



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 per funzione in rapporto al PIL; 2. spesa sanitaria pubblica e privata 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 acquisiti da soggetti privati accreditati e convenzionati e, successivamente, disaggregando i servizi acquisiti da soggetti privati per tipologia (assistenza farmaceutica; medicina generale; medico specialistica; case di cura private; riabilitativa, integrativa e protesica; altre prestazioni). Riporta, infine, entità ed evoluzione della spesa sanitaria pro capite privata.

I valori presentati fanno riferimento al 2022. Fa eccezione la spesa sanitaria privata, per la quale il dato si riferisce al 2021.

Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica pro capite nazionale è cresciuta del 3,2% rispetto al 2021, raggiungendo i 2.212€. Rispetto al 2019, l'incremento complessivo è stato pari a 287€, cioè mediamente al 4,7% l'anno. Per effetto dell'incremento del PIL, invece, il rapporto spesa pubblica/PIL è diminuito rispetto al 2021, attestandosi al 6,7%. In ogni caso, la spesa sanitaria pubblica italiana resta tra le più basse dei Paesi OCSE.

L'incremento della spesa sanitaria pubblica si è tradotto in un ampliamento del disavanzo, aggravando il peggioramento già rilevato nel 2021. Nel 2022, il disavanzo sanitario nazionale è stato di circa 1,4 miliardi di €. Disavanzi più elevati si erano registrati solo fino al 2013. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo è pari a 583 milioni di €. In termini pro capite, il disavanzo medio nazionale 2022 è di 24€.

Dopo la flessione del 2020, è ripresa anche la crescita della spesa sanitaria privata, che aveva caratterizzato tutto il decennio precedente. Il dato 2021 è di 691€ pro capite, quindi decisamente più elevato rispetto non solo al 2020 (606€), ma anche al precedente massimo raggiunto nel 2019 (644€). 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, per poi scendere nel 2020 a 0,29, si è riportato nel 2021 a 0,32.

Su base regionale, nel corso del 2022, la spesa sanitaria pubblica pro capite è aumentata in tutte le regioni, con una crescita inferiore al 3% solo nella PA di Trento e con incrementi massimi in Basilicata (3,7%) e Molise (3,6%).

Quanto al disavanzo, nel 2022 le regioni in equilibrio sono state soltanto 6 (Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Campania e Calabria), dove l'ampissimo avanzo della Calabria (76€ pro capite) deriva peraltro dai ritardi accumulati nell'impiego dei finanziamenti ricevuti. Al Centro-Nord è contenuto il disavanzo del Piemonte, mentre i disavanzi di Emilia-Romagna e Toscana si avvicinano alla media nazionale e quello della Liguria la eccede ampiamente. Al Centro-Sud ed Isole, sono contenuti i disavanzi di Abruzzo e Sicilia; inferiore alla media nazionale quello della Basilicata; ampiamente superiori alla media nazionale quelli di Puglia, Lazio e soprattutto 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 nuovamente evidenziato la necessità di una riflessione in merito alla gestione strutturale del SSR, nel rispetto dell'equilibrio economico e in coerenza con le risorse disponibili.

Rispetto alla spesa sanitaria privata, si confermano due aspetti complementari. Da un lato, il dato pro capite 2021 resta superiore alla media nazionale in tutte le regioni del Nord oltre alla Toscana; inferiore, invece, alla media nazionale in tutte le regioni del Centro-Sud ed Isole. D'altro lato, però, tra il 2011 e il 2021 il divario fra regioni si è progressivamente ridotto. Gli incrementi del 2021, in particolare, risultano sostanzialmente equidistribuiti su tutto il territorio nazionale.

Infine, l'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL conferma distanze interregionali molto





ampie (da 4,95% per la Lombardia a 10,98% per la 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 è particolarmente elevato nel Lazio (40%), in Lombardia (39%) e in Molise (38%). 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, 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, 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.

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 2020 e 2021 sono stati fortemente influenzati dalla pandemia. I valori 2022, unitamente alle raccomandazioni formulate dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato LEA, indicano un significativo divaricamento tra proventi e costi del SSN, tra l'altro combinato con una forte ripresa della spesa sanitaria privata, che potrebbe rappresentare non più un complemento della spesa pubblica, ma un suo sostituto.

In parte, questo divaricamento è stato dovuto a nuove circostanze eccezionali (in particolare, crisi energetica internazionale e ripresa dell'inflazione) che auspicabilmente si riveleranno temporanee. Per altra parte, ha pesato la necessità di riprendere e recuperare le ordinarie attività assistenziali. Esistono, però, anche importanti determinanti di carattere strutturale. Da un lato, le difficoltà della finanza pubblica non lasciano intravedere margini per incrementi significativi nel finanziamento della Sanità Pubblica. Dall'altro, gli incrementi di costo riflettono il persistente invecchiamento della popolazione nonché alcune scelte di medio-lungo periodo operate durante la pandemia (per esempio, maggiori costi per il personale dipendente) a fronte di finanziamenti aggiuntivi che erano intesi come temporanei. La pandemia, inoltre, sembra avere fortemente indebolito l'attenzione alle compatibilità economiche e parzialmente delegittimato i sistemi aziendali di programmazione, controllo, valutazione e incentivazione dell'attività. 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. A tal fine, razionalizzazione e razionamento sarebbero presumibilmente insufficienti a contenere i costi senza indebolire ulteriormente la quantità e qualità dei servizi e, in ultima analisi, la garanzia dei LEA. Sarà, quindi, necessario fare leva sulle risorse e sugli obiettivi del PNRR per perseguire una più profonda ridefinizione delle logiche e delle modalità di organizzazione e funzionamento del SSN.



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 nazionale. A tal fine l'indicatore non solo analizza tre funzioni e precisamente:

- spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali (comprendente la spesa per l'assistenza 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);

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

- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza farmaceutica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico specialistica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case 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 | |
| Denominatore | Prodotto Interno Lordo | x 100 |

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

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

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

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

In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL è il valore di mercato di tutti i beni e servizi prodotti all'interno di una realtà territoriale in un certo

intervallo di tempo (solitamente l'anno) e destinati ad usi finali. Come tale tiene conto solo delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni. Infine, nella lettura dell'indicatore non va dimenticato che per l'attuale sistema di finanziamento del sistema sanitario una parte dei fondi destinati alla sanità non proviene direttamente dal gettito fiscale della regione e, quindi, correlato al reddito prodotto, ma da trasferimenti definiti in sede di accordo Stato-Regioni. Il valore che l'indicatore assume esprime, quindi, il carico che la regione sopporterebbe se si assumesse in toto l'onere del finanziamento.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2022 la spesa sanitaria pubblica corrente si posiziona al 6,70% del PIL (Tabella 1). Il trend temporale





2016-2022 (Grafico 1) evidenzia una leggera flessione della spesa sanitaria pubblica corrente e di tutte le sue componenti, rispetto al 2021.

Nel 2022 a livello italiano, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente si riduce e passa dal 4,40% del PIL nel 2021 al 4,20% e continua a giocare un ruolo predominante, giustificando il 63% circa della spesa totale.

Segue la spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2) che assorbe a livello nazionale il 2,15% del PIL ed è articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,51% del PIL), spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni (0,44% del PIL), spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,38%), spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generica (0,36% del PIL), che ne giustificano la maggior parte del valore. Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,27% del PIL) e dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,18% del PIL). Nel 2022, la composizione della spesa si mantiene inalterata rispetto al 2021, ed ogni componente mantiene la sua posizione relativa.

Il *range* fra le regioni continua a sussistere e si presenta in linea con gli anni precedenti, con il valore più basso della spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL

registrato in Lombardia e nelle PA di Trento e Bolzano (rispettivamente, 4,95%, 5,15% e 5,34%) e con il valore più alto registrato in Sicilia, Calabria e Molise con 10,98% e 10,42% del PIL, rispettivamente.

Permane un netto gradiente Nord-Sud ed Isole con le regioni meridionali che si presentano con un valore sempre superiore alla media nazionale, di almeno 1 p.p..

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 55% al 77% circa della spesa totale.

La spesa per prestazioni in convenzione assorbe in ogni regione una percentuale che oscilla fra il 17% e il 40% della spesa pubblica corrente. È sempre in Lombardia e Lazio che la spesa per prestazioni in convenzione assume un peso rilevante coprendo circa il 40% della spesa sanitaria pubblica. Come evidenzia il Grafico 3, nell'ambito della spesa in convenzione, non vi è una singola componente che si presenta come più importante, ma la composizione è varia fra le regioni. Emerge come aspetto rilevante che è la spesa per case di cura private a presentarsi come voce rilevante non solo a livello Italia, ma anche in regioni come Lombardia e Lazio e numerose regioni del Sud-Italia.





ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

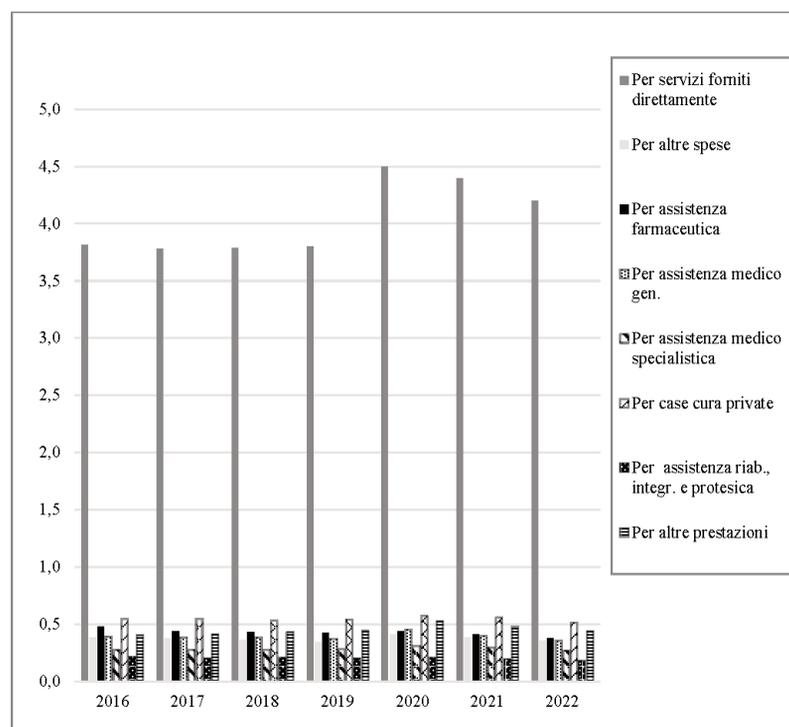
421

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 2022

| 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 | 6,48 | 4,26 | 0,36 | 1,86 | 0,35 | 0,34 | 0,20 | 0,35 | 0,19 | 0,42 |
| Valle d'Aosta | 5,78 | 4,40 | 0,37 | 1,00 | 0,26 | 0,28 | 0,04 | 0,15 | 0,13 | 0,13 |
| Lombardia | 4,95 | 2,77 | 0,24 | 1,94 | 0,31 | 0,21 | 0,27 | 0,56 | 0,07 | 0,53 |
| Bolzano-Bozen | 5,34 | 4,09 | 0,35 | 0,90 | 0,14 | 0,26 | 0,05 | 0,14 | 0,12 | 0,18 |
| Trento | 5,15 | 3,57 | 0,30 | 1,28 | 0,28 | 0,26 | 0,12 | 0,28 | 0,08 | 0,26 |
| Veneto | 5,76 | 3,74 | 0,32 | 1,70 | 0,26 | 0,33 | 0,22 | 0,33 | 0,06 | 0,51 |
| Friuli Venezia Giulia | 6,49 | 4,67 | 0,40 | 1,42 | 0,34 | 0,35 | 0,16 | 0,18 | 0,13 | 0,26 |
| Liguria | 6,75 | 4,46 | 0,38 | 1,91 | 0,32 | 0,29 | 0,24 | 0,43 | 0,26 | 0,37 |
| Emilia-Romagna | 5,61 | 3,79 | 0,32 | 1,51 | 0,27 | 0,32 | 0,14 | 0,31 | 0,05 | 0,42 |
| Toscana | 6,39 | 4,57 | 0,39 | 1,44 | 0,34 | 0,35 | 0,12 | 0,19 | 0,11 | 0,32 |
| Umbria | 8,07 | 5,80 | 0,49 | 1,78 | 0,47 | 0,43 | 0,13 | 0,18 | 0,15 | 0,43 |
| Marche | 7,03 | 4,83 | 0,41 | 1,79 | 0,43 | 0,36 | 0,14 | 0,26 | 0,24 | 0,35 |
| Lazio | 5,95 | 3,30 | 0,28 | 2,36 | 0,36 | 0,30 | 0,28 | 0,77 | 0,22 | 0,42 |
| Abruzzo | 7,85 | 5,11 | 0,43 | 2,31 | 0,54 | 0,54 | 0,14 | 0,40 | 0,32 | 0,36 |
| Molise | 10,42 | 5,91 | 0,50 | 4,01 | 0,55 | 0,66 | 0,59 | 1,33 | 0,39 | 0,49 |
| Campania | 9,86 | 5,90 | 0,50 | 3,46 | 0,63 | 0,58 | 0,70 | 0,80 | 0,43 | 0,32 |
| Puglia | 10,12 | 6,15 | 0,52 | 3,45 | 0,64 | 0,63 | 0,37 | 0,96 | 0,30 | 0,56 |
| Basilicata | 7,84 | 5,22 | 0,44 | 2,18 | 0,46 | 0,55 | 0,31 | 0,05 | 0,48 | 0,31 |
| Calabria | 10,42 | 6,37 | 0,54 | 3,50 | 0,75 | 0,67 | 0,37 | 0,80 | 0,48 | 0,43 |
| Sicilia | 10,98 | 6,60 | 0,56 | 3,82 | 0,62 | 0,64 | 0,59 | 0,91 | 0,44 | 0,63 |
| Sardegna | 10,09 | 7,00 | 0,59 | 2,49 | 0,61 | 0,51 | 0,37 | 0,34 | 0,29 | 0,37 |
| Italia | 6,70 | 4,20 | 0,36 | 2,15 | 0,38 | 0,36 | 0,27 | 0,51 | 0,18 | 0,44 |

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2023.

Grafico 1 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per singola funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo - Anni 2016-2022

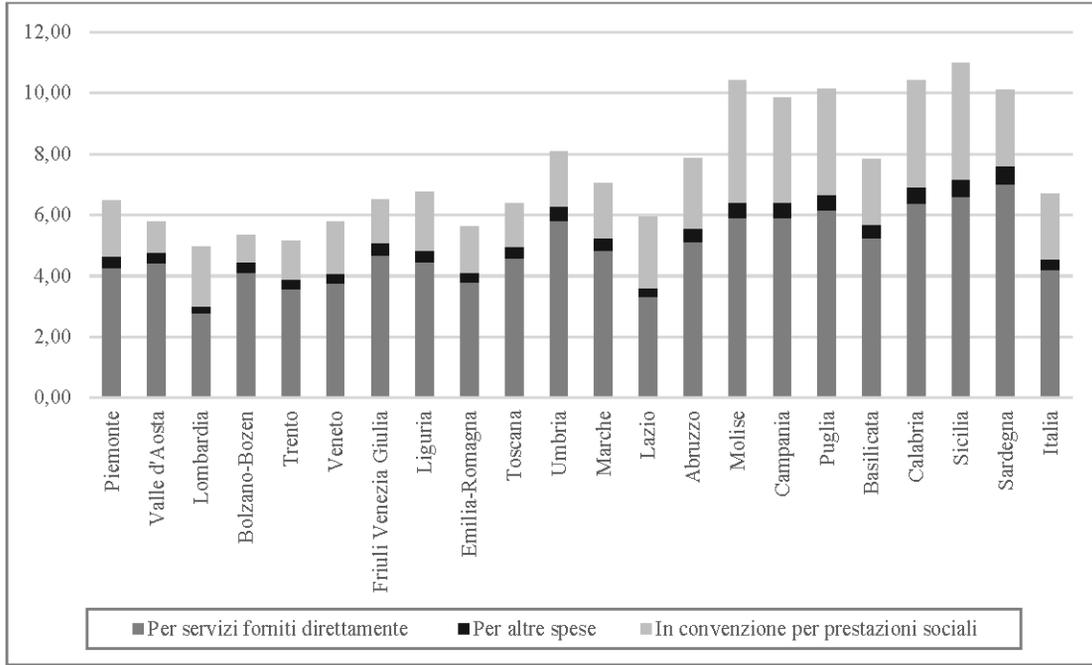


Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2023.



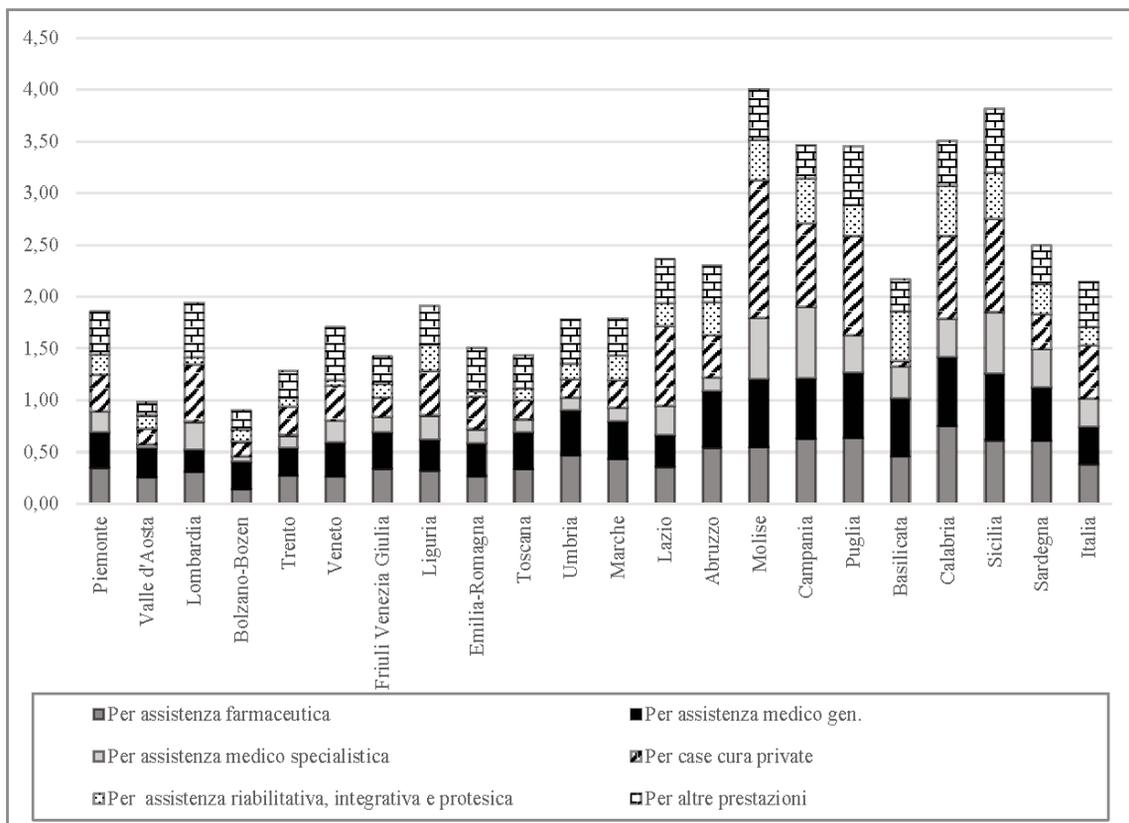


Grafico 2 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2022



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2023.

Grafico 3 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2022



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2023.





Raccomandazioni di Osservasalute

In sintesi, a livello nazionale nel 2022:

- il valore della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL registra una leggera flessione rispetto al 2021;
- nella composizione della spesa un ruolo dominante è sempre giocato dalla spesa per servizi forniti direttamente;
- nella composizione della spesa, il ruolo giocato dalle singole funzioni si mantiene praticamente costante rispetto all'anno 2021.

A livello regionale nel 2022:

- i valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL continuano ad essere differenti fra le regioni con un gradiente Nord-Sud ed Isole. I valori del Meridione sono sempre maggiori a quelli del Nord-Italia;
- 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 6,8% e la spesa del 2,6% nel 2022 rispetto al 2021.

Nel 2022, l'incremento della spesa, leggermente più contenuta rispetto all'anno precedente, è imputabile a multiple e concorrenti cause che giocano sia sul lato dell'offerta che della domanda.

La maggiore spesa è, innanzitutto, attribuibile alle minori risorse che erano state utilizzare durante l'emergenza COVID-19 e al consolidamento di alcuni costi maturati nei 2 anni precedenti, come ad esempio un'indennità di specificità infermieristica volta al riconoscimento e alla valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte (Legge del 30 dicembre 2020 n. 178), o, al rinnovo del contratto per il triennio 2019-2021 del personale non dirigente. Sulla spesa sanitaria corrente di tale annualità grava, infatti, il pagamento degli arretrati dovuti alla sottoscrizione del citato accordo contrattuale (1).

Dal lato dell'offerta, inoltre, l'aumento dei prezzi delle fonti energetiche, conseguente allo scoppio della guerra in Ucraina, ha impattato sia sui valori dei servizi erogati direttamente dalle aziende che su quelli in convenzione. In aggiunta, il sistema sanitario sconta, nel 2022, i costi sostenuti da un lato per riprendere e recu-

perare le ordinarie attività assistenziali e dall'altro per continuare a fronteggiare l'emergenza sanitaria. Sono state, per questo, introdotte specifiche disposizioni che hanno preordinato il ricorso agli operatori privati accreditati per smaltire le liste d'attesa, createsi durante il periodo pandemico, facendo crescere le spese per assistenza da privati (art. 26, comma 2, del DL n. 73/2021).

Sul fronte della domanda, l'incremento della spesa è certamente attribuibile alla ripresa dei consumi da parte dei cittadini dopo le restrizioni da COVID-19.

La diversa velocità con cui cresce il valore al numeratore e al denominatore del rapporto spesa rispetto al PIL, se da un lato, può essere sintomo di recupero di maggiore efficienza nella erogazione dei servizi, dall'altra può essere sintomo di una minor tutela da parte dei cittadini che non trovano garanzia dei LEA a cui hanno diritto. Solo una valutazione comparata di spesa e LEA effettivamente garantiti permette di concludere che non vi è stata una perdita di tutela dei cittadini.

Le raccomandazioni prospettabili vertono sull'impegno delle regioni a re-allineare 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 COVID-19, 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 Monitoraggio della spesa sanitaria: Rapporto della Ragioneria Generale dello Stato 2022, 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) Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato- Monitoraggio spesa sanitaria anno 2022.



Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata pro capite

Significato. In questo contesto sono presentati due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa pubblica corrente e la spesa privata rispetto alla popolazione residente per l'intera nazione e in ciascuna singola regione.

La spesa sanitaria pubblica pro capite fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie utilizzate in media per ogni individuo di una data regione e, di conseguenza, dell'intera nazione, per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.

La spesa sanitaria privata pro capite esprime, invece,

l'onere sopportato direttamente da ciascun cittadino per il pagamento diretto delle prestazioni, del ticket e dei finanziamenti su base volontaristica.

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

Inoltre, viene effettuata, per lo stesso arco temporale disponibile, una lettura coincidente dei due indicatori che permette di cogliere non solo la dinamica dei loro valori assoluti, ma anche la presenza di una complementarità o compensazione di un tipo di spesa rispetto all'altro.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

| | |
|--------------|-----------------------------|
| Numeratore | Spesa sanitaria pubblica |
| Denominatore | Popolazione media residente |

Spesa sanitaria privata pro capite

| | |
|--------------|-----------------------------|
| Numeratore | Spesa sanitaria privata |
| Denominatore | Popolazione media residente |

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

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

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

valutare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite le regioni in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le risorse saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.

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

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi nazionali e, per il dato nazionale, quelli medi dei Paesi dell'OCSE.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia presenta un incremento rispetto al 2021 pari al



ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

425

3,2% e leggermente inferiore rispetto al periodo precedente (pari a 4,7%), posizionandosi a 2.212€. Di conseguenza, come da Tabella 1, il tasso medio composto annuo nel periodo 2011-2022 si posiziona sul valore di 2,1% annui. Tale valore lascia 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 e con un cospicuo differenziale rispetto ai principali Paesi con sistema sanitario a fiscalità generale (1).

A tale incremento contribuiscono tutte le regioni che evidenziano una crescita da +2,8% nella PA di Trento a +3,7% in Basilicata. Tali incrementi modificano i valori massimi e minimi della spesa fra le regioni e delineano un range che va da 2.914€ nella PA di Bolzano a 2.026€ in Calabria.

Per il 2021, la spesa pro capite privata (Tabella 2) a livello italiano, dopo il rallentamento registrato nel 2020, presenta una significativa crescita rispetto all'anno precedente.

La distribuzione regionale della rilevazione della spesa sanitaria, riportata nella Tabella 2, per l'anno 2021, mostra che la ripresa dei valori risulta sostanzialmente equidistribuita su tutto il territorio nazionale.

La percentuale di crescita della spesa sanitaria privata pro capite nel 2021 rispetto al 2020 è sempre superiore alla percentuale di crescita della spesa sanitaria pubblica pro capite.

La posizione nella graduatoria della spesa privata pro

capite delle regioni è relativamente costante nel tempo: le regioni del Nord, con la sola eccezione della Liguria, che registravano tutte nel 2011 valori superiori alla media nazionale, si posizionano tutte, anche nel 2021, con valori al di sopra del valore medio nazionale. Analogamente, le regioni del Sud confermano i loro valori sotto la media nazionale anche nel 2021.

Nel periodo analizzato diminuisce il *gap* fra le regioni, che passa da 647€ nel 2011 a 690€ nel 2021.

Se si effettua un confronto fra spesa sanitaria privata e pubblica pro capite per gli anni i cui dati sono disponibili (2011-2021), a livello nazionale, si osserva una leggera crescita: 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 era pari a 29,6%, per posizionarsi nel 2021 al 32,2% (Grafico 1). Tutte le regioni si presentano con un più alto valore del rapporto rispetto al 2020 e rispetto al 2011, ad eccezione di 4 regioni, PA di Bolzano, Veneto, Umbria e Marche, che invece presentano un decremento nel 2021 rispetto al 2011.

Come illustra il Grafico 2, per tutte le regioni i due tassi hanno un andamento positivo nel tempo analizzato 2011-2021. 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 un 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 2012-2022

| Regioni | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Δ % (2022-2021) | Tassi medi composti annui (2022-2012) |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|---|
| Piemonte | 1.858 | 1.810 | 1.826 | 1.820 | 1.834 | 1.830 | 1.882 | 1.951 | 2.063 | 2.162 | 2.232 | 3,2 | 1,9 |
| Valle d'Aosta | 2.159 | 2.126 | 2.023 | 1.939 | 1.962 | 1.956 | 2.012 | 2.066 | 2.371 | 2.445 | 2.526 | 3,3 | 1,6 |
| Lombardia | 1.774 | 1.802 | 1.858 | 1.855 | 1.861 | 1.908 | 1.947 | 1.971 | 2.057 | 2.137 | 2.201 | 3,0 | 2,2 |
| Bolzano-Bozen | 2.281 | 2.233 | 2.155 | 2.195 | 2.200 | 2.263 | 2.304 | 2.270 | 2.585 | 2.829 | 2.914 | 3,0 | 2,5 |
| Trento | 1.967 | 1.934 | 1.934 | 1.850 | 1.868 | 1.904 | 1.942 | 1.953 | 2.161 | 2.217 | 2.280 | 2,8 | 1,5 |
| Veneto | 1.693 | 1.667 | 1.683 | 1.726 | 1.736 | 1.761 | 1.779 | 1.810 | 1.957 | 2.082 | 2.148 | 3,2 | 2,4 |
| Friuli Venezia Giulia | 2.035 | 2.004 | 1.942 | 2.071 | 2.085 | 2.164 | 2.097 | 2.066 | 2.135 | 2.267 | 2.340 | 3,2 | 1,4 |
| Liguria | 1.956 | 1.957 | 2.004 | 1.983 | 1.995 | 2.011 | 2.059 | 2.094 | 2.205 | 2.337 | 2.416 | 3,4 | 2,1 |
| Emilia-Romagna | 1.838 | 1.815 | 1.833 | 1.840 | 1.850 | 1.877 | 1.946 | 1.950 | 2.179 | 2.185 | 2.250 | 3,0 | 2,0 |
| Toscana | 1.782 | 1.765 | 1.828 | 1.823 | 1.834 | 1.874 | 1.893 | 1.954 | 2.129 | 2.169 | 2.244 | 3,5 | 2,3 |
| Umbria | 1.827 | 1.809 | 1.809 | 1.832 | 1.840 | 1.885 | 1.948 | 1.961 | 2.094 | 2.200 | 2.278 | 3,5 | 2,2 |
| Marche | 1.742 | 1.723 | 1.750 | 1.760 | 1.777 | 1.803 | 1.846 | 1.888 | 2.001 | 2.091 | 2.163 | 3,4 | 2,2 |
| Lazio | 1.931 | 1.869 | 1.875 | 1.860 | 1.832 | 1.827 | 1.852 | 1.925 | 2.063 | 2.148 | 2.213 | 3,0 | 1,4 |
| Abruzzo | 1.726 | 1.704 | 1.757 | 1.765 | 1.778 | 1.820 | 1.859 | 1.909 | 2.016 | 2.055 | 2.123 | 3,3 | 2,1 |
| Molise | 2.074 | 2.197 | 2.118 | 2.041 | 2.055 | 2.039 | 2.079 | 2.309 | 2.320 | 2.466 | 2.556 | 3,6 | 2,1 |
| Campania | 1.667 | 1.635 | 1.676 | 1.694 | 1.695 | 1.715 | 1.744 | 1.790 | 1.905 | 2.034 | 2.098 | 3,1 | 2,3 |
| Puglia | 1.706 | 1.718 | 1.763 | 1.816 | 1.825 | 1.807 | 1.857 | 1.916 | 1.996 | 2.118 | 2.188 | 3,3 | 2,5 |
| Basilicata | 1.785 | 1.795 | 1.831 | 1.801 | 1.815 | 1.877 | 1.867 | 1.895 | 2.001 | 2.102 | 2.179 | 3,7 | 2,0 |
| Calabria | 1.709 | 1.678 | 1.713 | 1.718 | 1.715 | 1.708 | 1.788 | 1.848 | 1.912 | 1.959 | 2.026 | 3,4 | 1,7 |
| Sicilia | 1.699 | 1.691 | 1.716 | 1.717 | 1.715 | 1.751 | 1.832 | 1.885 | 2.014 | 2.139 | 2.207 | 3,2 | 2,7 |
| Sardegna | 1.999 | 1.961 | 1.989 | 1.983 | 1.988 | 1.942 | 1.981 | 2.046 | 2.125 | 2.319 | 2.397 | 3,4 | 1,8 |
| Italia | 1.793 | 1.777 | 1.807 | 1.815 | 1.819 | 1.841 | 1.881 | 1.925 | 2.049 | 2.144 | 2.212 | 3,2 | 2,1 |

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2023.



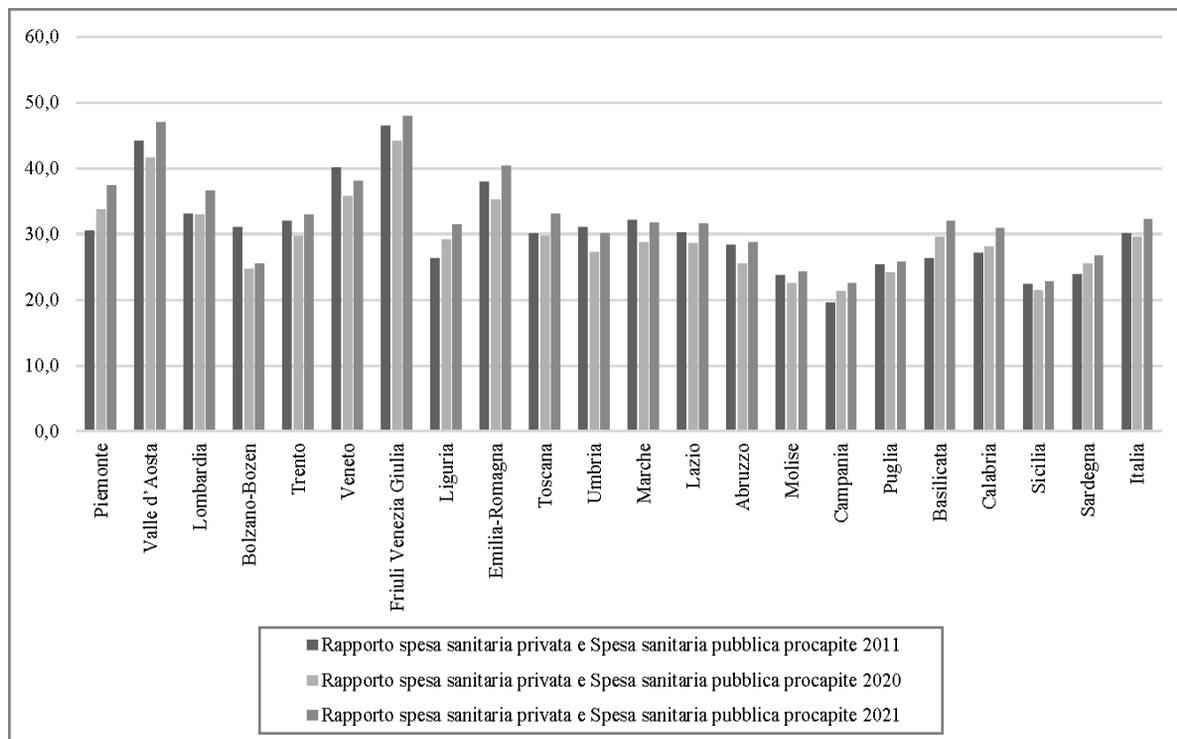


Tabella 2 - Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2021

| Regioni | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Tassi medi composti annui (2021-2011) |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------------------------------|
| Piemonte | 581 | 601 | 618 | 647 | 690 | 696 | 725 | 745 | 760 | 708 | 808 | 3,4 |
| Valle d'Aosta | 990 | 910 | 904 | 880 | 949 | 968 | 1017 | 1040 | 1055 | 987 | 1.149 | 1,5 |
| Lombardia | 614 | 603 | 616 | 618 | 658 | 666 | 697 | 707 | 719 | 678 | 780 | 2,4 |
| Bolzano-Bozen | 692 | 642 | 601 | 618 | 656 | 660 | 678 | 685 | 685 | 637 | 721 | 0,4 |
| Trento | 621 | 615 | 606 | 619 | 659 | 658 | 678 | 688 | 691 | 642 | 731 | 1,6 |
| Veneto | 702 | 661 | 625 | 658 | 700 | 700 | 723 | 738 | 751 | 700 | 793 | 1,2 |
| Friuli Venezia Giulia | 960 | 859 | 813 | 860 | 921 | 931 | 967 | 987 | 1001 | 943 | 1.087 | 1,3 |
| Liguria | 543 | 561 | 561 | 596 | 633 | 630 | 650 | 670 | 687 | 643 | 736 | 3,1 |
| Emilia-Romagna | 708 | 710 | 702 | 715 | 761 | 769 | 801 | 812 | 822 | 769 | 882 | 2,2 |
| Toscana | 574 | 561 | 562 | 584 | 619 | 624 | 650 | 663 | 676 | 633 | 718 | 2,3 |
| Umbria | 576 | 531 | 510 | 520 | 549 | 550 | 571 | 585 | 602 | 571 | 661 | 1,4 |
| Marche | 588 | 552 | 544 | 546 | 571 | 568 | 585 | 595 | 610 | 575 | 664 | 1,2 |
| Lazio | 605 | 558 | 499 | 529 | 566 | 572 | 598 | 609 | 630 | 591 | 679 | 1,2 |
| Abruzzo | 508 | 503 | 478 | 480 | 505 | 506 | 526 | 541 | 551 | 514 | 592 | 1,5 |
| Molise | 497 | 458 | 475 | 469 | 491 | 494 | 523 | 537 | 551 | 522 | 599 | 1,9 |
| Campania | 343 | 353 | 359 | 365 | 388 | 391 | 410 | 415 | 427 | 406 | 459 | 2,9 |
| Puglia | 454 | 437 | 442 | 442 | 468 | 471 | 493 | 500 | 517 | 482 | 544 | 1,8 |
| Basilicata | 496 | 526 | 536 | 536 | 566 | 572 | 599 | 608 | 627 | 591 | 673 | 3,1 |
| Calabria | 475 | 487 | 463 | 478 | 505 | 511 | 535 | 544 | 567 | 536 | 605 | 2,4 |
| Sicilia | 397 | 407 | 383 | 393 | 414 | 411 | 424 | 434 | 452 | 432 | 487 | 2,1 |
| Sardegna | 476 | 492 | 460 | 480 | 515 | 516 | 536 | 547 | 569 | 543 | 619 | 2,7 |
| Italia | 560 | 549 | 538 | 553 | 588 | 592 | 617 | 629 | 644 | 606 | 691 | 2,1 |

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Grafico 1 - Rapporto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011, 2021-2022

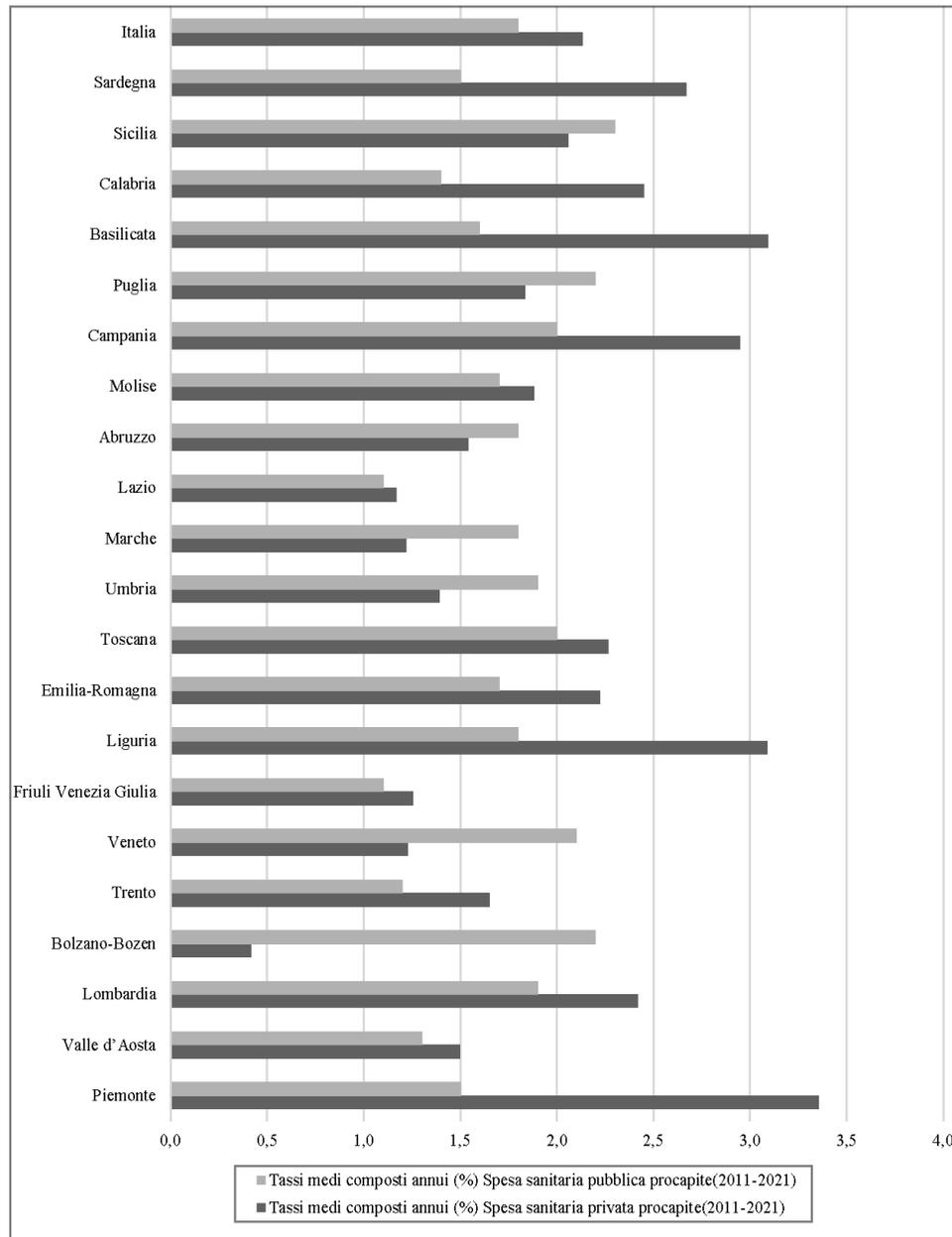


Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.





Grafico 2 - Tasso medio composto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011-2021



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Entrambi gli indicatori della spesa sanitaria privata e pubblica pro capite crescono nel 2021, sia a livello nazionale che a livello di singole regioni.

Tale andamento ha riposizionato i due tassi annui medi composti di variazione della spesa privata e pubblica pro capite nel periodo 2011-2021 su valori positivi. La spesa pubblica cresce meno velocemente che nel 2020 e la spesa privata ricomincia a crescere rispetto al 2020. La spesa sanitaria privata, nel 2021, cresce ad un tasso maggiore di quella pubblica, rispetto al 2020.

Sull'andamento della spesa privata, da un lato, si può

ipotizzare che abbia influito il razionamento delle risorse pubbliche destinate alla sanità nel decennio pre pandemico, a fronte di una domanda crescente di prestazioni in larga parte indotta dall'invecchiamento della popolazione e dalla conseguente maggiore diffusione di patologie croniche, dall'altra si può suggerire che una componente non trascurabile della spesa privata sia ascrivibile a consumi inappropriati di prestazioni sanitarie, indotti da una tendenza crescente alla medicalizzazione della società, da una domanda crescente da parte dei pazienti che non trova un sufficiente filtro da parte dei professionisti sanitari e dal ricorso alla medicina difensiva (2-3).



Certamente, raccomandazioni possono essere avanzate solo se si dispone 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, oltre ad informazioni sulle caratteristiche socio demografiche della popolazione che ricorre al pagamento diretto delle prestazioni e del loro livello di literacy. Solo in tal modo si possono fornire indicazioni utili e precise ai *policy maker*.

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

Inoltre, continua ad essere raccomandabile l'analisi congiunta dei due indicatori, spesa privata e pubblica, 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. Inoltre, in una logica di sanità pubblica, non deve essere sottovalutato, il valore del rapporto spesa privata e pubblica perché potrebbe essere un segnale di 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.

Riferimenti bibliografici

- (1) OECD Health Statistic 2022.
- (2) Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Monitoraggio spesa sanitaria anno 2022.
- (3) Senato della Repubblica 10^a Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute Banca d'Italia 2023. Disponibile sul sito: www.senato.it/3642?indagine=1843.



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 2023, alla decima 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 2023, p. 73).

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

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 del finanziamento del SSN può trovare copertura in corso d'anno mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive" (MEF-RGS 2023, p. 33).

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 2023, p. 73).

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

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 n. 17 settembre 2012, DM 1° marzo 2013). L'attendibilità dei dati, inoltre, è ulteriormente penalizzata dalle frequenti operazioni di riassetto (scissioni, fusioni, scorpori)

¹MEF-RGS (2023). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 10. 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.

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

Nel 2022, il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 1,4 miliardi di €. Si aggrava quindi il peggioramento già rilevato nel 2021. Disavanzi più elevati si erano registrati solo fino al 2013. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo è pari a 583 milioni di €. In termini pro capite (Tabella 1), il disavanzo medio nazionale 2022 è pari a 24€.

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, le regioni in equilibrio sono solo 6 (Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Campania e Calabria). L'amplissimo avanzo della Calabria (76€ pro capite), peraltro, è da considerarsi patologico in quanto "collegato al ritardo degli interventi che avrebbero dovuto essere messi in atto per l'erogazione dell'assistenza sanitaria per il potenziamento dei LEA, auspicati dalle numerose iniziative legislative nazionali a sostegno della Regione Calabria interve-

nute negli anni e dall'iscrizione dei contributi dello Stato a sostegno del Piano di Rientro della Regione Calabria che appaiono non utilizzati" (MEF-RGS 2023, p. 106).

Al Centro-Nord è contenuto il disavanzo del Piemonte (7€), mentre i disavanzi di Emilia-Romagna (23€) e Toscana (21€) si avvicinano alla media nazionale e quello della Liguria la eccede ampiamente (43€). A queste 4 regioni, il Tavolo per la verifica degli adempimenti ha rinnovato "l'invito [...] a 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 2023, pp. 75, 77, 81, 87). Per la Liguria, si suggerisce una riflessione "approfondita" e riferita anche "all'offerta ospedaliera" (MEF-RGS 2023, p. 77). Significativamente, un invito analogo viene rivolto all'Umbria (MEF-RGS 2023, p. 89), che pure ha conseguito l'equilibrio economico.

Al Centro-Sud ed Isole, sono contenuti i disavanzi di Abruzzo (5€) e Sicilia (8€); inferiore alla media nazionale quello della Basilicata (18€); ampiamente superiori alla media nazionale quelli di Puglia (38€) e Lazio (39€); decisamente elevato quello del Molise (149€). Per la Sicilia, il Tavolo per la verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno però evidenziato che il risultato 2022 beneficia di "una posta straordinaria una tantum e non ripetibile pari a circa 249 milioni di €"; la regione è stata quindi invitata "a monitorare attentamente l'andamento strutturale dei costi del SSR al fine di renderlo compatibile con la gestione finanziaria strutturale", nonché a "presentare con urgenza il Programma operativo 2023-2025 al fine di ricondurre la gestione del SSR nell'ambito degli equilibri programmati" (MEF-RGS 2023, p. 107). Per la Basilicata, l'invito è stato a "un maggior governo dei conti sanitari al fine di non compromettere la bontà dei dati regionali e i conseguenti monitoraggi", nonché "al presidio delle proprie Aziende sanitarie" (MEF-RGS 2023, p. 91). Il Lazio è stato invitato a presentare in tempi brevi il "Programma operativo 2023-2025 al fine di garantire la sostenibilità del SSR, nel rispetto della appropriata ed efficiente erogazione dei LEA" (MEF-RGS 2023, p. 99); la Puglia a presentare il "più volte richiesto Programma operativo 2023-2025 che contenga le misure necessarie a programmare strutturalmente un riequilibrio dell'intero SSR al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo, nel rispetto della appropriata ed efficiente erogazione dei LEA", nonché a svolgere "una approfondita riflessione in merito alla gestione strutturale del Fondo Sanitario Regionale, 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



ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

431

2023, p. 106). Quanto al Molise, “Tavolo e Comitato rilevano nuovamente con preoccupazione che la Regione Molise continua a far registrare importanti disavanzi di gestione annuali, oltre a dover garantire la copertura di ingenti perdite pregresse, nonostante i cospicui aiuti finanziari ricevuti dallo Stato e dalle altre regioni, nonché gli incrementi di finanziamenti

ricevuti negli ultimi 2 anni. Richiedono alla struttura commissariale di approntare con urgenza tutte le misure necessarie a riportare la programmazione strutturalmente in pareggio e ad avviare un percorso di efficientamento del SSR al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo per poter garantire correttamente i LEA” (MEF-RGS 2023, p. 101).

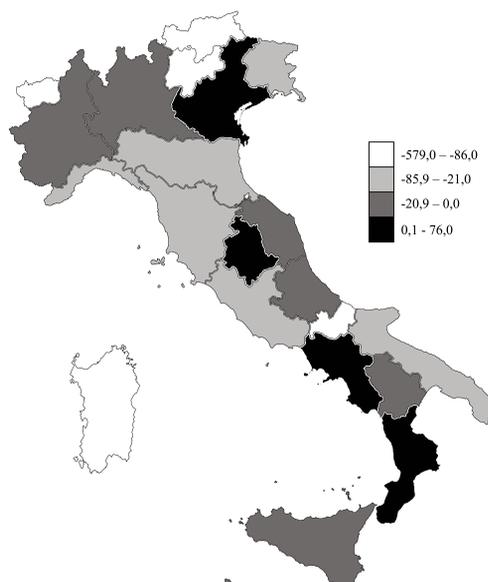
Tabella 1 - Avanzo/disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2021-2022

| Regioni | 2006 | 2021 | 2022 |
|---|-------------|------------|------------|
| Piemonte | -77 | 13 | -7 |
| Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste | -568 | -167 | -328 |
| Lombardia | 0 | 1 | 0 |
| Bolzano-Bozen | -570 | -608 | -579 |
| Trento | -286 | -335 | -441 |
| Veneto | -31 | 2 | 1 |
| Friuli Venezia Giulia | -3 | -111 | -76 |
| Liguria | -61 | -24 | -43 |
| Emilia-Romagna | -69 | 0 | -23 |
| Toscana | -28 | -41 | -21 |
| Umbria | -64 | 0 | 1 |
| Marche | -32 | 0 | 0 |
| Lazio | -374 | 0 | -39 |
| Abruzzo | -153 | 11 | -5 |
| Molise | -216 | -205 | -149 |
| Campania | -131 | 2 | 1 |
| Puglia | -52 | -34 | -38 |
| Basilicata | 5 | 3 | -18 |
| Calabria | -28 | 14 | 76 |
| Sicilia | -219 | 0 | -8 |
| Sardegna | -79 | -115 | -96 |
| Italia | -103 | -19 | -24 |
| Totale regioni a Statuto Ordinario e Sicilia | -99 | -5 | -14 |

Nota: il segno negativo indica la presenza di disavanzi.

Fonte dei dati: MEF-RGS. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 9 e n. 10. Roma. Anno 2023.

Avanzo/disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2022



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 attuate 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 2020 e 2021 sono stati fortemente influenzati dalla pandemia e sono difficil-

mente interpretabili: per esempio, il disavanzo sanitario nazionale è stato contenuto, ma ciò anche grazie a un significativo incremento nel finanziamento del SSN. I valori 2022, unitamente alle raccomandazioni formulate dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato LEA, indicano un significativo divaricamento tra proventi e costi. In parte, questo divaricamento è dovuto a nuove circostanze eccezionali (in particolare, crisi energetica internazionale e ripresa dell'inflazione) che auspicabilmente si riveleranno temporanee. Esistono, però, anche importanti determinanti di carattere strutturale. Da un lato, le difficoltà della finanza pubblica non lasciano intravedere margini per incrementi significativi del finanziamento. Dall'altro, gli incrementi di costo riflettono il persistente invecchiamento della popolazione nonché alcune scelte di medio-lungo periodo operate durante la pandemia (per esempio, maggiori costi per il personale dipendente) a fronte di finanziamenti aggiuntivi da intendere come temporanei. La pandemia, inoltre, sembra avere fortemente indebolito l'attenzione alle compatibilità economiche e parzialmente delegittimato i sistemi aziendali di programmazione, controllo, valutazione e incentivazione dell'attività. 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. A tal fine, razionalizzazione e razionamento sarebbero presumibilmente insufficienti a contenere i costi senza indebolire ulteriormente quantità e qualità dei servizi. Sarà, quindi, necessario fare leva sulle risorse e sugli obiettivi del PNRR per perseguire una profonda ridefinizione delle logiche e delle modalità di organizzazione e funzionamento del SSN.