



Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario presenta anche quest'anno l'intera gamma dei tradizionali indicatori fondamentali, 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 forniti 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.

I valori presentati fanno riferimento al 2020. Fa eccezione solo la spesa sanitaria privata, per la quale il dato si riferisce al 2019. Si tratta di valori profondamente influenzati dalla pandemia di *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) e, quindi, di difficile comparazione e interpretazione. Nel 2020, infatti, l'emergenza sanitaria ha comportato costi incrementali ingenti e non sempre isolabili dai costi "ordinari". La mancata erogazione di prestazioni sanitarie in conseguenza delle restrizioni dovute alla pandemia ha, d'altra parte, generato alcuni risparmi di costo (costi cessanti); ha, però, prodotto un disallineamento tra prestazioni erogate e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire, nonché una contrazione dei proventi propri delle Aziende sanitarie (per esempio ticket e libera professione). Ai conseguenti squilibri economici si è fatto fronte tramite un significativo incremento (+5,3%) del finanziamento ordinario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La pandemia ha comportato, inoltre, una forte contrazione del PIL (-7,8%). Tutti questi fenomeni si sono naturalmente manifestati con intensità differenziata nelle diverse regioni. Il confronto con gli anni precedenti diventa, quindi, poco significativo.

Più specificamente, nel 2020, la spesa sanitaria pubblica pro capite nazionale è cresciuta del 7,3% rispetto al 2019, raggiungendo i 2.065€. Analogamente, il rapporto spesa pubblica/PIL è salito di 1,0 punto percentuale, attestandosi al 7,42%. Ciò nonostante, la spesa sanitaria pubblica italiana resta tra le più basse dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

Grazie all'incremento nel finanziamento, peraltro, il disavanzo 2020 (pari a circa 913 milioni di €, ossia 15€ pro capite) si è addirittura ridotto rispetto al 2019. Considerando l'intera serie storica dal 2001 a oggi, mai il SSN era stato così vicino al pareggio. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (ad eccezione della Sicilia) e le PA, si registra addirittura un piccolo avanzo (3 milioni di €, pari a 0€ pro capite).

Per la spesa sanitaria privata, invece, l'ultimo dato disponibile (2019) precede la pandemia. Al riguardo, persiste il trend di crescita già evidenziato negli anni precedenti: il dato 2019 è di 644€ pro capite, con un incremento del 2,4% rispetto all'anno precedente e dell'1,8% medio annuo nel periodo 2011-2019. Di conseguenza, il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica è passato da 0,30 nel 2011 a 0,34 nel 2019.

Su base regionale, nel corso del 2020, la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta significativamente in tutte le regioni, con incrementi <7% solo in Lombardia ed Emilia-Romagna (6,9%), PA di Trento (6,7%) e PA di Bolzano (6,4%).

Quanto al disavanzo, l'incremento del finanziamento ha consentito una relativa stabilità di posizionamento rispetto al 2019. Nel Centro-Nord, nel 2020 sono in equilibrio Veneto, Emilia-Romagna, Umbria e Marche; la Lombardia passa da un piccolo avanzo pro capite (1€) a un piccolo disavanzo (3€); in Liguria e Toscana il disavanzo pro capite eccede invece la media nazionale. Al Centro-Sud ed Isole, 3 regioni restano in equilibrio (Campania, Basilicata e Sicilia), 1 regione (Lazio) presenta un piccolo disavanzo e altre 2 regioni rilevano disavanzi pro capite inferiori alla media nazionale (Abruzzo e Puglia); disavanzi pro capite particolarmente ampi persistono, invece, in Molise (98€) e Calabria (46€). In merito, è significativo osservare come Lazio, Campania e Sicilia generassero, nel 2006, ben due terzi dell'intero disavanzo del SSN.

Rispetto alla spesa sanitaria privata, si confermano due aspetti complementari. Da un lato, il dato pro capite 2019 resta superiore alla media nazionale in tutte le regioni del Nord e in Toscana; inferiore, invece, alla media nazionale in tutte le altre regioni. D'altro lato, però, tra il 2011-2019 il *gap* fra regioni si è progressivamente ridotto.

Infine, l'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL, oltre a confermare distanze interregionali molto ampie (da 5,56-5,70% per PA di Bolzano, PA di Trento e Lombardia a 12,21-12,40% per Calabria e Molise) e prevalentemente attribuibili al denominatore, ribadisce la forte differenziazione interregionale nel *mix* tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso a erogatori privati accreditati e convenzionati. In particolare, malgrado l'incremento generalizzato dei costi per servizi prodotti direttamente dalle aziende pubbliche, attribuibile





innanzitutto alle consistenti risorse aggiuntive destinate alla spesa per il personale, il peso della produzione esterna continua a superare il 40% in Lombardia e nel Lazio. L'analisi delle *performance* economico-finanziarie delle diverse regioni non indica quale debba 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 contemporaneamente un ampio sistema di strutture pubbliche e una gamma altrettanto ampia di strutture private.

In sintesi, prima della pandemia, il progressivo contenimento (2007-2014) e la successiva invarianza (2015-2019) dei disavanzi a fronte di una sostanziale stabilità del finanziamento ordinario (+0,8% medio annuo dal 2012), nonché i confronti internazionali relativi ai dati di spesa, avevano evidenziato la parsimonia del SSN. Malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi finanziaria globale iniziata nel 2008, infatti, la tradizionale dinamica espansiva della spesa era stata arginata e il SSN si era allineato alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato. Ciò grazie all'introduzione e al rafforzamento delle regole nazionali di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari, nonché ai relativi sistemi di monitoraggio; alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale sia regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi; alle ulteriori iniziative attuate dalle singole aziende.

Allo stesso tempo, però, la continua crescita della spesa sanitaria privata testimoniava un arretramento della copertura complessivamente garantita dal sistema pubblico. Inoltre, vi erano segnali che le politiche di contenimento della spesa attuate a partire dal 2007 stessero esaurendo le proprie potenzialità. Già prima della pandemia emergeva, 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.

Con il 2019 si è conclusa la serie storica iniziata nel 2001 (con la riforma del titolo V della Costituzione) o nel 2006 (con il rafforzamento della responsabilizzazione regionale e il venir meno dell'aspettativa di ripiano dei disavanzi). I valori del 2020 (e, in prospettiva, almeno quelli del 2021) riflettono l'impatto della pandemia e sono difficilmente interpretabili. Quanto al prossimo futuro, la sfida sarà ricercare un nuovo equilibrio tra proventi e costi dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), tra la quantità e tipologia di prestazioni erogate dai SSR e i LEA da garantire, nonché tra finanziamento del SSN e vincoli di finanza pubblica. Ciò perseguendo, nel contempo, gli ambiziosi obiettivi delineati nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che richiedono non solo spesa in conto capitale, ma anche una profonda ridefinizione delle modalità di funzionamento del sistema e, quindi, della spesa corrente.





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 in quella nazionale. A tal fine, l'indicatore non solo analizza tre funzioni (prime tre voci dell'elenco), ma effettua anche 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 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 consentire 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 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, correlando, quindi, al reddito prodotto, ma da trasferimenti definiti in sede di accordo Stato-Regione. 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 2020 la spesa sanitaria pubblica corrente cresce e



passa dal 6,42% del PIL, nel 2019, al 7,42%, invertendo la tendenza degli anni precedenti (Tabella 1).

Anche nel 2020, il suo valore continua ad essere inferiore a quello della maggior parte dei Paesi europei, come Regno Unito (10,4%) o Norvegia (9,8%), per citarne alcuni dotati di sistema sanitario pubblico come quello italiano.

La tendenza temporale 2016-2020 (Grafico 1) evidenzia un incremento della spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, della spesa per assistenza medico generale e della spesa per altre spese, mentre si rileva una riduzione della spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica.

Nel 2020, a livello italiano, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente cresce e passa dal 3,80% nel 2019 al 4,50% del PIL e continua a giocare un ruolo predominante, giustificando il 60,6% della spesa totale.

Segue la spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2), che assorbe a livello nazionale il 2,52% del PIL ed è articolata nelle seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,57% del PIL), spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni (0,53% del PIL), spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale (0,45% del PIL) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,44%) che ne giustificano la maggior parte del valore. Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,31% del PIL) e dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa,

integrativa e protesica (0,21% del PIL).

Le differenze fra le regioni continuano a sussistere e si presentano in linea con gli anni precedenti, con i valori più bassi della spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL registrati nelle PA di Bolzano, PA di Trento e Lombardia (rispettivamente, 5,56%, 5,65% e 5,70%) e con i valori più alti registrati in Molise e Calabria (12,40% e 12,21% del PIL, rispettivamente). Si registra un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano un valore sempre superiore alla media nazionale.

A livello regionale, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente continua a giocare un ruolo predominante e l'incidenza di tale componente di spesa assorbe dal 52-74% circa della spesa totale.

La spesa per prestazioni in convenzione assorbe in ogni regione una percentuale che oscilla fra il 19-43% circa della spesa pubblica corrente. È in Lombardia e nel Lazio che la spesa per prestazioni in convenzione assume un peso rilevante, coprendo più del 40% della spesa sanitaria pubblica.

Come si evidenzia nel Grafico 3, nell'ambito della spesa in convenzione, non vi è una singola componente che si presenti come più importante, ma la composizione è varia fra le regioni.

Emerge come aspetto rilevante che è la spesa per case di cura private a presentarsi come voce rilevante non solo a livello nazionale ma anche in alcune regioni del Nord e del Centro, come Lombardia e Lazio, e in diverse regioni meridionali.



ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

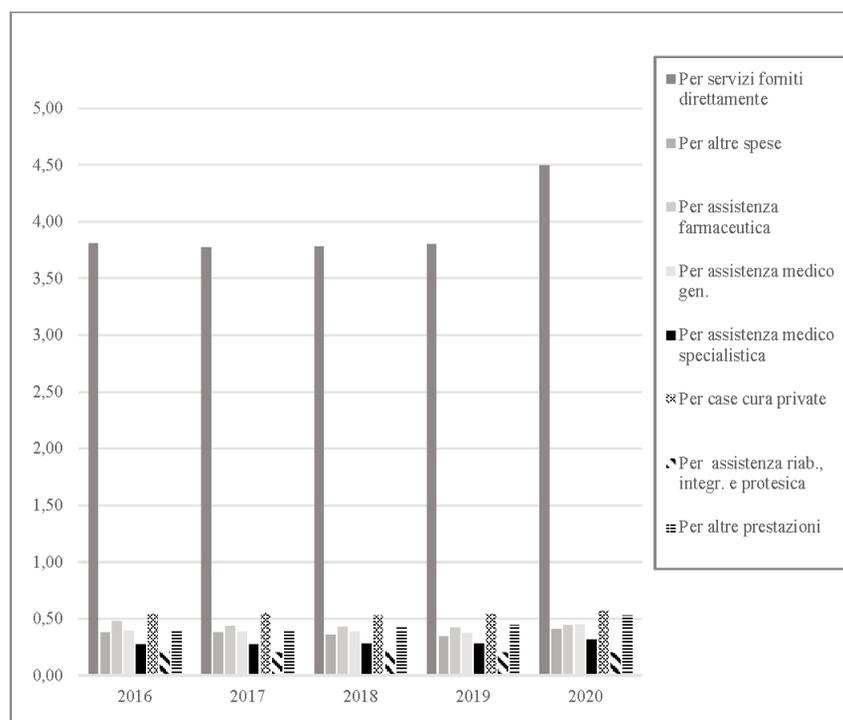
439

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 2020

| 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 | Casi di cura private | Assistenza riabilitativa integrativa e protesica | Altre prestazioni |
| Piemonte | 7,10 | 4,50 | 0,40 | 2,20 | 0,40 | 0,40 | 0,20 | 0,40 | 0,20 | 0,50 |
| Valle d'Aosta | 6,10 | 4,50 | 0,40 | 1,20 | 0,30 | 0,40 | 0,00 | 0,10 | 0,20 | 0,20 |
| Lombardia | 5,70 | 3,10 | 0,30 | 2,30 | 0,40 | 0,30 | 0,30 | 0,60 | 0,10 | 0,70 |
| Bolzano-Bozen | 5,56 | 4,14 | 0,38 | 1,04 | 0,18 | 0,29 | 0,05 | 0,13 | 0,15 | 0,24 |
| Trento | 5,65 | 3,77 | 0,34 | 1,54 | 0,31 | 0,36 | 0,13 | 0,29 | 0,09 | 0,34 |
| Veneto | 6,19 | 3,86 | 0,35 | 1,98 | 0,30 | 0,42 | 0,23 | 0,36 | 0,07 | 0,58 |
| Friuli Venezia Giulia | 7,27 | 5,18 | 0,47 | 1,62 | 0,40 | 0,41 | 0,15 | 0,19 | 0,15 | 0,32 |
| Liguria | 7,40 | 4,68 | 0,43 | 2,29 | 0,38 | 0,41 | 0,26 | 0,47 | 0,30 | 0,46 |
| Emilia-Romagna | 6,21 | 4,04 | 0,37 | 1,80 | 0,30 | 0,38 | 0,15 | 0,37 | 0,06 | 0,55 |
| Toscana | 6,89 | 4,76 | 0,43 | 1,69 | 0,36 | 0,44 | 0,14 | 0,21 | 0,14 | 0,41 |
| Umbria | 8,55 | 5,80 | 0,53 | 2,22 | 0,54 | 0,53 | 0,14 | 0,22 | 0,22 | 0,58 |
| Marche | 7,76 | 5,15 | 0,47 | 2,14 | 0,46 | 0,48 | 0,15 | 0,31 | 0,29 | 0,44 |
| Lazio | 6,36 | 3,34 | 0,30 | 2,72 | 0,41 | 0,37 | 0,34 | 0,87 | 0,25 | 0,47 |
| Abruzzo | 8,62 | 5,65 | 0,52 | 2,46 | 0,59 | 0,57 | 0,15 | 0,42 | 0,31 | 0,42 |
| Molise | 12,40 | 7,16 | 0,65 | 4,59 | 0,63 | 0,85 | 0,67 | 1,46 | 0,42 | 0,57 |
| Campania | 10,65 | 6,05 | 0,55 | 4,05 | 0,72 | 0,72 | 0,80 | 0,97 | 0,49 | 0,34 |
| Puglia | 11,51 | 6,80 | 0,62 | 4,10 | 0,74 | 0,81 | 0,45 | 1,10 | 0,35 | 0,64 |
| Basilicata | 9,77 | 6,32 | 0,57 | 2,88 | 0,65 | 0,76 | 0,35 | 0,15 | 0,58 | 0,40 |
| Calabria | 12,21 | 7,55 | 0,69 | 3,97 | 0,85 | 0,90 | 0,42 | 0,68 | 0,56 | 0,57 |
| Sicilia | 11,85 | 6,89 | 0,63 | 4,32 | 0,73 | 0,80 | 0,61 | 0,94 | 0,49 | 0,75 |
| Sardegna | 11,05 | 7,54 | 0,69 | 2,82 | 0,70 | 0,65 | 0,39 | 0,32 | 0,28 | 0,48 |
| Italia | 7,42 | 4,50 | 0,41 | 2,52 | 0,44 | 0,45 | 0,31 | 0,57 | 0,21 | 0,53 |

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2021.

Grafico 1 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per singola funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo - Anni 2016-2020

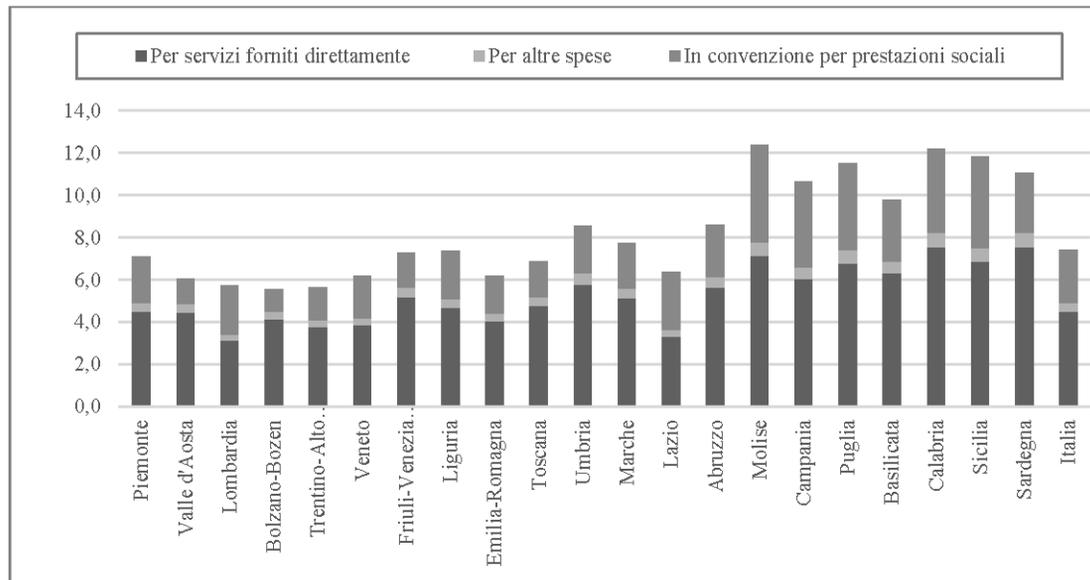


Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2021.



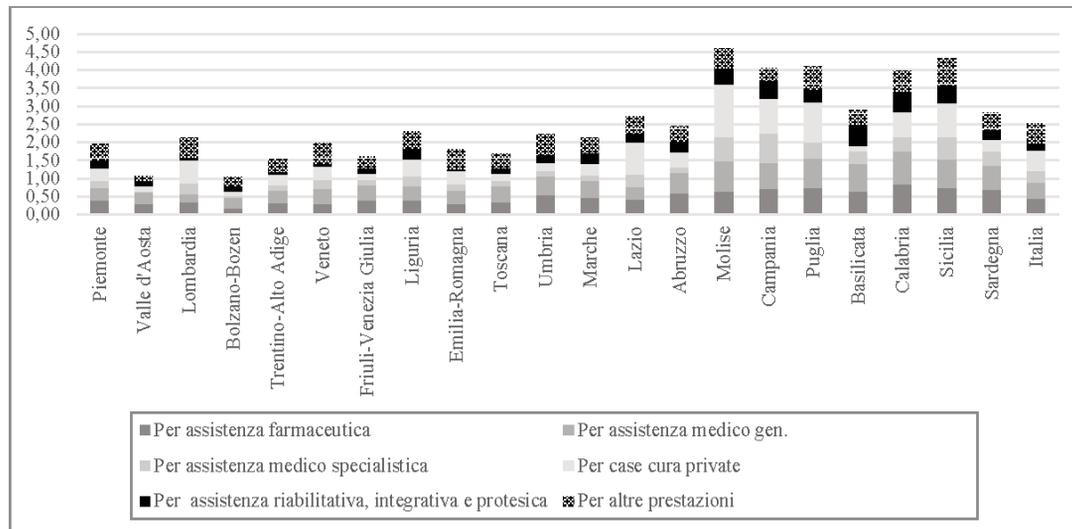


Grafico 2 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2020



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2021.

Grafico 3 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2020



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

In sintesi, a livello nazionale, nel 2020:

- il valore della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL registra un incremento di 1,0 punto percentuale rispetto al 2019 invertendo la tendenza in leggero decremento nel periodo 2016-2019;
- nella composizione della spesa un ruolo dominante è giocato dalla spesa per servizi forniti direttamente;
- le funzioni che registrano il maggior incremento di spesa nel periodo 2016-2020, oltre alla spesa per servizi forniti direttamente, sono alcune prestazioni in

convenzione: spesa per assistenza medico generale e spesa per altre prestazioni;

- la spesa per assistenza farmaceutica riduce leggermente il suo valore e la sua incidenza rispetto al PIL.

A livello regionale, invece, nel 2020:

- i valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL continuano ad essere differenti fra le regioni con un gradiente Nord-Sud ed Isole;
- 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 termini prettamente finanziari, l'incremento della spesa rispetto al PIL è sicuramente determinato dall'incremento della spesa sanitaria e dalla contestuale riduzione del PIL. Sia sul numeratore che sul denominatore dell'indicatore, la pandemia di *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) ha giocato un ruolo significativo.

L'incremento della spesa per servizi forniti direttamente è attribuibile innanzitutto alle consistenti risorse previste normativamente nel 2020 per il personale sanitario impegnato a contrastare la pandemia di COVID-19, sia in termini di nuove assunzioni che di erogazione di prestazioni aggiuntive.

Analogamente, l'incremento della spesa per assistenza medico generale è attribuibile ai maggiori oneri per far fronte all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Sull'incremento di tali voci di spesa, oltre all'emergenza sanitaria, hanno giocato un ruolo anche gli oneri connessi al rinnovo contrattuale della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa per il triennio 2016-2018, siglato il 18 dicembre 2020, e gli oneri per il rinnovo della convenzione per il 2018 della medicina di base imputati sul 2020.

Per la leggera riduzione della spesa per l'assistenza farmaceutica, continua ad essere determinante il con-

tribuito dei numerosi interventi di contenimento della spesa e, in particolare, della fissazione di un tetto di spesa, nonché dell'attivazione del meccanismo automatico del *pay-back* in caso di superamento del medesimo tetto.

In termini non finanziari, certamente questo incremento di spesa è accompagnato da un utilizzo delle risorse per far fronte alla pandemia, rendendo molto complessa la valutazione sulla contestuale capacità del sistema di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Solo rapportando la spesa, al netto degli oneri determinati dalla pandemia, ai LEA effettivamente garantiti è possibile concludere che non vi è stata una minor tutela dei cittadini.

Le raccomandazioni prospettabili sono, da un lato, che le regioni si impegnino a riallineare la spesa sanitaria alla garanzia dei LEA in modo da evitare, attraverso un efficiente uso delle risorse, una riduzione delle prestazioni da garantire. A tal fine, un'accurata analisi degli indicatori relativi ai LEA ed agli esiti può fornire indicazione sulla capacità delle regioni di salvaguardare efficacia ed efficienza.

Inoltre, le politiche di contenimento della spesa, come quella relativa all'assistenza farmaceutica, devono stimare non solo la riduzione della spesa ma valutare anche l'impatto sulla salute dei cittadini, in modo da evitare sprechi senza limitare l'accesso alle cure.



Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata pro capite

Significato. In questo contesto sono presentati due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica e la spesa sanitaria 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 le prestazioni sanitarie di cui si è avvalso ed il suo limite è 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, 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 di tale indicatore consiste nel fatto che esso 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 2020, la spesa sanitaria pubblica pro capite, in Italia, presenta valori molti diversi rispetto al periodo precedente. Infatti, presenta un incremento rispetto al 2019 pari al 7,3%, posizionandosi a 2.065€. Di conseguenza, come da Tabella 1, il tasso medio composto annuo passa da 0,4% nel periodo 2011-2019 a 1,2% annui nel periodo 2011-2020. 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.

In tutte le regioni si registra un forte incremento della spesa nel 2020 rispetto al 2019, dal +6,4% nella PA di Bolzano al +8,0% in Molise. Tali incrementi modificano i valori massimi e minimi della spesa fra le regioni e delineano un *range* che va da 2.495€ in Molise a 1.921€ in Campania.

La spesa pro capite privata (Tabella 2) a livello italiano segna una tendenza crescente nel periodo 2011-2019, passando da 560€ a 644€, con un ritmo in aumento dell'1,8% annui. Nel 2019, l'Italia si colloca nella parte alta della graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea con sistema sanitario pubblico.

La stessa linea di tendenza si registra in tutte le regioni, con una punta massima registrata in Piemonte, pari al 3,4% annuo di incremento. Solo la PA di Bolzano registra un decremento.

La posizione nella graduatoria della spesa privata pro capite delle regioni è relativamente costante nel tempo: le regioni del Nord che registravano nel 2011

valori superiori alla media nazionale, si posizionano, anche nel 2019, con valori superiori alla media nazionale, compresa la Liguria che nel 2011 presentava un valore inferiore alla media nazionale. Analogamente, le regioni del Meridione confermano i loro valori sotto la media nazionale anche nel 2019.

Nel periodo analizzato diminuisce il divario fra le regioni, che passa da 647€ nel 2011 a 628€ nel 2019. Se si effettua un confronto fra spesa sanitaria privata e pubblica pro capite per gli anni i cui dati sono disponibili (2011-2019), si osserva una crescita del rapporto a livello italiano: 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 2019, come conseguenza della maggior crescita della spesa privata, tale valore è pari a 0,34 (Grafico 1). La PA di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria sono le uniche realtà che hanno ridotto il rapporto spesa privata/spesa pubblica nel 2019, rispetto al 2011.

Degna di nota è la Valle d'Aosta, la cui spesa privata è oltre il 50% della spesa pubblica pro capite nel 2019. Come illustrato nel Grafico 2, tutte le regioni, ad eccezione della PA di Bolzano, hanno un tasso medio annuo composto della spesa privata positivo, mentre circa la metà delle regioni presentano, nello stesso periodo, un tasso medio annuo composto di spesa pubblica negativo o inferiore alla media nazionale. Un fenomeno compensativo della spesa privata rispetto alla spesa pubblica sembra confermarsi nel tempo.

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazione (valori per 100) e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2020

| Regioni | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Δ % (2019-2011) | Δ % (2020-2019) | Tassi medi composti annui (2020-2011) |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|--------------------|---|
| Piemonte | 1.908 | 1.876 | 1.825 | 1.813 | 1.791 | 1.834 | 1.830 | 1.882 | 1.951 | 2.096 | 0,0 | 7,4 | 0,0 |
| Valle d'Aosta | 2.244 | 2.216 | 2.153 | 2.048 | 2.042 | 1.962 | 1.956 | 2.012 | 2.050 | 2.203 | 0,3 | 7,5 | 1,0 |
| Lombardia | 1.853 | 1.823 | 1.818 | 1.849 | 1.841 | 1.861 | 1.908 | 1.947 | 1.972 | 2.109 | -1,1 | 6,9 | -0,2 |
| Bolzano-Bozen | 2.235 | 2.281 | 2.241 | 2.170 | 2.140 | 2.200 | 2.263 | 2.304 | 2.326 | 2.475 | 0,8 | 6,4 | 1,4 |
| Trento | 1.943 | 1.967 | 1.931 | 1.932 | 1.854 | 1.868 | 1.904 | 1.942 | 1.951 | 2.081 | 0,5 | 6,7 | 1,1 |
| Veneto | 1.750 | 1.733 | 1.704 | 1.722 | 1.745 | 1.736 | 1.761 | 1.779 | 1.811 | 1.939 | 0,1 | 7,1 | 0,8 |
| Friuli Venezia Giulia | 2.066 | 2.056 | 2.020 | 1.938 | 2.008 | 2.085 | 2.164 | 2.097 | 2.076 | 2.227 | 0,4 | 7,3 | 1,1 |
| Liguria | 2.066 | 2.039 | 2.004 | 2.016 | 2.002 | 1.995 | 2.011 | 2.059 | 2.095 | 2.253 | 0,1 | 7,5 | 0,8 |
| Emilia-Romagna | 1.870 | 1.890 | 1.852 | 1.851 | 1.880 | 1.850 | 1.877 | 1.946 | 1.951 | 2.085 | 0,2 | 6,9 | 1,0 |
| Toscana | 1.909 | 1.868 | 1.807 | 1.847 | 1.855 | 1.834 | 1.874 | 1.893 | 1.949 | 2.090 | 0,5 | 7,2 | 1,2 |
| Umbria | 1.861 | 1.863 | 1.837 | 1.812 | 1.810 | 1.840 | 1.885 | 1.948 | 1.960 | 2.103 | 0,3 | 7,3 | 1,0 |
| Marche | 1.827 | 1.786 | 1.762 | 1.773 | 1.750 | 1.777 | 1.803 | 1.846 | 1.889 | 2.029 | 0,6 | 7,4 | 1,4 |
| Lazio | 1.994 | 2.052 | 1.940 | 1.889 | 1.869 | 1.832 | 1.827 | 1.852 | 1.926 | 2.065 | 0,4 | 7,2 | 1,2 |
| Abruzzo | 1.798 | 1.776 | 1.737 | 1.772 | 1.738 | 1.778 | 1.820 | 1.859 | 1.909 | 2.049 | -0,4 | 7,3 | 0,4 |
| Molise | 2.092 | 2.094 | 2.213 | 2.118 | 1.989 | 2.055 | 2.039 | 2.079 | 2.310 | 2.495 | 0,8 | 8,0 | 1,5 |
| Campania | 1.752 | 1.707 | 1.662 | 1.679 | 1.654 | 1.695 | 1.715 | 1.744 | 1.790 | 1.921 | 1,2 | 7,3 | 2,0 |
| Puglia | 1.797 | 1.763 | 1.762 | 1.782 | 1.740 | 1.825 | 1.807 | 1.857 | 1.916 | 2.058 | 0,3 | 7,4 | 1,0 |
| Basilicata | 1.888 | 1.810 | 1.817 | 1.829 | 1.787 | 1.815 | 1.877 | 1.867 | 1.891 | 2.039 | 0,8 | 7,8 | 1,5 |
| Calabria | 1.755 | 1.724 | 1.688 | 1.699 | 1.652 | 1.715 | 1.708 | 1.788 | 1.849 | 1.991 | 0,0 | 7,7 | 0,9 |
| Sicilia | 1.775 | 1.737 | 1.711 | 1.716 | 1.677 | 1.715 | 1.751 | 1.832 | 1.885 | 2.025 | 0,7 | 7,4 | 1,4 |
| Sardegna | 1.990 | 2.060 | 2.017 | 2.026 | 1.947 | 1.988 | 1.942 | 1.981 | 2.056 | 2.211 | 0,8 | 7,5 | 1,5 |
| Italia | 1.862 | 1.846 | 1.810 | 1.815 | 1.800 | 1.819 | 1.841 | 1.881 | 1.925 | 2.065 | 0,4 | 7,3 | 1,2 |

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2021.



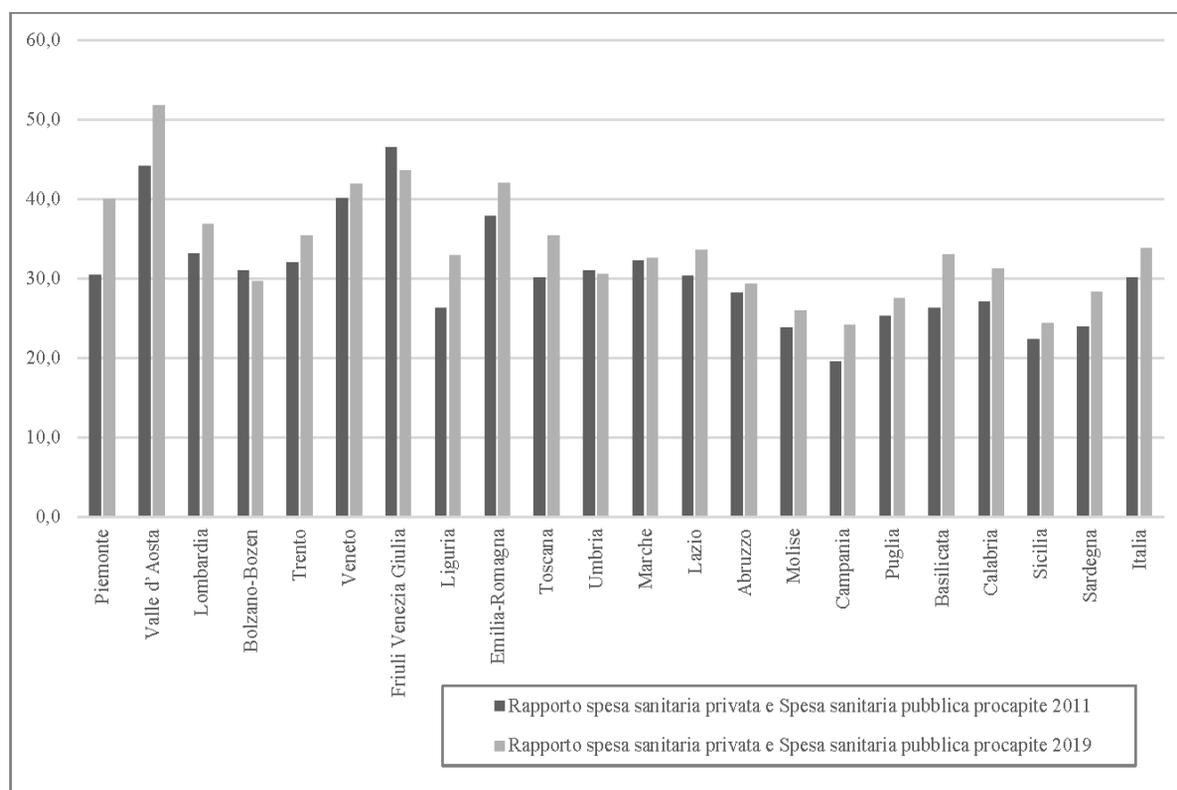


Tabella 2 - Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2019

| Regioni | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Tassi medi composti annui (2019-2011) |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------------------------------|
| Piemonte | 581 | 601 | 618 | 647 | 690 | 696 | 725 | 745 | 760 | 3,4 |
| Valle d'Aosta | 990 | 910 | 904 | 880 | 949 | 968 | 1.017 | 1.040 | 1.055 | 0,8 |
| Lombardia | 614 | 603 | 616 | 618 | 658 | 666 | 697 | 707 | 719 | 2,0 |
| Bolzano-Bozen | 692 | 642 | 601 | 618 | 656 | 660 | 678 | 685 | 685 | -0,1 |
| Trento | 621 | 615 | 606 | 619 | 659 | 658 | 678 | 688 | 691 | 1,3 |
| Veneto | 702 | 661 | 625 | 658 | 700 | 700 | 723 | 738 | 751 | 0,9 |
| Friuli Venezia Giulia | 960 | 859 | 813 | 860 | 921 | 931 | 967 | 987 | 1.001 | 0,5 |
| Liguria | 543 | 561 | 561 | 596 | 633 | 630 | 650 | 670 | 687 | 3,0 |
| Emilia-Romagna | 708 | 710 | 702 | 715 | 761 | 769 | 801 | 812 | 822 | 1,9 |
| Toscana | 574 | 561 | 562 | 584 | 619 | 624 | 650 | 663 | 676 | 2,1 |
| Umbria | 576 | 531 | 510 | 520 | 549 | 550 | 571 | 585 | 602 | 0,6 |
| Marche | 588 | 552 | 544 | 546 | 571 | 568 | 585 | 595 | 610 | 0,5 |
| Lazio | 605 | 558 | 499 | 529 | 566 | 572 | 598 | 609 | 630 | 0,5 |
| Abruzzo | 508 | 503 | 478 | 480 | 505 | 506 | 526 | 541 | 551 | 1,0 |
| Molise | 497 | 458 | 475 | 469 | 491 | 494 | 523 | 537 | 551 | 1,3 |
| Campania | 343 | 353 | 359 | 365 | 388 | 391 | 410 | 415 | 427 | 2,8 |
| Puglia | 454 | 437 | 442 | 442 | 468 | 471 | 493 | 500 | 517 | 1,6 |
| Basilicata | 496 | 526 | 536 | 536 | 566 | 572 | 599 | 608 | 627 | 3,0 |
| Calabria | 475 | 487 | 463 | 478 | 505 | 511 | 535 | 544 | 567 | 2,2 |
| Sicilia | 397 | 407 | 383 | 393 | 414 | 411 | 424 | 434 | 452 | 1,6 |
| Sardegna | 476 | 492 | 460 | 480 | 515 | 516 | 536 | 547 | 569 | 2,2 |
| Italia | 560 | 549 | 538 | 553 | 588 | 592 | 617 | 629 | 644 | 1,8 |

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2021.

Grafico 1 - Rapporto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011, 2019

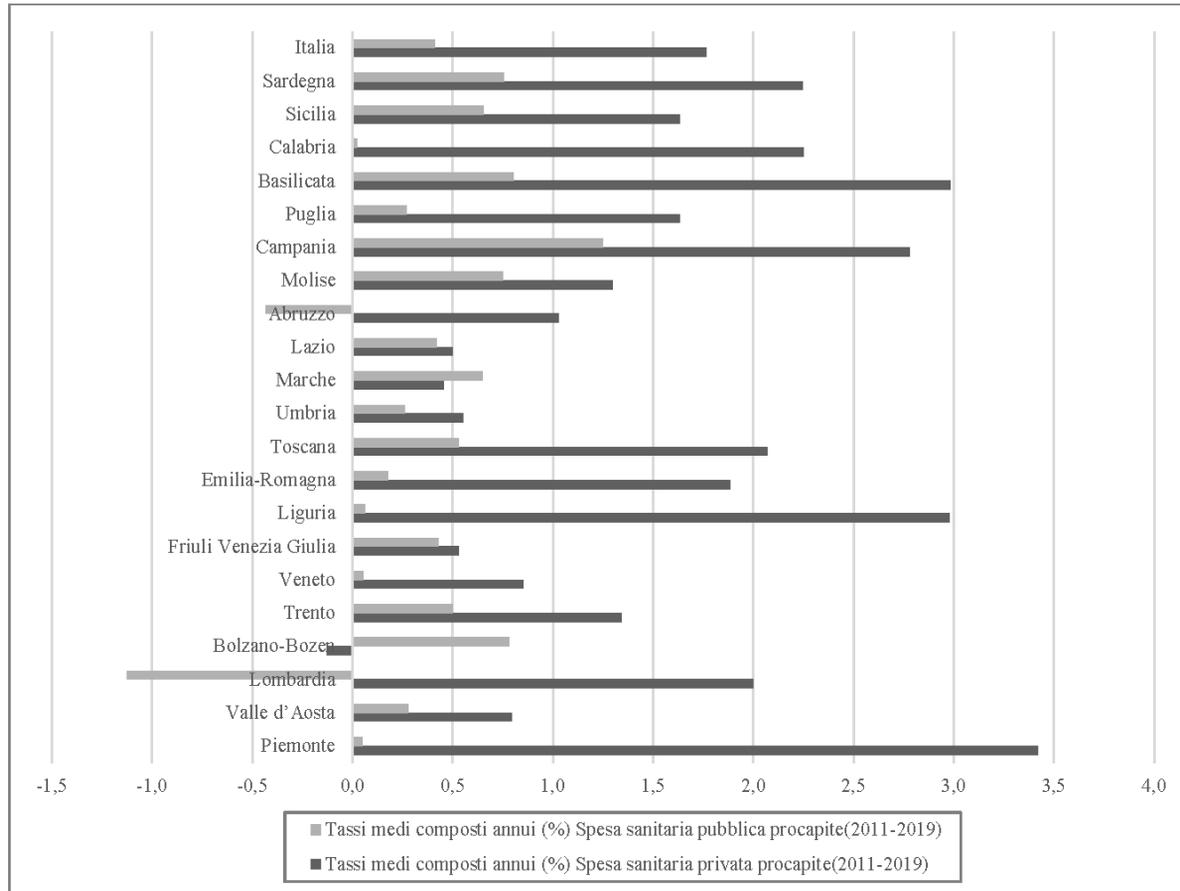


Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2021.





Grafico 2 - Tasso medio composto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011-2019



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

Mentre l'indicatore della spesa sanitaria privata pro capite, nel 2019, e la relazione fra l'indicatore spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica pro capite, nel periodo 2011-2019, non hanno rilevato variazioni degne di nota, l'indicatore spesa sanitaria pubblica pro capite evidenzia un incremento nel 2020. Tale crescita si registra non solo a livello nazionale, ma in modo diffuso in tutte le regioni. Certamente tale variazione ha fatto cambiare la tendenza della spesa pubblica nel periodo 2011-2020. Il valore della spesa pubblica pro capite del 2020 è sicuramente condizionato dai maggiori oneri determinati dall'emergenza causata dal *Corona Virus Disease-19* (COVID-19). Di conseguenza, non pare essere un anno significativo per valutare il trend della spesa del sistema sanitario italiano.

Per tale motivo di seguito si avanzano alcune raccomandazioni che si basano sui risultati sino al 2019.

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 utilizzano per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione e che, dall'altro, il singolo cittadino destina all'acquisizione di prestazioni sanitarie in un sistema sanitario pubblico. La seconda ragione è legata al fatto che si tratta di indicatori utilizzati nei diversi Paesi dell'OCSE e, come tali, la loro misurazione consente un confronto a livello internazionale.

La seconda raccomandazione, invece, è legata all'analisi congiunta dei due indicatori che consente di evidenziare come cambi 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.

I risultati evidenziano un costante incremento della spesa privata a tassi superiori a quelli della spesa pubblica che, in alcune realtà, registra un andamento negativo. Il rapporto spesa privata e pubblica cresce in pressoché tutte le regioni nel 2019 rispetto al 2011. Si assiste anche ad un diverso comportamento delle regioni meridionali, che avevano nel 2011, e continuano ad avere nel 2019, valori pubblici pro capite





quasi sempre più bassi delle altre regioni, ma che presentano un tasso di crescita della spesa privata superiore alle regioni del Nord.

Tali risultati vanno certamente interpretati con cautela, tuttavia non deve essere sottovalutata, in una logica di Sanità Pubblica, la direzione che sta prendendo il rapporto spesa privata e pubblica perché potrebbe essere un segnale del cambio di comportamento delle Istituzioni e dei cittadini, per i quali organizzazioni dei servizi pubblici non coerenti con i loro bisogni o un accesso difficoltoso al pubblico rendono la sanità privata più attrattiva.

Di conseguenza ne deriva una terza raccomandazione:

per comprendere al meglio i risultati sarebbe estremamente utile disporre di 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 potrebbero fornire indicazioni utili e precise ai *policy maker*.





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 proventi e costi, quindi 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. Dal 2013, i dati di disavanzo vengono pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) in un Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria" giunto, nel 2021, alla VIII Edizione¹. 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 proventi in quanto considerate "risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie, (conferita) per il raggiungimento dell'equilibrio economi-

co" (MEF-RGS 2021, p. 55);

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 e con l'intento di rappresentare "le somme che tali autonomie devono obbligatoriamente conferire al proprio SSR per l'erogazione dei LEA". Ne risultano spesso disavanzi figurativi anche elevati, cui però non corrisponde "necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto può trovare copertura mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive" (MEF-RGS 2021, p. 27);

3. eventuali utili conseguiti da singole aziende 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" (MEF-RGS 2021, p. 50).

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 un'informazione di prima approssimazione sulla *performance* economico-finanziaria dei SSR. Disavanzi elevati e/o con tassi di incremento superiori alla media nazionale 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, nel frattempo, 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 per: 1. le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e le PA; 2. le regioni che, per scelta e già in sede di programmazione, decidono di destinare al proprio SSR risorse

aggiuntive da bilancio regionale al fine di migliorare quantità e qualità dell'assistenza, rispetto alle regioni che si trovano invece a dover coprire disavanzi inattesi e/o indesiderati; 3. le 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 dal Ministero dell'Economia e delle Finanze negli anni precedenti, nonché il ritardo accumulato dalla maggior parte delle regioni e delle aziende nel completamento 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, inoltre, è ulteriormente penalizzata dalle frequenti operazioni di riassetto (scissioni, fusioni e scorpori)

¹MEF-RGS (2021). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 8. Roma.



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, quindi dalla congruità complessiva del finanziamento nazionale, nonché dalla validità dei criteri utilizzati in sede di riparto per cogliere le differenze nei bisogni assistenziali delle regioni. Per la sua natura aggregata, inoltre, l'indicatore non consente di risalire alle voci di provento o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso.

Infine, va ricordato che l'equilibrio economico-finanziario è condizione necessaria, ma certo non sufficiente, per il buon funzionamento dei SSR: le *performane* 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 l'equilibrio tra proventi e costi, ossia un risultato economico consolidato del SSR pari a 0. Negli ultimi anni, tale equilibrio è stato conseguito da numerose regioni. Un utile riferimento resta, comunque, il disavanzo 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 disavanzo medio nazionale escludendo tali regioni e PA.

Descrizione dei risultati

Nel 2020, la pandemia ha comportato costi incrementali ingenti e non sempre isolabili dai costi "ordinari", malgrado l'attivazione di un Centro di costo dedicato (COV20) e la compilazione di uno specifico modello di rilevazione che consentissero la distinta rilevazione e rappresentazione degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza (MEF-RGS 2021, p. 49). La mancata erogazione di prestazioni sanitarie in conseguenza delle restrizioni dovute alla pandemia ha, d'altra parte, generato alcuni risparmi di costo (costi cessanti); ha però comportato anche una contrazione dei proventi propri delle Aziende sanitarie (ad esempio tic-

ket e libera professione). Ai conseguenti squilibri economici si è fatto fronte tramite un significativo incremento (+5,3%) del finanziamento ordinario del SSN. Tali fenomeni si sono naturalmente manifestati con intensità molto differenziata nelle diverse regioni. Tutto ciò ha inevitabilmente condizionato i risultati economici del 2020.

Nel 2020, il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 913 milioni di €. Considerando l'intera serie storica dal 2001 a oggi, mai il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) era stato così vicino al pareggio. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, si registra addirittura un piccolo avanzo (3 milioni di €). In termini pro capite (Tabella 1), il disavanzo medio nazionale 2020 è pari a 15€, che diventano 0€ laddove si escludano le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA.

Nel confronto interregionale, spiccano gli elevati disavanzi pro capite di regioni a Statuto Speciale e PA. Tali disavanzi vanno, però, considerati relativamente fisiologici, perché generalmente frutto di un'esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto.

Passando ad analizzare le regioni a Statuto Ordinario e la Sicilia, l'incremento del finanziamento ordinario ha consentito una relativa stabilità di posizionamento rispetto al 2019.

Nel Centro-Nord sono in equilibrio Veneto, Emilia-Romagna, Umbria e Marche; la Lombardia passa da un piccolo avanzo pro capite (1€) a un piccolo disavanzo (3€); in Liguria e Toscana il disavanzo pro capite (rispettivamente, 20€ e 19€) eccede invece la media nazionale.

Al Centro-Sud ed Isole, 3 regioni restano in equilibrio (Campania, Basilicata e Sicilia), 1 regione (Lazio) presenta un piccolo disavanzo (1€ pro capite) e altre 2 regioni rilevano disavanzi pro capite inferiori alla media nazionale (Abruzzo e Puglia); disavanzi pro capite particolarmente ampi persistono, invece, in Molise (98€) e Calabria (46€).



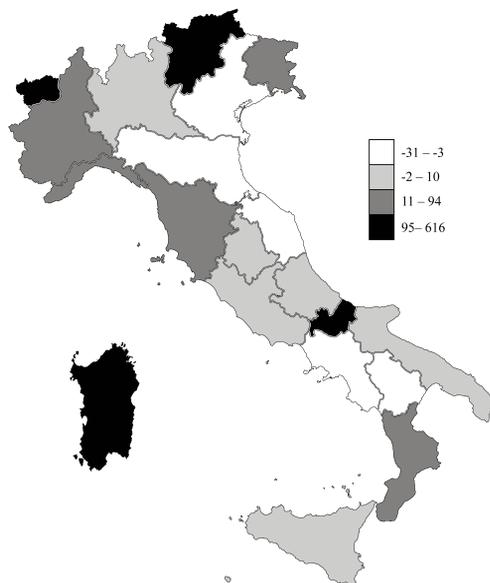
ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

449

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2019-2020

| Regioni | 2006 | 2019 | 2020 |
|--|------------|-----------|-----------|
| Piemonte | 77 | 2 | 13 |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 568 | 181 | 179 |
| Lombardia | 0 | -1 | 3 |
| Bolzano-Bozen | 570 | 447 | 616 |
| Trento | 286 | 358 | 387 |
| Veneto | 31 | -3 | -31 |
| Friuli Venezia Giulia | 3 | 112 | 89 |
| Liguria | 61 | 35 | 20 |
| Emilia-Romagna | 69 | 0 | -21 |
| Toscana | 28 | 3 | 19 |
| Umbria | 64 | 0 | 0 |
| Marche | 32 | 0 | -4 |
| Lazio | 374 | -19 | 1 |
| Abruzzo | 153 | 9 | 10 |
| Molise | 216 | 315 | 98 |
| Campania | 131 | -6 | -13 |
| Puglia | 52 | 10 | 6 |
| Basilicata | -5 | -1 | -19 |
| Calabria | 28 | 118 | 46 |
| Sicilia | 219 | 0 | -1 |
| Sardegna | 79 | 94 | 154 |
| Italia | 103 | 17 | 15 |
| Italia (solo regioni a Statuto Ordinario e Sicilia) | 99 | 5 | 0 |

Fonte dei dati: MEF-RGS (2021). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 8. Roma. Anno 2021.

Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2020**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.

Prima della pandemia, il progressivo contenimento (2007-2014) e la successiva invarianza (2015-2019)

dei disavanzi, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento ordinario (+0,8% medio annuo dal 2012), avevano evidenziato la parsimonia del SSN. Malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi finanziaria globale iniziata nel 2008, infatti, la tradizionale dinamica espansiva della spesa era stata arginata e il SSN si era allineato alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato. Ciò grazie all'introduzione e al rafforzamento delle regole nazionali di responsabilizza-





zione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari, nonché ai relativi sistemi di monitoraggio; alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale sia regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi; alle ulteriori iniziative poste in essere dalle singole aziende.

Con il 2019 si è conclusa la serie storica iniziata nel 2001 (con la riforma del titolo V della Costituzione) o nel 2006 (con il rafforzamento della responsabilizzazione regionale e il venir meno dell'aspettativa di ripiano dei disavanzi). I valori del 2020 (e, in prospettiva, almeno quelli del 2021) riflettono l'impatto della pandemia e sono difficilmente interpretabili: per

esempio, il disavanzo sanitario nazionale è stato estremamente contenuto, ma ciò anche per effetto di un significativo incremento nel finanziamento del SSN. Nel prossimo futuro, la sfida sarà ricercare un nuovo equilibrio tra proventi e costi dei singoli SSR, tra la quantità e tipologia di prestazioni erogate dai SSR e i LEA da garantire, nonché tra finanziamento del SSN e vincoli di finanza pubblica.

Ciò perseguendo, allo stesso tempo, gli ambiziosi obiettivi delineati nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che richiedono non solo spesa in conto capitale, ma anche una profonda ridefinizione delle modalità di funzionamento del sistema e quindi della spesa corrente.

