



## Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'Assetto economico-finanziario presenta anche quest'anno l'intera gamma dei tradizionali indicatori fondamentali, ossia: 1) spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL); 2) spesa sanitaria pubblica pro capite; 3) disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite. Ripropone, inoltre, la progressiva scomposizione del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL, dapprima distinguendo tra costi per servizi prodotti direttamente dalle aziende pubbliche e costi per servizi acquisiti da soggetti privati accreditati e convenzionati e, successivamente, disaggregando questi ultimi per tipologia (farmaceutica; medicina generale; specialistica ambulatoriale; ricovero; riabilitativa, integrativa e protesica; altre prestazioni). Riporta, infine, entità ed evoluzione della spesa sanitaria pro capite privata.

I dati presentati fanno riferimento al 2019. Fa eccezione solo la spesa sanitaria privata, per la quale il dato si riferisce al 2018. Con questa Edizione del Rapporto Osservasalute, pertanto, si esaurisce una 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). Nel 2020, la pandemia ha comportato costi straordinari ingenti e non sempre isolabili dai costi ordinari; ha, inoltre, evidenziato significative necessità di potenziamento e ripensamento che eserciteranno un inevitabile impatto strutturale su proventi, costi e disavanzi dei Servizi Sanitari Regionali.

Nel 2019, rispetto al 2018, la spesa sanitaria pubblica pro capite nazionale è cresciuta dell'1,5%, raggiungendo i 1.904€. Questo valore è il più elevato del decennio e conferma l'inevitabile ritorno a una crescita della spesa dopo anni (fino al 2016) di stabilità o addirittura di contrazione. D'altra parte, la spesa sanitaria pubblica pro capite italiana resta tra le più basse dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Per il periodo 2011-2019, inoltre, il suo tasso medio composto annuo di incremento risulta pari solo allo 0,3%.

Sempre a livello nazionale, il rapporto spesa pubblica/PIL è rimasto pressoché stabile tra il 2018-2019, attestandosi al 6,42%. Analogamente, il disavanzo 2019 (1,097 miliardi di €, pari a 18€ pro capite) è rimasto sostanzialmente invariato rispetto al biennio precedente, leggermente superiore a quanto registrato nel triennio 2014-2016, ma comunque inferiore rispetto ai disavanzi degli anni ancora precedenti (2001-2013). Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e le PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria e per le quali il dato di disavanzo può essere fuorviante, il disavanzo nazionale 2019 si riduce a 292 milioni di €. Infine, continua ad aumentare la spesa sanitaria pro capite privata: il dato 2018 era di 629€, con un incremento dell'1,9% rispetto all'anno precedente e dell'1,7% medio annuo nel periodo 2011-2018. Di conseguenza, il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica pro capite è passato da 0,30 nel 2011 a 0,34 nel 2018.

Su base regionale, nel corso del 2019, la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta in tutte le regioni, con incrementi pari o superiori al 2% in Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia. Considerando l'intero periodo 2011-2019, d'altra parte, solo il Friuli Venezia Giulia presenta un tasso medio composto annuo di crescita maggiore dell'1%; in 2 regioni (Valle d'Aosta e Lazio), la variazione complessiva è stata addirittura negativa.

Quanto al disavanzo, nel 2019 come già nel 2018, tra le regioni centro-settentrionali a Statuto Ordinario non hanno raggiunto l'equilibrio economico-finanziario il Piemonte, la Liguria e la Toscana. Al Centro-Sud ed Isole, le regioni in equilibrio sono 3 (Lazio, Campania e Sicilia) e altre 3 regioni presentano disavanzi pro capite inferiori alla media nazionale (Abruzzo, Puglia e Basilicata). In merito, è significativo osservare come proprio Lazio, Campania e Sicilia generassero, nel 2006, ben due terzi dell'intero disavanzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Rispetto alla spesa sanitaria privata, emergono due aspetti complementari. Da un lato, il dato pro capite 2018 è superiore alla media nazionale in tutte le regioni del Centro-Nord tranne Umbria e Marche; inferiore, invece, alla media nazionale in tutte le regioni del Centro-Sud ed Isole. D'altro lato, però, tra il 2011-2018 il *gap* fra regioni si è progressivamente ridotto.

Infine, l'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL, oltre a confermare distanze interregionali molto ampie (dal 4,9% della Lombardia al 10,5% della Calabria) e prevalentemente attribuibili al denominatore, ribadisce la forte differenziazione nel *mix* tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso a erogatori privati accreditati e convenzionati. Il peso della produzione esterna, in particolare, supera il 40% in Lombardia,





Lazio, Molise e Campania. L'analisi delle *performance* economico-finanziarie delle diverse regioni non indica quale debba essere il livello ottimale di tale *mix*; al contrario, suggerisce che buone *performance* si possano conseguire con *mix* anche molto diversi. In alcuni contesti, però, emerge con chiarezza la necessità di programmare meglio le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di non duplicare l'offerta, finanziando un ampio sistema di strutture pubbliche e pagando contemporaneamente una gamma altrettanto ampia di strutture private.

In sintesi, i dati complessivi degli ultimi anni e i confronti internazionali hanno costantemente ribadito come il SSN fosse riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa, allineandosi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, nonostante l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi economica iniziata nel 2008. Nel contempo, la continua crescita della spesa privata testimonia un arretramento della copertura complessivamente garantita dal sistema pubblico. Inoltre, vi sono segnali che le politiche di contenimento della spesa attuate 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. Le risorse rese disponibili dal *Recovery Fund*, unitamente alla valutazione critica dei punti di forza e di debolezza emersi durante l'emergenza, nonché alla diffusa presa di coscienza che il SSN fosse sotto-finanziato, rappresentano adesso un'occasione irripetibile per un salto di qualità.





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

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

L'intento è quello di fornire un indicatore che non esprima solo l'incidenza della spesa corrente pubblica nella sua totalità, ma che offra una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali oltre che nazionale. A tal fine, l'indicatore analizza le funzioni (prime tre voci dell'elenco) ed effettua una ulteriore articolazione della spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali andando ad analizzare le sub-funzioni che la compongono:

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

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

- spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (relativa ai servizi amministrativi e a voci assicurative, contributive e fiscali);
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza farmaceutica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico specialistica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case cura private;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni.

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

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

**Validità e limiti.** L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in relazione al PIL ha il pregio di indagare il diverso peso delle componenti della spesa sanitaria.

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

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

Specificatamente non 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'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

### Descrizione dei risultati

Nel 2019, la spesa sanitaria pubblica corrente assorbe il 6,42% del PIL decretando così un leggero trend in diminuzione (Tabella 1). Il suo valore continua ad essere inferiore a quello della maggior parte dei Paesi





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

Il trend temporale 2016-2019 (Grafico 1) evidenzia una sostanziale costanza delle singole funzioni di spesa, con l'eccezione della spesa per assistenza medico generale e della spesa per assistenza farmaceutica che segnalano un decremento a livello italiano. Nel 2019, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, pari al 3,80% del PIL, continua a giocare un ruolo predominante giustificando il 59,2% della spesa totale.

Segue la spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2) che assorbe a livello nazionale il 2,27% del PIL ed è articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,54% del PIL) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,42% del PIL) che ne giustificano la maggior parte del valore. Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,28% del PIL) e dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,20% del PIL). La spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale si colloca in una posizione intermedia assorbendo lo 0,37% del PIL.

Infine, l'ultima componente della spesa sanitaria pubblica corrente è la meno significativa: infatti, la componente "altre spese" giustifica il 5,40% della spesa sanitaria pubblica corrente, pari allo 0,35% del PIL.

Le differenze fra le regioni continuano a sussistere e si presentano in linea con gli anni precedenti, con il valore più basso della spesa sanitaria corrente in rap-

porto al PIL registrato ancora in Lombardia (4,92%) e con il valore più alto registrato in Calabria (10,51%). Si registra un netto gradiente Nord-Sud ed Isole con le regioni meridionali che si presentano con un valore superiore alla media nazionale. Il dato è da leggere tenendo conto che la spesa sanitaria pubblica è condizionata dalla presenza di meccanismi di perequazione finanziaria interregionale e, solo indirettamente, riflette il grado di sviluppo economico della regione. Di conseguenza, le regioni del Meridione presentano valori di spesa sul PIL superiori alla media nazionale anche a causa del PIL più basso di quello delle regioni del resto d'Italia.

A livello regionale la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente continua a giocare un ruolo predominante e l'incidenza di tale componente di spesa assorbe dal 52-73% circa della spesa totale.

La spesa per prestazioni in convenzione assorbe in ogni regione una percentuale che oscilla fra il 20-45% della spesa pubblica corrente. In Lombardia, Lazio, Molise e Campania 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 giustifica valori mai superiori al 55%.

Come si evidenzia nel Grafico 3, la composizione della spesa in convenzione è varia fra le regioni e non vi è una singola componente che si presenta come più importante di altre. Merita, comunque, evidenziare che fra le varie componenti, la spesa per case di cura private gioca un ruolo importante non solo a livello nazionale o in alcune regioni del Centro e del Nord, come Lombardia, Liguria e Lazio, ma anche in diverse regioni meridionali.





## ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

345

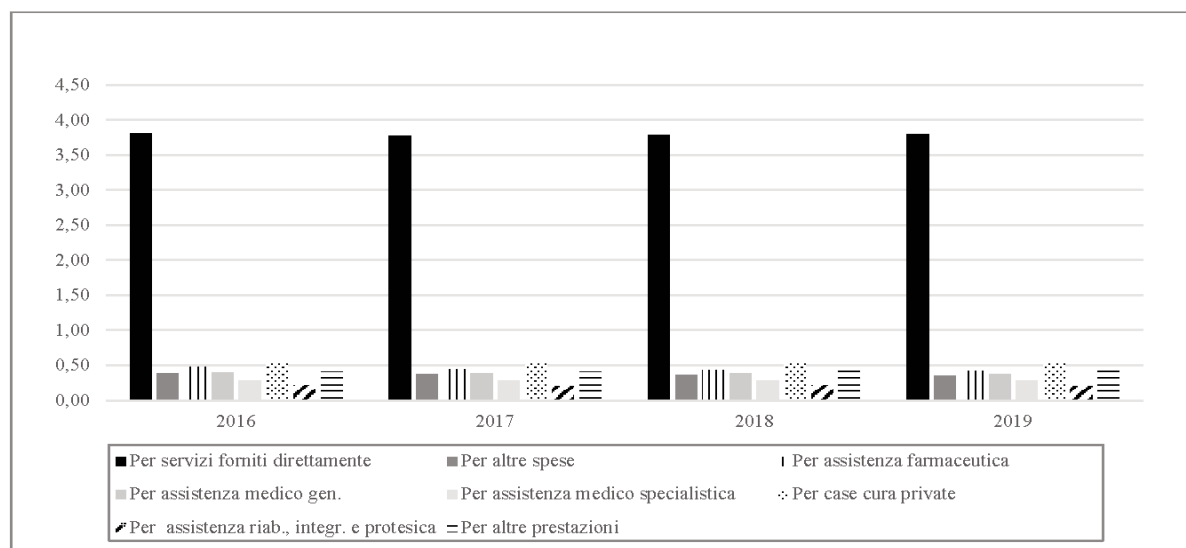
**Tabella 1** - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2019

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	6,00	3,71	0,34	1,95	0,39	0,34	0,20	0,37	0,21	0,44
Valle d'Aosta	5,24	3,82	0,35	1,07	0,30	0,32	0,04	0,15	0,15	0,12
Lombardia	4,92	2,57	0,23	2,12	0,34	0,22	0,29	0,64	0,09	0,53
Trentino-Alto Adige*	5,02	3,55	0,32	1,14	0,23	0,27	0,09	0,20	0,12	0,24
Veneto	5,32	5,32	3,26	0,30	1,76	0,29	0,34	0,23	0,35	0,08
Friuli Venezia Giulia	7,19	5,22	0,48	1,49	0,41	0,35	0,14	0,17	0,15	0,28
Liguria	6,46	4,06	0,37	2,03	0,37	0,31	0,23	0,42	0,29	0,40
Emilia-Romagna	5,33	3,46	0,32	1,55	0,27	0,32	0,14	0,35	0,06	0,42
Toscana	5,98	4,08	0,37	1,54	0,36	0,36	0,12	0,22	0,14	0,34
Umbria	7,49	5,10	0,47	1,93	0,54	0,43	0,11	0,20	0,21	0,44
Marche	6,75	4,41	0,40	1,94	0,49	0,41	0,13	0,28	0,29	0,34
Lazio	5,48	2,86	0,26	2,36	0,40	0,31	0,27	0,75	0,24	0,40
Abruzzo	7,48	4,70	0,43	2,35	0,58	0,47	0,15	0,45	0,32	0,38
Molise	10,06	5,05	0,46	4,54	0,63	0,75	0,62	1,59	0,42	0,54
Campania	9,34	5,09	0,47	3,78	0,70	0,60	0,72	0,97	0,47	0,32
Puglia	9,94	5,67	0,52	3,75	0,72	0,69	0,40	1,03	0,36	0,55
Basilicata	8,23	5,28	0,48	2,47	0,58	0,62	0,29	0,12	0,54	0,33
Calabria	10,51	6,35	0,58	3,58	0,83	0,74	0,37	0,63	0,51	0,50
Sicilia	10,40	5,93	0,54	3,93	0,69	0,67	0,59	0,84	0,46	0,67
Sardegna	9,40	6,30	0,58	2,52	0,68	0,54	0,37	0,24	0,28	0,40
<b>Italia</b>	<b>6,42</b>	<b>3,80</b>	<b>0,35</b>	<b>2,27</b>	<b>0,42</b>	<b>0,37</b>	<b>0,28</b>	<b>0,54</b>	<b>0,20</b>	<b>0,44</b>

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

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2020.

**Grafico 1** - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per singola funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo - Anni 2016-2019

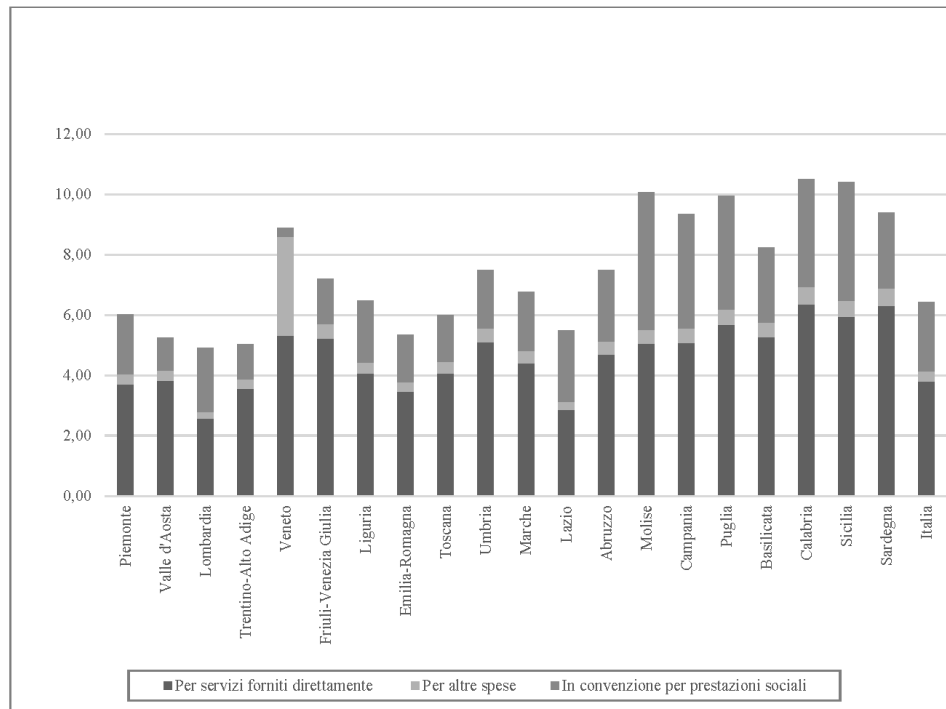


Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2020.



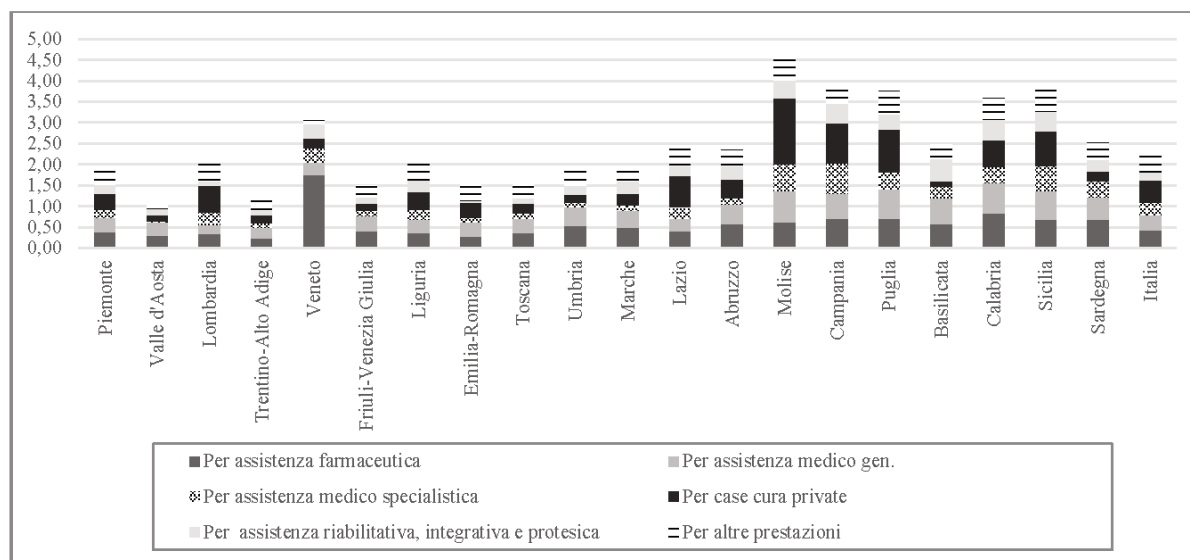


**Grafico 2** - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2019



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2020.

**Grafico 3** - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2019



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2020.

### Raccomandazioni di Osservasalute

In sintesi, a livello nazionale, nel 2019:

- i valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL tracciano una linea in leggero decremento;
  - la funzione che registra la maggiore diminuzione di spesa nel periodo è la spesa per assistenza farmaceutica.
- A livello regionale, invece, nel 2019:

- 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, ma tutte dedicano più risorse all'erogazione diretta di prestazioni;

- in 4 regioni (Lombardia, Lazio, Molise, Campania) la spesa per prestazioni in convenzione assume un peso rilevante;

- nella spesa per prestazioni in convenzione, la spesa per case di cura private si presenta come voce importante non solo a livello Italia o in regioni come Lombardia, Liguria e Lazio, ma anche in alcune regioni meridionali.

Certamente, a delineare questo quadro, concorrono numerosi fattori.

In merito alla lieve riduzione della spesa corrente rispetto al PIL è difficile avanzare interpretazioni, in quanto solo rapportando la spesa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) effettivamente garantiti è possibile concludere se può essere un sintomo di migliore utilizzo delle risorse o il risultato di una minor tutela dei cittadini. Analogamente, il maggior peso della spesa per servizi forniti direttamente potrebbe essere sintomo di capacità del sistema sanitario di garantire con le sue strutture le prestazioni, ma, senza indicatori di esito e di qualità, potrebbe anche essere sintomo di cattiva organizzazione delle articolazioni preposte alla erogazione dei servizi.

Sicuramente, in termini prettamente finanziari, la riduzione della spesa è in parte attribuibile alla politica, ormai attivata da anni, attraverso numerosi interventi del contenimento della spesa. In particolare, tutti gli interventi rivolti a contenere la domanda e a regolamentare l'offerta hanno determinato la riduzione della spesa per assistenza farmaceutica. Il sistema sanitario italiano privilegia ancora l'erogazione diretta delle prestazioni anche se il peso della spesa convenzionata non è indifferente.

Relativamente al valore della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL, variegato fra le regioni, il diverso quadro epidemiologico della popolazione di riferimento e l'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari, sono fattori che ne influenzano la dimensione. La medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, può tradursi in differenti livelli di

spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni. Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico potrebbe spendere mediamente di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto deve soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario. Oltre agli effetti indotti dalla struttura demografica, una parte importante di tali differenze nei livelli di spesa fra le regioni italiane 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 presenti 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.

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.

Inoltre, 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 garantire. A tal fine, una accurata analisi degli indicatori relativi ai LEA ed agli esiti può fornire indicazioni sulla capacità delle regioni di salvaguardare efficacia ed efficienza.

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



## Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata pro capite

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

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

La spesa sanitaria privata pro capite esprime, invece,

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

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

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

### Spesa sanitaria pubblica pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione media residente

### Spesa sanitaria privata pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria privata
Denominatore	Popolazione media residente

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

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

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

avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani. Il secondo limite consiste nel fatto che non consente di valutare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite le regioni in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le risorse saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.

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

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





### Descrizione dei risultati

Nel 2019, la spesa sanitaria pubblica pro capite presenta, in Italia, un incremento rispetto al 2018 pari all'1,5%, posizionandosi a 1.904€. Tale valore pone l'Italia tra i Paesi che continuano a spendere meno tra i 32 Paesi dell'area OCSE, collocandosi nelle posizioni inferiori insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

Nel 2019, la spesa varia fra 2.313€ della PA di Bolzano e 1.765€ della Campania e si registra un gradiente Nord-Sud ed Isole con le regioni del Nord (ad eccezione del Veneto) che presentano valori sopra la media nazionale e le regioni del Meridione, con l'eccezione di Molise e Sardegna, con valori inferiori.

Inoltre, il valore medio nazionale è superiore alla spesa del 2011 pari a 1.856€, con un trend che evidenzia un andamento lievemente in crescita con un tasso medio composto annuo di +0,3% (Tabella 1).

Il comportamento delle regioni segue un andamento univoco; infatti, tutte le regioni presentano un tasso annuo in aumento ad eccezione di Valle d'Aosta e Lazio che hanno un tasso annuo in diminuzione. I tassi annui in incremento non presentano valori superiori all'1% con l'esclusione del Friuli Venezia Giulia che, invece, ha un tasso di crescita dell'1,5%.

La spesa pro capite privata (Tabella 2) a livello italiano segna un trend crescente nel periodo 2011-2018, passando da 560€ a 629€, con un ritmo in aumento dell'1,7% annuo. Nel 2018, l'Italia si colloca nella parte alta della graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea con sistema sanitario pubblico.

La stessa linea di tendenza si registra in tutte le regioni, con una punta massima registrata in Piemonte, pari a 3,6% annuo di incremento. Solo la PA di Bolzano registra un decremento.

La posizione nella graduatoria della spesa privata pro

capite delle regioni è relativamente costante nel tempo: le regioni del Nord, con la sola eccezione delle Liguria, che registravano nel 2011 valori superiori alla media nazionale, si posizionano tutte, anche nel 2018, con valori superiori alla media nazionale.

Analogamente le regioni meridionali confermano i loro valori sotto la media nazionale anche nel 2018.

Nel periodo analizzato diminuisce il *gap* fra le regioni, che passa da 647€ nel 2011 (con il valore massimo registrato in Valle d'Aosta pari a 990€ e il valore minimo di 343€ in Campania) a 625€ (con il valore massimo registrato in Valle d'Aosta pari a 1.040€ e il valore minimo di 415€ in Campania) nel 2018.

Se si effettua un confronto fra spesa sanitaria privata e pubblica pro capite per gli anni 2011-2018, si osserva una crescita del rapporto a livello italiano: nel 2011 il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica pro capite si attestava a 0,30 (ovvero, vale a dire che la spesa privata era pari al 30% della spesa pubblica); nel 2018, come conseguenza della maggior crescita della spesa privata, tale valore è pari a 0,34 (Grafico 1). La PA di Bolzano, l'Umbria e il Friuli Venezia Giulia sono le uniche realtà che non hanno aumentato il rapporto spesa privata/spesa pubblica nel 2018 rispetto al 2011. Degna di nota è la Valle d'Aosta la cui spesa privata è pari al 50% della spesa pubblica pro capite nel 2018.

Come illustrato nel Grafico 2, tutte le regioni, ad eccezione della PA di Bolzano, hanno un tasso medio annuo composto della spesa privata positivo, mentre circa la metà delle regioni italiane presentano, nello stesso periodo, un tasso medio annuo composto di spesa pubblica negativo o inferiore alla media nazionale. Si comincia ad assistere ad un fenomeno compensativo della spesa privata rispetto alla spesa pubblica.



**Tabella 1** - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazione (valori per 100) e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2019

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ % (2019-2011)	Δ % (2019-2018)	Tassi medi composti annui (2011-2019)
Piemonte	1.906	1.904	1.847	1.805	1.813	1.834	1.830	1.872	1.905	-0,1	1,8	0,0
Valle d'Aosta	2.237	2.193	2.160	2.094	2.081	1.962	1.956	2.004	2.037	-8,9	1,6	-1,2
Lombardia	1.850	1.814	1.807	1.842	1.855	1.861	1.908	1.936	1.956	5,7	1,0	0,7
Bolzano-Bozen	2.235	2.307	2.231	2.187	2.255	2.200	2.263	2.291	2.313	3,5	1,0	0,4
Trento	1.943	1.990	1.943	1.924	1.891	1.868	1.904	1.931	1.953	0,5	1,1	0,1
Veneto	1.745	1.734	1.724	1.726	1.749	1.736	1.761	1.769	1.792	2,7	1,3	0,3
Friuli Venezia Giulia	2.045	2.060	2.040	1.960	1.898	2.085	2.164	2.262	2.297	12,3	1,5	1,5
Liguria	2.061	2.019	1.999	2.014	2.044	1.995	2.011	2.048	2.085	1,2	1,8	0,1
Emilia-Romagna	1.863	1.893	1.872	1.855	1.885	1.850	1.877	1.935	1.958	5,1	1,2	0,6
Toscana	1.902	1.853	1.813	1.832	1.900	1.834	1.874	1.882	1.911	0,5	1,5	0,1
Umbria	1.846	1.874	1.827	1.850	1.856	1.840	1.885	1.937	1.968	6,6	1,6	0,8
Marche	1.816	1.784	1.791	1.781	1.781	1.777	1.803	1.836	1.869	2,9	1,8	0,4
Lazio	1.987	1.998	1.923	1.904	1.926	1.832	1.827	1.846	1.876	-5,6	1,6	-0,7
Abruzzo	1.789	1.795	1.756	1.753	1.794	1.778	1.820	1.848	1.880	5,1	1,7	0,6
Molise	2.095	2.123	2.095	2.226	2.069	2.055	2.039	2.070	2.120	1,2	2,4	0,1
Campania	1.748	1.718	1.686	1.689	1.726	1.695	1.715	1.735	1.765	1,0	1,7	0,1
Puglia	1.794	1.763	1.764	1.783	1.799	1.825	1.807	1.847	1.881	4,8	1,8	0,6
Basilicata	1.885	1.822	1.833	1.829	1.850	1.815	1.877	1.855	1.897	0,6	2,3	0,1
Calabria	1.751	1.745	1.715	1.711	1.725	1.715	1.708	1.777	1.816	3,7	2,2	0,5
Sicilia	1.769	1.752	1.731	1.707	1.739	1.715	1.751	1.822	1.858	5,0	2,0	0,6
Sardegna	1.982	2.049	1.994	2.041	2.062	1.988	1.942	1.970	2.008	1,3	1,9	0,2
<b>Italia</b>	<b>1.856</b>	<b>1.844</b>	<b>1.816</b>	<b>1.817</b>	<b>1.838</b>	<b>1.819</b>	<b>1.841</b>	<b>1.875</b>	<b>1.904</b>	<b>2,6</b>	<b>1,5</b>	<b>0,3</b>

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2020.

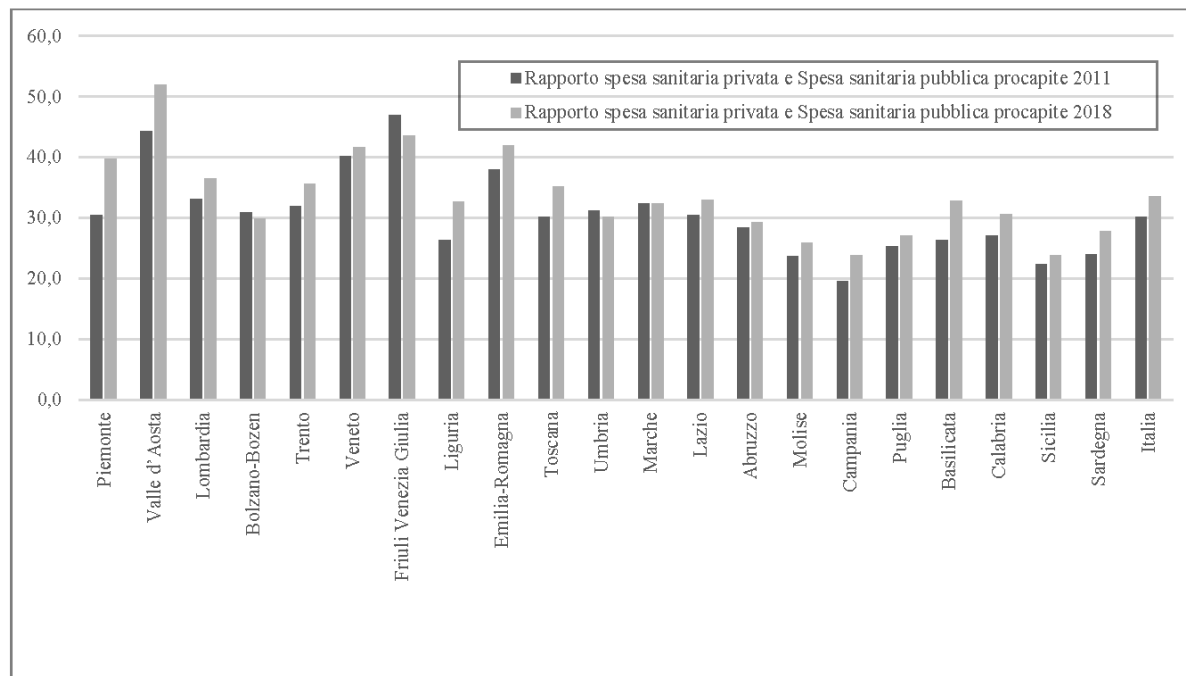
**Tabella 2** - Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2018

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

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2020.

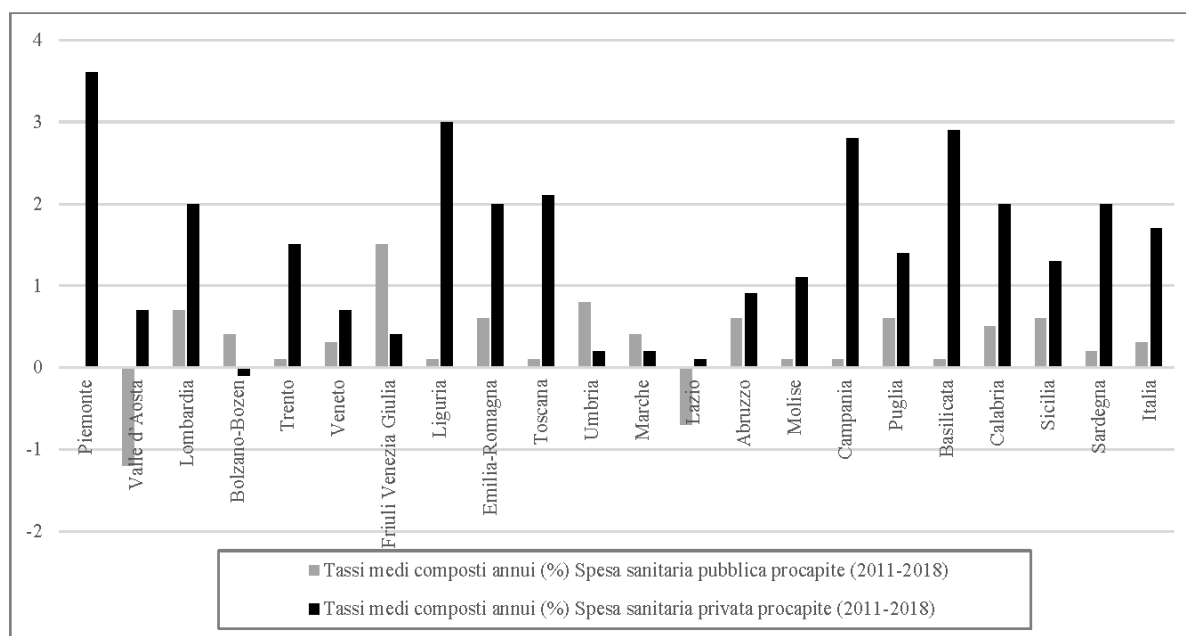


**Grafico 1** - Rapporto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011, 2018



Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2020.

**Grafico 2** - Tasso medio composto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011, 2018



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2020.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La prima raccomandazione è legata all'utilizzo degli indicatori. Pare, infatti, utile continuare la loro analisi, nonostante i limiti intrinseci, per due ragioni sostanziali. La prima risiede nella loro portata informativa che permette di valutare l'ammontare di risorse che,

da un lato, la regione e la nazione utilizza per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione e, dall'altro, che il singolo cittadino destina all'acquisizione di prestazioni sanitarie in un sistema sanitario pubblico. La seconda è legata al fatto che si tratta di indicatori utilizzati nei diversi Paesi





dell'OCSE e, come tale, la loro misurazione consente un confronto a livello internazionale.

La seconda raccomandazione è legata all'analisi congiunta dei due indicatori che consente di evidenziare come cambia il contributo e il peso dei diversi attori nella spesa sanitaria e permette di mappare eventuali cambi di rotta del sistema sanitario, con maggiore o minore orientamento alla spesa privata, e di individuare il ruolo, di compensazione o di integrazione, della spesa privata rispetto alla pubblica. I risultati evidenziano un costante incremento della spesa privata a tassi superiori a quelli della spesa pubblica che, in alcune realtà, registra un andamento negativo. Il rapporto spesa privata e pubblica cresce in pressoché tutte le regioni nel 2018 rispetto al 2011. Si assiste anche ad un diverso comportamento delle regioni meridionali, che avevano nel 2011 e continuano ad avere nel 2018 valori pro capite più bassi delle altre regioni, ma presentano un tasso di crescita della spesa privata superiore a quella delle regioni del Nord.

Tali risultati vanno certamente interpretati con cautela, tuttavia non deve essere sottovalutata, in una logica di Sanità Pubblica, la direzione che sta prendendo il rapporto spesa privata e pubblica perché potrebbe essere un segnale 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.

Di conseguenza ne deriva una terza raccomandazione. Per comprendere al meglio i risultati sarebbe estremamente utile disporre di informazioni sulla spesa sanitaria privata articolata nelle diverse funzioni di spesa, per farmaci, per assistenza ambulatoriale, per assistenza ospedaliera ed altro, non solo a livello nazionale, ma anche a livello regionale. Le attuali fonti di informazioni permettono, ad esempio, di affermare che nel periodo considerato il rapporto fra spesa privata e pubblica per prestazioni ambulatoriali è cresciuto dal 59% al 70% circa a livello nazionale. La conoscenza di tali informazioni disaggregate per regione consentirebbe di evidenziare eventuali comportamenti incoerenti o anomali e permetterebbe ai *policy maker* di adottare in tempo utile eventuali provvedimenti correttivi. Analogamente sarebbe auspicabile disporre di dati sulla mobilità che permettano di individuare la spesa pro capite pubblica e privata dei cittadini residenti in ogni singola regione depurata dei *bias* determinati dallo spostamento dei cittadini fra le regioni. Solo in tal modo si possono fornire indicazioni utili e precise ai *policy maker*.





## Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

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

**Metodologia.** Dal 2013, i dati di disavanzo vengono pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) in un Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria" giunto, nel 2020, alla VII Edizione<sup>1</sup>. La metodologia di determinazione dei disavanzi presenta alcune peculiarità, di seguito sintetizzate:

1) le "risorse aggiuntive da bilancio regionale" o "contributi da regione extra fondo per la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA" vengono sempre escluse dai proventi in quanto considerate "risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie, (conferita) per il raggiungimento dell'equilibrio economi-

co" (MEF-RGS 2020, p. 57);

2) per le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e le PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria, il "finanziamento ordinario" viene determinato in modo figurativo, sulla base della metodologia adottata per assegnare il finanziamento alle regioni a Statuto Ordinario e con l'intento di rappresentare "le somme che tali autonomie devono obbligatoriamente conferire al proprio SSR per l'erogazione dei LEA". Ne risultano spesso disavanzi figurativi anche elevati, cui però non corrisponde "necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto può trovare copertura mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive" (MEF-RGS 2020, p. 25);

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 2020, p. 54).

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

### Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi-Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

**Validità e limiti.** L'indicatore fornisce un'informazione di prima approssimazione sulla *performance* economico-finanziaria dei SSR. Disavanzi elevati e/o con tassi di incremento superiori alla media nazionale segnalano specifiche difficoltà e, quindi, la necessità di intervenire sulla struttura e sul funzionamento del SSR per contenerne i costi, nonché di richiedere alla regione uno "sforzo fiscale" per incrementare, nel frattempo, le risorse disponibili.

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

Un primo gruppo di limiti deriva dalle peculiarità metodologiche sopra illustrate, che penalizzano la rappresentazione dell'equilibrio economico per: 1) le regioni a Statuto speciale (Sicilia esclusa) e le PA; 2) le regioni che, per scelta e già in sede di programmazione, decidono di destinare al proprio SSR risorse aggiuntive da bilancio regionale al fine di migliorare quantità e quali-

tà dell'assistenza, rispetto alle regioni che si trovano invece a dover coprire disavanzi inattesi e/o indesiderati; 3) le regioni che presentano aziende in utile.

Un secondo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le Aziende sanitarie pubbliche hanno sistemi contabili pienamente adeguati, come dimostrano le frequenti revisioni dei dati pubblicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze negli anni precedenti, nonché il ritardo accumulato dalla maggior parte delle regioni e delle aziende nel completamento dei "Percorsi Attuativi della Certificabilità" dei bilanci (Patto per la Salute 2010-2012, DM 17 settembre 2012, DM 1 marzo 2013). L'attendibilità dei dati, inoltre, è ulteriormente penalizzata dalle frequenti operazioni di riassetto (scissioni, fusioni e scorpori) delle aziende. Le prassi di redazione dei bilanci consolidati dei SSR, infine, presentano ancora criticità.

Un terzo gruppo di limiti riguarda la capacità dell'indi-

<sup>1</sup>MEF-RGS (2020). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 7. Roma.



catore 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 il pareggio di bilancio, ormai conseguito in numerose regioni. Un utile riferimento resta, comunque, il dato medio nazionale. Alla luce della limitata significatività dei disavanzi calcolati per le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e per le PA, può essere opportuno rideterminare il dato medio nazionale escludendo tali regioni e PA.

#### Descrizione dei risultati

Nel 2019, il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 1,097 miliardi di €. È, quindi, sostanzialmente invariato rispetto al biennio precedente (1,069 e 1,101 miliardi di €, rispettivamente, nel 2017 e nel 2018), leggermente superiore a quanto registrato nel triennio ancora precedente (928, 1.004 e 923 milioni di € tra il

2014-2016), ma comunque inferiore rispetto ai disavanzi degli anni precedenti (2001-2013). Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo nazionale 2019 si riduce a 292 milioni di €. Anche a livello pro capite (Tabella 1), il disavanzo medio nazionale 2019 è pari a quelli del biennio precedente (18€).

Nel confronto interregionale, spiccano gli elevati disavanzi pro capite delle regioni a Statuto Speciale e PA. Tali disavanzi vanno però considerati relativamente fisiologici, perché generalmente frutto di un'esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo medio nazionale pro capite si riduce a 5€.

Considerando le regioni a Statuto Ordinario e la Sicilia, nel 2019 sono in equilibrio, come nel 2018, tutte le regioni del Centro-Nord tranne Piemonte, Liguria e Toscana; in Liguria, il disavanzo pro capite (42€) eccede la media nazionale. Al Centro-Sud, 3 regioni sono in equilibrio (Lazio, Campania e Sicilia) e 3 regioni presentano disavanzi pro capite inferiori alla media nazionale (Abruzzo, Puglia e Basilicata). È significativo osservare come proprio Lazio, Campania e Sicilia generassero, nel 2006, ben due terzi dell'intero disavanzo nazionale, registrando *deficit* pro-capite, rispettivamente, pari a 374€, 131€ e 219€. Disavanzi pro capite particolarmente ampi persistono invece in Molise (273€, in evidente aumento rispetto al 2018) e Calabria (61€).

**Tabella 1** - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2018-2019

Regioni	2006	2018	2019
Piemonte	77	2	12
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	568	162	150
Lombardia	0	-1	0
Bolzano-Bozen	570	499	501
Trento	286	366	340
Veneto	31	-3	-2
Friuli Venezia Giulia	3	81	118
Liguria	61	33	42
Emilia-Romagna	69	-0	0
Toscana	28	5	8
Umbria	64	-1	0
Marche	32	-0	0
Lazio	374	-1	-10
Abruzzo	153	-0	10
Molise	216	97	273
Campania	131	-6	-7
Puglia	52	13	10
Basilicata	-5	-1	11
Calabria	28	110	61
Sicilia	219	0	0
Sardegna	79	126	118
<b>Italia</b>	<b>103</b>	<b>18</b>	<b>18</b>
<b>Italia (solo regioni a Statuto Ordinario e Sicilia)</b>	<b>99</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

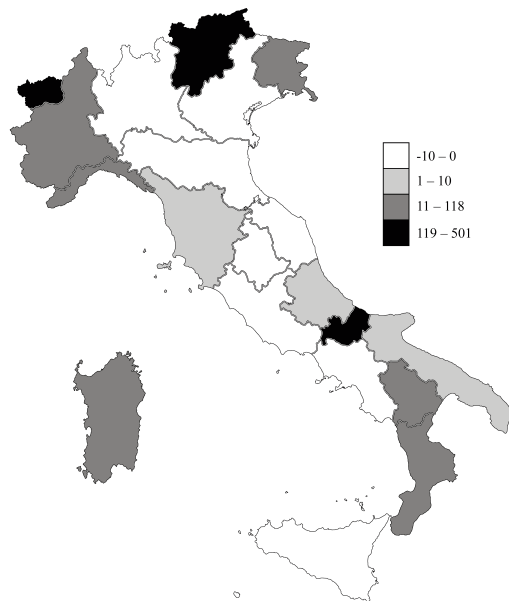
Fonte dei dati: MEF-RGS (2020). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 7. Roma. Anno 2020.



## ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

355

**Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2019**



### Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai *deficit* sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi dei *deficit* stessi (sottofinanziamento, sovracapacità e/o sovrapproduzione, inefficienza etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare Piani di Rientro ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è inopportuno fermarsi alle medie nazionali.

In generale, comunque, il progressivo contenimento (2007-2014) e la successiva invarianza (2015-2019) dei disavanzi, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento complessivo, conferma che il SSN è parsimonioso ed è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa, allineandosi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato. Tutto ciò malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico, le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi finanziaria globale iniziata nel 2008.

Questo risultato è principalmente riconducibile a tre fattori: 1) l'introduzione e il rafforzamento delle regole nazionali di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari, nonché i relativi sistemi di monitoraggio; 2) le specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale sia regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi; 3) le ulteriori iniziative poste in essere dalle singole aziende. Naturalmente, il 2019 rappresenta la conclusione della 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). Nel 2020, la pandemia ha comportato costi straordinari ingenti e non sempre isolabili dai costi ordinari; ha inoltre evidenziato significative necessità di potenziamento e ripensamento dei servizi sanitari che, dal 2021, eserciteranno un inevitabile impatto strutturale su proventi, costi e disavanzi dei SSR.

