

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 PIL; 2. spesa sanitaria pubblica pro capite; 3. avanzo/disavanzo 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 i servizi acquisiti da soggetti privati 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 2021. Fa eccezione solo la spesa sanitaria privata, per la quale il dato si riferisce al 2020. Si tratta ovviamente di valori ancora profondamente influenzati dalla pandemia e, quindi, di difficile comparazione e interpretazione.

Nel 2021, la spesa sanitaria pubblica pro capite nazionale è cresciuta del 4,8% rispetto al 2020, raggiungendo i 2.149€. Rispetto al 2019, l'incremento complessivo è stato pari a 224€, cioè mediamente al 5,8% l'anno. Per effetto dell'incremento del PIL, invece, il rapporto spesa pubblica/PIL è diminuito nel corso del 2021, restando comunque superiore al periodo 2016-2019 e attestandosi al 7,13%. In ogni caso, la spesa sanitaria pubblica italiana resta tra le più basse dei Paesi dell'OCSE.

L'incremento di spesa è stato parzialmente compensato da un contenuto incremento (+1,2%) del finanziamento ordinario del SSN nonché da ulteriori provviste stanziare *ad hoc* a copertura dei costi sostenuti dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Il disavanzo sanitario nazionale è così aumentato rispetto all'esercizio precedente, raggiungendo circa 1,1 miliardi di € (pari a 19€ pro capite) e tornando quindi ai livelli del quinquennio 2015-2019. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo si riduce a 175 milioni di € (4€ pro capite).

Per la spesa sanitaria privata, invece, nel 2020 si è interrotto il trend di crescita che aveva caratterizzato il decennio precedente: il dato 2020 è di 606€ pro capite, con un decremento del 5,9% rispetto all'anno precedente. Di conseguenza, il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica, che era pari a 0,30 nel 2011 e aveva raggiunto 0,34 nel 2019, nel 2020 è sceso a 0,29.

Su base regionale, nel corso del 2021, la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta significativamente in tutte le regioni, con incrementi inferiori al 4% solo in Piemonte e nella PA di Bolzano e superiori o uguali al 5% in tutte le regioni meridionali, ad eccezione della Puglia, e nelle Marche.

Quanto al disavanzo, si osserva una relativa stabilità di posizionamento delle regioni a Statuto Ordinario rispetto ai dati definitivi del 2020. Nel Centro-Nord restano in equilibrio Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria e Marche. Al Sud ed Isole, 3 regioni restano in equilibrio (Campania, Basilicata e Sicilia) e ad esse si aggiunge la Calabria; all'equilibrio si avvicina anche l'Abruzzo; peggiorano invece i risultati della Puglia; disavanzi pro capite particolarmente ampi persistono, inoltre, in Molise. Significativamente, per numerose regioni, comprese alcune di quelle ancora in equilibrio, il tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato LEA hanno evidenziato il rischio di un deterioramento della situazione economico-finanziaria, spesso per effetto di incrementi di costo strutturali (per esempio, maggiori costi per personale dipendente) decisi a fronte di maggiori finanziamenti da intendere invece come temporanei. Pesa, inoltre, la necessità di rispondere alla domanda di prestazioni non soddisfatta durante il periodo pandemico.

Rispetto alla spesa sanitaria privata, malgrado l'interruzione del trend di crescita, si confermano due aspetti complementari. Da un lato, il dato pro capite 2020 resta superiore alla media nazionale in tutte le regioni del Nord e in Toscana; inferiore, invece, alla media nazionale in tutte le regioni meridionali ed in Umbria, Marche e Lazio. D'altro lato, però, tra il 2011 e il 2020 il divario fra le regioni si è progressivamente ridotto.

Infine, l'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL conferma distanze interregionali molto ampie (da 5,3% per la Lombardia a circa 11,5% per Calabria e Sicilia) e prevalentemente attribuibili al denominatore. Ribadisce, inoltre, la forte differenziazione interregionale nel *mix* tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso a erogatori privati accreditati e convenzionati. In particolare, 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 neces-



sità 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, 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 poste in essere dalle singole aziende.

Nel contempo, 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 del 2021 riflettono l'impatto della pandemia e sono difficilmente interpretabili. Per esempio, il disavanzo sanitario nazionale è stato contenuto, ma ciò anche grazie a un significativo incremento nel finanziamento del SSN. Come evidenziato dalle raccomandazioni formulate dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato LEA, però, esiste un significativo rischio di deterioramento della situazione economico-finanziaria di molte Regioni. Nei prossimi anni, la sfida sarà dunque ricercare nuovi equilibri tra proventi e costi dei singoli SSR, tra contenimento della spesa e garanzia dei LEA, nonché tra finanziamento del SSN e vincoli di finanza pubblica. Tutto ciò perseguendo, nel frattempo, gli ambiziosi obiettivi delineati nel PNRR, 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 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 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

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione
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-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'OCSE.

Descrizione dei risultati

Nel 2021 la spesa sanitaria pubblica corrente si posiziona al 7,13% del PIL (Tabella 1). Anche nel 2021, il suo valore continua ad essere inferiore a quello della

maggior parte dei Paesi europei, come Regno Unito (9,9%) o Norvegia (8,6%), per citarne alcuni dotati di sistema sanitario pubblico come quello italiano (1).

La tendenza temporale 2016-2021 (Grafico 1) evidenzia una leggera flessione della spesa sanitaria pubblica corrente e di tutte le sue componenti rispetto al 2020, mantenendosi a valori superiori e differenti rispetto alla dinamica tendenzialmente decrescente negli anni precedenti (2016-2019).

Nel 2021, a livello italiano, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente si riduce e passa dal 4,50% nel 2020 al 4,40% del PIL e continua a giocare un ruolo predominante, giustificando il 62,0% della spesa totale.

Segue la spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2) che assorbe a livello nazionale il 2,35% del PIL ed è articolata nelle seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,56% del PIL), spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni (0,48% del PIL), spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,41% del PIL) e spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale (0,40% del PIL) che ne giustificano la maggior parte del valore.

Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,30% del PIL) e dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,19% 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 in Lombardia, PA di Bolzano e PA di Trento (rispettivamente, 5,30%, 5,61% e 5,66% del PIL) e con i valori più alti registrati in Sicilia e Calabria (11,54% e 11,45% del PIL, rispettivamente). Permane un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano valori sempre superiori alla media nazionale.

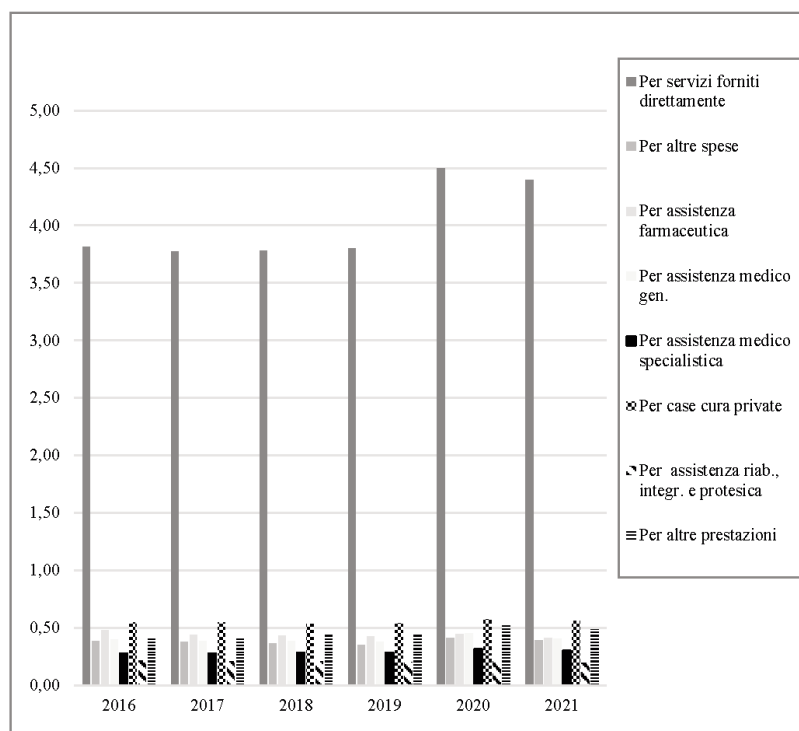
A livello regionale, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente continua a giocare un ruolo predominante e l'incidenza di tale componente di spesa assorbe il 55-76% circa della spesa totale.

La spesa per prestazioni in convenzione assorbe in ogni regione una percentuale che oscilla fra il 17-41% 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 risulta essere 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 numerose regioni meridionali.

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 2021

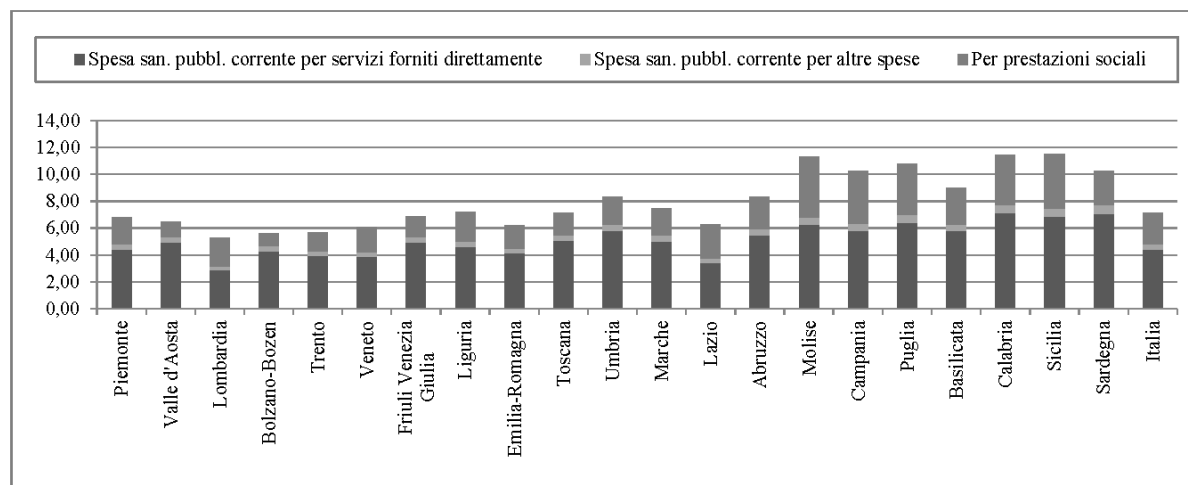
Regioni	Spesa sanitaria pubblica corrente totale	Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione			Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali					
		Servizi forniti direttamente	Altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Assistenza farmaceutica	Assistenza medico generale	Assistenza medico specialista	Case di cura private	Assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Altre prestazioni
Piemonte	6,78	4,40	0,39	1,99	0,37	0,38	0,20	0,39	0,21	0,43
Valle d'Aosta	6,50	4,92	0,44	1,14	0,30	0,34	0,06	0,13	0,17	0,15
Lombardia	5,30	2,89	0,25	2,15	0,33	0,23	0,33	0,61	0,07	0,58
Bolzano-Bozen	5,61	4,28	0,38	0,96	0,14	0,28	0,05	0,18	0,12	0,19
Trento	5,66	3,91	0,35	1,41	0,27	0,32	0,12	0,28	0,09	0,32
Veneto	6,05	3,90	0,34	1,81	0,28	0,36	0,22	0,35	0,07	0,53
Friuli Venezia Giulia	6,86	4,93	0,43	1,49	0,38	0,36	0,15	0,18	0,14	0,28
Liguria	7,18	4,61	0,41	2,16	0,37	0,37	0,26	0,46	0,28	0,43
Emilia-Romagna	6,18	4,14	0,36	1,67	0,27	0,35	0,14	0,39	0,05	0,47
Toscana	7,13	5,05	0,44	1,64	0,35	0,42	0,14	0,22	0,13	0,39
Umbria	8,34	5,77	0,51	2,06	0,51	0,48	0,14	0,21	0,21	0,52
Marche	7,43	5,01	0,44	1,99	0,45	0,43	0,15	0,30	0,28	0,37
Lazio	6,25	3,42	0,30	2,53	0,39	0,33	0,30	0,84	0,24	0,44
Abruzzo	8,30	5,48	0,48	2,34	0,56	0,50	0,15	0,43	0,30	0,39
Molise	11,30	6,27	0,55	4,48	0,61	0,80	0,66	1,49	0,38	0,53
Campania	10,22	5,83	0,51	3,88	0,68	0,64	0,78	0,95	0,47	0,37
Puglia	10,75	6,43	0,57	3,76	0,69	0,72	0,42	1,02	0,33	0,58
Basilicata	8,99	5,79	0,51	2,69	0,60	0,66	0,35	0,20	0,54	0,35
Calabria	11,45	7,11	0,63	3,71	0,81	0,79	0,39	0,72	0,51	0,49
Sicilia	11,54	6,87	0,61	4,06	0,69	0,73	0,56	0,92	0,46	0,70
Sardegna	10,28	7,08	0,62	2,57	0,66	0,58	0,37	0,28	0,26	0,41
Italia	7,13	4,40	0,39	2,35	0,41	0,40	0,30	0,56	0,19	0,48

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2022.

Grafico 1 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per singola funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo - Anni 2016-2021

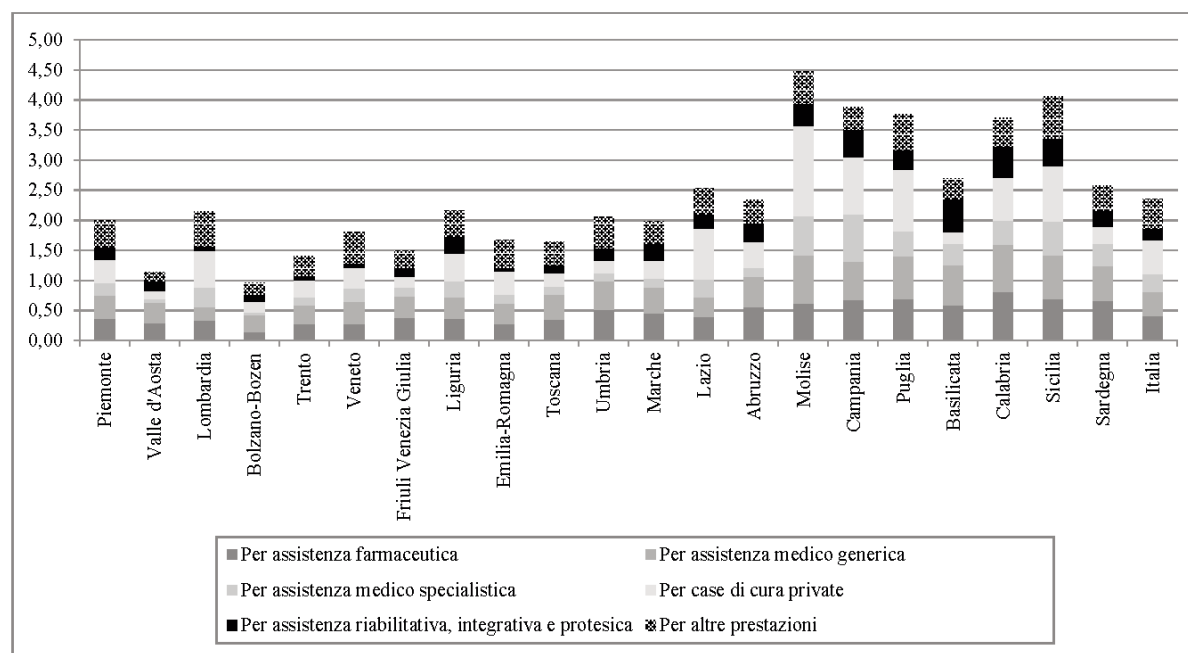
Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2022.

Grafico 2 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2021



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2022.

Grafico 3 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2021



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

In sintesi, a livello nazionale, nel 2021:

- il valore della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL registra una leggera flessione rispetto al 2020, mantenendo un valore superiore al periodo 2016-2019;
- nella composizione della spesa, un ruolo dominante è giocato dalla spesa per servizi forniti direttamente;
- nella composizione della spesa, il ruolo giocato dalle singole funzioni si mantiene praticamente costante rispetto all'anno 2020.

A livello regionale, invece, nel 2021:

- 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, la leggera flessione della spesa rispetto al PIL è determinata dal maggior incremento del PIL rispetto all'incremento della spesa

sanitaria: il PIL cresce, infatti, del 7,3% e la spesa del 3,5% nel 2021 rispetto al 2020. L'incremento della spesa è attribuibile, innanzitutto, alle consistenti risorse previste per l'implementazione del Piano vaccinale anti COVID-19, con il correlato reclutamento di vaccinatori e la realizzazione di diversi *hub* vaccinali. Sull'incremento di tali voci di spesa, oltre all'emergenza sanitaria, hanno giocato un ruolo anche gli oneri connessi con il rinnovo contrattuale della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa per il triennio 2016-2018, siglato il 18 dicembre 2020, l'autorizzazione ad indire nuove procedure per la stabilizzazione del personale e a bandire concorsi straordinari, nonché la possibilità di rinviare il pensionamento dei Dirigenti Medici del SSN, di agevolare il conseguimento delle abilitazioni professionali e l'equipollenza dei titoli di accesso e di facilitare il reclutamento dei medici in formazione specialistica.

In termini non finanziari, il valore della spesa sanitaria rispetto al PIL risente della diversa velocità con cui cresce il valore al numeratore e al denominatore del rapporto, ed evidenzia un incremento della spesa sanitaria in termini assoluti che è, però, ancora condizionata da un utilizzo delle risorse per far fronte alla pandemia. Tale situazione rende molto complessa la valutazione sulla contestuale capacità del sistema di garantire i 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 vertono sull'impe-

gno delle regioni 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. In particolare, le regioni dovrebbero attuare idonee politiche di risposta alla domanda di prestazioni non soddisfatta durante il periodo pandemico, onde evitare ripercussioni negative sulla salute dei cittadini derivanti da un ritardo nelle diagnosi e trattamento delle patologie con conseguente aggravio sulla futura spesa sanitaria. A tale fenomeno potrebbe anche accompagnarsi, come rilevato nel Report "Monitoraggio della spesa sanitaria: rapporto della Ragioneria generale dello Stato 2022" (2), un incremento della spesa privata a carico dei cittadini, che potrebbe rappresentare non più un complemento alla Sanità Pubblica, ma un suo sostituto.

Al fine di assolvere al ruolo di sistema sanitario pubblico, una accurata analisi degli indicatori relativi ai LEA ed agli esiti può fornire indicazione sulla capacità delle regioni di salvaguardare efficacia ed efficienza.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD Health Statistics 2021. Disponibile sul sito: www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2021.pdf.

(2) Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Rapporto n. 9. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Anno 2022. Disponibile sul sito: www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2022/IMDSS-RS2022.pdf.

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 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 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 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'OCSE.

Descrizione dei risultati

Nel 2021, la spesa sanitaria pubblica pro capite, in

Italia, presenta un incremento rispetto al 2020 pari al 4,8%, posizionandosi a 2.149€. Di conseguenza, come da Tabella 1, il tasso medio composto annuo nel periodo 2011-2021 si posiziona sul valore di 1,4% annui. 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.

A tale incremento contribuiscono tutte le regioni che evidenziano una crescita, dal +3,3% in Piemonte al +6,0% in Molise. Tali incrementi modificano i valori massimi e minimi della spesa fra le regioni e delineano un *range* che va da 2.689€ nella PA di Bolzano a 2.008€ in Campania.

La spesa pro capite privata (Tabella 2) a livello italiano registra, nel 2020, un leggero calo rispetto all'anno precedente. Tuttavia, segna sempre una tendenza crescente nel periodo 2011-2020, passando da 560€ a 606€, con un ritmo in aumento dello 0,9% annui. A tale leggero calo hanno contribuito tutte le regioni.

Nel 2020, l'Italia si comporta come molti dei Paesi dell'UE con sistema sanitario pubblico, che denuncia una riduzione nella spesa privata pro capite.

La posizione delle regioni, nella graduatoria della spesa privata pro capite, è relativamente costante nel tempo: le regioni del Nord che registravano nel 2011 valori superiori alla media nazionale, si posizionano, anche nel 2020, 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 2020.

Nel periodo analizzato diminuisce il divario fra le regioni, che passa da 647€ nel 2011 a 581€ nel 2020. Se si effettua un confronto fra spesa sanitaria privata e pubblica pro capite per gli anni i cui dati sono disponibili (2011-2020), si osserva una leggera flessione del rapporto a livello italiano: nel 2011 il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica pro capite si attestava a 0,30 (vale a dire che la spesa privata era pari al 30% della spesa pubblica); nel 2020, come conseguenza della flessione della spesa privata, tale valore è pari a 0,29 (Grafico 1). Nel 2020, la maggior parte delle regioni ha ridotto il rapporto spesa pro capite privata/spesa pro capite pubblica rispetto al 2011, ad eccezione di 2 regioni del Nord (Piemonte e Liguria) e 4 regioni del Meridione (Basilicata, Campania, Molise e Sardegna), che invece presentano un incremento.

Come illustrato nel Grafico 2, ad eccezione di 6 regioni (Marche, Lazio, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Valle d'Aosta e Umbria) e della PA di Bolzano, che presentano un andamento di segno opposto del tasso annuo medio della spesa pubblica (con valori positivi) e del tasso annuo medio della spesa privata (con valori negativi), per le altre regioni i due tassi hanno un andamento positivo. Ciò che cambia è la percentuale di crescita, per cui in alcune regioni il tasso di crescita della spesa privata supera quello della spesa pubblica, in altre si verifica il fenomeno opposto.

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazione (valori per 100) e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2021

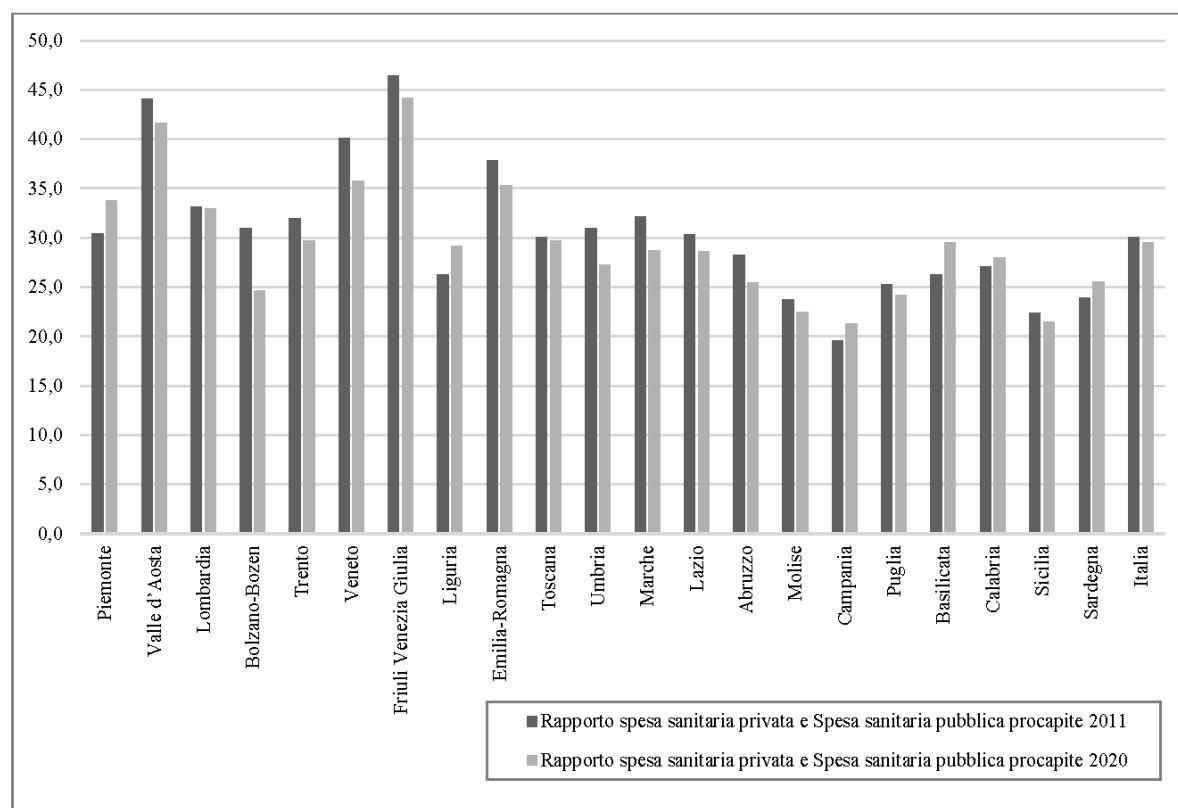
Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ % (2021-2020)	Tassi medi composti annui (2021-2011)
Piemonte	1.908	1.876	1.825	1.813	1.791	1.834	1.830	1.882	1.951	2.096	2.166	3,3	1,3
Valle d'Aosta	2.244	2.216	2.153	2.048	2.042	1.962	1.956	2.012	2.066	2.372	2.489	4,9	1,0
Lombardia	1.853	1.823	1.818	1.849	1.841	1.861	1.908	1.947	1.971	2.058	2.152	4,6	1,5
Bolzano-Bozen	2.235	2.281	2.241	2.170	2.140	2.200	2.263	2.304	2.270	2.587	2.689	3,9	1,9
Trento	1.943	1.967	1.931	1.932	1.854	1.868	1.904	1.942	1.953	2.162	2.260	4,5	1,5
Veneto	1.750	1.733	1.704	1.722	1.745	1.736	1.761	1.779	1.810	1.958	2.046	4,5	1,6
Friuli Venezia Giulia	2.066	2.056	2.020	1.938	2.008	2.085	2.164	2.097	2.066	2.136	2.235	4,6	0,8
Liguria	2.066	2.039	2.004	2.016	2.002	1.995	2.011	2.059	2.094	2.206	2.313	4,9	1,1
Emilia-Romagna	1.870	1.890	1.852	1.851	1.880	1.850	1.877	1.946	1.950	2.180	2.280	4,6	2,0
Toscana	1.909	1.868	1.807	1.847	1.855	1.834	1.874	1.893	1.954	2.129	2.224	4,5	1,5
Umbria	1.861	1.863	1.837	1.812	1.810	1.840	1.885	1.948	1.961	2.096	2.198	4,9	1,7
Marche	1.827	1.786	1.762	1.773	1.750	1.777	1.803	1.846	1.888	2.001	2.102	5,0	1,4
Lazio	1.994	2.052	1.940	1.889	1.869	1.832	1.827	1.852	1.925	2.064	2.159	4,6	0,8
Abruzzo	1.798	1.776	1.737	1.772	1.738	1.778	1.820	1.859	1.909	2.016	2.118	5,1	1,7
Molise	2.092	2.094	2.213	2.118	1.989	2.055	2.039	2.079	2.309	2.320	2.459	6,0	1,6
Campania	1.752	1.707	1.662	1.679	1.654	1.695	1.715	1.744	1.790	1.905	2.008	5,4	1,4
Puglia	1.797	1.763	1.762	1.782	1.740	1.825	1.807	1.857	1.916	1.996	2.092	4,8	1,5
Basilicata	1.888	1.810	1.817	1.829	1.787	1.815	1.877	1.867	1.895	2.001	2.111	5,5	1,1
Calabria	1.755	1.724	1.688	1.699	1.652	1.715	1.708	1.788	1.848	1.913	2.021	5,6	1,4
Sicilia	1.775	1.737	1.711	1.716	1.677	1.715	1.751	1.832	1.885	2.015	2.116	5,0	1,8
Sardegna	1.990	2.060	2.017	2.026	1.947	1.988	1.942	1.981	2.046	2.127	2.240	5,3	1,2
Italia	1.862	1.846	1.810	1.815	1.800	1.819	1.841	1.881	1.925	2.050	2.149	4,8	1,4

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2022.

Tabella 2 - Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2020

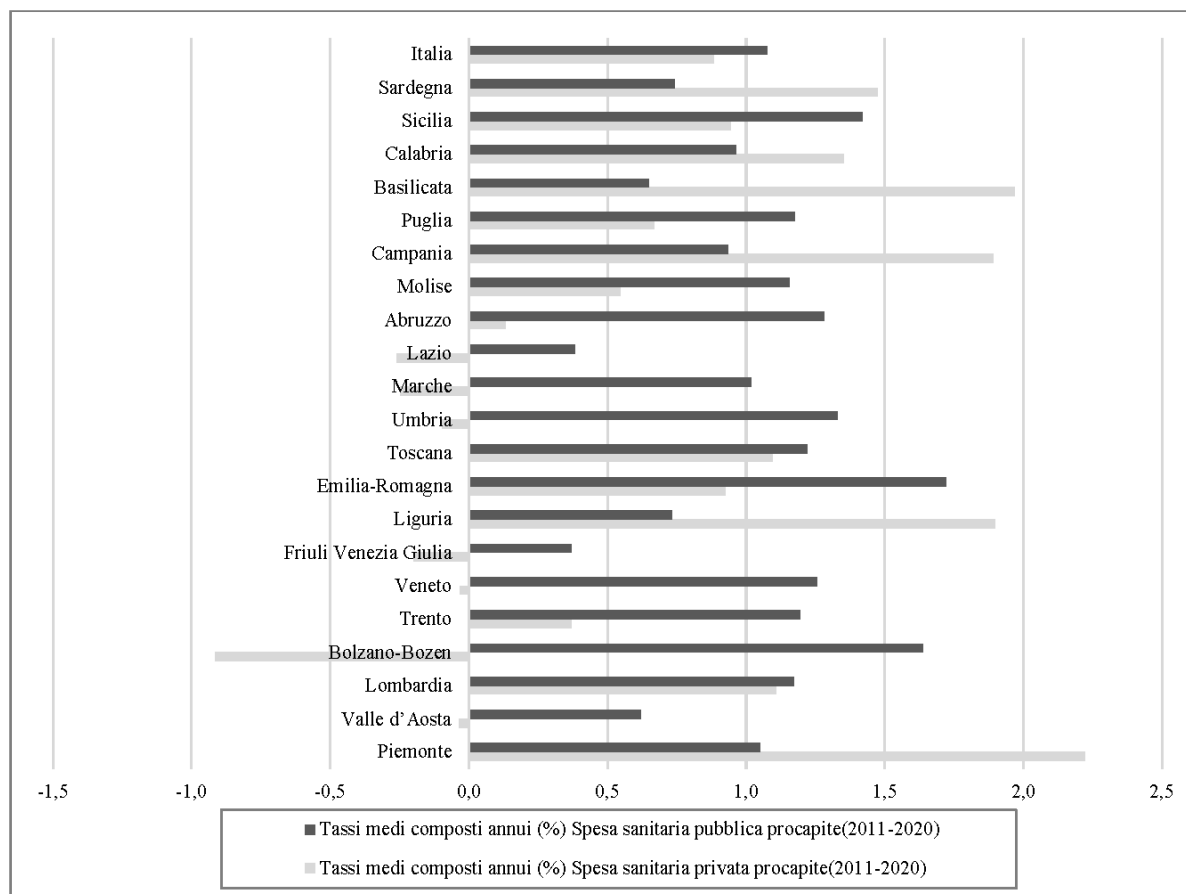
Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tassi medi composti annui (2020-2011)
Piemonte	581	601	618	647	690	696	725	745	760	708	2,2
Valle d'Aosta	990	910	904	880	949	968	1.017	1.040	1.055	987	0,0
Lombardia	614	603	616	618	658	666	697	707	719	678	1,1
Bolzano-Bozen	692	642	601	618	656	660	678	685	685	637	-0,9
Trento	621	615	606	619	659	658	678	688	691	642	0,4
Veneto	702	661	625	658	700	700	723	738	751	700	0,0
Friuli Venezia Giulia	960	859	813	860	921	931	967	987	1.001	943	-0,2
Liguria	543	561	561	596	633	630	650	670	687	643	1,9
Emilia-Romagna	708	710	702	715	761	769	801	812	822	769	0,9
Toscana	574	561	562	584	619	624	650	663	676	633	1,1
Umbria	576	531	510	520	549	550	571	585	602	571	-0,1
Marche	588	552	544	546	571	568	585	595	610	575	-0,2
Lazio	605	558	499	529	566	572	598	609	630	591	-0,3
Abruzzo	508	503	478	480	505	506	526	541	551	514	0,1
Molise	497	458	475	469	491	494	523	537	551	522	0,5
Campania	343	353	359	365	388	391	410	415	427	406	1,9
Puglia	454	437	442	442	468	471	493	500	517	482	0,7
Basilicata	496	526	536	536	566	572	599	608	627	591	2,0
Calabria	475	487	463	478	505	511	535	544	567	536	1,4
Sicilia	397	407	383	393	414	411	424	434	452	432	0,9
Sardegna	476	492	460	480	515	516	536	547	569	543	1,5
Italia	560	549	538	553	588	592	617	629	644	606	0,9

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2022.

Grafico 1 - Rapporto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011, 2020

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2022.

Grafico 2 - Tasso medio composto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011-2020



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Mentre l'indicatore della spesa sanitaria privata pro capite, nel 2020 e rispetto al 2019, si riduce, quello della spesa pro capite pubblica cresce.

Tale opposto comportamento si traduce in una diversa tendenza dei due tassi annui medi composti di variazione della spesa privata e pubblica pro capite nel periodo 2011-2020. Il valore della spesa pubblica pro capite relativa agli anni 2020 e 2021 è, certamente, condizionato dai maggiori oneri determinati dalla emergenza causata dal COVID-19. Di conseguenza non paiono essere anni significativi per valutare il trend della spesa del sistema sanitario italiano.

Tuttavia, è comunque importante avanzare alcune raccomandazioni.

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 tale, 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 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.

I risultati presentati evidenziano un comportamento variegato delle varie regioni, con alcune che incrementano il rapporto spesa privata/spesa pubblica ed altre che, invece, frenano questo incremento. Tali risultati devono certamente essere interpretati con molta cautela, considerando la forte influenza che la pandemia causata dal COVID-19 ha avuto sulla spesa pubblica, ma anche sui comportamenti dei cittadini nel rivolgersi alla sanità privata. Tuttavia, non deve essere sottovalutato, in una logica di Sanità Pubblica, il valore del rapporto tra spesa privata e pubblica perché potrebbe essere un segnale di cambio di compor-



tamento 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 possono fornire indicazioni utili e precise ai *policy makers*.



Avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. L'indicatore misura l'entità degli avanzi o disavanzi, in termini pro capite, dei 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 risultati d'esercizio dei SSR vengono pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) in un Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria" giunto, nel 2022, alla IX 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 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 economico" (MEF-RGS 2022, p. 58);
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 obbliga-

toriamente 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 2022, p. 29);

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 2022, p. 55).

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

Si noti che, da quest'anno, il Rapporto Osservasalute introduce una piccola novità nell'esposizione dei risultati economici. Tradizionalmente, la totalità o la grande maggioranza dei SSR chiudeva l'esercizio in disavanzo. Si era quindi stabilito di denominare l'indicatore "Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite", presentando i disavanzi senza segno e i rari avanzi con segno negativo. Nel tempo, però, la presenza di SSR in avanzo è diventata frequente. Da quest'anno, pertanto, si passa a una rappresentazione più intuitiva in cui sono i disavanzi a essere contrassegnati dal segno negativo. Coerentemente, la denominazione dell'indicatore è diventata "Avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite" e la sua definizione prevede, al numeratore, la differenza tra proventi e costi anziché viceversa.

Avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Proventi-Costi
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.

¹MEF-RGS (2022). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 9. Roma.

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) delle aziende. Le prassi di redazione dei bilanci consolidati dei SSR, infine, presentano ancora criticità. Nell'ultimo biennio, questi limiti sono stati aggravati dalla pandemia. È quindi opportuno segnalare che il Rapporto di Monitoraggio n. 9, oltre che presentare i dati 2021, apporta significative modifiche ai dati 2020, come inizialmente pubblicati nel Rapporto n. 8 e commentati nel Rapporto Osservasalute 2021. In particolare, il disavanzo nazionale 2020 passa da 913 milioni di € a 734 milioni di €; cambia, inoltre, il posizionamento di alcune regioni (Piemonte, Lombardia, Liguria e Lazio) rispetto all'equilibrio economico.

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.

In ogni caso, va infine ricordato che l'equilibrio economico-finanziario è condizione necessaria, ma certo non sufficiente, per il buon funzionamento dei SSR: le *performance* dei SSR vanno misurate e valutate anche, e soprattutto, in termini di capacità di garantire i LEA e, in ultima analisi, di tutelare la salute.

Valore di riferimento/Benchmark. Come benchmark si può utilizzare 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

Come nel 2020, anche nel 2021 proventi, costi e risultati economici dei SSR scontano gli effetti della pandemia. Nel 2021, in particolare, i SSR hanno dovuto sia continuare a fronteggiare l'emergenza sia ripren-

dere e recuperare le ordinarie attività assistenziali. Ai conseguenti fabbisogni finanziari si è fatto fronte tramite un ulteriore, ma contenuto, incremento (+1,2%) del finanziamento ordinario del SSN nonché tramite ulteriori provviste stanziare *ad hoc* a copertura dei costi sostenuti dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 (MEF-RGS 2022, p. 58).

Nel 2021, il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 1,1 miliardi di €, tornando quindi ai livelli del quinquennio 2015-2019. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo si riduce a 175 milioni di €. In termini pro capite il disavanzo medio nazionale 2021 è pari a 19€ (Tabella 1).

Nel confronto interregionale, spiccano come sempre gli elevati disavanzi pro capite delle regioni a Statuto Speciale e delle 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, si osserva una relativa stabilità di posizionamento rispetto ai dati definitivi del 2020. Nel Centro-Nord restano in equilibrio Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria e Marche. Il Piemonte, tuttavia, è stato invitato dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali "ad una riflessione in merito alla gestione strutturale del SSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente" (MEF-RGS 2022, p. 68). Ancora più significativamente, l'Emilia-Romagna è stata invitata "ad un approfondimento sulla sostenibilità strutturale dei costi incrementali di cui si è aggravato il SSR, al fine di garantire l'equilibrio del SSR nel tempo, stante anche la non strutturalità di talune entrate registrate nell'ultimo biennio e il rilevante smobilizzo di fondi accantonati, non ripetibile". Il Tavolo ha inoltre richiamato "l'attenzione della regione sulla sostenibilità della struttura dei costi che la regione ha ritenuto di sostenere nel biennio 2020-2021, disponendo di adottare scelte strutturali, non coerenti con quanto previsto dal legislatore per la gestione dell'emergenza, per sua natura non strutturale" (MEF-RGS 2022, p. 70).

Sempre nel Centro-Nord, Liguria e Toscana presentano, invece, disavanzi pro capite (rispettivamente, 31€ e 40€) che eccedono la media nazionale. Per entrambe, il Tavolo ha formulato un invito analogo a quello del Piemonte (MEF-RGS 2022, pp. 70 e 74).

Al Centro-Sud ed Isole, 3 regioni restano in equilibrio (Campania, Basilicata e Sicilia) e ad esse si aggiunge



la Calabria, che nel 2020 presentava invece un ampio disavanzo (66€ pro capite); all'equilibrio si avvicina anche l'Abruzzo. Per Campania, Sicilia e Abruzzo, tuttavia, il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato LEA hanno formulato un invito analogo a quello del Piemonte, aggiungendo riferimenti alla "non strutturata di talune entrate registrate nell'ultimo biennio" (Campania e Sicilia), alla rilevante gestione straordinaria positiva, da considerarsi non ripetibile (Abruzzo e Sicilia), ai "costi incrementali di cui si è aggravato il SSR" (Sicilia) e a "un livello strutturale di costi non compatibile con la sostenibilità del SSR" (Abruzzo) (MEF-RGS 2022, pp. 76, 93 e 94). Quanto alla Calabria, Tavolo e Comitato riconducono l'avanzo al "parziale utilizzo del maggior finanziamento assegnato alla Calabria per l'erogazione dei LEA, segnaletico di una non tempestiva gestione di tali risorse assegnate dallo Stato" (MEF-RGS 2022, pp. 76, 93 e 94).

Sempre nel Centro-Sud, peggiorano rispetto al 2020 i

risultati di Lazio e Puglia: il Lazio entra in disavanzo (16€ pro capite) e il disavanzo della Puglia (34€ pro capite) eccede la media nazionale. Ad entrambe le regioni è stato rivolto un invito analogo a quello del Piemonte. Per il Lazio si rileva inoltre "la non strutturata di talune entrate registrate nell'ultimo biennio", mentre in Puglia "risulta un livello strutturale di costi non compatibile con la sostenibilità del SSR" (MEF-RGS 2022, pp. 84 e 92).

Infine, disavanzi pro capite particolarmente ampi persistono in Molise (191€), per il quale il "Tavolo e Comitato rilevano nuovamente con preoccupazione che la Regione [...] continua a far registrare importanti disavanzi di gestione annuali, oltre a dover garantire la copertura di ingenti perdite pregresse [quantificate al 31 dicembre 2021 in 122 milioni di €, pari a 421€ pro capite, NdA] nonostante i cospicui aiuti finanziari ricevuti dalla Stato e dalle altre regioni, nonché gli incrementi di finanziamenti ricevuti negli ultimi 2 anni" (MEF-RGS 2022, pp. 87).

Tabella 1 - Avanzo/disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2020-2021

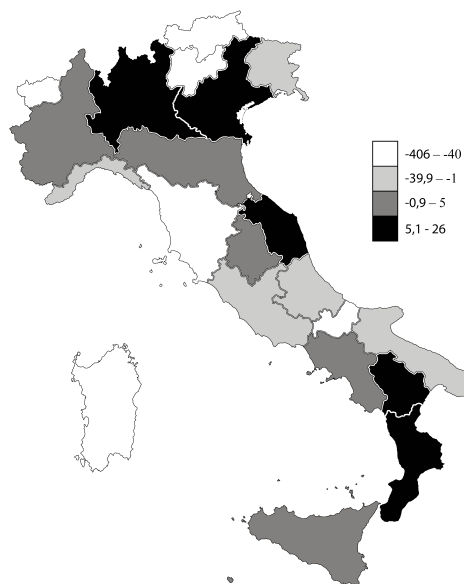
Regioni	2006	2020	2021
Piemonte	-77	11	5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-568	-150	-179
Lombardia	0	1	26
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>-570</i>	<i>-578</i>	<i>-69</i>
<i>Trento</i>	<i>-286</i>	<i>-349</i>	<i>-406</i>
Veneto	-31	0	26
Friuli Venezia Giulia	-3	-9	-31
Liguria	-61	0	-31
Emilia-Romagna	-69	0	0
Toscana	-28	-25	-40
Umbria	-64	0	0
Marche	-32	0	8
Lazio	-374	15	-16
Abruzzo	-153	-12	-1
Molise	-216	-139	-191
Campania	-131	4	0
Puglia	-52	-6	-34
Basilicata	5	8	20
Calabria	-28	-66	14
Sicilia	-219	0	0
Sardegna	-79	-53	-150
Italia	-103	-12	-19
Regioni a Statuto Ordinario e Sicilia	-99	-2	-4

Nota: il segno negativo indica la presenza di disavanzi.

Fonte dei dati: MEF-RGS (2022). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 9. Roma. Anno 2022.



Avanzo/disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2021



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, 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 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 del 2021 riflettono l'impatto della pandemia e sono difficilmente interpretabili: per esempio, il disavanzo sanitario nazionale è stato contenuto, ma ciò anche grazie a un significativo incremento nel finanziamento del SSN. Come evidenziato dalle raccomandazioni formulate dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato LEA, esiste però un significativo rischio che gli incrementi di costo siano per loro natura strutturali (per esempio, maggiori costi per personale dipendente), mentre gli incrementi nel finanziamento fossero da intendere come temporanei. Nei prossimi anni, la sfida sarà dunque ricercare un nuovo equilibrio tra proventi e costi dei singoli SSR, nonché tra finanziamento del SSN e vincoli di finanza pubblica, perseguendo, nel contempo, gli ambiziosi obiettivi delineati nel PNRR, che richiedono non solo spesa in conto capitale, ma anche una profonda ridefinizione delle modalità di funzionamento del sistema e quindi della spesa corrente.