



Assetto economico-finanziario

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

Complessivamente, le analisi evidenziano una sostanziale stabilità del dato rispetto all'anno scorso, eccezion fatta per la dinamica della spesa privata.

Su base nazionale, la spesa sanitaria pubblica pro capite è aumentata dello 0,38% tra il 2015 e il 2016, attestandosi a 1.845€ Ha, quindi, proseguito la leggera crescita registrata nel 2015, riportandosi ai livelli del 2012. La spesa sanitaria pubblica pro capite italiana resta, comunque, tra le più basse dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). Per il periodo 2010-2016, inoltre, il suo tasso medio composto annuo di variazione resta negativo e pari a -0,13%. Coerentemente, anche il rapporto spesa pubblica/PIL è rimasto pressoché stabile (6,79% nel 2015). Quanto al disavanzo, il dato 2016 è perfettamente in linea con quello definitivo del 2015 in termini sia assoluti (1,013 miliardi di €) sia pro capite (17€): il disavanzo resta, dunque, superiore a quello del 2014, ma inferiore ai disavanzi degli esercizi 2001-2013. In costante e significativo aumento, invece, è la spesa sanitaria pro capite privata, che nel 2015 ha raggiunto 588€, con un incremento del 6,3% rispetto all'anno precedente e dell'1,8% medio annuo nell'intero periodo 2002-2015.

Su base regionale, nel corso del 2016, la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta in misura superiore all'1% in 6 regioni e PA: Piemonte, PA di Bolzano, Veneto, Umbria, Marche e Puglia. Considerando l'intero periodo 2010-2016, sono solo 7 le regioni in cui la variazione complessiva non è stata negativa (Lombardia, PA di Bolzano, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria, Abruzzo e Sardegna). Sempre nel periodo 2010-2016, d'altra parte, riduzioni di spesa superiori al valore nazionale si sono registrate in quasi tutte le regioni centro-meridionali (tranne Abruzzo e Sardegna), nonché in molte regioni centro-settentrionali (Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana e Marche).

Quanto al disavanzo, nel 2016, tra le regioni centro-settentrionali a statuto ordinario, solo Liguria e Toscana non hanno raggiunto l'equilibrio economico-finanziario. Al Centro-Sud, d'altra parte, le regioni in equilibrio sono soltanto 3 (Campania, Basilicata e Sicilia). È significativo, però, che due di queste regioni (Campania e Sicilia) generassero, 10 anni fa, insieme al Lazio, ben due terzi dell'intero disavanzo nazionale, registrando *deficit* pro capite, rispettivamente, pari a 130€ e 214€, il Lazio stesso, del resto, ha fortemente ridotto il proprio squilibrio, risalendo gradualmente da 371€ pro capite nel 2006 a 28€ pro capite nel 2016.

Rispetto alla spesa sanitaria privata, è interessante osservare due aspetti complementari. Da un lato, il dato pro capite 2015 è superiore alla media nazionale in tutte le regioni del Centro-Nord tranne Umbria e Marche; inferiore, invece, in tutte le altre regioni. D'altra parte, però, il suo tasso medio annuo di incremento nel periodo 2002-2015 è stato superiore alla media nazionale in tutte le regioni centro-meridionali.

Infine, l'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL, oltre a ribadire distanze interregionali molto ampie (dal 5,2% della Lombardia all'11,0% del Molise), conferma anche una forte differenziazione nel *mix* tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso a erogatori privati accreditati e convenzionati. Il peso della produzione esterna, in particolare, supera il 40% in Lombardia, Lazio, Molise e Campania. L'analisi delle *performance* economico-finanziarie delle diverse regioni non indica quale dovrebbe essere il livello ottimale di tale *mix*; suggerisce, al contrario, che buone *performance* si possano conseguire con *mix* anche molto diversi. In alcuni contesti, però, emerge con chiarezza la necessità di meglio programmare le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di non duplicare l'offerta, finanziando un ampio sistema di strutture pubbliche e pagando contemporaneamente una altrettanto ampia gamma di strutture private.

In sintesi, i dati complessivi degli ultimi 6 anni, nonché i confronti internazionali, continuano a indicare che il Servizio Sanitario Nazionale è parsimonioso ed è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa, allineandosi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi. Tuttavia, la continua crescita della spesa privata testimonia un arretramento della copertura complessivamente





garantita dal sistema pubblico. Inoltre, la lieve inversione di tendenza registrata dalla spesa sanitaria pubblica nel biennio 2015-2016, unitamente a quanto rilevato l'anno scorso circa la diffusa difficoltà delle Aziende Ospedaliere a raggiungere l'equilibrio economico senza ripiani impliciti da parte della regione, riflette l'eventualità che le politiche di contenimento della spesa attuate negli anni scorsi stiano esaurendo le proprie potenzialità. Nel caso, diventerebbe necessario spostare l'attenzione sulla produttività della spesa stessa e su un più complessivo e incisivo ridisegno delle reti di offerta. Difficilmente, infatti, il Paese potrà permettersi livelli di spesa pubblica più elevati e, comunque, se ciò dovesse accadere, sarebbe essenziale assicurare un utilizzo particolarmente oculato delle risorse aggiuntive.





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

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

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

- spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali (comprendente la spesa per l'assistenza medico 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, come specificato in dettaglio:
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza farmaceutica;
 - spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale;
 - spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico specialistica;
 - spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case di cura private;
 - spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica;
 - spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni.

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

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

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori che consente di indagare il diverso peso delle componenti della spesa sanitaria ed 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, non palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria, non rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate in ciascuna funzione e non esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica nelle diverse regioni con la conseguenza che valori più alti in una realtà territoriale non sono espressione di maggiore soddisfazione dei bisogni di salute in quella regione rispetto ad un'altra con valori di funzione più bassi.

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 servizio 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 nazionali e, sia per il dato nazionale nella sua totalità che per il dato relativo ad alcune funzioni, laddove disponibile, quelli dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Descrizione dei risultati

Nel 2015, la spesa sanitaria pubblica corrente assorbe





il 6,79% del PIL (Tabella 1). Il suo valore continua ad essere inferiore a quello della maggior parte dei Paesi europei, come Regno Unito (7,9%), Francia (8,7%), Germania (9,4%) e addirittura degli Stati Uniti (8,3%) che hanno un sistema notoriamente finanziato prevalentemente con fondi privati (OCSE *Health Statistics* 2016). Si posiziona, invece, con valori superiori rispetto ai Paesi dell'Est-Europa la cui spesa pubblica non supera il 6%.

Il valore rilevato nel 2015, segna una leggera riduzione rispetto all'anno precedente (6,84%) riposizionandosi sul valore del 2013.

A tale leggera flessione del valore complessivo della spesa corrente rispetto al PIL concorre, prevalentemente, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi erogati in convenzione con -0,04 punti percentuali rispetto al 2014, mentre la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente rimane invariata e la spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese si riduce in misura inferiore (-0,01 punti percentuali) (Tabella 1).

Nell'ambito della spesa sanitaria pubblica corrente per servizi erogati in convenzione, è la spesa per assistenza farmaceutica che ha segnato una maggiore riduzione, seguita dalla spesa per assistenza medico generale, dalla spesa per assistenza medico specialistica e dalla spesa per assistenza riabilitativa e protesica.

A livello italiano, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, pari al 3,97% del PIL, continua a giocare un ruolo predominante e a giustificare il 58,5% della spesa totale. Segue la spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 1) che assorbe, a livello nazionale, il 2,42% del PIL ed è, prevalentemente, articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,57%) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,50%). La prima giustifica il 23,50% della spesa per prestazioni in convenzioni, mentre la seconda il 20,80%. Ad un confronto con realtà internazionali, la prima componente si presenta inferiore a quella di altri Paesi, come Germania e Francia, e leggermente superiore a quella del Regno Unito. Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,24%) e dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,29%). La spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale si colloca in una posizione intermedia assorbendo lo 0,41% del PIL.

Infine, l'ultima componente della spesa sanitaria pubblica corrente è la meno significativa: infatti, la spesa per altre spese giustifica il 5,90% della spesa sanitaria pubblica corrente, pari allo 0,40% del PIL.

Alla riduzione della spesa sanitaria pubblica corrente concorrono tutte le regioni, con l'eccezione di: Valle d'Aosta, Toscana, Umbria, Lazio, Sicilia e Sardegna che registrano un leggero incremento rispetto al 2014. Per tali regioni la leggera crescita della spesa rispetto al PIL

è da attribuire ad un più consistente valore della spesa per servizi forniti direttamente e, solo per il Lazio, ad un più ampio ricorso alle prestazioni delle case di cura. Per le regioni che denunciano, invece, una leggera contrazione della spesa, tutte e tre le funzioni di spesa hanno giocato un ruolo anche se con peso diverso: in 6 regioni (Piemonte, PA di Trento, Liguria, Emilia-Romagna, Marche e Abruzzo) si è ridotta maggiormente la spesa per servizi gestiti direttamente, mentre in altre 6 (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Basilicata e Calabria) è la spesa per prestazioni in convenzione a ricoprire un ruolo primario.

Il *range* fra le regioni continua a sussistere in linea con gli anni precedenti, con il valore più basso della spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL in Lombardia, pari a 5,17%, e con il valore più alto registrato ancora in Molise con 10,95%.

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

A livello regionale la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente gioca un ruolo predominante e l'incidenza di tale componente di spesa assorbe circa il 53-73% della spesa totale.

La spesa per prestazioni in convenzione incide da un minimo dell'1,16% del PIL nella PA di Bolzano ad un massimo del 4,54% in Molise e assorbe in ogni regione una percentuale che oscilla fra il 21-42% circa della spesa pubblica corrente.

È in Lombardia, Lazio, Molise e Campania che la spesa per prestazioni in convenzione assume un peso rilevante coprendo più del 40% della spesa sanitaria pubblica, mentre la spesa per prestazioni erogate direttamente ne giustifica circa il 53%. A livello regionale, è la spesa per assistenza farmaceutica a presentarsi come la più importante con l'eccezione di 4 regioni meridionali (Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia), 3 settentrionali (Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna) e 1 centrale (Lazio), per le quali è la Spesa per case di cura private ad assorbire la più alta percentuale di spesa sanitaria per prestazioni in convenzione. Solo per la PA di Bolzano e per il Veneto è più significativa la spesa per altre prestazioni (Grafico 2).

L'ultima componente della spesa sanitaria pubblica corrente è la meno significativa. Infatti, la spesa per altre spese assorbe da un minimo dello 0,29% del PIL in Lombardia ad un massimo dello 0,70% in Calabria e corrisponde ad una percentuale della spesa pubblica corrente mai superiore al 7,50% della spesa sanitaria





ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

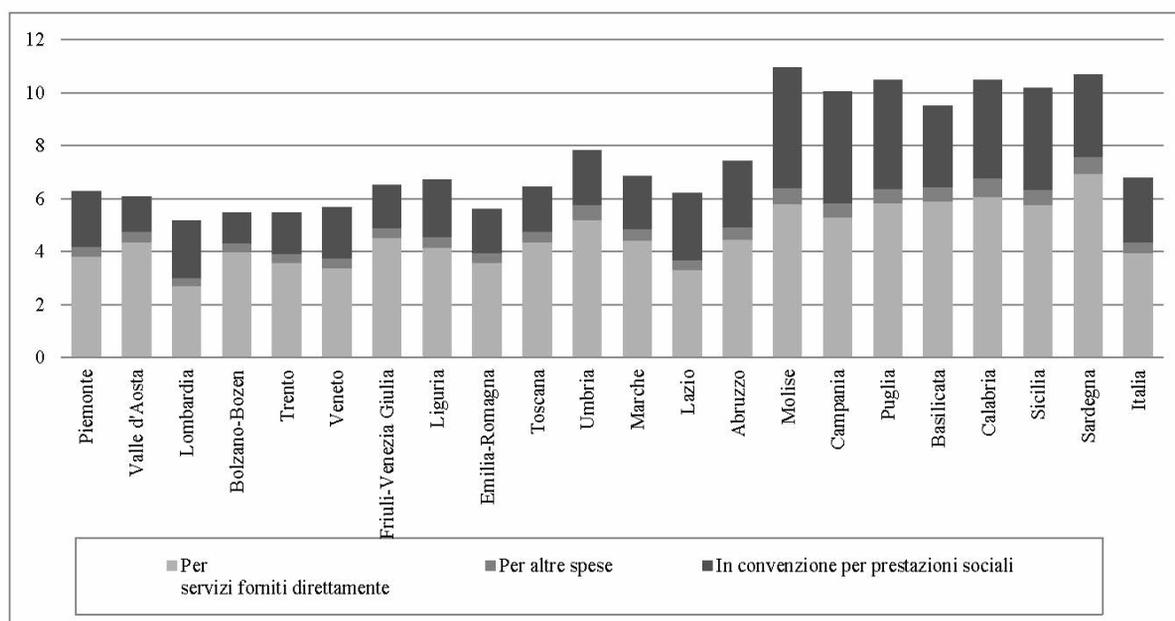
347

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 2015

Regioni	Totale	Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione			In convenzione per prestazioni sociali					
		Per servizi forniti direttamente	Per altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Per assistenza farmaceutica	Per assistenza medico-generale	Per assistenza medico-specialista	Per case di cura private	Per assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Per altre prestazioni
Piemonte	6,28	3,83	0,38	2,07	0,46	0,38	0,19	0,41	0,24	0,38
Valle d'Aosta	6,07	4,36	0,41	1,30	0,36	0,36	0,05	0,16	0,21	0,16
Lombardia	5,17	2,71	0,29	2,16	0,36	0,25	0,28	0,65	0,13	0,49
Bolzano-Bozen	5,48	3,98	0,34	1,16	0,22	0,27	0,04	0,10	0,18	0,35
Trento	5,47	3,60	0,34	1,53	0,34	0,32	0,15	0,30	0,11	0,30
Veneto	5,67	3,39	0,37	1,91	0,36	0,36	0,23	0,36	0,10	0,51
Friuli Venezia Giulia	6,51	4,52	0,38	1,61	0,51	0,34	0,13	0,18	0,18	0,26
Liguria	6,71	4,17	0,38	2,16	0,46	0,33	0,24	0,48	0,32	0,33
Emilia-Romagna	5,62	3,58	0,38	1,66	0,33	0,35	0,13	0,40	0,07	0,38
Toscana	6,45	4,37	0,41	1,67	0,42	0,38	0,12	0,25	0,16	0,34
Umbria	7,82	5,20	0,58	2,04	0,60	0,46	0,09	0,21	0,22	0,45
Marche	6,86	4,42	0,43	2,00	0,59	0,43	0,12	0,28	0,29	0,29
Lazio	6,22	3,33	0,37	2,53	0,49	0,33	0,28	0,77	0,28	0,38
Abruzzo	7,42	4,47	0,48	2,48	0,69	0,49	0,15	0,48	0,35	0,32
Molise	10,95	5,82	0,59	4,54	0,81	0,81	0,66	1,27	0,51	0,47
Campania	10,04	5,31	0,55	4,18	0,87	0,64	0,83	1,05	0,53	0,26
Puglia	10,48	5,84	0,55	4,10	0,88	0,74	0,41	1,13	0,44	0,50
Basilicata	9,50	5,92	0,53	3,05	0,73	0,72	0,34	0,23	0,71	0,31
Calabria	10,48	6,08	0,70	3,69	0,94	0,78	0,40	0,62	0,52	0,43
Sicilia	10,19	5,79	0,57	3,83	0,79	0,69	0,58	0,89	0,48	0,40
Sardegna	10,68	6,95	0,63	3,10	0,88	0,63	0,40	0,30	0,42	0,46
Italia	6,79	3,97	0,40	2,42	0,50	0,41	0,29	0,57	0,24	0,41

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2017.

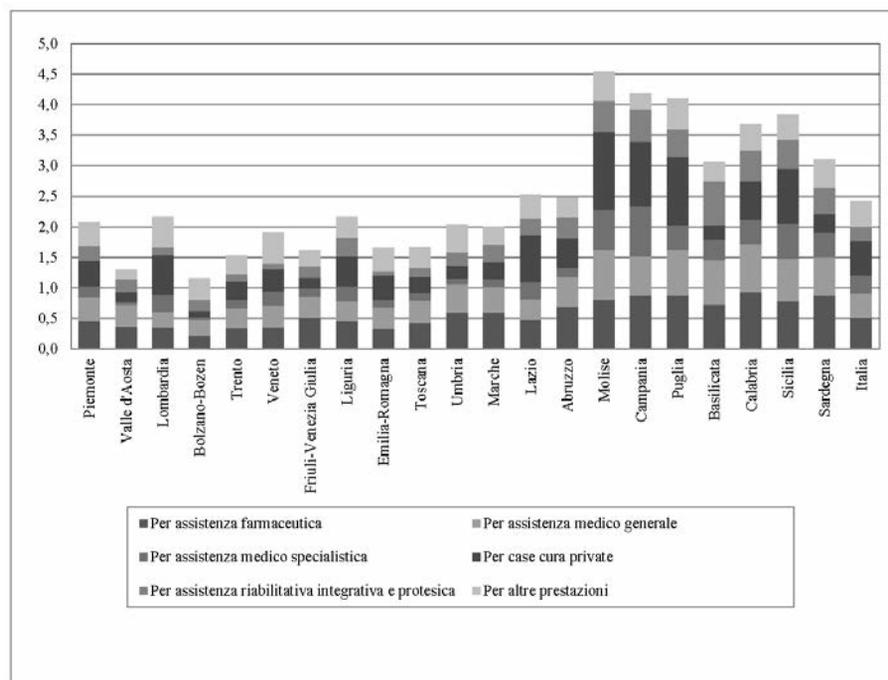
Grafico 1 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per singola funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2015



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2017.



Grafico 2 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2015



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il quadro che emerge analizzando i dati di spesa del 2015 è, sostanzialmente, sovrapponibile a quello dei 2 anni precedenti, con l'unica novità di un leggero decremento della spesa sanitaria pubblica in quasi tutte le regioni. In sintesi:

- i valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL evidenziano che la quota di risorse finanziarie che le regioni utilizzano per le diverse funzioni rispetto a quanto, complessivamente, prodotto nel periodo di riferimento varia nelle diverse realtà con valori maggiori nelle regioni meridionali. Questo risultato evidenzia che il peso dell'assistenza sanitaria rispetto al sistema produttivo è variabile fra le regioni e che in assenza di meccanismi perequativi sarebbe più gravoso nelle regioni a basso reddito assicurare livelli omogenei di prestazioni;
- la composizione della spesa per funzione varia fra le regioni, con alcune che dedicano più risorse all'erogazione diretta di prestazioni e altre che, invece, tendono a spendere in misura maggiore per le prestazioni in convenzione;
- fra le prestazioni in convenzione, le regioni destinano maggiori risorse all'assistenza farmaceutica e alle prestazioni ospedaliere da case di cura, mentre solamente il Veneto e la PA di Bolzano alle prestazioni dell'assistenza medico generale;
- il decremento della spesa sanitaria pubblica nelle diverse regioni interessa tutte e tre le funzioni di spesa, ma con pesi diversi fra le varie regioni: in alcune si riduce maggiormente la spesa per servizi forniti

direttamente, in altre la spesa per servizi in convenzione. Fanno eccezione 6 regioni dove si verifica un aumento dettato da una maggiore spesa per servizi forniti direttamente e dalla spesa per servizi in convenzione in case di cura per la sola regione.

Certamente, a delineare questo quadro variegato fra le regioni concorrono numerosi fattori.

Innanzitutto, il diverso quadro epidemiologico della popolazione di riferimento e l'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari. La medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, può tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni. Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico potrebbe spendere, mediamente, di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto deve soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario.

Oltre agli effetti indotti dalla struttura demografica, una parte importante di tali differenze nei livelli di spesa fra le regioni può essere dovuta alla diversa propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del Paese a cui si aggiunge un diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari. In terzo luogo, e con riferimento alla spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case di cura private, i diversi valori pre-



senti nelle regioni segnalano disomogeneità nelle scelte compiute dalle singole regioni in merito ai privati accreditati nella erogazione delle prestazioni ospedaliere, ma palesano gli effetti di politiche sanitarie intraprese nel passato come l'attivazione di ospedali privati sul territorio regionale.

Ancora, e con riferimento alla spesa per assistenza farmaceutica che registra un lieve calo in quasi tutte le regioni, può aver pesato la diversa politica di contenimento della spesa: dall'introduzione dei ticket alla erogazione diretta di farmaci o per conto delle aziende sanitarie e al miglioramento nella appropriatezza prescrittiva.

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

Le raccomandazioni prospettabili sono, da un lato,

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

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

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





Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata pro capite

Significato. In questo contesto vengono 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 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 supportato direttamente da ciascun cittadino per pagamento diretto delle prestazioni, dei ticket e per finanziamenti su base volontaristica.

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

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione media residente

Spesa sanitaria privata pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria privata
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore spesa sanitaria privata pro capite ha la validità di misurare le risorse finanziarie direttamente impiegate dal cittadino per prestazioni sanitarie di cui si è avvalso. Il suo limite principale è che non esprime la sua composizione né la tipologia di prestazioni oggetto di finanziamento privato.

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 stesse. In tal senso, dovrebbe indicare le risorse impegnate, mediamente, sia per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che per gli altri servizi socio-sanitari che la Regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece, l'onere economico che grava sulle finanze della popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da fonti di finanziamento 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 più efficienti e 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. Inoltre, l'indicatore esprime la spesa pro capite al lordo della mobilità, cioè comprende la spesa che la regione sostiene a fronte di prestazioni erogate per cittadini residenti in altre regioni e non conteggia la spesa per prestazioni garantite ai propri cittadini da parte di regioni diverse. Per tale motivo, la spesa pro capite pubblica potrebbe essere sotto o sovrastimata a seconda che la mobilità passiva sia superiore o inferiore alla mobilità attiva della regione in analisi.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2016, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia cresce leggermente rispetto al 2015 posizionandosi a 1.845€ segnando, così, non solo un arresto del trend in diminuzione dal 2010, ma stabilità nell'inversione di tendenza iniziata l'anno precedente. Tuttavia, nonostante la tiepida ripresa l'Italia è uno dei Paesi che continua a spendere meno tra i 32 Paesi dell'area OCSE collocandosi nelle posizioni inferiori insieme ai Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

La spesa varia fra 2.285€ della PA di Bolzano a 1.738€ della Sicilia e si registra un gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni del Nord (ad eccezione di Piemonte e Veneto) presentano valori superiori al dato





ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

351

nazionale e le regioni meridionali (con l'eccezione di Molise e Sardegna), invece, con valori inferiori.

Il valore nazionale è ancora inferiore alla spesa del 2010 pari a 1.860€ infatti, il trend evidenzia un andamento discendente con un tasso medio composto annuo di -0,13%.

Il comportamento delle regioni, come si evince dai dati, è estremamente incostante e 6 regioni (Umbria, Piemonte, Marche, Veneto, PA di Bolzano e Puglia) si presentano con un incremento percentuale >1% fra il 2015-2016, mentre 8 regioni, nello stesso periodo, denunciano un decremento della spesa sanitaria pubblica pro capite (Tabella 1).

La Valle d'Aosta è la regione con il tasso annuo di decremento più alto (-1,33%) fra il 2010-2016 e con la più alta riduzione di spesa pro capite dal 2015-2016; opposta è la posizione dell'Umbria la cui spesa pubblica pro capite cresce ad un tasso del 2,34% annui fra il 2010-2016 a cui concorre un incremento del 12,07% nell'ultimo anno.

Diverso, e quasi complementare, è il comportamento della spesa sanitaria privata pro capite.

A livello nazionale raggiunge, nel 2015, la quota di 588,10€ con un trend crescente dal 2002 ad un tasso annuo medio dell'1,8% (Tabella 2).

Tutte le regioni registrano un tasso medio di crescita che oscilla dallo 0,6% delle Lombardia al 3,7% della Basilicata. Nel 2015, e in valori assoluti, la spesa privata pro capite più alta si registra in Valle d'Aosta con 948,72€ e la più bassa in Sicilia con 414,40€ (Tabella 2). Se si effettua una analisi comparativa dell'andamento della spesa sanitaria pubblica e privata pro capite (Grafico 1) si nota che la seconda non accenna a diminuire né a livello nazionale né regionale (Tabella 2), mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite ha un andamento incostante sia a livello nazionale che regionale, senza denunciare un chiaro e costante andamento nel tempo.

Allo stato attuale, in Italia la spesa sanitaria pro capite è ancora composta per circa i tre quarti dalla spesa pubblica, collocando il nostro Paese in linea con gli altri Paesi dell'Unione Europea che hanno adottato un sistema a fiscalità generale.

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazioni (valori per 100) e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2010-2016

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ % (2010-2016)	Δ % (2015-2016)	Tassi medi composti annui (2010-2016)**
Piemonte	1.922	1.906	1.904	1.847	1.805	1.813	1.841	-4,39	1,53	-0,71
Valle d'Aosta	2.187	2.237	2.193	2.160	2.094	2.081	2.018	-8,35	-3,10	-1,33
Lombardia	1.825	1.850	1.814	1.807	1.842	1.855	1.861	1,92	0,30	0,32
Bolzano-Bozen	2.219	2.235	2.307	2.231	2.187	2.255	2.285	2,87	1,29	0,49
Trento	1.895	1.943	1.990	1.943	1.924	1.891	1.884	-0,59	-0,37	-0,10
Veneto	1.754	1.745	1.734	1.724	1.726	1.749	1.772	1,02	1,30	0,17
Friuli Venezia Giulia	2.001	2.045	2.060	2.040	1.960	1.898	1.900	-5,33	0,09	-0,86
Liguria	2.070	2.061	2.019	1.999	2.014	2.044	2.037	-1,60	-0,32	-0,26
Emilia-Romagna	1.850	1.863	1.893	1.872	1.855	1.885	1.890	2,14	0,29	0,36
Toscana	1.889	1.902	1.853	1.813	1.832	1.900	1.832	-3,09	-3,69	-0,51
Umbria	1.837	1.846	1.874	1.827	1.850	1.856	2.111*	12,97	12,07	2,34
Marche	1.832	1.816	1.784	1.791	1.781	1.781	1.807	-1,40	1,42	-0,23
Lazio	1.996	1.987	1.998	1.923	1.904	1.926	1.913	-4,34	-0,69	-0,71
Abruzzo	1.774	1.789	1.795	1.756	1.753	1.794	1.801	1,50	0,39	0,25
Molise	2.162	2.095	2.123	2.095	2.226	2.069	2.051	-5,41	-0,87	-0,87
Campania	1.791	1.748	1.718	1.686	1.689	1.726	1.729	-3,61	0,15	-0,59
Puglia	1.843	1.794	1.763	1.764	1.783	1.799	1.822	-1,16	1,25	-0,19
Basilicata	1.862	1.885	1.822	1.833	1.829	1.850	1.842	-1,06	-0,41	-0,18
Calabria	1.778	1.751	1.745	1.715	1.711	1.725	1.741	-2,12	0,93	-0,35
Sicilia	1.775	1.769	1.752	1.731	1.707	1.739	1.738	-2,13	-0,06	-0,35
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041	2.062	2.065	5,18	0,14	0,89
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	1.817	1.838	1.845	-0,81	0,38	-0,13

*Questo dato è provvisorio ed è in attesa di una verifica attraverso una analisi comparativa con altre base dati.

**La formula del tasso medio composto annuo è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati".

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2017.





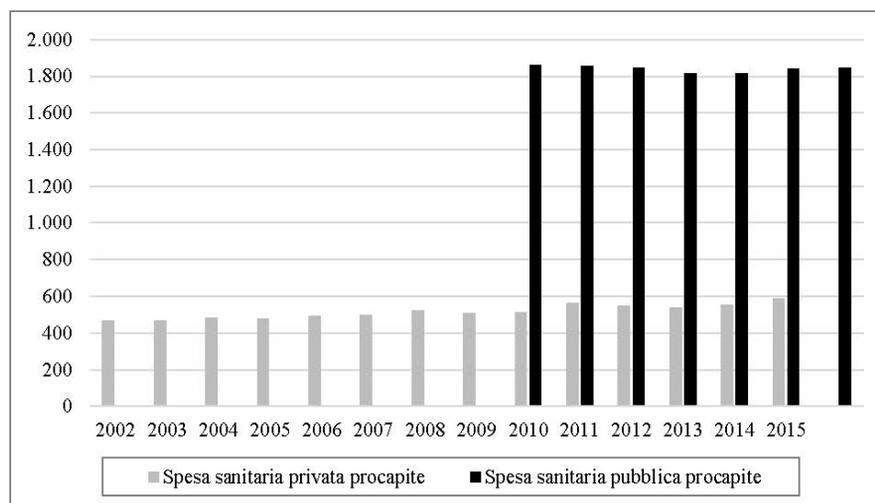
Tabella 2 - Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2002-2015

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tassi medi composti annui (2002-2015)**
Piemonte	538,0	541,4	562,2	556,8	578,3	562,9	584,4	545,3	537,1	581,1	601,2	618,1	647,3	689,5	1,9
Valle d' Aosta	632,3	641,0	645,0	639,5	645,1	809,1	780,3	884,2	907,5	990,4	909,7	903,6	880,0	948,7	3,2
Lombardia	605,0	598,2	618,8	610,0	614,1	611,9	609,7	549,8	551,4	613,7	602,7	615,5	617,5	657,8	0,6
Bolzano-Bozen	574,8	571,2	596,2	588,5	609,5	614,9	657,1	650,2	629,1	692,1	641,8	601,1	617,7	655,6	1,0
Trento	563,9	563,5	576,2	568,0	569,6	534,4	537,1	559,3	564,8	621,3	614,5	605,9	618,7	658,8	1,2
Veneto	588,7	584,9	591,1	583,1	607,5	618,3	647,4	611,5	633,1	702,2	660,7	624,7	657,5	700,2	1,3
Friuli Venezia Giulia	617,1	633,8	660,2	656,1	680,6	719,6	772,0	855,2	876,7	960,2	858,9	813,2	859,5	920,7	3,1
Liguria	416,0	420,5	436,7	428,9	439,6	440,9	488,6	509,9	504,3	543,1	560,7	560,5	595,5	632,6	3,3
Emilia-Romagna	574,2	575,7	596,5	587,6	621,9	593,7	634,6	641,7	645,1	708,1	709,5	702,3	715,0	760,7	2,2
Toscana	459,8	458,5	483,2	477,2	502,8	510,4	531,4	491,3	513,9	574,2	560,6	561,6	583,7	619,1	2,3
Umbria	459,5	457,5	472,1	466,1	497,4	536,7	562,0	554,7	543,3	576,1	531,0	509,7	519,8	548,6	1,4
Marche	507,9	507,4	523,5	516,1	523,3	503,7	498,0	522,4	542,9	588,2	551,9	543,5	546,2	570,8	0,9
Lazio	450,2	446,9	465,1	458,6	466,7	447,0	472,0	523,2	544,9	605,0	557,7	498,5	528,8	565,7	1,8
Abruzzo	384,0	383,4	394,6	390,9	407,2	462,1	507,0	499,0	473,1	508,0	502,7	478,1	480,0	504,6	2,1
Molise	356,1	382,2	392,5	391,0	405,5	461,7	476,6	479,2	477,6	497,2	458,3	474,7	469,1	491,0	2,5
Campania	300,3	306,0	318,7	318,0	325,8	340,9	352,9	324,5	314,8	343,1	353,1	359,0	364,8	387,8	2,0
Puglia	349,0	357,0	363,4	361,9	374,5	387,9	414,3	414,9	412,2	454,1	437,3	441,6	441,7	467,7	2,3
Basilicata	353,2	353,7	365,0	363,1	378,1	389,2	421,0	456,9	452,7	496,2	526,2	536,3	535,7	566,0	3,7
Calabria	359,7	363,0	377,5	378,1	396,4	406,5	440,4	428,8	437,6	475,1	486,7	463,2	477,7	504,7	2,6
Sicilia	291,4	297,9	308,6	307,7	322,7	340,7	388,7	389,5	375,9	396,8	407,2	383,0	392,7	414,4	2,7
Sardegna	377,5	380,8	396,6	401,8	423,6	421,6	438,0	445,9	432,7	475,9	492,4	459,5	480,1	515,0	2,4
Italia	464,1	465,5	481,9	477,3	492,9	496,1	519,6	507,6	510,6	559,9	549,0	538,0	553,1	588,1	1,8

**La formula del tasso medio composto annuo è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati".

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2017.

Grafico 1 - Trend della spesa (valori in €) sanitaria privata e pubblica pro capite - Anni 2002-2015



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prima raccomandazione è legata all'utilizzo degli indicatori. Pare, infatti, utile continuare la loro analisi, nonostante i limiti intrinseci, per due ragioni sostanziali. La prima risiede nella loro portata informativa che permette di valutare l'ammontare di risorse che, da un lato, le Regioni e la Nazione utilizzano per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione e, dall'altro, il singolo citta-

dino destina all'acquisizione di prestazioni sanitarie in un servizio sanitario pubblico. La seconda ragione è legata al fatto che si tratta di indicatori utilizzati nei diversi Paesi dell'OCSE e, come tali, la loro misurazione consente un confronto a livello internazionale. La seconda raccomandazione è legata all'analisi congiunta dei due indicatori che consente di evidenziare come cambia il contributo e il peso dei diversi fattori nella spesa sanitaria.





La terza raccomandazione nasce da una riflessione sui risultati emersi che mettono in luce un duplice fenomeno. Da un lato, riguardo alla spesa sanitaria pubblica si denota una certa disomogeneità fra le diverse realtà regionali. Diversità ravvisabile sia in termini di spesa che di dinamica della stessa nel periodo 2010-2016. Tali differenziali sono certamente di difficile valutazione in quanto possono derivare, almeno in parte, da disomogeneità nei livelli di bisogno, ma possono essere anche causati da sprechi e inefficienze (per esempio, consumo inappropriato di prestazioni ed elevati costi unitari), dall'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e da organizzazioni dei servizi non coerenti con i bisogni della popolazione. Certamente, qualunque sia il concorso di cause, pare evidente che, nel tempo, permangano le distanze fra le varie regioni e che, presumibilmente, le Regioni hanno adottato comportamenti differenti nell'attivare gli interventi necessari per superare le criticità presenti all'interno del loro territorio. Dall'altro, è

affermabile che l'incremento della spesa sanitaria privata è di fatto in corso. Stando ai dati presentati, la spesa sanitaria privata pare pesare di più nelle regioni meridionali e nelle regioni che presentano una popolazione più anziana, come la Liguria, o che presentano un territorio a più alto disagio, come la Valle d'Aosta.

È, quindi, raccomandabile una maggiore attenzione da parte delle Regioni alle modalità di utilizzo delle risorse finanziarie pubbliche in ambito sanitario, al fine di perseguire l'obiettivo prioritario di salvaguardare e/o migliorare lo stato di salute dei propri cittadini anche attraverso la garanzia dei livelli di assistenza uniformemente in tutto il territorio e dall'altro di governare la spesa privata impedendo che il cittadino si rivolga a erogatori di non certificata qualità o che si alimentino le disuguaglianze sociali attraverso l'incremento del fenomeno della cosiddetta "sanità negata", ovvero di cittadini che ritardano o rinunciano a prestazioni sanitarie per motivi economici.





Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

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

Metodologia. In passato i dati erano tratti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP) che, però, è stata pubblicata solo fino all'Edizione 2012. Attualmente, dati analoghi vengono pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) in un Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria", giunto, nel 2017, alla 4^a Edizione (1). Le principali differenze tra le due serie di dati riguardano il trattamento delle "risorse aggiuntive da bilancio regionale" o "contributi da regione extra fondo per la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)" e degli eventuali utili conseguiti da singole aziende. Le "risorse aggiuntive da bilancio regionale", nella RGSEP, venivano incluse tra i ricavi purché assegnate "per assicurare ex-ante l'equilibrio economico-finanziario" del SSR anziché per coprire *ex-post* i disavanzi dell'esercizio. Nel Rapporto di Monitoraggio RGS, invece, tali risorse vengono sempre escluse dai ricavi, in quanto considerate "risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie, [conferita] per il raggiungimento dell'equilibrio economico". Si noti che, in questo modo, si finisce per assimilare situazioni profondamente diverse. In particolare, vengono trattate in modo uniforme tre diverse fattispecie, in cui le risorse aggiuntive sono: stanziate *ex-ante*, ossia per lo stesso esercizio in cui si sosterranno i correlati costi; stanziate *ex-post*, ossia negli esercizi successivi a quello in cui si sono sostenuti i correlati costi, a copertura dei relativi disavanzi; come nella fattispecie precedente, stanziate *ex-post* a copertura dei disavanzi, ma già "preordinate" allo scopo in virtù degli impegni assunti con la sottoscrizione del Piano di Rientro (PdR). Complessivamente, l'innovazione apportata dal Rapporto di Monitoraggio RGS, rispetto alla metodologia precedentemente utilizzata nella RGSEP, comporta un peggioramento sia del dato totale nazionale¹ sia, più

specificamente, dei risultati relativi ad alcune regioni. In particolare, peggiora il dato di quelle regioni a statuto ordinario che più sistematicamente hanno destinato *ex-ante* al proprio SSR risorse aggiuntive dal bilancio regionale, nonché delle regioni a statuto speciale (Sicilia esclusa) e delle PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria, impiegando somme spesso molto superiori al fabbisogno sanitario regionale standard determinato dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE).

Quanto agli eventuali utili conseguiti da singole aziende, nella RGSEP si operava una semplice somma algebrica tra gli utili e le perdite delle aziende del SSR, sicché gli utili contribuivano a migliorare il risultato economico consolidato del SSR stesso. Nel Rapporto di Monitoraggio RGS, invece, tali utili vengono esclusi dalla determinazione del risultato economico consolidato del SSR, a meno che "la Regione, tramite atto formale, renda noto agli Enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo". Complessivamente, dunque, anche questa innovazione apportata dal Rapporto di Monitoraggio RGS comporta un peggioramento sia del dato totale nazionale sia più specificamente dei risultati relativi alle regioni che presentano aziende in utile².

Nell'interpretazione dei dati è, inoltre, opportuno considerare la presenza di una duplice discontinuità nella serie storica, tra il 2010-2011 e tra il 2011-2012. In passato, infatti, veniva impiegata una configurazione di risultato economico che escludeva alcune voci "non monetarie" di costo e di ricavo, tra cui, principalmente, gli ammortamenti e le relative sterilizzazioni. Questa impostazione è stata modificata parzialmente nel 2011 e, ulteriormente, nel 2012. Nel 2011, in particolare, si è presa in considerazione la "quota degli ammortamenti non sterilizzati di competenza 2011 dei beni ad utilità ripetuta entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e, su richiesta regionale, anche degli altri ammortamenti non sterilizzati relativi a beni entrati in produzione prima del 2010". Dal 2012, vengono integralmente prese in considerazione tutte le voci di costo e ricavo. Nel 2012, inoltre, è entrato in vigore il D. Lgs. n. 118/2011, che ha sostituito le precedenti regole contabili statuite dalle singole Regioni con una disciplina uniforme a livello nazionale, prevalentemente mutuata dal codice civile. Ciò ha comportato un mutamento, talvolta significativo, nei criteri di valutazione impiegati per la redazione del bilancio. Ha, inoltre, "comportato che nel

¹In misura pari a 1.530, 1.343, 1.190, 1.470, 1.729, 1.436, 1.082 milioni di € per gli esercizi dal 2006 al 2012.

²In merito spicca il caso del Veneto che, per il 2014, si è visto ridurre il risultato consolidato in misura pari a 23,8 milioni di €





2012 le Regioni hanno effettuato una puntuale riconciliazione tra le posizioni debitorie e creditorie risultanti dai bilanci di esercizio degli Enti dei SSR con i dati del bilancio regionale [...]. Tale attività di ricognizione si è riflessa, in parte, sui valori registrati nel conto econo-

mico con riferimento alle componenti straordinarie attive e passive”; per altra parte, ha fatto, inoltre, emergere “situazioni relative ad anni pregressi”, che non sono state poste a carico dei bilanci 2012, ma a cui occorrerà, comunque, “dare copertura finanziaria”³.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi-Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

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

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

Un secondo gruppo di limiti concerne, invece, la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. Innanzitutto, l'indicatore non può essere utilizzato direttamente come misura delle “responsabilità” regionali, in quanto i ricavi derivano, principalmente, dal sistema nazionale di finanziamento, secondo criteri di ponderazione che solo teoricamente approssimano i bisogni reali delle popolazioni regionali. Inoltre, come già segnalato, l'indicatore, così come costruito sui dati pubblicati dalla RGS, finisce per assimilare situazioni di impiego programmato di risorse aggiuntive regionali a situazioni di disavanzo inatteso e/o indesiderato, cui la Regione deve porre rimedio. Per la sua natura aggregata, infine, l'indicatore non consen-

te di risalire alle voci di ricavo o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso. In ogni caso, va poi ricordato che l'equilibrio economico-finanziario è condizione necessaria, ma certo non sufficiente per il buon funzionamento dei SSR. Le *performance* dei SSR vanno misurate e valutate anche, e soprattutto, in termini di capacità di garantire i LEA e, in ultima analisi, di tutelare la salute.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2016, il disavanzo sanitario nazionale, calcolato con la metodologia RGS (ossia escludendo dai ricavi le “risorse aggiuntive da bilancio regionale” e sottraendo dai risultati consolidati regionali gli eventuali utili conseguiti da singole aziende), ammonta a circa 1,013 miliardi di €, perfettamente in linea con il dato definitivo 2015 (1,009 miliardi di €) e solo leggermente al di sopra del minimo storico conseguito nel 2014 (928 milioni di €).

Anche a livello pro capite (Tabella 1), il disavanzo nazionale 2016 (17€) è pari a quello del 2015, leggermente superiore a quello del 2014 (15€), ma inferiore a quelli registrati in ciascuno degli altri anni generalmente considerati (2001-2013). Nel confronto interregionale, spiccano gli enormi disavanzi di alcune regioni a statuto speciale e delle PA, che vanno, però, considerati relativamente fisiologici, perché generalmente frutto di una esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore a quello considerato sufficiente dal CIPE per coprire il fabbisogno sanitario regionale standard. Tra le regioni a statuto ordinario, sono in equilibrio tutte quelle del Centro-Nord, tranne Liguria e Toscana che presentano, rispettivamente, disavanzi pro capite pari a 45€ e 24€ Al Centro-Sud ed Isole, le regioni in equilibrio sono sol-

³In particolare: “a) per la regione Piemonte [...] l'importo di 883 mln di euro [ossia circa 199€pro capite] derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la regione Puglia, [...] l'importo di 292 mln di euro [ossia circa 71€pro capite] derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per la regione Marche [...] la perdita pregressa dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (88,479 mln di euro) [pari a circa 57€pro capite]”.

⁴In particolare, si segnala che il disavanzo complessivo nazionale 2015, quantificato nel Rapporto di Monitoraggio n. 3 in 1,202 mln di euro (20€pro capite), è stato rideterminato nel Rapporto di Monitoraggio n. 4 in 1,009 mln di euro (17€pro capite).





tanto 3 (Campania, Basilicata e Sicilia). È significativo, però, che due di queste regioni (Campania e Sicilia) generassero, 10 anni fa, insieme al Lazio, ben due terzi dell'intero disavanzo nazionale, registrando

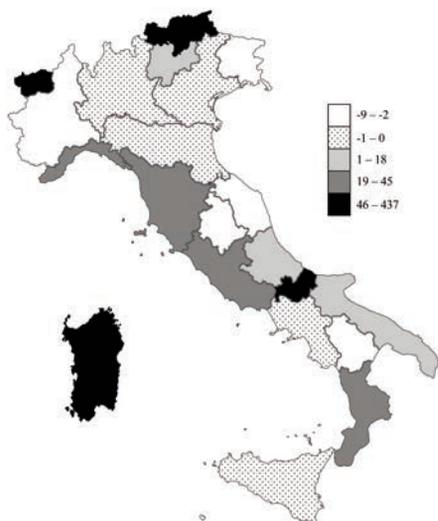
deficit pro capite, rispettivamente, pari a 130€ e 214€ il Lazio stesso, del resto, ha fortemente ridotto il proprio squilibrio, risalendo gradualmente da 371€ pro capite nel 2006 a 28€ nel 2016.

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2015-2016

Regioni	2006	2015	2016
Piemonte	77	-1	-2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	585	200	170
Lombardia	0	-2	0
Bolzano-Bozen	590	394	437
Trento	300	-25	3
Veneto	32	-1	-1
Friuli Venezia Giulia	4	-5	-5
Liguria	59	62	45
Emilia-Romagna	72	0	-1
Toscana	28	6	24
Umbria	65	-3	-6
Marche	32	-40	-9
Lazio	371	56	28
Abruzzo	154	4	18
Molise	209	143	135
Campania	130	-8	-1
Puglia	52	13	12
Basilicata	-5	13	-2
Calabria	27	30	28
Sicilia	214	-3	0
Sardegna	78	201	193
Italia	104	17	17

Fonte dei dati: MEF-RGS (2017). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4. Roma. Anno 2017.

Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2016



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 PdR ritagliati sulle specificità e potenzialità delle sin-

gole Regioni, mentre è inopportuno fermarsi ai valori nazionali.

In generale, comunque, i risultati conseguiti nel 2016, nonché negli anni immediatamente precedenti, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento complessivo, possono essere ricondotti al rafforzamento delle regole di responsabilizzazione delle





Regioni sui propri equilibri economico-finanziari (per esempio, l'abbassamento della soglia di disavanzo che rende obbligatoria la predisposizione di un PdR) e dei relativi sistemi di monitoraggio, alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale (per esempio, blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro e interventi in materia di farmaci) sia regionale, soprattutto nell'ambito dei PdR e dei programmi operativi (per esempio, riorganizzazione della rete ospedaliera, assegnazione di tetti di spesa e *budget* agli operatori privati accreditati, blocco del *turnover*, introduzione o innalzamento dei ticket), nonché alle specifiche iniziative di "efficientamento" poste in essere dalle singole aziende. Già negli anni scorsi si è, però, evidenziato come l'equilibrio conseguito da molte Regioni sia ancora

relativamente fragile, per almeno due motivi: da un lato è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che, peraltro, guadagnando attendibilità, potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi; dall'altro, è stato largamente raggiunto tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento delle prestazioni offerte) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo e che, comunque, sembrano aver privilegiato il contenimento della spesa anziché l'incremento della produttività.

Riferimenti bibliografici

(1) MEF-RGS (2017). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4. Roma.

