	<i>2.231</i>	<i>2.187</i>	<i>2.255</i>	<i>2.285</i>	<i>1.865</i>	<i>1.906</i>	<i>-14,7</i>	<i>2,2</i>	<i>-2,25</i>
<i>Trento</i>	<i>1.943</i>	<i>1.990</i>	<i>1.943</i>	<i>1.924</i>	<i>1.891</i>	<i>1.884</i>	<i>1.852</i>	<i>1.894</i>	<i>-2,6</i>	<i>2,3</i>	<i>-0,37</i>
Veneto	1.745	1.734	1.724	1.726	1.749	1.772	1.799	1.829	4,8	1,7	0,67
Friuli Venezia Giulia	2.045	2.060	2.040	1.960	1.898	1.900	2.146	2.220	8,6	3,4	1,18
Liguria	2.061	2.019	1.999	2.014	2.044	2.037	2.016	2.054	-0,3	1,9	-0,05
Emilia-Romagna	1.863	1.893	1.872	1.855	1.885	1.890	1.915	1.973	5,9	3,0	0,82
Toscana	1.902	1.853	1.813	1.832	1.900	1.832	1.906	1.943	2,2	1,9	0,31
Umbria	1.846	1.874	1.827	1.850	1.856	2.111	1.888	1.940	5,1	2,8	0,71
Marche	1.816	1.784	1.791	1.781	1.781	1.807	1.807	1.846	1,7	2,2	0,23
Lazio	1.987	1.998	1.923	1.904	1.926	1.913	1.857	1.878	-5,5	1,1	-0,80
Abruzzo	1.789	1.795	1.756	1.753	1.794	1.801	1.795	1.836	2,6	2,3	0,37
Molise	2.095	2.123	2.095	2.226	2.069	2.051	2.004	1.993	-4,9	-0,5	-0,71
Campania	1.748	1.718	1.686	1.689	1.726	1.729	1.690	1.697	-2,9	0,4	-0,42
Puglia	1.794	1.763	1.764	1.783	1.799	1.822	1.783	1.823	1,6	2,2	0,23
Basilicata	1.885	1.822	1.833	1.829	1.850	1.842	1.852	1.837	-2,5	-0,8	-0,37
Calabria	1.751	1.745	1.715	1.711	1.725	1.741	1.677	1.706	-2,6	1,7	-0,37
Sicilia	1.769	1.752	1.731	1.707	1.739	1.738	1.724	1.794	1,4	4,1	0,20
Sardegna	1.982	2.049	1.994	2.041	2.062	2.065	1.946	1.970	-0,6	1,2	-0,09
<b>Italia</b>	<b>1.856</b>	<b>1.844</b>	<b>1.816</b>	<b>1.817</b>	<b>1.838</b>	<b>1.845</b>	<b>1.844</b>	<b>1.881</b>	<b>1,3</b>	<b>2,0</b>	<b>0,19</b>

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 2004-2017

Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Tassi medi composti annui (2004-2017)
Piemonte	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	728,7	2,0
Valle d'Aosta	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	1 024,5	3,6
Lombardia	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	698,2	0,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>596,2</i>	<i>588,5</i>	<i>609,5</i>	<i>614,9</i>	<i>657,1</i>	<i>650,2</i>	<i>629,1</i>	<i>692,1</i>	<i>641,8</i>	<i>601,1</i>	<i>617,7</i>	<i>655,6</i>	<i>653,3</i>	<i>678,7</i>	<i>1,0</i>
<i>Trento</i>	<i>576,2</i>	<i>568,0</i>	<i>569,6</i>	<i>534,4</i>	<i>537,1</i>	<i>559,3</i>	<i>564,8</i>	<i>621,3</i>	<i>614,5</i>	<i>605,9</i>	<i>618,7</i>	<i>658,8</i>	<i>656,1</i>	<i>679,4</i>	<i>1,3</i>
Veneto	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	725,5	1,6
Friuli Venezia Giulia	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	972,3	3,0
Liguria	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	653,4	3,1
Emilia-Romagna	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	803,7	2,3
Toscana	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	652,1	2,3
Umbria	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	574,0	1,5
Marche	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	588,0	0,9
Lazio	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	600,1	2,0
Abruzzo	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	528,9	2,3
Molise	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	526,4	2,3
Campania	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	410,8	2,0
Puglia	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	495,0	2,4
Basilicata	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	602,3	3,9
Calabria	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	537,4	2,8
Sicilia	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	426,5	2,5
Sardegna	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	538,3	2,4
<b>Italia</b>	<b>481,9</b>	<b>477,3</b>	<b>492,9</b>	<b>496,1</b>	<b>519,6</b>	<b>507,6</b>	<b>510,6</b>	<b>559,9</b>	<b>549,0</b>	<b>538,0</b>	<b>553,1</b>	<b>588,1</b>	<b>591,0</b>	<b>619,2</b>	<b>1,9</b>

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2019.

**Grafico 1** - Rapporto spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite - Anni 2011, 2017

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2019.

### 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

le 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 costante incremento della spesa privata e disegnano un quadro in cui vi è una certa disomogeneità fra le diverse realtà italiane ma con un chiaro comportamento delle regioni meridionali, che avevano nel 2004 valori pro capite più bassi delle altre regioni e che continuano ad avere valori inferiori nel 2017; dall'altro, si assiste ad un pari e più lento fenomeno di incremento della spesa sanitaria pubblica ma solo in circa metà delle regioni. 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 al fine di perseguire l'obiettivo prioritario di salvaguardare e/o migliorare lo stato di salute dei propri cittadini anche attraverso la garanzia dei livelli di assistenza uniformemente in tutto il terri-

torio italiano, al fine di evitare che la spesa privata svolga un ruolo sostitutivo anziché integrativo, come dovrebbe, invece, essere in un sistema sanitario a fiscalità generale.





## 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 e, dunque, 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.** I dati di disavanzo vengono pubblicati dal 2013 dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) nel Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria" giunto, nel 2019, alla sesta Edizione<sup>1</sup>. La metodologia di determinazione dei disavanzi presenta alcune peculiarità, di seguito sintetizzate:

1. Le "risorse aggiuntive da bilancio regionale" o "contributi da regione extra fondo per la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA" vengono sempre escluse dai ricavi in quanto considerate "risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordina-

rio e all'ordinario sistema delle entrate proprie, (conferita) per il raggiungimento dell'equilibrio economico" (MEF-RGS 2019, p. 57).

2. Per le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e le PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria, il "finanziamento ordinario" viene determinato in modo figurativo, sulla base della metodologia adottata per assegnare il finanziamento alle regioni a Statuto Ordinario. Ne risultano spesso disavanzi figurativi anche elevati, a cui però non corrisponde "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" (MEF-RGS 2019, p. 23).

3. Eventuali utili conseguiti da singole aziende vengono esclusi dalla determinazione del risultato economico consolidato del SSR, a meno che (MEF-RGS 2019, p. 54) "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".

La serie storica dei disavanzi calcolati con questa metodologia è stata ricostruita a ritroso fino al 2006.

### 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, nonché di richiedere alla regione uno "sforzo fiscale" per incrementare le risorse disponibili.

I limiti dell'indicatore si possono classificare in tre gruppi.

Un primo gruppo di limiti deriva dalle peculiarità metodologiche sopra illustrate, che penalizzano la rappresentazione dell'equilibrio economico: 1. delle regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e delle PA; 2. delle regioni che, per scelta e già in sede di programmazione, decidono di destinare risorse aggiuntive da bilancio regionale al proprio SSR per migliorare quantità e qualità dell'assistenza, rispetto alle regioni che si trovano invece a dover coprire disavanzi inattesi e/o indesiderati; 3. delle regioni che presentano

aziende in utile.

Un secondo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le aziende sanitarie pubbliche hanno sistemi contabili pienamente adeguati, come dimostrano le frequenti revisioni dei dati pubblicati negli anni precedenti, nonché 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). L'attendibilità dei dati è ulteriormente danneggiata dai frequenti riassetti delle aziende. Le prassi di redazione dei bilanci consolidati dei SSR, infine, presentano ancora criticità.

Un terzo gruppo di limiti riguarda la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. L'indicatore è direttamente influenzato dal sistema di finanziamento e, quindi, non solo dalla congruità complessiva del finanziamento nazionale, ma anche dalla validità dei criteri utilizzati in sede di riparto per cogliere le differenze nei bisogni assistenziali delle

<sup>1</sup>MEF-RGS (2019). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 6. Roma.



regioni. Per la sua natura aggregata, inoltre, l'indicatore non consente di risalire alle voci di ricavo o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso.

Si sottolinea, infine, 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 medio nazionale. Alla luce della limitata significatività dei disavanzi calcolati per le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e le PA, può essere opportuno rideterminare il dato medio nazionale dopo aver escluso tali regioni e PA.

#### Descrizione dei risultati

Nel 2018, il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 1,226 miliardi di €, in leggero peggioramento rispetto a quanto registrato nel quadriennio precedente (927, 1.004, 942 e 1.069 milioni di € tra il 2014 e il 2017), ma comunque inferiore rispetto ai disavanzi degli anni ancora precedenti (2001-2013). Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (eccetto la Sicilia) e le PA, il disavanzo si riduce a 448 milioni di €.

Anche a livello pro capite (Tabella 1), il disavanzo

medio nazionale 2018 (20€) è in linea con quelli del quadriennio 2014-2017 e inferiore a quelli registrati in ciascuno degli anni precedenti (2001-2013).

Nel confronto interregionale spiccano gli enormi disavanzi pro capite di alcune regioni a Statuto Speciale e delle PA che vanno, però, considerati relativamente fisiologici, poiché generalmente frutto di una esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore a quello considerato sufficiente dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica per coprire il fabbisogno sanitario regionale standard. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (eccetto la Sicilia) e le PA, il disavanzo pro capite si riduce a 8€.

Tra le regioni a Statuto Ordinario, sono in equilibrio tutte le regioni del Centro-Nord ad eccezione di Liguria, Toscana e, diversamente dal 2017, Piemonte. Solo in Liguria, tuttavia, il disavanzo pro capite (36€) eccede la media nazionale. Al Centro-Sud ed Isole 3 regioni sono in equilibrio (Abruzzo, Campania e Basilicata) e altre 3 presentano disavanzi pro capite inferiori alla media nazionale (Lazio, Puglia e Sicilia). È significativo osservare come Lazio, Campania e Sicilia generassero, 10 anni fa, ben due terzi dell'intero disavanzo nazionale, registrando *deficit* pro capite rispettivamente pari a 374€, 131€ e 219€. Disavanzi pro capite particolarmente ampi persistono, invece, in Molise (117€) e Calabria (87€).

**Tabella 1** - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2017-2018

Regioni	2006	2017	2018
Piemonte	77	0	12
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	568	172	150
Lombardia	0	-1	-1
Bolzano-Bozen	570	509	508
Trento	286	364	367
Veneto	31	-11	-1
Friuli Venezia Giulia	3	43	72
Liguria	61	36	36
Emilia-Romagna	69	0	0
Toscana	28	25	9
Umbria	64	-3	-1
Marche	32	-1	-6
Lazio	374	8	7
Abruzzo	153	32	0
Molise	216	113	117
Campania	131	-2	0
Puglia	52	-1	14
Basilicata	-5	-8	-1
Calabria	28	52	87
Sicilia	219	0	6
Sardegna	79	146	124
<b>Italia</b>	<b>103</b>	<b>18</b>	<b>20</b>
<b>Italia escludendo le regioni a Statuto Speciale (eccetto Sicilia) e le PA</b>	<b>99</b>	<b>5</b>	<b>8</b>

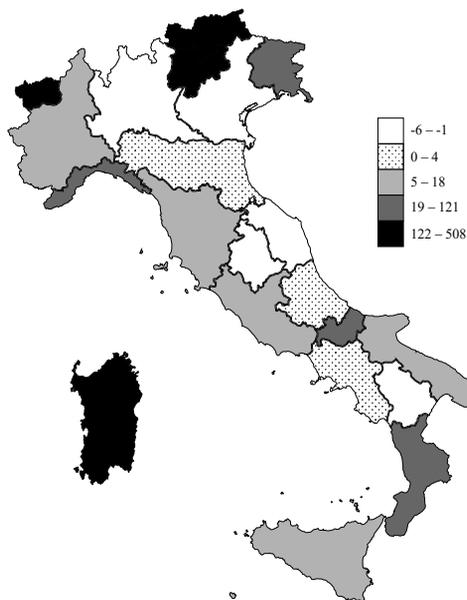
Fonte dei dati: MEF-RGS (2019). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 6. Roma. Anno 2019.



## ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

403

Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2018



### Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai *deficit* sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi dei *deficit* stessi (sottofinanziamento, 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 inopportuno fermarsi alle medie nazionali.

In generale, comunque, la stabilizzazione dei disavanzi nell'ultimo quinquennio, dopo la forte riduzione avviata nel 2007, conferma che il Servizio Sanitario Nazionale è parsimonioso ed è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva di spesa e disavanzo, allineandosi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato. Tutto ciò malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi del 2008.

Questo risultato è principalmente riconducibile a tre fattori: 1. l'introduzione e il rafforzamento delle regole di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari, nonché i relativi sistemi di monitoraggio; 2. le specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazio-

nale che regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi; 3. le ulteriori iniziative poste in essere dalle singole aziende.

L'equilibrio conseguito in molte regioni, tuttavia, rischia di essere relativamente fragile, per almeno due motivi. Da un lato, è espresso da sistemi contabili che non sono pienamente attendibili, che risentono negativamente della continua ridefinizione delle Aziende Sanitarie e che in futuro, guadagnando attendibilità, potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi. Dall'altro, tale equilibrio è stato largamente raggiunto tramite iniziative che difficilmente avrebbero potuto essere mantenute nel medio periodo e che, comunque, sembrano aver privilegiato il contenimento della spesa anziché l'incremento della produttività. Esiste, dunque, la necessità di spostare l'attenzione dal semplice contenimento della spesa verso la produttività della spesa stessa e verso un più complessivo e incisivo ridisegno delle reti di offerta. Tutto ciò, naturalmente, anche alla luce delle nuove esigenze imposte dalla pandemia, nonché per assicurare il miglior utilizzo delle risorse aggiuntive che verranno auspicabilmente allocate al sistema sanitario anche finita la fase emergenziale.

