

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

**Rapporto OASI 2020**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da Covid-19 ne ha acuito rilevanza ed essenzialità. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2020:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale, con considerazioni legate anche alla crisi sanitaria da Covid-19;
- approfondisce questioni di *governance* e organizzazione dei servizi rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende. Tra queste, le possibili evoluzioni della relazione Regione-Azienda, le spinte al cambiamento nella rete ospedaliera indotte dal DM 70/2015 e il profilo dei piccoli ospedali, il contemperarsi di logiche di governo clinico e di gestione operativa nei percorsi ambulatoriali complessi, le possibili configurazioni organizzative delle unità specialistiche di patologia, le lezioni apprese dalla gestione del pronto soccorso nell'emergenza Covid-19;
- si focalizza su ruolo ed evoluzione di alcune funzioni strategiche aziendali, approfondendo le politiche di gestione del personale del SSN, le innovazioni nei sistemi di controllo aziendale, gli impatti generati dalla centralizzazione degli acquisti, l'efficacia e gli impatti organizzativi delle disposizioni anticorruzione e il ruolo delle tecnologie nell'innovare i servizi nel contesto imposto da Covid-19.

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.*

ISBN 978-88-238-5162-7



9 788823 851627

[www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)

Rapporto OASI 2020

CERGAS - Bocconi



a cura di  
**CERGAS - Bocconi**

# Rapporto OASI 2020

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Bocconi

CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
SCHOOL OF MANAGEMENT





### 3 **La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione**

*di Patrizio Armeni, Arianna Bertolani, Ludovica Borsoi, Francesco Costa<sup>1</sup>*

#### 3.1 **Premessa**

Il capitolo illustra i dati di spesa, finanziamento e risultato d'esercizio del SSN italiano, integrandoli con un confronto internazionale e con approfondimenti regionali. Per quanto riguarda la parte internazionale, si rimanda al capitolo 3 del Rapporto OASI 2018 (Armeni, Bertolani, Borsoi, Costa, 2018) per gli approfondimenti metodologici. Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria italiana, invece, si rimanda all'allegato del Capitolo 3 del Rapporto 2009 (Armeni, 2009). Per questo capitolo, la fonte dei dati di spesa sanitaria pubblica è il Ministero della Salute. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL), Corte dei Conti (commento alle variazioni degli aggregati di spesa e analisi dell'avanzamento dei PdR, riportate nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2020). Il capitolo è così strutturato: nel §3.2 si analizzano i dati di spesa sanitaria di 29 Paesi europei ed extra europei, con particolare riferimento all'incidenza economica dell'assistenza sanitaria sul settore pubblico e sui cittadini<sup>2</sup>; nel §3.3 sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e risorse complessivamente disponibili<sup>3</sup>) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il §3.4 è, invece, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa. Nel §3.5 è analizzata l'evoluzione dei risultati d'esercizio a livello regionale e sono riportate le principali misure attivate per la copertura degli stessi. Infine, nel §3.6 sono riportate le conclusioni. In molte tabelle viene

---

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 3.1 e 3.6 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni, il § 3.2 a Ludovica Borsoi, i §§ 3.3.1 e 3.3.2 a Francesco Costa, i §§ 3.4 e 3.5 ad Arianna Bertolani.

<sup>2</sup> Per gli aspetti introduttivi e metodologici, nonché per la scelta del perimetro di analisi, si rimanda al Rapporto 2013 (Armeni, Ferré, Lorenzoni e Sommariva, 2013).

<sup>3</sup> Le risorse complessivamente disponibili sono equivalenti alla voce denominata "Ricavi del SSN" presente in alcuni rapporti di spesa pubblica.

riportato anche l'anno 2001 poiché coincide con la riforma del Titolo V della Costituzione che ha trasferito alle Regioni la responsabilità sulla spesa sanitaria e sui relativi disavanzi.

### 3.2 La spesa sanitaria: un confronto internazionale<sup>4</sup>

La spesa sanitaria nei 29 Paesi considerati<sup>5</sup> riflette l'eterogeneità degli assetti istituzionali e si caratterizza per livelli, composizioni e dinamiche altamente differenziate (Tabella 3.1 e Figura 3.1).

È possibile condurre un'analisi comparativa sui livelli complessivi di spesa pro-capite considerando i differenti assetti istituzionali. Il sistema comunemente considerato più vicino al mercato, gli Stati Uniti, presenta, in media, livelli di spesa nettamente più elevati. Nel 2018, infatti, il livello medio di spesa sanitaria complessiva pro-capite negli Stati Uniti risulta più alto del 133% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (ad esempio, Francia, Germania, Olanda) e del 145% rispetto a quella dei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale o locale (ad esempio, Italia, Regno Unito, Svezia). Ovviamente, è fondamentale interpretare i livelli di spesa in funzione dell'insieme di servizi offerti, della loro organizzazione e gestione, nonché della capacità che i Paesi hanno di rendere disponibili e diffusi internamente i frutti del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica.

Analizzando l'evoluzione della spesa sanitaria totale pro-capite in diversi intervalli temporali (Figura 3.1), si rileva, tra il 2010 e il 2018, un aumento medio dei coefficienti di crescita<sup>6</sup> misurati in termini reali pari all'1,7%, inferiore rispetto all'aumento rilevato nel periodo 2000-2010 (3,3%). In generale, nell'ultimo perio-

<sup>4</sup> Si segnala che le grandezze monetarie inserite nel presente paragrafo sono state convertite in \$PPA (Parità dei Poteri di Acquisto), con riferimento al PIL. Le serie storiche così calcolate sono soggette a frequenti rielaborazioni. In virtù di tali considerazioni, i valori che si riferiscono anche ad anni lontani potranno differire, pur se in misura non qualitativamente rilevante, rispetto a quelli riportati nei precedenti Rapporti. Per spesa sanitaria «pubblica» si intende la spesa finanziata attraverso fondi pubblici (ossia tributi prelevati dagli enti pubblici territoriali e contributi di schemi assicurativi sociali o privati obbligatori), mentre la spesa «privata» include schemi assicurativi privati volontari, compartecipazioni alla spesa e pagamenti diretti da parte del paziente (*out-of-pocket* e *co-payment*). Mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da stime ottenute da indagini campionarie sui consumi delle famiglie, con copertura e attendibilità conseguentemente minori.

<sup>5</sup> Si tratta dei principali Paesi europei (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera), a cui sono stati aggiunti Australia, Stati Uniti, Canada, Giappone e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina).

<sup>6</sup> Il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (Compound Average Growth Rate), ossia come tasso di crescita annuale composto. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a:  $(\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{1/3} - 1$ .

Tabella 3.1 **Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000, 2005, 2010-2018)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>UE (15)</b>											
Austria	2.803	3.476	4.257	4.345	4.588	4.767	4.858	4.945	5.195	5.360	5.538
Belgio	2.297	3.117	3.919	4.065	4.244	4.436	4.522	4.654	4.777	5.014	5.103
Danimarca	2.345	3.015	4.160	4.170	4.315	4.456	4.536	4.674	4.850	5.107	5.295
Finlandia	1.888	2.565	3.415	3.586	3.774	3.921	3.937	3.993	4.103	4.239	4.331
Francia	2.686	3.265	4.049	4.168	4.305	4.557	4.645	4.679	4.935	5.057	5.154
Germania	2.894	3.430	4.422	4.566	4.743	4.949	5.149	5.295	5.668	6.011	6.224
Grecia	1.418	2.194	2.605	2.290	2.146	2.067	2.017	2.081	2.221	2.239	2.266
Irlanda	1.829	3.093	4.049	4.207	4.373	4.302	4.251	4.297	4.545	4.743	4.912
Italia	2.030	2.504	3.103	3.098	3.072	3.043	3.037	3.090	3.274	3.399	3.485
Lussemburgo	3.410	4.881	5.623	4.831	4.425	4.637	4.707	4.694	4.864	5.013	5.216
Olanda	2.646	3.583	4.473	4.567	4.782	4.924	4.935	4.928	5.075	5.264	5.436
Portogallo	1.600	2.135	2.529	2.408	2.346	2.417	2.451	2.540	2.822	2.922	3.097
Spagna	1.523	2.212	2.736	2.734	2.729	2.764	2.858	3.020	3.149	3.322	3.430
Svezia	2.195	2.809	3.433	4.462	4.680	4.731	4.866	5.002	5.122	5.318	5.434
Regno Unito	1.916	2.773	3.431	3.497	3.639	3.694	3.780	3.828	3.990	4.126	4.290
<b>UE (nuovi Paesi)</b>											
Repubblica Ceca	1.026	1.523	2.001	2.042	2.090	2.449	2.565	2.546	2.671	2.891	3.171
Repubblica Slovacca	690	1.191	2.010	1.975	2.097	2.154	2.010	2.060	2.040	2.048	2.142
Polonia	604	835	1.423	1.497	1.579	1.671	1.687	1.819	1.959	2.070	2.114
Ungheria	906	1.464	1.665	1.756	1.767	1.822	1.864	1.892	2.000	2.029	2.150
<b>Altri Paesi europei</b>											
Norvegia	2.792	3.741	4.775	4.965	5.210	5.486	5.707	5.728	5.904	6.075	6.283
Svizzera	3.325	4.106	5.087	5.260	5.565	5.924	6.159	6.468	6.808	7.037	7.280
<b>Altri Paesi non europei</b>											
Australia	2.154	2.872	3.595	3.809	3.854	4.093	4.190	4.381	4.606	4.711	4.965
Stati Uniti	4.557	6.443	7.922	8.131	8.405	8.611	9.034	9.498	9.880	10.213	10.637
Canada	2.451	3.292	4.141	4.191	4.301	4.397	4.533	4.610	5.021	5.155	5.287
Giappone	1.851	2.471	3.170	3.741	3.971	4.308	4.328	4.517	4.297	4.393	4.504
Russia	447	704	1.205	1.204	1.338	1.410	1.511	1.432	1.405	1.529	n.d.

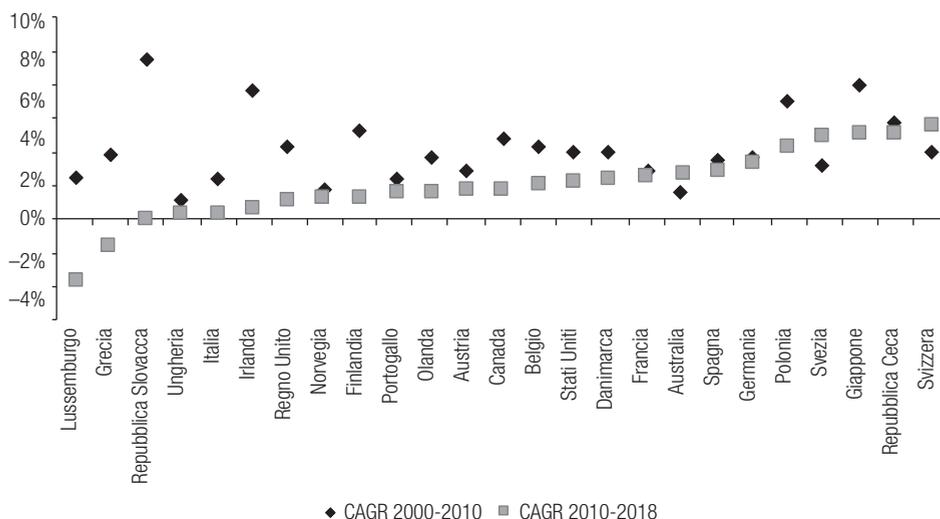
*Nota:* Rispetto a quanto riportato nel capitolo del precedente rapporto OASI, non risultano più disponibili sul sito dell'OECD i dati di spesa nominale per Brasile, India e Cina.

*Fonte:* Elaborazioni su dati OECD Health Data 2020.

do analizzato (2010-2018), si rilevano solamente due Paesi (Lussemburgo e Grecia) con tassi di crescita negativi. L'Italia presenta un tasso di crescita della spesa sanitaria reale di poco superiore a zero (+0,3%) tra il 2010 e il 2018, mentre nel periodo 2000-2010 è stato pari al 2,0% (comunque tra i più bassi).

Una dimensione importante della spesa sanitaria è la sua composizione rispetto ai soggetti pagatori. Essendo un settore critico di ogni Paese sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza sempre per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione variabili. La Tabella 3.2 mostra la percentuale di spesa sanitaria co-

Figura 3.1 **Tasso di crescita medio annuo (CAGR) della spesa sanitaria totale pro-capite in termini reali (2000-2010 e 2010-2018)**



Nota: Non è riportato il CAGR per Russia, Brasile, India e Cina a causa di dati mancanti o incompleti.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2020 e World Bank 2020.

perta dal finanziamento pubblico e dagli schemi assicurativi sanitari obbligatori previsti *ex-lege* (sociali e privati). Appare evidente come la componente pubblica e assicurativa obbligatoria della spesa sanitaria sia molto elevata e superiore al 60% in tutti i Paesi considerati, ad eccezione della Grecia e dei Paesi BRIC<sup>7</sup>. Nonostante la prevalenza di tale copertura sulle altre componenti di spesa, si osserva come il finanziamento pubblico abbia subito una contrazione nel periodo 2010-2018 (o ultimo anno disponibile) in circa metà dei Paesi considerati, inclusa l'Italia (-4,6%). La parte residua di spesa è coperta dal settore privato nella forma di premi assicurativi volontari, a carico dei cittadini o delle imprese che offrono copertura per i propri dipendenti, oppure di spesa *out-of-pocket*, direttamente sostenuta dai pazienti al momento dell'accesso ai servizi o dell'acquisto di beni. Nella spesa *out-of-pocket* rientrano le prestazioni non coperte da programmi assicurativi pubblici e privati o garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (*out-of-pocket* in senso stretto) e le compartecipazioni per prestazioni solo parzialmente coperte dalla spesa pubblica.

<sup>7</sup> Il sostanziale incremento della componente di spesa sanitaria coperta dal finanziamento pubblico e dagli schemi assicurativi sanitari obbligatori registrato dagli Stati Uniti nel periodo 2010-2018 (pari al 36,2%) è diretta conseguenza dell'*Affordable Care Act* (ObamaCare), che dal 2014 impone ai cittadini americani, o alle imprese per conto dei propri dipendenti, la stipula obbligatoria di uno schema assicurativo.

Tabella 3.2 **Copertura della spesa sanitaria attraverso finanziamento pubblico e schemi assicurativi sanitari obbligatori (%) (2000, 2005, 2010-2018)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2018
<b>UE (15)</b>													
Austria	75,5	74,0	74,6	74,6	74,7	74,0	74,0	74,1	74,0	74,0	74,7	-0,9	0,1
Belgio	74,6	74,5	76,1	76,0	76,5	76,0	75,8	75,8	76,1	76,0	75,8	1,5	-0,3
Danimarca	83,1	83,7	83,9	83,6	84,0	84,3	84,2	84,2	84,1	84,0	83,9	0,8	0,0
Finlandia	72,4	75,9	76,8	77,3	77,9	77,7	77,7	77,0	76,2	76,4	76,9	4,5	0,1
Francia	78,9	78,7	76,3	76,0	76,1	76,3	76,5	76,6	83,1	83,3	83,6	-2,6	7,3
Germania	78,1	75,3	83,2	83,1	83,0	83,8	84,2	84,2	84,3	84,5	84,6	5,1	1,3
Grecia	61,6	60,8	68,9	65,7	66,1	61,7	57,7	57,6	60,7	60,5	58,7	7,3	-10,2
Irlanda	77,5	78,9	76,2	72,3	72,1	71,2	71,0	72,0	72,4	72,8	73,9	-1,3	-2,3
Italia	72,6	77,5	78,5	77,0	75,9	75,8	75,4	74,4	74,4	73,7	73,9	5,8	-4,6
Lussemburgo	82,0	83,2	84,9	83,2	82,8	83,1	83,5	83,7	83,6	84,0	84,1	2,9	-0,8
Olanda	69,0	68,4	83,4	82,7	82,1	81,1	81,1	81,4	81,1	81,7	82,1	14,3	-1,3
Portogallo	70,5	71,3	69,8	67,7	65,6	66,9	66,1	66,2	61,5	61,1	61,5	-0,7	-8,2
Spagna	71,4	71,6	74,4	73,5	72,1	71,0	70,3	71,3	71,6	70,7	70,4	3,1	-4,0
Svezia	85,5	82,3	82,4	84,4	84,2	84,0	84,0	84,1	84,4	84,8	85,1	-3,1	2,7
Regno Unito	76,4	80,9	81,8	81,5	80,8	79,2	79,5	79,5	79,7	78,7	77,8	5,5	-4,1
<b>UE (nuovi Paesi)</b>													
Repubblica Ceca	89,8	86,8	83,3	83,9	83,7	83,6	82,7	82,4	82,0	82,1	83,0	-6,5	-0,3
Repubblica Slovacca	89,2	75,3	71,9	73,8	72,2	74,2	80,2	79,7	80,4	79,9	80,1	-17,3	8,2
Polonia	68,9	68,7	71,7	70,9	70,0	70,7	70,7	69,7	69,3	69,5	71,5	2,8	-0,2
Ungheria	69,6	70,7	67,1	66,5	65,5	66,6	67,1	68,2	68,1	69,1	69,5	-2,5	2,3
<b>Altri Paesi europei</b>													
Norvegia	81,7	83,1	84,7	84,4	84,8	85,0	85,3	85,5	85,4	85,1	85,3	3,0	0,6
Svizzera	58,1	63,1	64,3	64,8	66,2	67,0	66,1	66,2	65,5	65,9	64,4	6,2	0,1
<b>Altri Paesi non europei</b>													
Australia	68,4	68,4	68,6	69,2	67,5	64,8	64,5	65,5	66,1	66,5	66,7	0,3	-1,9
Stati Uniti	44,2	45,4	48,5	48,5	48,4	48,9	84,1	84,6	84,4	84,4	84,7	4,3	36,2
Canada	70,0	69,9	70,1	70,7	71,0	71,2	70,6	71,0	69,9	70,1	70,4	0,2	0,2
Giappone	80,4	81,2	81,9	83,7	83,9	84,3	84,1	84,1	84,0	84,2	84,1	1,5	2,2
Brasile	41,6	41,6	45,0	44,5	43,4	44,6	44,2	43,0	43,0	41,9	n.d.	3,4	-3,1*
Russia	59,4	61,1	61,4	62,7	63,7	62,4	62,6	58,7	57,0	57,1	n.d.	2,0	-4,3*
India	22,6	21,2	25,5	28,0	27,1	22,1	22,9	25,8	27,0	27,5	n.d.	3,0	1,9*
Cina	22,0	32,8	51,9	53,7	55,7	57,1	58,4	60,2	58,1	56,7	n.d.	29,9	4,8*

Nota: \* Differenza calcolata utilizzando l'ultimo anno disponibile (2017)

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2020.

La proporzione tra il contributo dei tre pagatori (settore pubblico, assicurazioni e cittadini-pazienti) può essere letta come una misura di equità del sistema sanitario. Più è elevata la copertura pubblica, infatti, più il sistema è caratterizzato da equità formale rispetto al reddito. Infatti, una quota di spesa pubblica elevata corrisponde ad una forte azione di redistribuzione della ricchezza, che rende il

sistema più equo nell'accesso alle prestazioni<sup>8</sup>. Tuttavia, è opportuno sottolineare che per valutare una dimensione come l'equità non è sufficiente soffermarsi sulla composizione della spesa totale, perché essa prescinde dalla sua distribuzione tra i cittadini e non considera la tipologia di servizi erogati e la loro qualità. La componente privata di spesa sanitaria è, invece, maggiormente legata alla capacità di reddito degli individui. In particolare, un sistema incentrato sulla spesa privata assicurativa pone barriere all'accesso a coloro che non possono acquistare una copertura e che non rientrano nei programmi pubblici o a coloro ai quali il datore di lavoro non offre coperture assicurative sanitarie. Inoltre, un'importante barriera all'accesso è costituita da fattori culturali e di percezioni imperfette circa l'effettiva estensione della copertura pubblica, che possono rallentare la diffusione di forme assicurative complementari. Più critica è la componente *out-of-pocket*, in quanto si tratta di spesa direttamente sostenuta dai pazienti al momento della fruizione dei servizi e, teoricamente, almeno in parte prevenibile tramite sistemi assicurativi. Questa componente non solo crea la percezione di barriere all'accesso, ma è anche regressiva rispetto al reddito (per la popolazione non esente). In questa categoria, infatti, ricade anche la spesa di coloro che non hanno potuto o voluto accedere a coperture assicurative private. Tale componente, più legata al reddito che alle politiche sanitarie pubbliche, è un importante oggetto di studio (cfr. capitolo sui consumi privati) in quanto presenta dinamiche proprie e non banalizzabili con una semplice lettura "per differenza" rispetto alla copertura pubblica.

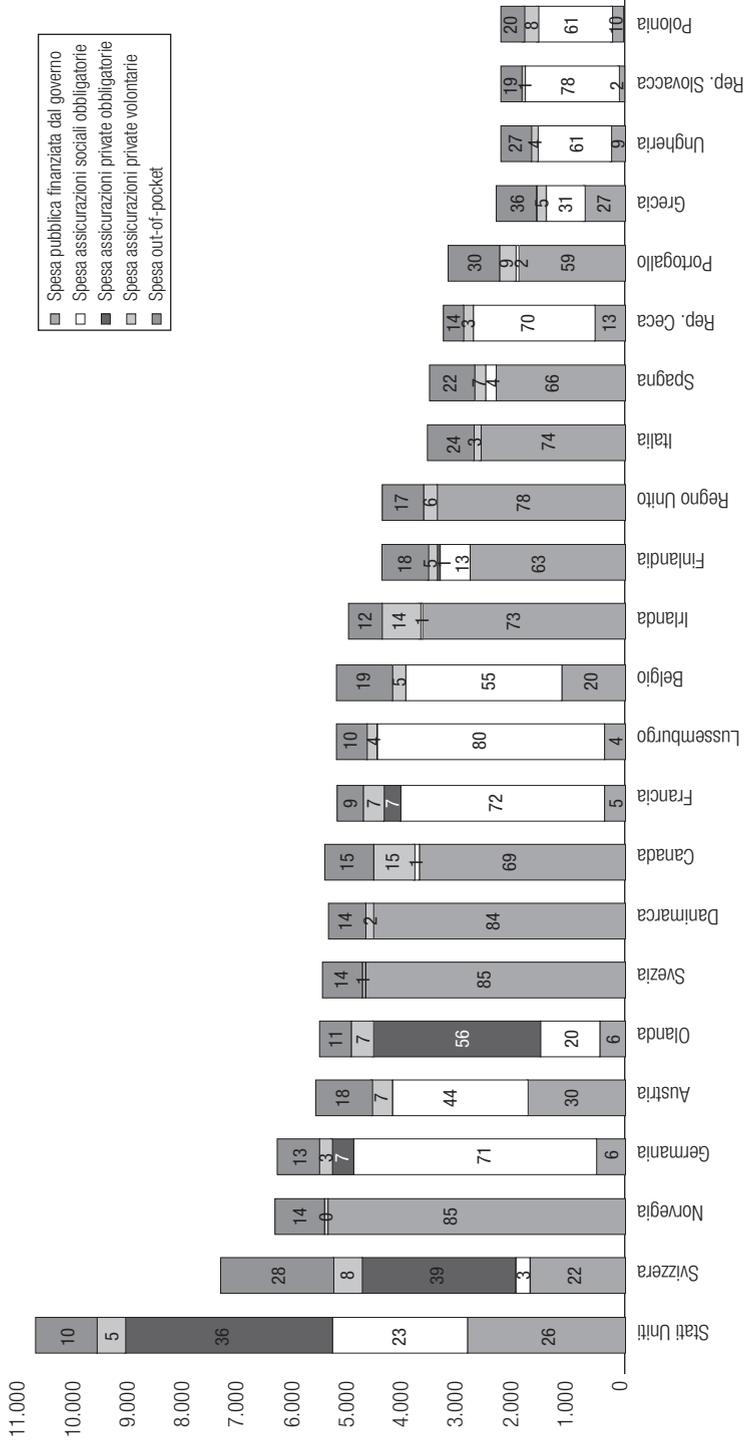
Nei Paesi analizzati, la componente *out-of-pocket*, costituita soprattutto da compartecipazioni (es. accesso alle cure specialistiche, farmaci) e ricorso privato ai servizi, registra una notevole variabilità nell'ultimo anno di rilevazione disponibile (2018), dal 9,2% della Francia al 36,4% della Grecia (Figura 3.2). Considerando i differenti assetti istituzionali, si registra una percentuale di spesa *out-of-pocket* superiore nei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (19,1%) rispetto ai Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (17,8%) e agli Stati Uniti (10,8%). In termini assoluti, tuttavia, la spesa *out-of-pocket* negli Stati Uniti risulta la più elevata dopo la Svizzera (Figura 3.2). L'Italia presenta un dato relativamente elevato, 23,5%, a testimonianza del fatto che circa un quarto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricade direttamente sull'individuo<sup>9</sup> nel momento del consumo, mentre si mantiene marginale la percentuale di spesa per premi assicurativi obbligatori<sup>10</sup> (0,1%) e quella intermediata dalle as-

<sup>8</sup> Il concetto di equità potrebbe essere declinato in diverse prospettive. Ad esempio, un sistema altamente redistributivo è funzionale a una maggiore equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi, ma è meno equo rispetto alla quantità di contribuzione. In questo contesto si fa riferimento all'equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi.

<sup>9</sup> Fatte salve le fasce esenti.

<sup>10</sup> Si tratta dell'assicurazione obbligatoria INAIL a cui sono tenuti tutti i datori di lavoro che occupano lavoratori dipendenti e lavoratori parasubordinati nelle attività che la legge individua come rischiose (DPR n. 1124 del 30/06/1965), nonché gli artigiani e i lavoratori autonomi.

**Figura 3.2** Composizione della spesa sanitaria pro-capite: finanziata dal governo, per premi assicurativi obbligatori (sociali e privati), per assicurazioni private volontarie e out-of-pocket (2018) (\$PPA e %)



Note: I valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la percentuale di spesa rispetto al totale del Paese. Non sono riportati i dati relativi ad Australia, Giappone e Paesi BRIC in quanto incompleti o mancanti.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2020.

sicurazioni private (2,6%). Va segnalato che il ruolo delle compartecipazioni potrebbe assumere particolare rilevanza nei Paesi in cui la spesa pubblica è sempre più soggetta a vincoli di budget e dove, come tendenza generalizzata, si è ridotta la copertura pubblica negli ultimi anni. In tali circostanze, e tenendo conto delle diverse determinanti di scelte di consumo pubblico e privato, infatti, la compartecipazione può evolvere concettualmente da semplice sostituto della spesa pubblica a contributo per un *upgrade* qualitativo dei servizi. In tal senso, invece che rappresentare uno strumento iniquo che porta alla rinuncia alle cure, la compartecipazione potrebbe rappresentare uno dei primi *driver* della diffusione di nuovi servizi e tecnologie, liberando così risorse pubbliche per i servizi essenziali e prioritari.

Un'ulteriore analisi comparativa sulla spesa sanitaria riguarda l'incidenza di tale voce di spesa rispetto all'economia di un Paese in generale e del settore pubblico in particolare.

La spesa sanitaria come percentuale del PIL (Tabella 3.3) indica la quota dell'economia di un Paese che è relativa ai servizi sanitari, ovvero la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi<sup>11</sup>.

L'indicatore si presta a diverse interpretazioni. In primo luogo, esso fornisce una misura del grado di rilevanza economica del sistema sanitario rispetto al macro-sistema produttivo di un Paese, inteso come somma dei redditi di tutte le famiglie e di tutte le imprese. In secondo luogo, si potrebbe interpretare questo indicatore come punto di equilibrio tra domanda e offerta di servizi. A parità di livello dei prezzi, un valore elevato è associabile a Paesi in cui la domanda di servizi incontra maggiore soddisfazione. Tuttavia, questa ultima interpretazione deve essere integrata da due considerazioni. Primo, le differenze nei livelli dei prezzi delle risorse possono rendere tale interpretazione deviata. Infatti, a parità di peso sul PIL, due Paesi possono mostrare livelli di accesso complessivo, di equità di accesso nella popolazione e di sostenibilità diversi proprio a causa di differenze nei prezzi. È il caso degli Stati Uniti, sistema più vicino alle logiche di mercato, con prezzi poco regolati, dove la spesa sanitaria nel 2018 rappresenta il 16,9% del PIL (dato più alto in assoluto); tuttavia, al rilevante peso della sanità sul PIL non corrisponde la stessa equità nell'accesso ai servizi che si trova in Paesi come Italia o Francia, che proporzionalmente hanno una spesa inferiore. Secondo, sistemi diversamente strutturati hanno costi di funzionamento differenti. La produzione dello stesso paniere di servizi a parità di prezzi e di equità è tipicamente più costosa in un sistema assicurativo privato, in cui un attore aggiuntivo nel sistema (le assicurazioni) impone maggiori costi fissi e, soprattutto, di transazione. Rispetto all'incidenza sul PIL del 16,9% degli Stati

---

<sup>11</sup> Non si parla di settore sanitario in generale in quanto quest'ultimo comprende anche altri attori, come le imprese fornitrici, la cui dimensione economica non è inclusa in questo indicatore, se non nei limiti delle operazioni di acquisto (cfr. Del Vecchio, 2012).

Tabella 3.3 **Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL (2000, 2005, 2010-2018)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2018
<b>UE (15)</b>													
Austria	9,2	9,6	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4	10,3	1,0	0,1
Belgio	8,0	9,3	10,2	10,4	10,5	10,6	10,4	10,4	10,3	10,4	10,3	2,2	0,1
Danimarca	8,1	9,1	10,3	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,1	10,1	10,1	2,2	-0,2
Finlandia	7,1	8,3	9,1	9,2	9,6	9,8	9,7	9,6	9,4	9,2	9,0	2,0	-0,1
Francia	9,6	10,2	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,4	11,3	1,7	0,1
Germania	9,9	10,3	11,1	10,8	10,8	11,0	11,0	11,2	11,2	11,4	11,5	1,2	0,4
Grecia	7,2	8,6	9,5	9,0	8,8	8,3	7,9	8,0	8,2	8,0	7,7	2,3	-1,8
Irlanda	5,9	7,6	10,5	10,7	10,7	10,3	9,7	7,3	7,4	7,2	6,9	4,6	-3,6
Italia	7,6	8,3	8,9	8,8	8,8	8,8	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	1,3	-0,2
Lussemburgo	5,9	7,2	7,0	6,1	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,3	5,3	1,1	-1,7
Olanda	7,7	9,1	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1	10,0	2,4	-0,2
Portogallo	8,4	9,4	9,8	9,5	9,4	9,1	9,0	9,0	9,4	9,3	9,4	1,5	-0,4
Spagna	6,8	7,7	9,1	9,2	9,2	9,1	9,1	9,1	9,0	8,9	9,0	2,3	-0,1
Svezia	7,4	8,2	8,3	10,4	10,8	10,9	11,0	10,8	10,8	10,8	10,9	1,0	2,6
Regno Unito	7,3	8,5	10,0	10,0	10,1	10,0	10,0	9,9	9,9	9,8	10,0	2,7	0,0
<b>UE (nuovi Paesi)</b>													
Repubblica Ceca	5,7	6,4	6,9	7,0	7,0	7,8	7,7	7,2	7,2	7,2	7,6	1,2	0,7
Repubblica Slovacca	5,3	6,6	7,7	7,4	7,6	7,5	6,9	6,8	7,0	6,8	6,7	2,4	-1,1
Polonia	5,3	5,8	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,4	6,5	6,5	6,3	1,1	-0,1
Ungheria	6,8	8,0	7,5	7,5	7,4	7,2	7,1	6,9	7,0	6,8	6,7	0,7	-0,8
<b>Altri Paesi europei</b>													
Norvegia	7,7	8,3	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,6	10,3	10,0	1,2	1,1
Svizzera	9,4	10,3	10,3	10,3	10,6	10,8	11,0	11,4	11,7	11,9	11,9	0,9	1,6
<b>Altri Paesi non europei</b>													
Australia	7,6	8,0	8,4	8,5	8,7	8,8	9,0	9,3	9,2	9,2	9,3	0,8	0,9
Stati Uniti	12,5	14,6	16,3	16,3	16,3	16,2	16,4	16,7	17,0	17,0	16,9	3,8	0,5
Canada	8,2	9,0	10,7	10,3	10,4	10,3	10,3	10,7	11,0	10,8	10,8	2,4	0,1
Giappone	7,2	7,8	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,8	11,0	2,0	1,8
Brasile	8,3	8,0	7,9	7,8	7,7	8,0	8,4	8,9	9,2	9,4	n.d.	-0,4	1,5*
Russia	5,0	4,8	5,0	4,8	4,9	5,1	5,3	5,3	5,3	5,4	n.d.	-0,1	0,4*
India	4,2	3,9	3,4	3,2	3,3	3,7	3,6	3,6	3,5	3,6	n.d.	-0,8	0,2*
Cina	4,5	4,2	4,2	4,3	4,6	4,7	4,8	5,0	5,0	5,0	n.d.	-0,3	0,9*

Nota: \* Differenza calcolata utilizzando l'ultimo anno disponibile (2017)

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2020.

Uniti, infatti, nei sistemi europei con assicurazione obbligatoria, la percentuale scende in media al 9,0%, variando dal 5,3% del Lussemburgo all'11,9% della Svizzera. I sistemi europei con Servizio Sanitario Nazionale presentano un dato medio leggermente più elevato dei Paesi europei con assicurazione obbligatoria (9,1%), variando dal 6,7% dell'Ungheria al 10,9% della Svezia. In Italia, la spesa sanitaria complessiva sul PIL mostra un'incidenza dell'8,7% nel 2018, tendenzialmente stabile dal 2010, seppur in lieve calo a partire dal 2016.

Un aspetto cruciale riguarda la variazione nel tempo dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL. La maggioranza dei Paesi considerati mostra, tra il 2010 e il 2018 (o ultimo anno disponibile), una riduzione o una sostanziale stabilità dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL (variazione uguale o inferiore agli 0,5 punti percentuali). Nello stesso periodo, i Paesi che hanno registrato una variazione più elevata in positivo e negativo rispettivamente sono la Svezia (+2,6%) e l'Irlanda (-3,6%). Di converso, nel decennio 2000-2010, tutti i Paesi ad eccezione dei BRIC registravano un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL in significativa crescita. Questo fenomeno rispecchiava la tendenza dei bisogni e dei costi della sanità a superare la dinamica della crescita economica generale, determinando forti preoccupazioni per la sostenibilità. Tali preoccupazioni hanno portato molti Paesi, nell'ultimo periodo, ad adottare misure di contenimento e di monitoraggio della spesa sanitaria, in particolare della spesa pubblica. Il risultato è evidente dai dati riferiti al periodo 2010-2018 (o ultimo anno disponibile), in cui, come esposto sopra, la maggior parte dei Paesi fa registrare una diminuzione o sostanziale stabilità dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, malgrado nello stesso periodo i tassi di crescita del PIL fossero tra i più bassi mai registrati. Questa tendenza al contenimento è, peraltro, riscontrabile in modo trasversale tra le varie tipologie di sistema sanitario.

L'analisi della percentuale di spesa pubblica destinata alla sanità (Tabella 3.4) consente, invece, di valutare l'importanza relativa dell'assistenza sanitaria rispetto all'insieme degli ambiti d'intervento pubblico. Un elevato valore di questo indicatore può derivare da due fenomeni. Innanzitutto, è possibile che la spesa pubblica sia in generale limitata, come avviene tipicamente in Paesi dove l'intervento pubblico è circoscritto a livelli minimi in molti settori o diretto a pochi settori, tra cui la sanità (es. Stati Uniti). Diversamente, in Paesi dove l'intervento pubblico è estensivo, lo stesso valore può derivare da una priorità elevata assegnata dallo Stato all'assistenza sanitaria rispetto ad altri ambiti. Nell'ultimo periodo considerato (2010-2017), il peso della spesa sanitaria sulla spesa pubblica risulta piuttosto stabile, con riduzioni marcate solo in Lussemburgo (-2,9%) e Grecia (-2,2%) ed incrementi significativi, superiori a 3 punti percentuali, in Regno Unito, Stati Uniti, Giappone, Svezia e Irlanda.

Un altro aspetto rilevante è la variabilità tra tipi di sistema diversi. Negli Stati Uniti, la spesa sanitaria pubblica, sebbene non sia associata a una copertura universale, rappresenta quasi il 23% della spesa totale del settore pubblico. Il dato deriva anche dalla filosofia generale d'intervento pubblico meno estensiva che nella maggior parte dei contesti europei, per cui la percentuale risulta più alta data la minore estensione degli ambiti di spesa pubblica. I dati 2017 mostrano come i sistemi europei ad assicurazione sanitaria obbligatoria e con Servizio Sanitario Nazionale spendano nella sanità in media il 13,9% e il 15,7% rispettivamente delle risorse del settore pubblico. Tra i sistemi europei con assicurazione sanitaria obbligatoria gli estremi opposti sono rappresentati dalla

Tabella 3.4 **Spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa pubblica complessiva (2000, 2005, 2010-2017)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2017
<b>UE (15)</b>												
Austria	13,4	13,7	14,0	14,3	14,5	14,4	14,3	14,7	15,0	15,3	0,6	1,3
Belgio	12,1	13,4	14,5	14,4	14,4	14,4	14,7	14,8	15,0	15,3	2,4	0,8
Danimarca	12,8	14,9	15,3	15,0	14,8	15,4	15,5	15,8	16,3	16,6	2,5	1,3
Finlandia	10,6	12,5	12,5	12,8	13,0	11,7	12,8	13,2	12,9	13,0	1,9	0,5
Francia	14,6	15,1	15,1	15,1	15,1	15,3	15,5	15,5	15,6	15,5	0,5	0,4
Germania	17,2	16,8	17,6	18,1	18,4	18,7	19,2	19,5	19,6	19,9	0,4	2,3
Grecia	n.d.	11,4	12,4	10,9	10,5	8,3	9,1	8,7	10,2	10,2	n.d.	-2,2
Irlanda	14,8	18,1	12,3	16,6	18,3	18,2	18,3	18,3	19,5	20,0	-2,5	7,7
Italia	11,8	13,7	14,1	13,8	13,4	13,3	13,4	13,3	13,5	13,4	2,3	-0,7
Lussemburgo	13,0	13,9	13,7	12,2	12,6	11,0	11,2	11,1	11,1	10,8	0,7	-2,9
Olanda	12,6	14,7	14,3	14,7	15,1	15,3	15,6	15,1	15,3	15,3	1,7	1,0
Portogallo	13,8	14,4	13,2	12,9	12,6	12,2	11,5	12,3	13,4	13,0	-0,6	-0,2
Spagna	12,4	14,4	14,8	14,6	13,6	14,1	14,2	14,8	15,1	15,3	2,4	0,5
Svezia	11,7	12,9	13,7	17,8	17,8	17,8	18,2	18,5	18,4	18,7	2,0	5,0
Regno Unito	13,8	14,5	15,0	15,4	15,3	17,8	18,2	18,4	18,8	18,7	1,2	3,7
<b>UE (nuovi Paesi)</b>												
Repubblica Ceca	12,4	12,9	13,2	13,6	13,2	15,3	14,9	14,3	14,8	15,2	0,8	2,0
Repubblica Slovacca	9,0	12,3	13,3	13,3	13,5	13,4	13,1	12,0	13,7	13,3	4,3	0,0
Polonia	8,6	9,0	10,0	10,1	10,1	10,5	10,5	10,6	11,0	10,9	1,4	0,9
Ungheria	9,9	11,4	10,2	10,1	10,0	9,7	9,6	9,4	10,3	10,1	0,3	-0,1
<b>Altri Paesi europei</b>												
Norvegia	15,0	16,5	16,8	16,9	17,3	17,2	17,4	17,7	17,7	17,9	1,8	1,1
Svizzera	8,2	9,7	10,1	10,4	10,8	10,4	10,5	10,6	10,6	11,0	1,9	0,9
<b>Altri Paesi non europei</b>												
Australia	15,2	16,3	16,3	16,6	16,3	16,5	16,6	17,2	17,5	17,8	1,1	1,5
Stati Uniti	16,2	17,9	18,4	18,9	19,7	20,4	21,5	22,3	22,5	22,5	2,2	4,1
Canada	14,8	17,1	18,3	18,5	18,8	19,0	19,5	19,6	19,5	19,3	3,5	1,0
Giappone	15,3	17,8	18,9	21,7	22,3	22,3	22,6	23,2	23,2	23,6	3,6	4,7
Brasile	10,1	8,4	9,2	9,2	9,0	9,5	9,7	9,8	9,9	10,3	-0,9	1,1
Russia	9,7	9,9	8,6	9,0	9,2	9,1	9,2	8,8	8,2	8,8	-1,1	0,2
India	3,3	3,0	3,1	3,4	3,4	3,2	3,3	3,4	3,4	3,4	-0,2	0,3
Cina	6,1	7,5	8,8	8,6	9,0	9,4	9,6	9,4	9,1	9,1	2,7	0,3

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2020.

Germania (19,9% della spesa pubblica complessiva) e dalla Grecia (10,2%). Tra i Paesi con Servizio Sanitario Nazionale, l'Irlanda presenta la percentuale più elevata di spesa sanitaria sulla spesa pubblica complessiva (20,0%), mentre l'Ungheria la percentuale più ridotta (10,1%). L'Italia registra un dato inferiore alla media dei Paesi con SSN, con una spesa sanitaria pubblica che rappresenta il 13,4% della spesa pubblica complessiva, in diminuzione rispetto al 2010 (-0,7%).

### 3.3 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

#### 3.3.1 Il finanziamento del SSN

Per «finanziamento del SSN» si fa riferimento, in genere, a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria: si tratta, quindi, di una voce di preventivo. Il secondo concetto, invece, fa riferimento alle risorse complessivamente disponibili per il SSN (riportate nei conti ministeriali con la dicitura “ricavi del SSN”), rilevate a consuntivo, tra cui rientrano, oltre ai trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN<sup>12</sup> e i trasferimenti da soggetti privati. È in relazione a questo secondo concetto di finanziamento che viene calcolato il disavanzo. Rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di Legge di Stabilità, di Patto per la Salute e di Conferenza Stato-Regioni, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare, infatti, differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ▶ ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e delle Province Autonome, stanziati a titolo di ripiano dei disavanzi o integrative del finanziamento per i LEA e/o per interventi in campo sanitario previsti da successive norme di legge;
- ▶ ulteriori trasferimenti di altri enti pubblici e privati<sup>13</sup>;
- ▶ eventuali correzioni all'ammontare delle assegnazioni, dovute a provvedimenti assunti in corso di esercizio;
- ▶ maggiori o minori ricavi ed entrate proprie.

#### *Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato*

Per l'anno 2019 il livello di finanziamento complessivo cui ha concorso ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, era stato inizialmente definito in 114.439 milioni di euro (L. 145/2018). Tale valore è stato successivamente incrementato nella misura dei seguenti importi:

- ▶ 10 milioni di euro per finanziare l'attivazione di ulteriori borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (L. 145/2018);
- ▶ 25 milioni di euro per l'attività di compilazione e trasmissione per via telematica, da parte dei medici e delle strutture sanitarie competenti del SSN,

<sup>12</sup> Soprattutto ticket e proventi per le attività intramoenia.

<sup>13</sup> Si ricomprendono gli ulteriori trasferimenti, oltre la quota parte del fabbisogno nazionale ripartito dal CIPE, dalla regione o dalla p.a. a carico dei loro bilanci, nonché quelli dal settore pubblico (altre amministrazioni statali, province, comuni) e da quello privato, desunti dal SIS.

dei certificati medici di infortunio e malattia professionale, e per le finalità previste dai commi 527 e 528 della stessa L. 145/2018 (L. 145/2018).

A fronte di tali incrementi, per il 2019 sono stati previsti, inoltre, due riduzioni/vincoli:

- ▶ 164 milioni di euro per il finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi (art. 1, c. 400, L. 232/2016);
- ▶ 500 milioni di euro per il finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali oncologici innovativi (art. 1, c. 401, L. 232/2016).

Al netto di detti importi lo stanziamento iniziale è stato quantificato in 113,8 miliardi di euro.

In merito alla destinazione del finanziamento, lo stanziamento è stato diviso in quattro componenti:

1. finanziamento indistinto: 111,1 miliardi di euro<sup>14</sup>. Questo valore, comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate nei precedenti riparti, è ottenuto come differenza tra lo stanziamento totale, da una parte, e, dall'altra, la somma di stanziamenti vincolati e programmati per Regioni e Province Autonome, stanziamenti vincolati per altri enti e accantonamenti (di cui sotto). Tale finanziamento è destinato alla copertura del fabbisogno c.d. indistinto, genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
2. finanziamento vincolato e programmato per Regioni e P.P.A.A.: 1,8 miliardi di euro<sup>15</sup>;
3. finanziamento vincolato per altri enti: 629 milioni di euro;
4. accantonamenti: 286,2 milioni di euro<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Tale voce, rispetto al 2018, è aumentata: i) di 59 milioni di euro la quota per il concorso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini – NPNV; ii) di 25 milioni di euro trasferiti dall'INAIL e destinati alle finalizzazioni di cui all'art. 1, cc. 526-528, L. 145/2018.

<sup>15</sup> Tale voce, rispetto al 2018, vede incrementata di 10 milioni di euro la quota per il finanziamento delle borse di studio ai medici di medicina generale, mentre vede decurtata la quota relativa al fondo di esclusività (L. 488/1999), quella per assistenza ad extracomunitari irregolari (L. 40/1998) e quella per le prestazioni termali (art. 1, c. 567, L. 208/2015).

<sup>16</sup> L'accantonamento è pari allo 0,25% del livello del finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2019, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'art. 2, comma 67-bis L. 191/2009 e s.m.i., in cui è prevista l'assegnazione di forme premiali per le regioni che abbiano istituito una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un importo predeterminato e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'art 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e s.m.i. L'accertamento delle condizioni per l'accesso regionale alle forme premiali è effettuato nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali.

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2019 e le variazioni rispetto al 2018 sono contenute nella Tabella 3.5.

Per il 2019, i sub-livelli assistenziali sono stati determinati<sup>17</sup> come segue:

- ▶ prevenzione: 5%;
- ▶ distrettuale: 51%;
  - ◀ medicina di base: 7,00%;
  - ◀ farmaceutica: 11,63%<sup>18</sup>;
  - ◀ specialistica: 13,30%<sup>19</sup>;
  - ◀ territoriale: 19,07%<sup>20</sup>;
- ▶ ospedaliera: 44%

Tali percentuali risultano variate rispetto all'anno precedente soltanto per i sub-livelli "farmaceutica" e "territoriale". Nello specifico, la farmaceutica distrettuale passa dall'11,64% del 2018 all'11,63% del 2019, mentre la territoriale subisce un leggero incremento (dal 19,06% nel 2018 al 19,07% nel 2019).

Nell'ultimo documento di riparto si è rispettato quanto disposto dall'art. 27 del D.lgs 68/11, che prevede che la quota percentuale assicurata alla migliore Regione benchmark non possa essere inferiore a quella già assegnata alla stessa Regione l'anno precedente al netto delle variazioni di popolazione. L'utilizzo dei

<sup>17</sup> Il D.lgs 68/2011 prevede che a partire dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato secondo i costi e fabbisogni medi standard regionali. Lo stesso decreto legislativo prevede che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sia chiamato ad individuare le cinque migliori Regioni che:

- i) abbiano garantito l'erogazione dei LEA in condizione di equilibrio economico;
- ii) rispettino criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza;
- iii) non siano assoggettate a Piani di Rientro (PdR).

Da questa rosa di cinque Regioni eleggibili, la Conferenza Stato-Regioni individua le tre regioni benchmark per la determinazione dei costi e fabbisogni standard. Per l'anno 2018, nel corso della seduta politica del 13 febbraio 2019 (Intesa n 21/CSR), la Conferenza Stato-Regioni ha individuato come Regioni di riferimento Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto. Per la definizione del finanziamento a livello regionale, il costo medio pro-capite delle tre Regioni benchmark viene rapportato alla popolazione pesata per genere ed età al 1 gennaio 2018. Il costo medio pro-capite ponderato viene poi moltiplicato per la popolazione di ciascuna Regione o P.A., suddividendo così i risultati per i singoli LEA. Proporzionalmente sono poi determinati i relativi sub-livelli assistenziali.

<sup>18</sup> Per quanto concerne il riparto della quota relativa all'assistenza farmaceutica distrettuale, il peso include anche la componente di spesa per i farmaci di classe A distribuiti direttamente o in nome e per conto.

<sup>19</sup> Questa voce comprende tutte le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale.

<sup>20</sup> Questa voce comprende i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), le strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

Tabella 3.5 **Articolazione delle risorse finanziarie stanziato dallo Stato per il 2019 e variazione 2018-2019 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2019	Variazione 2018-2019
<b>1. Finanziamento indistinto di cui</b>	<b>111.079</b>	<b>1,09%</b>
1.1 Ospedale Bambin Gesù	217	10,62%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	40	-9,14%
1.3 Finanziamento finalizzato	680	14,09%
1.3.1 Rinnovo convenzioni SSN	69	0,00%
1.3.2 Emersione extracomunitari	200	0,00%
1.3.3 Gioco d'azzardo	50	0,00%
1.3.4 Vaccini NPNV	186	46,46%
1.3.5 Stabilizzazione Personale	150	0,00%
1.3.6 Trasmissione certificati telematicamente ed altro	25	-
<b>2. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PPAA.</b>	<b>1.815</b>	<b>-2,85%</b>
2.1 Obiettivi PSN	1.500	0,00%
2.2 Emergenza veterinaria	40	0,00%
2.3 Borse di studio triennali medici medicina generale	49	25,82%
2.4 Attività di medicina penitenziaria	7	0,00%
2.5 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	0,00%
2.6 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	54	0,00%
<b>3. Finanziamento vincolato per altri enti</b>	<b>630</b>	<b>-3,57%</b>
3.1 Borse di studio specializzandi	173	0,00%
3.2 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	0,00%
3.3 Croce Rossa Italiana	123	-15,90%
3.4 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	13	0,00%
3.5 Mutui CC.DD.PP.	3	0,00%
3.6 Centro Nazionale Trapianti	2	0,00%
3.7 Formazione dei medici specialisti	50	0,00%
<b>4. Accantonamenti</b>	<b>286</b>	<b>0,94%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>113.810</b>	<b>1,00%</b>

Fonte: Elaborazioni da dati Ministero della Salute (2020)

costi pro-capite, pesati per i livelli di assistenza delle Regioni *benchmark*, rende la quota di accesso del Piemonte (prima Regione) per l'anno 2019 pari al 7,39%<sup>21</sup>.

#### *Le risorse complessivamente disponibili del SSN*

Le risorse complessivamente disponibili per il SSN (indicate nelle tabelle ministeriali come ricavi) per l'anno 2019 (Tabella 3.6), al netto dei proventi della gestione

<sup>21</sup> La ripartizione delle quote premiali relative all'anno 2019 da assegnare alle regioni ed alle province autonome è riportata nell'Allegato A del Decreto 24 luglio 2019 del Ministro della salute in concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

Tabella 3.6 **Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2019 e variazione 2018-2019**

Ricavi	Miliardi di Euro (2019)	Variazione 2018-2019
<b>1. Regioni e PPAA.</b>	<b>119,58</b>	<b>1,07%</b>
1.1 Irap e Addizionale Irpef	30,44	3,31%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	66,14	0,08%
1.3 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	12,05	2,73%
1.4 Riparto quota premiale	0,29	0,94%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	2,99	-1,27%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	5,55	-1,65%
1.7 Costi capitalizzati	1,99	0,73%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	0,14	35,14%
<b>2. Altri enti del SSN</b>	<b>0,63</b>	<b>-3,57%</b>
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,63	-3,57%
<b>TOTALE</b>	<b>120,21</b>	<b>1,05%</b>

Fonte: Nostra elaborazione della delibera CIPE di riparto delle risorse per il SSN per l'anno 2019 e dei dati del Ministero della Salute, NSIS (dati del IV trimestre 2019 aggiornati alla data del 25 maggio 2020)

straordinaria e di quelli dell'intramoenia, che sono portati in detrazione al livello di spesa, ammontano complessivamente a 120,2 miliardi di euro, di cui 119,58 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province Autonome e 0,63 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato<sup>22</sup>. Tali valori includono, oltre ai fondi messi a disposizione dal livello centrale, le risorse proprie regionali (derivanti ad esempio dalle addizionali d'imposta IRPEF e IRAP), le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN (ticket e intramoenia), i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati<sup>23</sup>.

Dal 2012, sono riportate come ricavi a consuntivo per tutte le Regioni e PP.AA. (tra i finanziamenti da altri enti del settore pubblico e dai privati) anche le risorse destinate dalle stesse a copertura dei disavanzi sanitari. Tali fondi derivano dai maggiori introiti fiscali relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP<sup>24</sup>. Il gettito della maggiorazione delle aliquote è contabilizzato come risorsa aggiuntiva erogata dalla Regione per la copertura dei LEA<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> In particolare, ci si riferisce a: Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa Depositi e Prestiti (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente).

<sup>23</sup> Gli ulteriori trasferimenti comprendono, oltre la quota parte del fabbisogno nazionale ripartito dal CIPE, dalla Regione o dalla P.A. a carico dei loro bilanci, nonché quelli dal settore pubblico (altre amministrazioni statali, province, comuni) e da quello privato, desunti dal SIS.

<sup>24</sup> IRPEF: Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRAP: Imposta regionale sulle attività produttive.

<sup>25</sup> In precedenza, il trattamento contabile di queste risorse era eterogeneo, con alcune Regioni che lo includevano tra i ricavi come nel caso dell'Emilia-Romagna, altre (come ad esempio, il Lazio) come copertura perdite. A partire dal consuntivo 2012 le risorse raccolte dall'extra gettito IRPEF

Le voci che concorrono alla definizione delle risorse complessivamente a disposizione del SSN nel 2019 e le variazioni rispetto al 2018 sono riportate nella Tabella 3.6. Nel 2019, il rapporto tra ricavi netti<sup>26</sup> del SSN e PIL è rimasto stabile rispetto al 2017 ed al 2018 (6,8%) (Tabella 3.7), mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.982 euro (+1,2% rispetto al 2018). Complessivamente, si registra un incremento dell'1,05% delle risorse totali rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare, rispetto al 2018, si registra un incremento delle seguenti voci: i) ricavi riferiti al fabbisogno ex D.lgs 56/00 (IVA ed accise) (+0,08%), ii) entrate relative ad ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato (+2,73%), iii) entrate legate alle addizionali IRPEF ed IRAP (+3,31%), iv) ricavi relativi al riparto della quota premiale (+0,94%), v) costi capitalizzati (+0,73%) e vi) rettifiche ed utilizzo fondi (+35,14%)<sup>27</sup>.

Hanno, invece, mostrato una variazione negativa i valori di ricavo riferiti ai ricavi ed entrate proprie varie (-1,27%) e al finanziamento relativo al Fondo Sanitario Nazionale (FSN) (-1,65%). Infine, è da notare che, a partire dall'anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i costi capitalizzati<sup>28</sup> (1.99 milioni di euro per il 2019) e il riparto della quota premiale<sup>29,30</sup> (0,29 miliardi di euro per il 2019). Tale quota sarà ripartita tra le Regioni sulla base di diversi criteri legati al conseguimento di determinati obiettivi, quali l'adempimento dei LEA, l'introduzione di una centrale regionale per gli acquisti e l'introduzione di misure atte a garantire l'equilibrio di bilancio.

### 3.3.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), aggiornati al 25 maggio 2020 (flusso del 4° trimestre 2019<sup>31</sup>) e riportati dal Ministero della

e IRAP devono essere contabilizzate come ricavi (per una più dettagliata spiegazione si rimanda al capitolo 4 del Rapporto Oasi 2014).

<sup>26</sup> Vedi nota a Tabella 3.7.

<sup>27</sup> Per maggiori approfondimenti si rimanda al capitolo 17 del Rapporto OASI 2017 (Anesi *et al.*).

<sup>28</sup> Questa voce fa riferimento al valore pro-quota delle risorse stanziare per il finanziamento dell'acquisto di beni di investimento in relazione alla durata dell'ammortamento.

<sup>29</sup> La quota premiale consiste nel subordinare l'erogazione alle Regioni di una parte del finanziamento del SSN al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del settore sanitario attraverso la garanzia dell'equilibrio di bilancio annuale dei singoli Servizi Sanitari Regionali, anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo eventualmente presente a livello regionale (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2015)

<sup>30</sup> La Legge n. 135 del 2012 prevede che, a decorrere dall'anno 2013, la quota premiale a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del SSN sia annualmente pari allo 0,25% di tali risorse. Unicamente per il 2014, invece, la percentuale è stata fissata pari all'1,75%.

<sup>31</sup> Per il 2018 i dati sono aggiornati alla data del 26 marzo 2019.

Salute, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN<sup>32</sup> è stata pari a 120,3 miliardi di euro ed ha subito, nel 2019, un aumento dell'1% rispetto al 2018 (Tabella 3.7 e Figura 3.3). L'incremento di spesa sanitaria si associa ad una ripresa del PIL (+0,8% rispetto al 2018), sicché il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL rimane costante al 6,8% tra il 2018 ed il 2019.

La spesa privata corrente mostra una tendenziale stabilità rispetto al 2018 (-0,1%) attestandosi a 37,7 miliardi di euro. Complessivamente, la spesa sanitaria totale corrente (pubblica<sup>33</sup> e privata) è aumentata dello 0,7% nel 2019 (158 miliardi di Euro pari al 8,9% del PIL, Tabella 3.7).

A fronte della spesa pubblica, le risorse nette complessive del SSN (vedi *supra* §3.3.1) nel 2019 sono state pari a 120,2 miliardi di euro, in aumento dell'1% rispetto al 2018. Il disavanzo pubblico, quindi, si attesta nel 2019 a 62 milioni di euro (0,1% della spesa sanitaria pubblica corrente). Dal 2015 la sanità pubblica ha chiuso l'esercizio in leggero disavanzo. Confrontando, tuttavia, i disavanzi registrati negli ultimi tre anni con quelli registrati prima del 2012, si evidenzia come, integrate nei conti tutte le somme di effettiva competenza della sanità, il sistema sia complessivamente in grado di mantenersi in equilibrio economico, senza che il disavanzo, per il momento, torni a rappresentare un elemento strutturale. Questa considerazione, tuttavia, riguarda esclusivamente la tenuta economica dei conti e non rappresenta, in alcun modo, una valutazione della capacità del sistema di erogare l'assistenza per cui è finanziato in modo universale, equo ed efficiente.

La situazione per quanto riguarda i disavanzi pregressi risulta complessa. Al 31/12/2013, infatti, il SSN registrava perdite cumulate per 33,7 miliardi di euro, a fronte di contributi per il ripiano delle perdite di circa 21,3 miliardi<sup>34</sup>; erano, quindi, ancora presenti nei bilanci del SSN circa 12,4 miliardi di perdite, coperti però per il 70% tramite mezzi propri. Sono, pertanto, iscritte a bilancio passività per circa 3,5 miliardi non ancora coperte in termini di assegnazione (Cantù *et al.*, 2015). L'esercizio di valutazione del disavanzo non ancora coperto, però, non è stato aggiornato al 31/12/2019. Si segnala che l'eventuale avanzo d'esercizio rimane comunque a disposizione delle Regioni. Nel §3.5 vengono analizzate in dettaglio le misure di copertura dei disavanzi adottate dalle Regioni.

La lettura storica dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL permette di ripercorrere le principali tappe evolutive dell'approccio alla gestione delle risorse finanziarie per la sanità, con particolare riferimento alle azioni di contenimento della spesa (Figura 3.4). Per una lettura dei trend storici, si rimanda al capitolo 4 del Rapporto Oasi 2018 (Armeni, Bertolani, Borsoi, Costa,

<sup>32</sup> Regioni, Province Autonome e altri enti.

<sup>33</sup> Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

<sup>34</sup> Risultano infatti iscritti a patrimonio netto delle aziende e dovrebbero corrispondere, secondo quanto disposto dal D.lgs. 118/2011, ai ripiani assegnati ma non ancora erogati.

**Tabella 3.7 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2019/19; '95/'01; '01/'10; '10/'19)** (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Tasso crescita medio			
																'90/'19	'95/'01	'01/'10	'10/'19
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.900	114.260	114.578	115.904	117.678	119.074	120.272	3,7%	8,1%	4,1%	0,9%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	1,3%	1,0%	-0,9%	1,2%	0,3%	1,2%	1,5%	1,2%	1,0%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	73,2%	75,2%	77,5%	78,2%	77,2%	77,7%	77,4%	77,1%	76,2%	76,3%	75,9%	75,9%	76,1%				
- % sul PIL	5,7%	4,9%	5,7%	6,0%	6,5%	6,9%	6,9%	7,1%	7,0%	7,0%	6,9%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%				
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	109.135	111.548	114.547	113.233	114.484	113.909	115.628	117.524	118.964	120.210	4,4%	7,5%	4,4%	1,1%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	10,4%	7,4%	2,1%	2,2%	2,7%	-1,1%	1,1%	-0,5%	1,5%	1,6%	1,2%	1,0%				
- % sul PIL	4,8%	4,9%	5,4%	5,7%	6,1%	6,8%	6,8%	7,1%	7,1%	7,1%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%	6,8%				
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-5.735	-2.196	-1.262	583	333	224	-669	-276	-154	-110	-62				
- variazione %	-	-74,5%	-13,9%	17,0%	-10,7%	-34,7%	-42,5%	-146,2%	-42,8%	-32,8%	-398,4%	-58,7%	-44,1%	-28,7%	-43,7%				
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-6,3%	-2,0%	-1,1%	0,5%	0,3%	0,2%	-0,6%	-0,2%	-0,1%	-0,1%	-0,1%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.704	25.609	28.040	30.954	33.254	32.765	32.899	33.918	35.807	35.911	37.341	37.748	37.697	5,2%	6,8%	2,1%	2,2%
- variazione %	-	13,0%	8,3%	-0,4%	-0,5%	1,1%	7,4%	-1,5%	0,4%	3,1%	5,6%	0,3%	4,0%	1,1%	-0,1%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	26,8%	24,8%	22,5%	21,8%	22,8%	22,3%	22,6%	22,9%	23,8%	23,7%	24,1%	24,1%	23,9%				
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.877	103.295	124.837	142.285	146.065	146.730	145.798	148.178	150.385	151.814	155.019	156.822	157.969	4,0%	7,7%	3,6%	1,2%
- variazione %	-	2,7%	10,4%	7,7%	4,6%	1,0%	2,7%	0,5%	-0,6%	1,6%	1,5%	1,0%	2,1%	1,2%	0,7%				
- % sul PIL	6,9%	6,7%	7,7%	8,0%	8,4%	8,9%	8,9%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,0%	9,0%	8,9%	8,9%				
PIL	723.249	964.984	1.239.267	1.298.890	1.489.725	1.604.515	1.637.461	1.613.265	1.604.600	1.621.827	1.652.086	1.689.823	1.727.383	1.756.981	1.770.689	3,1%	4,7%	2,4%	1,1%
- variazione %	-	8,7%	5,7%	4,8%	2,9%	2,0%	2,1%	-1,5%	-0,5%	1,1%	1,9%	2,3%	2,2%	1,7%	0,8%				

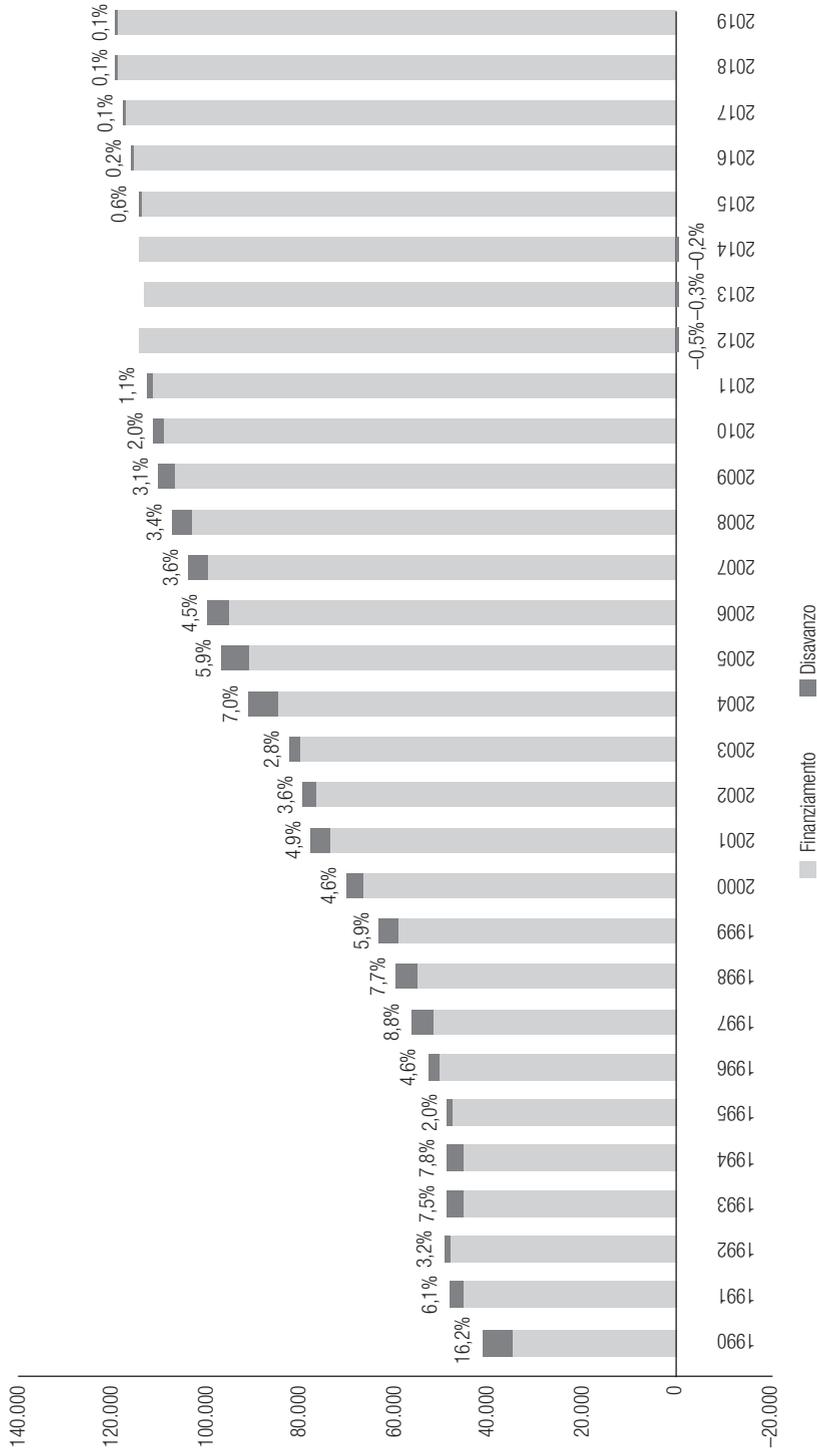
### Tabella 3.7 (segue)

*Note:*

- Dati del NSIS: di consuntivo per tutti gli anni
- Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinaria e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia. Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedaliere accreditata». È esclusa la svalutazione di crediti e attività finanziarie e, fino al 2010, sono esclusi anche gli ammortamenti. A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti e nel finanziamento i costi capitalizzati, che consentono la sterilizzazione degli ammortamenti in termini di risultato d'esercizio, secondo le regole definite dal Tavolo di verifica nella riunione del 24 marzo 2011 concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale. Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati. Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.
- Dal 2013, poiché nel riparto compare la mobilità internazionale, essa è stata considerata nel conteggio della spesa. È valorizzata, però, in base ai modelli CE, in termini di saldo tra attiva e passiva.
- Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti.
- La voce «Ricavi netti» comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse, dal 2012, le risorse aggiuntive stanziata dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA).
- Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie. Dal 2011 sono considerati i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rettifiche e utilizzo fondi.
- I dati relativi al PIL sono di fonte International Monetary Fund (IMF). Il PIL 2019 è una stima IMF.
- La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.

*Fonte:* Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020), ISTAT (2020), IMF (2020)

Figura 3.3 Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2019) (milioni di euro)



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020)

Figura 3.4 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1990-2019)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020), IMF (2020)

2018). Alla base del rallentamento della crescita della spesa (anche rispetto al PIL) vi sono principalmente le manovre di contenimento attivate nel corso degli anni. Ad esempio, a livello nazionale, a decorrere dal 2010 è stato attivo il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro<sup>35</sup> e, dal 2011 sono stati attuati diversi interventi in materia di farmaci. Dal 2012, invece, hanno avuto effetto alcune delle misure previste dalla «*Spending Review*» e dai decreti successivi, come gli interventi in materia di budget per la spesa farmaceutica e per dispositivi medici. A livello regionale, in particolar modo nelle Regioni in PdR, le misure si sono incentrate principalmente sul ripensamento dei modelli strategici di gestione dell'assistenza, attraverso interventi come la revisione dei sistemi di accreditamento, l'introduzione di budget e di tetti di spesa per gli operatori privati e la riorganizzazione della rete di offerta (vedi *infra* §3.5).

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 3.8 mostra come nel 2019 la sanità assorba una quota di spesa del 21,4%,

<sup>35</sup> In merito al blocco dei contratti, il 23 giugno 2015, la Corte Costituzionale, in relazione alle questioni di legittimità costituzionale sollevate con le ordinanze R.O. n. 76/2014 e R.O. n. 125/2014, ha confermato con la sentenza n. 178 del 24 giugno 2015 e con decorrenza dalla pubblicazione della sentenza, l'illegittimità costituzionale sopravvenuta del regime del blocco della contrattazione collettiva per il lavoro pubblico, quale risultante dalle norme impugnate e da quelle che lo hanno prorogato. A luglio 2019 è stato firmato il rinnovo del contratto dei medici e dirigenti del servizio sanitario nazionale relativo al triennio 2016-2018.

Tabella 3.8 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019) (milioni di euro)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Tasso crescita medio			
																'90/'19	'95/'01	'01/'19	
<b>Sanità</b>																			
spesa (milioni Euro)	38.790	45.397	64.651	71.486	91.436	106.361	105.038	103.208	102.616	103.914	102.922	103.815	104.868	106.733	108.505	3,6%	7,9%	4,5%	0,2%
% sul totale	26,5%	20,6%	22,8%	23,9%	25,2%	24,0%	23,4%	22,8%	22,3%	22,2%	21,8%	21,8%	21,7%	21,6%	21,4%				
var. %	-	0,7%	12,2%	10,6%	6,7%	1,9%	-1,2%	-1,7%	-0,6%	1,3%	-1,0%	0,9%	1,0%	1,8%	1,7%				
<b>Previdenza</b>																			
spesa (milioni Euro)	96.413	159.634	200.463	207.960	244.828	301.642	308.430	314.617	321.329	320.130	322.747	325.001	329.803	336.408	345.567	4,5%	4,5%	4,2%	1,5%
% sul totale	65,7%	72,4%	70,6%	69,4%	67,4%	68,0%	68,9%	69,5%	69,9%	68,5%	68,5%	68,3%	68,2%	68,2%	68,1%				
var. %	-	17,7%	2,2%	3,7%	3,3%	3,4%	2,3%	2,0%	2,1%	-0,4%	0,8%	0,7%	1,5%	2,0%	2,7%				
<b>Assistenza</b>																			
spesa (milioni Euro)	11.447	15.493	18.895	20.263	26.961	35.497	34.497	34.698	35.757	43.042	45.789	47.229	48.574	50.368	53.695	5,5%	4,6%	6,4%	4,7%
% sul totale	7,8%	7,0%	6,7%	6,8%	7,4%	8,0%	7,7%	7,7%	7,8%	9,2%	9,7%	9,9%	10,1%	10,2%	10,6%				
var. %	-	2,1%	4,4%	7,2%	1,8%	-2,8%	-2,8%	0,6%	3,1%	20,4%	6,4%	3,1%	2,8%	3,7%	6,6%				
<b>Totale</b>	<b>146.650</b>	<b>220.524</b>	<b>284.009</b>	<b>299.709</b>	<b>363.225</b>	<b>443.500</b>	<b>447.965</b>	<b>452.523</b>	<b>459.702</b>	<b>467.086</b>	<b>471.458</b>	<b>476.045</b>	<b>483.245</b>	<b>493.509</b>	<b>507.767</b>	<b>4,4%</b>	<b>5,2%</b>	<b>4,5%</b>	<b>1,5%</b>
var. %	-	12,6%	4,5%	5,5%	4,0%	2,5%	1,0%	1,0%	1,6%	1,6%	0,9%	1,0%	1,5%	2,1%	2,9%				

mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (68,1%). L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità cresca meno rispetto alla spesa per assistenza<sup>36</sup> e previdenza<sup>37</sup> (CAGR +4,7% e +1,5%, rispettivamente). Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta, nel 2019, del 2,9%.

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica»<sup>38</sup> (Tabella 3.9 e Figura 3.5), ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di ricovero nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera a carico del SSN in Italia. Solo riclassificando le voci di dettaglio dai conti della protezione sociale (ISTAT, 2020) è possibile ricavare l'incidenza di alcune funzioni di spesa. Ad esempio, l'assistenza ospedaliera in strutture pubbliche, nel 2019, ha rappresentato il 35,3% delle uscite per la sanità (fonte ISTAT) e, insieme alla spesa pubblica per assistenza ospedaliera in case di cura private accreditate (8,9% del totale), rappresenta il 44,3% della spesa complessiva.

Un elemento da sottolineare ai fini della lettura storica dei dati di spesa è l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale. In particolare, a partire dal 2000, vengono aggiunte voci precedentemente non previste, quali accantonamenti, variazioni delle rimanenze, minusvalenze, sopravvenienze passive (tra cui gli oneri per arretrati nei contratti e nelle convenzioni), insussistenze dell'attivo. Di queste, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante<sup>39</sup>. Dal 2011 sono inseriti gli ammortamenti e i costi capitalizzati, mentre dal 2012 sono comprese le voci di rettifica e utilizzo fondi<sup>40</sup>.

<sup>36</sup> Rientrano in questo aggregato: pensione e assegno sociale, pensione di guerra, prestazioni agli invalidi civili, prestazioni ai non vedenti e non udenti, altri assegni e sussidi.

<sup>37</sup> Rientrano in questo aggregato: pensioni e rendite, liquidazioni per fine rapporto di lavoro, indennità per malattia/infortunio/maternità, indennità di disoccupazione, assegno integrazione salariale, assegni familiari, altri sussidi e assegni.

<sup>38</sup> È importante rilevare che, a partire dall'anno 2008, i conti del SSN sono effettuati attraverso un nuovo modello di Conto Economico (CE) molto più analitico del precedente. Attraverso il nuovo modello, oltre ad essere più agevole il consolidamento a livello regionale e – successivamente – a livello nazionale, è possibile isolare meglio alcune tipologie di ricavo e di costo. Ulteriori revisioni al modello CE sono avvenute nel 2011.

<sup>39</sup> Cfr. capitolo 4 del Rapporto OASI 2010 (Anessi Pessina e Sicilia, 2010), che analizza in modo approfondito i bilanci delle Aziende sanitarie, mostrando l'incidenza delle diverse componenti di ricavo e costo e il capitolo 3 del Rapporto OASI 2012 (Armeni e Ferré, 2012) per un'analisi dell'impatto dell'inclusione di alcune voci di dettaglio.

<sup>40</sup> Si osserva anche che dal 2005, in attuazione di quanto richiesto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005, le Regioni hanno riclassificato i costi degli IRCCS di diritto pubblico e delle AO universitarie integrate con il SSN dalla voce *Ospedaliera accreditata* alle rispettive voci della classificazione economica (es. *Personale, Beni e servizi*).

Tabella 3.9 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010-2019) (milioni di euro)**

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Tasso crescita medio			
																	'90/'17	'95/'01	'01/'10
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	26.888	31.759	36.674	36.101	35.585	35.090	34.779	34.608	34.330	34.296	34.802	35.206	2,7%	4,7%	3,5%	-0,5%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	16.883	26.611	33.103	34.423	35.620	35.559	37.202	37.909	39.192	41.389	42.182	41.940	6,2%	10,5%	7,8%	2,7%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	4.511	5.691	6.541	6.626	6.647	6.609	6.614	6.619	6.633	6.637	6.642	6.640	3,4%	7,9%	4,2%	0,2%
Farmacologica conv.	7.288	5.146	8.748	11.662	11.894	10.913	9.862	8.891	8.616	8.390	8.235	8.100	7.592	7.553	7.554	0,1%	14,6%	-0,7%	-4,0%
Ospedaliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.131	8.147	8.849	8.641	8.525	8.538	8.712	8.757	8.697	8.710	8.804	9.100	2,8%	6,6%	0,9%	0,3%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	2.485	3.231	4.504	4.668	4.755	4.679	4.572	4.553	4.622	4.702	4.792	4.887	3,4%	12,3%	6,8%	0,9%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	6.025	7.939	10.177	10.261	10.533	10.821	11.013	11.298	11.590	11.835	12.039	12.336	6,8%	11,4%	6,0%	2,2%
Altri costi (c)	375	471	578	703	1.066	7	34	202	-212	-255	-520	-317	-527	-874	-495	-201,0%	6,9%	-39,7%	-259,5%
Altro	375	471	194	259	201	197	202	202	232	234	244	229	240	236	257	-1,3%	-9,5%	-3,0%	3,0%
Saldo voci straordinarie	n.d.	n.d.	384	64	1.002	-132	-89	51	-378	-398	-652	-454	-645	-952	-524	n.d.	n.d.	-208,4%	16,6%
Saldo intramoenia	n.d.	n.d.	n.d.	-93	-137	-58	-78	-195	-209	-210	-220	-226	-220	-236	-250	n.d.	n.d.	n.d.	17,7%
Saldo svalutazioni/ rivalutazioni	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	144	143	119	109	133	98	78	23	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Altri enti (d)	74	637	509	398	459	563	641	647	592	633	653	653	653	653	630	7,7%	-7,5%	3,9%	1,3%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.559	2.502	2.528	2.452	2.392	2.378	2.392	2.379	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Totale</b>	<b>41.466</b>	<b>48.752</b>	<b>70.173</b>	<b>77.686</b>	<b>96.797</b>	<b>111.331</b>	<b>112.810</b>	<b>113.964</b>	<b>112.795</b>	<b>114.186</b>	<b>114.564</b>	<b>115.891</b>	<b>117.664</b>	<b>118.985</b>	<b>120.176</b>	<b>3,7%</b>	<b>8,1%</b>	<b>4,1%</b>	<b>0,9%</b>
<b>Totale al netto di (c) e (d) : (f)</b>	<b>41.017</b>	<b>47.644</b>	<b>69.085</b>	<b>76.585</b>	<b>95.271</b>	<b>110.761</b>	<b>112.135</b>	<b>113.115</b>	<b>112.415</b>	<b>113.809</b>	<b>114.431</b>	<b>115.555</b>	<b>117.538</b>	<b>119.206</b>	<b>120.041</b>	<b>3,8%</b>	<b>8,2%</b>	<b>4,2%</b>	<b>0,9%</b>
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	43.771	58.370	69.777	70.524	71.205	70.649	71.980	72.517	73.522	75.685	76.984	77.146	4,2%	6,7%	5,3%	1,1%
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	32.814	36.901	40.984	41.611	41.911	41.766	41.828	41.914	42.033	41.854	42.222	42.895	3,1%	10,6%	2,5%	0,5%

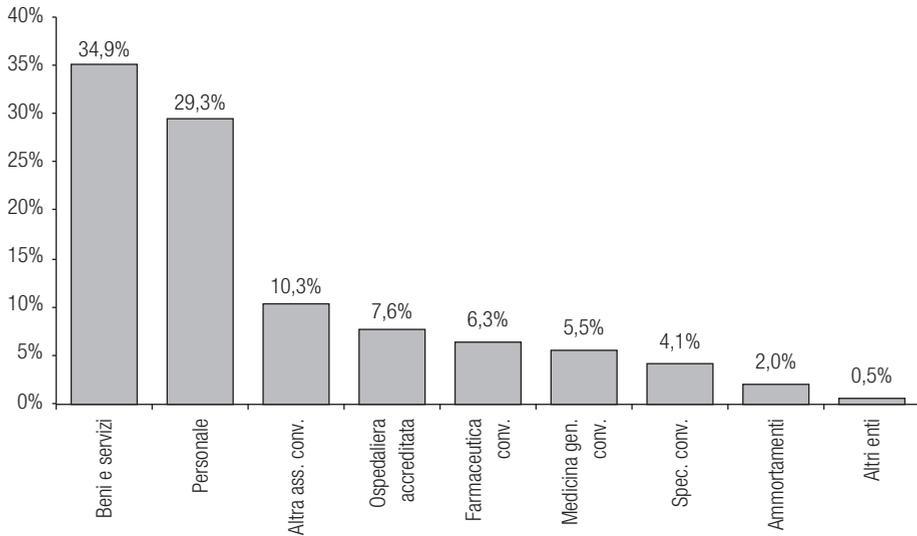
Tabella 3.9 (segue)

Variazione percentuale	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018
Personale (a)	n.d.	1,4%	9,2%	5,0%	7,6%	1,3%	-1,6%	-1,4%	-1,4%	-0,9%	-0,5%	-0,8%	-0,1%	1,5%	1,2%
Beni e servizi (b)	n.d.	-3,6%	11,3%	6,7%	18,2%	0,8%	4,0%	3,5%	-0,2%	4,6%	1,9%	3,4%	5,6%	1,9%	-0,6%
Medicina gen. conv.	n.d.	-0,1%	11,6%	8,2%	13,5%	2,8%	1,3%	0,3%	-0,6%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
Farmaceutica conv.	n.d.	-9,6%	14,8%	33,3%	-1,7%	-0,8%	-9,6%	-9,8%	-3,1%	-2,6%	-1,8%	-1,6%	-6,3%	-0,5%	0,0%
Ospedalliera accreditata	n.d.	2,0%	10,5%	1,4%	-10,8%	0,3%	-2,4%	-1,3%	0,1%	2,0%	0,5%	-0,7%	0,1%	1,1%	3,4%
Spec. conv.	n.d.	-3,1%	10,3%	9,3%	4,4%	10,4%	3,6%	1,9%	-1,6%	-2,3%	-0,4%	1,5%	1,7%	1,9%	2,0%
Altra ass. conv.	n.d.	3,5%	8,8%	35,9%	7,2%	3,6%	0,8%	2,7%	2,7%	1,8%	2,6%	2,6%	2,1%	1,7%	2,5%
Altri costi (c)	n.d.	-36,5%	135,8%	21,6%	-47,1%	-98,5%	364,5%	485,4%	-205,0%	20,5%	103,6%	-39,0%	66,1%	65,7%	-43,4%
Altro	n.d.	-36,5%	-20,7%	33,1%	3,0%	1,5%	2,5%	0,1%	14,7%	1,0%	4,1%	-5,9%	4,8%	-1,9%	8,9%
Saldo voci ec.	n.d.	n.d.	n.d.	-83,4%	-48,4%	-136,6%	-32,4%	-157,5%	-836,3%	5,3%	63,9%	-30,4%	42,1%	47,6%	-44,9%
Saldo intramoenia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	12,1%	-3,5%	36,0%	149,7%	7,1%	0,5%	4,6%	2,6%	-2,4%	7,0%	6,2%
Altri enti (d)	n.d.	207,6%	6,6%	-21,9%	2,3%	1,3%	13,9%	1,0%	-8,5%	6,9%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	-3,6%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	64,7%	-2,2%	1,0%	-3,0%	-2,4%	-0,6%	0,6%	-0,6%
<b>Totale</b>	n.d.	<b>-0,6%</b>	<b>11,1%</b>	<b>10,7%</b>	<b>6,1%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,0%</b>	<b>-1,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,3%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,0%</b>
<b>Totale al netto di (c), (d) ed (e) : (f)</b>	n.d.	<b>-0,9%</b>	<b>10,7%</b>	<b>10,9%</b>	<b>7,3%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,9%</b>	<b>-0,6%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,5%</b>	<b>1,0%</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,4%</b>	<b>0,7%</b>
Fattori interni (a+b)	n.d.	-0,2%	10,0%	5,6%	12,2%	1,1%	1,1%	1,0%	-0,8%	1,9%	0,7%	1,4%	2,94%	1,72%	0,21%
Fattori esterni: f) - Fattori interni	n.d.	-2,0%	11,7%	18,7%	0,4%	2,2%	1,5%	0,7%	-0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	-0,43%	0,88%	1,60%

Nota: Gli accantonamenti tipici vengono inseriti nella voce «Servizi». La voce Altri costi (c) contiene il saldo della gestione straordinaria, il saldo intramoenia e la spesa relativa all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e allo SMOM (Sovrano Militare Ordine di Malta). La voce «Altri Enti (d)» è riferita agli enti non regionali. Dal 2011 è inserita anche la voce «Ammortamenti».

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020)

Figura 3.5 **Composizione della spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica (2019)**



*Nota:* Le prime due colonne dell'istogramma (Beni e servizi; Personale) rappresentano i fattori interni alla produzione.

*Fonte:* Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020)

Nella Tabella 3.9 e nella Figura 3.5 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni ed esterni alle aziende sanitarie. I beni e servizi, ovvero l'insieme degli acquisti delle aziende sanitarie, rappresentano una componente di costo collegata alle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie pubbliche (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o erogati tramite distribuzione diretta). Sono, quindi, classificati come fattori interni, insieme al personale. Al contrario, le prestazioni convenzionate/accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti del SSN (MMG, Specialisti, ospedali e ambulatori privati accreditati, Farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti fattori esterni. Il saldo delle voci economiche («Altri costi») è stato escluso, mentre gli accantonamenti sono stati accorpatisi, in linea con il Ministero della Salute, ai «Beni e servizi» e, quindi, ai fattori interni, anche se in parte si riferiscono a specialisti convenzionati con il SSN (personale SUMAI e MMG). Come emerge dalla Figura 3.5, nel 2019 il 64,2% della spesa è assorbito dai fattori interni di produzione, mentre il restante 35,8% è rappresentato dai fattori esterni.

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia tendenzialmente più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 3.9): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995, 2004-2010 e 2010-2019) i costi per fattori esterni sono cresciuti mediamente in misura inferiore rispetto a quelli dei fattori interni (sebbene i due tassi di crescita si stiano riallineando

a parire dal 2011); in periodi di espansione della spesa (1995-2004) i fattori esterni aumentano ad un tasso molto più sostenuto<sup>41</sup>. Il contenimento della spesa si è quindi focalizzato soprattutto su tali fattori (in particolare sulla spesa farmaceutica convenzionata e sull'ospedaliera accreditata). Nell'ultimo periodo analizzato (2010-2019) si può osservare come la spesa relativa al personale sia in leggera decrescita (-0,5%), mentre quella per l'acquisto di beni e servizi risulti in aumento (+2,7%), determinando un'inversione del peso relativo delle due voci sul totale della spesa per fattori interni.

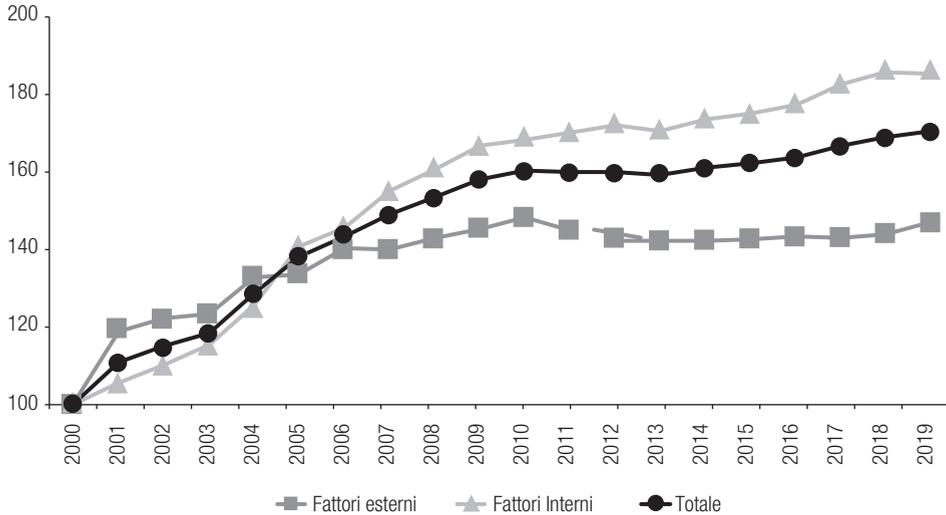
Lo stesso fenomeno, tuttavia, può essere anche letto invertendo – in parte – il senso di causalità. Infatti, oltre a notare come la politica sanitaria sia stata particolarmente attenta al contenimento della spesa su alcuni fattori esterni, ad esempio attraverso l'istituzione di tetti di spesa per la farmaceutica<sup>42</sup>, è da considerare l'azione proattiva di molte Regioni nel ricondurre nell'insieme dei fattori interni alcune voci di spesa, al fine di generare rilevanti economie (ad esempio attraverso la distribuzione diretta e in nome e per conto dei farmaci). Il dato appare evidente dalla Figura 3.6, in cui si nota come la spesa per fattori interni cresca ad un tasso più sostenuto. Accanto al trend di lungo periodo, è interessante osservare la dinamica degli ultimi otto anni. In particolare, dal 2010 al 2013 il tasso di crescita medio dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni (+0,42% annuo contro +0,63%); il tasso di crescita dei fattori interni torna poi ad essere superiore nel quinquennio 2014-2019 (+1,40% contro +0,50%). Nel 2019, in particolare, si è registrato come per l'anno precedente un incremento della spesa per personale (+1,2% rispetto al 2018), oltre ad un decremento della spesa per acquisti (-0,6%), determinando un tasso di crescita dei fattori interni pari allo 0,21% contro lo 1,60% relativo ai fattori esterni (Tabella 3.9).

Venendo ad una sintetica analisi della spesa per i fattori della produzione (cfr. Tabella 3.9), la voce più importante secondo la classificazione economica è l'acquisto di beni e servizi, pari a 41,9 miliardi di euro nel 2019 (34,9% sul totale della spesa del SSN). Si tratta della voce di spesa con l'andamento più variabile ma che negli ultimi anni è stata in crescita. Nel 2019 questa voce di spesa fa registrare un lieve decremento (-0,6%), dopo essere sempre risultata in aumento a partire dal 1990 (con l'eccezione del 1995 e del 2013). A questo aggregato di spesa contribuiscono circa una decina di componenti: acquisizione di beni propriamente detti; servizi sanitari e non; servizi non sanitari appaltati; manutenzioni e riparazioni; godimento di beni di terzi; oneri diversi di gestione ed imposte e tasse; accantonamenti tipici; interessi passivi ed oneri finanziari.

<sup>41</sup> Tale tendenza alla crescita dei costi per fattori esterni si è manifestata, in realtà, fino al 2004, anno in cui si è verificata una brusca inversione nel trend di crescita e che rappresenta il reale punto di rottura della serie. Per maggiori approfondimenti si rimanda al capitolo 17 del Rapporto OASI 2017 (Anessi *et al.*).

<sup>42</sup> Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (acquisto di farmaci).

Figura 3.6 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000-2019, numeri indice: 2000=100**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020)

Come evidenziato dal sesto Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la dinamica di questa voce di spesa negli ultimi anni risente parzialmente dell'effetto di alcune manovre di contenimento, segnatamente quelle introdotte dal D.lgs 98/2011, dal D.lgs 95/2012 e dalla Legge di Stabilità 2013. Tra le misure introdotte al fine di monitorare e contenere la spesa per acquisto di beni e servizi, le principali sono:

- ▶ l'Osservatorio per i Contratti Pubblici che, da luglio 2012, pubblica un elenco di prezzi di riferimento per oltre 300 beni e servizi;
- ▶ la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti, nonché l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i Contratti Pubblici;
- ▶ l'individuazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard per il 2013 e del 4,4% dal 2014. Per il 2015 è stato anche previsto un *payback* sebbene non sia ancora stata effettuata la ripartizione delle quote a carico delle imprese della filiera;

- la rideterminazione, a partire dal 2013, del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard, associata al *payback* del 50% dello sfondamento a carico delle imprese farmaceutiche. Dal 2017 il tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera, incrementata anche della spesa per tutti i farmaci rimborsabili acquistati dal settore pubblico, è stato rideeterminato al 6,89% del fabbisogno sanitario standard, ed è stato rinominato “tetto sugli acquisti diretti”.

Come riportato nel Rapporto 2020 sul Coordinamento della Finanza Pubblica, tutte le componenti di spesa per beni e servizi hanno fatto registrare, nel 2019, un rallentamento della crescita. La componente che maggiormente frena tale crescita è l’acquisto di beni, che fa registrare una variazione nel complesso del solo 0,7% rispetto al 2018. Più nel dettaglio, la spesa per farmaci al lordo dei *payback* è cresciuta dell’4,2%, ed è aumentata del 2,4% anche la spesa per dispositivi medici. In particolare, la spesa per altri dispositivi mostra una crescita del 3,5%, mentre subisce una contrazione dell’1,1% la spesa per dispositivi impiantabili attivi. Solo marginale la variazione di quelli diagnostici in vitro. Nel 2019, la spesa totale per dispositivi medici, in media, ha superato del 24% il tetto previsto (come nel 2018). Il tetto, pari al 4,4% del FSN, è rispettato solamente in Lombardia, Lazio e Campania. È da rilevare che nei flussi utilizzati dal Ministero per il monitoraggio della spesa per dispositivi medici non è inclusa la componente relativa alle prestazioni in mobilità. La L. 125/2015 ha determinato le percentuali di *payback* relative allo sfondamento di questo tetto di spesa. In particolare, in caso di superamento del tetto di spesa regionale per l’acquisto di dispositivi medici, la compartecipazione delle imprese fornitrici è determinata in misura pari al 40% dello sfioramento nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% a decorrere dal 2017 (art. 9-ter, comma 9)<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Come riportato nel Rapporto 2020 sul Coordinamento della Finanza Pubblica: «Nel corso del 2019 si è raggiunto l’Accordo Stato-Regioni sui meccanismi di recupero nel caso di superamento del tetto sui dispositivi medici ai sensi dell’articolo 9-ter del d.l. 78/2015 (legge 6 agosto 2015 n. 125). Sono stati sottoscritti due accordi: uno riguarda la spesa per i dispositivi medici per gli anni 2015-2018, l’altro il tetto ai dispositivi per il 2019. Il primo definisce i criteri di individuazione dei tetti di spesa regionali per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 per l’acquisto dei dispositivi medici, dei dispositivi impiantabili attivi e dei dispositivi medico diagnostici in vitro. Inoltre, definisce le modalità procedurali di individuazione del superamento dei tetti di spesa regionale, fissati nella misura del 4,4 per cento dei fabbisogni sanitari regionali. L’eventuale superamento del tetto di spesa è calcolato sulla base dei dati di costo rilevati a consuntivo, per ciascuno dei predetti anni, e risultanti dal modello CE consolidato regionale nella voce BA0210. Devono ancora essere definite, tuttavia, le modalità procedurali del ripiano su proposta del Ministero della salute con apposito accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni. Riguardo al 2019 si è stabilito che il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per l’acquisto di dispositivi medici, coerentemente con quanto previsto dall’art. 9-ter del d.l. 78/2015 come modificato dall’art. 1, comma 557, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, sia calcolato sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica di ciascuna azienda, al lordo dell’IVA. Inoltre, è obbligatorio indicare nella fatturazione

La spesa per servizi sanitari e non sanitari mostra un andamento diversificato. In particolare, si osserva una decrescita dell'1,1% rispetto al 2018 per quanto riguarda i primi e una sostanziale stabilità per quanto riguarda i secondi (-0,2%). Si segnala inoltre un aumento della spesa per manutenzioni e riparazioni (+3,5%) e della spesa per godimento di beni di terzi (+4,5%).

La spesa per oneri finanziari è in forte diminuzione rispetto all'anno precedente (-10,9%), con sostanziali differenze tra Regioni in PdR (-17,5%) e Regioni non in PdR (-8,2%).

La spesa per il personale<sup>44</sup>, pari a 35,2 miliardi di euro nel 2019, mostra un incremento dell'1,1% rispetto al 2018, in linea con i dati dell'anno precedente ed in contrasto con il trend in diminuzione registrato nel periodo 2011-2017<sup>45</sup>. L'incremento nel corso dell'ultimo anno è dovuto principalmente alle misure volte a rendere meno stringente il tetto di spesa per il personale, destinate nel tempo a promuovere un finanziamento del personale basato sul fabbisogno e non sul tetto di spesa. Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti, l'aumento della spesa per il personale è più contenuto nelle Regioni in PdR (+0,7% rispetto all'anno precedente). A livello nazionale, l'andamento della spesa risulta diversificato a seconda dei ruoli: la spesa per il personale amministrativo ha registrato l'incremento minore (+0,4%), mentre più accentuato è stato l'incremento della spesa per il ruolo professionale (+3,9%), tecnico (+1,9%) e sanitario (+1,0%).

La spesa per la medicina generale convenzionata, pari a 6,6 miliardi di euro, è rimasta stabile rispetto al 2018.

La spesa farmaceutica convenzionata al netto del *payback* rimane pressochè invariata con un aumento solo dello 0,3%, portandosi a 7,5 miliardi di euro. Su questo andamento, ormai consolidato nel tempo, hanno avuto influenza diverse misure, tra cui le principali sono:

---

elettronica, in modo separata, il costo del bene e il costo del servizio. Anche in questo caso le modalità procedurali del ripiano saranno definite su proposta del Ministero della salute con apposito accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni».

<sup>44</sup> Per personale si intendono i contratti delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere, delle aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici per i ruoli sanitario, professionale, amministrativo e tecnico. È anche compreso il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario.

<sup>45</sup> Su tale trend negativo hanno inciso: i) il blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro sia a seguito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa sia nell'ambito della procedura sanzionatoria di cui all'articolo 1, comma 174 della legge 311/2004; ii) le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto dalle Regioni non in piano di rientro; iii) gli automatismi introdotti nella rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale (DL 78/2010).

- ▶ la riduzione del prezzo medio dei farmaci, per effetto dell'inserimento nel prontuario di nuovi farmaci generici e, in parte, della rinegoziazione dei prezzi dei farmaci con effetti dall'ultimo trimestre del 2015;
- ▶ la diffusione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni;
- ▶ la quota di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino;
- ▶ il potenziamento della distribuzione diretta e in nome e per conto – soprattutto nelle Regioni soggette a PdR – che ha determinato lo spostamento verso di essa di parte dei consumi dal canale convenzionale, con il conseguente risparmio dato dalla minore remunerazione della filiera distributiva;
- ▶ la rimodulazione del tetto relativo alla spesa farmaceutica territoriale, che assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica convenzionata, nella misura del 7,96% del FSN (cfr. §3.4).

È da sottolineare che la cifra di 7,5 miliardi di euro per la farmaceutica convenzionata differisce dal dato riportato nei monitoraggi AIFA per la stessa (8,14 miliardi di euro al netto del ticket) in quanto i dati da modello CE sottraggono all'ammontare della spesa per acquisti di servizi sanitari per farmaceutica (da convenzione e da pubblico come mobilità intraregionale) tutte le entrate per rimborsi da parte delle aziende farmaceutiche a titolo di *payback*. Quest'ultima voce include un insieme di *payback* (es. *payback* da riduzione prezzo, da accordi di prezzo-volume, da *managed entry agreement* ecc.) che l'AIFA, nel suo monitoraggio, separa e imputa a diversi aggregati ai fini della verifica del rispetto dei tetti di spesa.

La spesa per assistenza specialistica convenzionata, pari 4,9 miliardi di euro nel 2019, è cresciuta del 2% rispetto all'anno precedente. Il rallentamento della crescita, registrato negli ultimi anni (nel biennio 2013-2014 la crescita è stata addirittura negativa), è da riferirsi essenzialmente all'effetto derivante dall'adozione di strumenti di governo da parte delle Regioni (tetti agli erogatori, penalizzazioni tariffarie in caso di inappropriata). Il fatto che la voce sia comunque in crescita deriva soprattutto dal consolidamento degli effetti già prodotti negli anni passati dal processo di deospedalizzazione, che ha comportato una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni precedentemente erogate in ambito ospedaliero.

La spesa per assistenza ospedaliera accreditata, che comprende le prestazioni acquistate da ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate, è pari a 9,1 miliardi di euro, in crescita rispetto al 2018 (+3,4%). Tra il 2013 e il 2018 tale voce di spesa ha subito una variazione molto contenuta (CAGR pari a +0,6%). Un aumento trainato soprattutto nelle regioni non in piano dalla spesa per assistenza ospedaliera da privato per cittadini non residenti. Sembra attenuarsi l'efficacia delle misure assunte a partire dal 2012 (d.l. n. 95 del 2012 e d.l. n. 78 del 2015), che

prevedevano una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo) e la definizione di accordi contrattuali a livello regionale.

La spesa per «altra assistenza» è cresciuta nel 2019 dell'1,3%. Nel dettaglio, gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture private accreditate registrano una crescita pari all'1,3%, maggiore nelle Regioni non in PdR (+2,0%). La spesa per l'assistenza integrativa e protesica comprende le prestazioni che comportano l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare e dei prodotti destinati alle persone con patologia diabetica, nonché l'erogazione di protesi ed ausili monouso e tecnologici inclusi in appositi elenchi. La spesa per queste prestazioni, pari a circa 1,9 miliardi di euro nel 2019 (-0,03% rispetto al 2018), registra un lieve aumento dell'integrativa compensato dal calo della protesica.

Infine, la spesa per l'aggregato «altre prestazioni» (cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza agli alcolisti, assistenza ai disabili, e comunità terapeutiche) ammonta a 8,7 miliardi di euro, in aumento del 3,2% rispetto al 2018 (Corte dei Conti, 2020).

### 3.4 I dati di spesa regionali

Nel 2019 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (+1,2% rispetto al 2018, Tabella 3.10) è di poco superiore al tasso di crescita della spesa complessiva (+1,0%). Questa differenza si spiega attraverso la dinamica della crescita della popolazione (-0,21% nell'ultimo anno). Il dato presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2018 che vanno dal -1,1% dell'Umbria al +13,8% del Molise. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa pro-capite negli ultimi 9 anni risulti mediamente più basso nelle Regioni in PdR e pressoché nullo (+0,4% contro +1,1%, cfr. nota a Tabella 3.10). I tassi di crescita medi annui per area geografica sono, tendenzialmente, molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2019, si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Centro, mentre dal 1995 al 2001 sono le Regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Dal 2001 al 2010 si è assistito, invece, ad una riduzione del tasso di crescita medio annuo in tutta Italia, con il Nord e il Centro che si attestano al +3,3% e il Sud al +3,6%. Infine, nell'ultimo periodo (2010-2019) si registra un'ulteriore contrazione del tasso di crescita (+0,9%), e sono nuovamente le Regioni del Centro a registrare la crescita minore (+0,3%). La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione<sup>46</sup>, nel 2019 è diminuita rispetto al 2018, riprendendo il trend di progressiva diminuzione riscontrato a partire dal 2013 e interrotto solamente da un aumento osservato nel 2018.

<sup>46</sup> Calcolato come rapporto tra deviazione standard e media.

**Tabella 3.10 Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010-2019)**

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019/2018	Tasso crescita medio			
																	'90/'19	'95/'01	'01/'19	
Piemonte	688	828	1.319	1.415	1.661	1.904	1.897	1.965	1.914	1.886	1.869	1.908	1.926	1.954	2.004	2,6%	3,8%	3,3%	3,4%	0,6%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.522	1.829	2.172	2.236	2.275	2.253	2.121	2.125	2.099	2.077	2.107	2.135	1,3%	3,6%	9,7%	4,0%	-0,2%
Lombardia	709	868	1.198	1.344	1.573	1.813	1.872	1.920	1.917	1.934	1.932	1.938	1.984	2.020	2.033	0,6%	3,7%	7,6%	3,4%	1,3%
Bolzano	722	995	1.603	1.683	2.059	2.183	2.234	2.337	2.310	2.288	2.288	2.323	2.407	2.450	2.447	-0,1%	4,3%	9,2%	2,9%	1,3%
Trento	731	907	1.327	1.533	1.722	2.089	2.209	2.281	2.246	2.223	2.170	2.201	2.276	2.277	2.335	2,5%	4,1%	9,2%	3,5%	1,2%
Veneto	746	861	1.257	1.365	1.609	1.788	1.782	1.851	1.832	1.828	1.842	1.877	1.932	1.951	1.991	2,1%	3,4%	8,0%	3,0%	1,2%
Friuli VG	730	868	1.241	1.361	1.650	1.979	2.076	2.125	2.083	1.994	1.970	2.003	2.061	2.115	2.168	2,5%	3,8%	7,8%	4,3%	1,0%
Liguria	841	957	1.374	1.505	1.837	2.006	2.043	2.060	2.040	2.027	2.048	2.068	2.091	2.114	2.146	1,5%	3,3%	7,8%	3,2%	0,8%
Emilia R	856	975	1.282	1.422	1.699	1.920	1.926	2.094	2.031	2.002	2.025	2.047	2.088	2.114	2.126	0,6%	3,2%	6,5%	3,4%	1,1%
Toscana	788	891	1.256	1.412	1.647	1.899	1.914	2.016	1.964	1.970	1.987	2.011	2.052	2.043	2.073	1,5%	3,4%	8,0%	3,3%	1,0%
Umbria	766	865	1.273	1.376	1.629	1.806	1.841	1.912	1.902	1.863	1.891	1.922	1.976	2.017	1.995	-1,1%	3,4%	8,0%	3,1%	1,1%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.544	1.795	1.793	1.832	1.802	1.806	1.811	1.854	1.879	1.909	1.944	1,8%	3,0%	7,4%	3,2%	0,9%
Lazio	788	891	1.319	1.464	1.919	1.970	1.965	2.037	1.976	1.875	1.879	1.881	1.876	1.876	1.906	1,6%	3,1%	8,6%	3,4%	-0,4%
Abruzzo	724	761	1.299	1.383	1.729	1.743	1.751	1.836	1.802	1.821	1.806	1.866	1.905	1.922	1.934	0,6%	3,4%	10,5%	2,6%	1,2%
Molise	678	776	1.164	1.387	2.033	2.070	2.037	2.151	2.250	2.134	2.081	2.144	2.117	2.121	2.414	13,8%	4,5%	10,2%	4,5%	1,7%
Campania	692	743	1.163	1.300	1.670	1.719	1.710	1.713	1.689	1.696	1.712	1.738	1.770	1.800	1.819	1,0%	3,4%	9,8%	3,1%	0,6%
Puglia	671	783	1.123	1.223	1.515	1.772	1.731	1.742	1.741	1.760	1.767	1.805	1.823	1.853	1.879	1,4%	3,6%	7,7%	4,2%	0,7%
Basilicata	603	707	1.079	1.184	1.505	1.797	1.818	1.835	1.818	1.829	1.840	1.850	1.917	1.912	1.909	-0,2%	4,1%	9,0%	4,7%	0,7%
Calabria	586	721	1.142	1.254	1.423	1.719	1.697	1.741	1.712	1.721	1.724	1.762	1.770	1.823	1.818	-0,3%	4,0%	9,7%	3,6%	0,6%
Sicilia	700	747	1.073	1.254	1.559	1.688	1.717	1.743	1.743	1.735	1.736	1.775	1.822	1.869	1.869	0,0%	3,4%	9,0%	3,4%	1,1%
Sardegna	695	860	1.173	1.288	1.632	1.871	1.932	2.006	1.979	1.988	1.988	2.029	1.988	2.019	2.069	2,5%	3,8%	7,0%	4,2%	1,1%
<b>Totale</b>	<b>730</b>	<b>846</b>	<b>1.223</b>	<b>1.356</b>	<b>1.648</b>	<b>1.836</b>	<b>1.850</b>	<b>1.908</b>	<b>1.882</b>	<b>1.869</b>	<b>1.874</b>	<b>1.900</b>	<b>1.931</b>	<b>1.958</b>	<b>1.982</b>	<b>1,2%</b>	<b>3,5%</b>	<b>8,2%</b>	<b>3,4%</b>	<b>0,9%</b>

Tabella 3.10 (segue)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019/2018	Tasso crescita medio			
																	'90/'19	'95/'01	'01/'10	'10/'19
<i>Nord</i>	745	885	1.265	1.393	1.646	1.873	1.902	1.976	1.949	1.939	1.941	1.963	2.006	2.036	2.063	1,3%	3,6%	7,8%	3,3%	1,1%
<i>Centro</i>	792	888	1.284	1.426	1.759	1.913	1.917	1.993	1.944	1.895	1.904	1.921	1.938	1.942	1.969	1,4%	3,2%	8,2%	3,3%	0,3%
<i>Sud e isole</i>	678	760	1.138	1.271	1.590	1.743	1.743	1.770	1.757	1.762	1.767	1.803	1.828	1.863	1.881	1,0%	3,6%	9,0%	3,6%	0,9%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>						1.804	1.798	1.837	1.810	1.789	1.791	1.821	1.827	1.854	1.874	1,1%	n.d.	n.d.	n.d.	0,4%
<i>Altre regioni</i>	730	846	1.223	1.356	1.648	1.864	1.897	1.972	1.946	1.942	1.949	1.971	2.002	2.028	2.055	1,3%	3,6%	8,2%	3,6%	1,1%
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,72%	8,47%	9,89%	7,87%	8,98%	9,54%	9,75%	8,51%	8,07%	7,81%	8,00%	7,82%						
Rapporto max/min	46,2%	40,7%	49,3%	42,2%	44,8%	29,4%	31,8%	36,4%	36,8%	34,9%	33,6%	33,6%	36,0%	36,1%						

*Nota:* Le Regioni inizialmente soggette a PdR sono Lazio (28.2.07), Abruzzo (06.3.07), Campania (13.3.07), Molise (27.3.07) e Sicilia (31.7.07). La Calabria ha approvato il proprio PdR con DGR n.845 del 17.12.2009, pertanto nel 2010 è inclusa nel computo delle Regioni in PdR. La Puglia e il Piemonte hanno approvato il PdR nel corso del 2010 (rispettivamente con DGR 2624 del 30.11.2010 e DGR 1-415 del 2.8.2010 e successive integrazioni) e risultano pertanto incluse a partire dal 2010. La Liguria e la Sardegna sono uscite dal Piano nel 2010 ed il Piemonte nel 2017, con valutazione positiva circa il raggiungimento degli obiettivi. La voce Regioni in PdR comprende le Regioni che allo stato attuale risultano essere in PdR.

*Fonte:* Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020) ed ISTAT (2020)

Guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità (spesa riferita all'utilizzo delle strutture della Regione) e al netto della stessa (spesa riferita alla popolazione residente nella Regione) si può notare come nel 2019 la variabilità interregionale della spesa (coefficiente di variazione) si riduca una volta tenuto conto della mobilità (8,8% contro 7,7% senza il conteggio della mobilità), mettendo in luce una maggiore omogeneità dei bisogni individuali (tradotti in domanda) (Tabella 3.11).

Tabella 3.11 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2019). Valori assoluti e numeri indice**

Regioni	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità	Saldo procapite mobilità/ spesa procapite
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	percentuale
Piemonte	2.004	101,1	2.007	101,5	-2,6	-0,13%
Valle d'Aosta	2.135	107,7	2.140	108,2	-5,0	-0,24%
Lombardia	2.033	102,6	1.959	99,1	73,3	3,61%
Bolzano	2.447	123,4	2.460	124,4	-13,7	-0,56%
Trento	2.335	117,8	2.340	118,3	-5,1	-0,22%
Veneto	1.991	100,5	1.962	99,2	28,9	1,45%
Friuli VG	2.168	109,4	2.162	109,3	5,9	0,27%
Liguria	2.146	108,3	2.182	110,3	-35,6	-1,66%
Emilia R	2.126	107,3	2.060	104,1	66,3	3,12%
Toscana	2.073	104,6	2.031	102,7	41,8	2,02%
Umbria	1.995	100,7	1.988	100,5	7,2	0,36%
Marche	1.944	98,1	1.963	99,2	-19,0	-0,98%
Lazio	1.906	96,2	1.912	96,7	-5,6	-0,30%
Abruzzo	1.934	97,6	1.985	100,4	-50,9	-2,63%
Molise	2.414	121,8	2.319	117,2	95,8	3,97%
Campania	1.819	91,8	1.862	94,1	-43,0	-2,37%
Puglia	1.879	94,8	1.916	96,9	-37,7	-2,00%
Basilicata	1.909	96,3	1.983	100,3	-74,2	-3,89%
Calabria	1.818	91,7	1.948	98,5	-129,7	-7,13%
Sicilia	1.869	94,3	1.905	96,3	-35,2	-1,88%
Sardegna	2.069	104,4	2.103	106,3	-33,3	-1,61%
<b>Totale</b>	<b>1.982</b>	<b>100,0</b>	<b>1.978</b>	<b>100,0</b>	<b>4,1</b>	<b>0,21%</b>
<i>Nord</i>	<i>2.063</i>	<i>104,1</i>	<i>2.023</i>	<i>102,3</i>	<i>39,8</i>	<i>1,93%</i>
<i>Centro</i>	<i>1.969</i>	<i>99,4</i>	<i>1.961</i>	<i>99,1</i>	<i>8,3</i>	<i>0,42%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.881</i>	<i>94,9</i>	<i>1.928</i>	<i>97,5</i>	<i>-46,8</i>	<i>-2,49%</i>
Coeff. Var.	8,8%	–	7,7%	–	–	–
Rapporto max/min	34,6%	–	32,1%	–	–	–

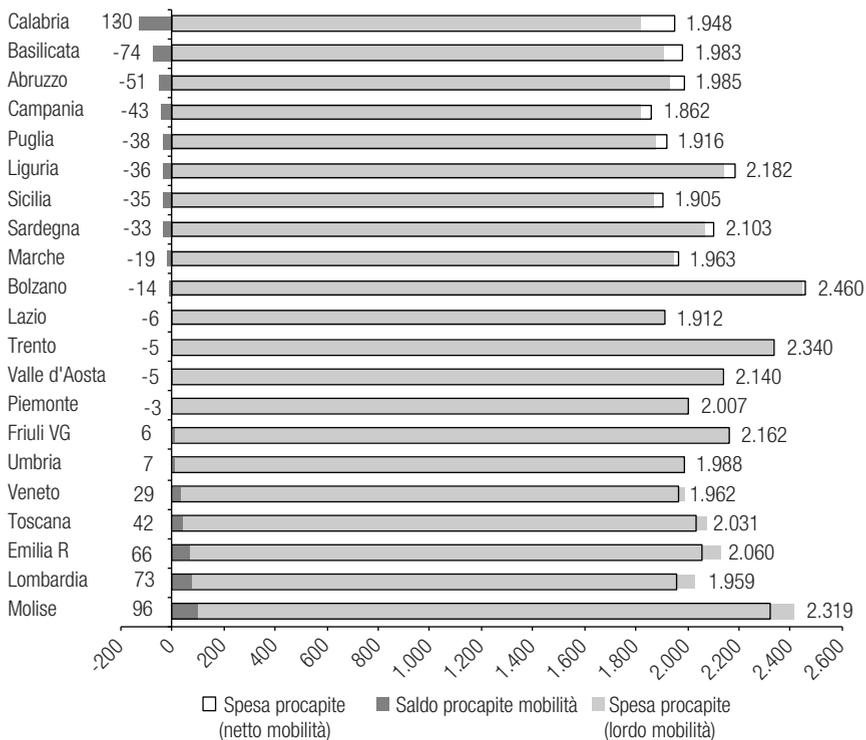
Nota: La mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2019.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020)

Nella Figura 3.7 è riportata, per ogni Regione, la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità, il saldo pro-capite della mobilità e la spesa sanitaria pubblica pro-capite al netto della mobilità (vedi anche Figura 3.8). È da notare come, per alcune Regioni, il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Calabria e (in positivo) per il Molise, la Lombardia e l'Emilia-Romagna. Si registra, inoltre, un aumento del saldo negativo della mobilità internazionale rispetto al periodo 2015-2018, passando da circa 88 milioni di euro registrati nel 2018 a 97 milioni nel 2019. Il Ministero della Salute, tuttavia, non specifica quanta parte di questo aumento sia relativa ad un maggior ricorso ai servizi sanitari offerti da altri Paesi e quanta, invece, sia da imputare ad una minore mobilità in entrata.

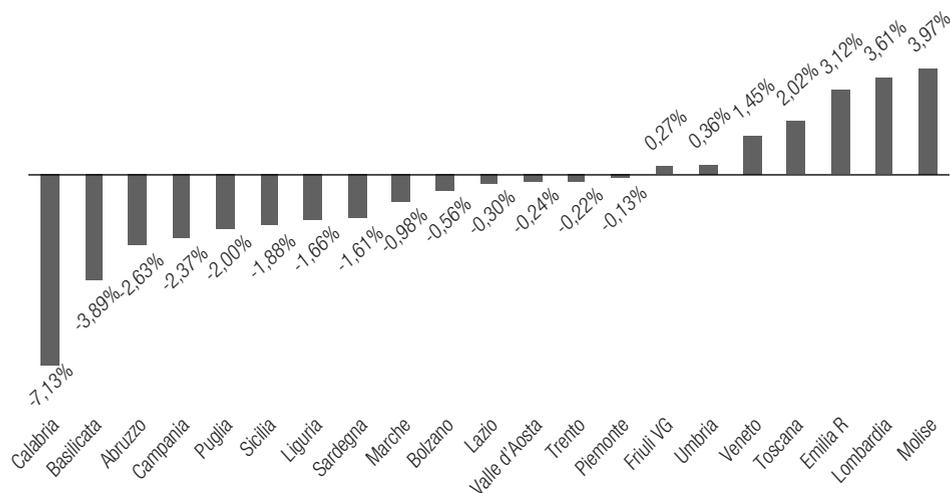
Sfortunatamente, a causa del mancato aggiornamento dei dati ISTAT relativi al PIL regionale 2019, non è stato possibile stimare l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale per l'ulti-

Figura 3.7 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo e al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale pro-capite (2019)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020)

Figura 3.8 **Saldo pro-capite della mobilità su spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) (2019)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020)

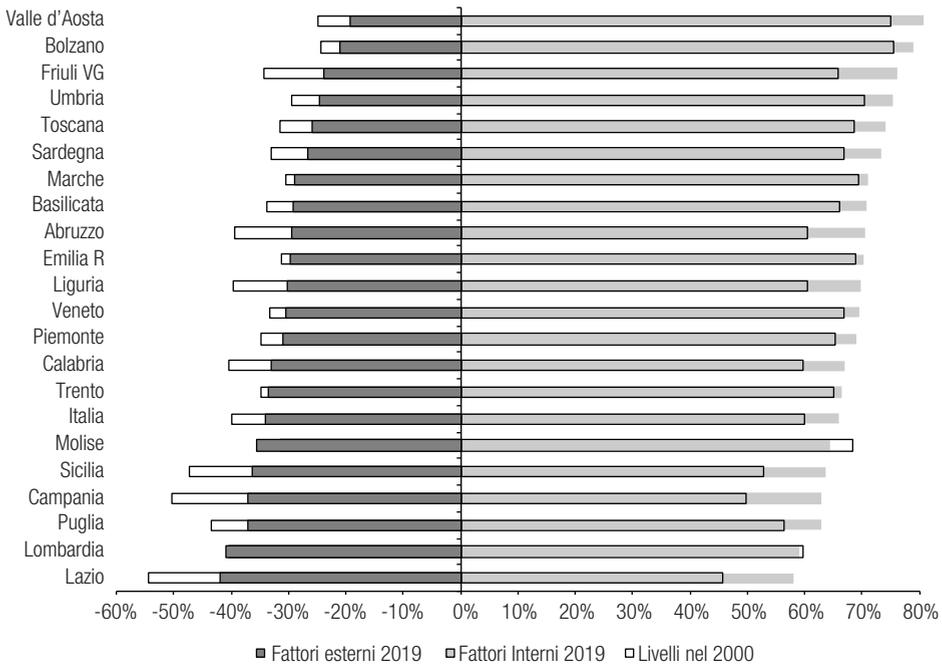
mo anno disponibile. Si rimanda quindi al Capitolo 3 del precedente Rapporto OASI (Armeni *et al.*, 2019) per una lettura della serie storica dal 2004 al 2018.

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie, si evidenziano rilevanti differenze a livello regionale. La Figura 3.9 illustra l'evoluzione del dato tra il 2000 e il 2019. La Tabella 3.12 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

Le differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare, al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: ad esempio, Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). Queste Regioni presentano, infatti, valori per quanto riguarda i servizi accreditati (assistenza ospedaliera, specialistica e altra assistenza) tendenzialmente superiori alla media nazionale. È, inoltre, interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente nel 2019 (Tabella 3.12), Lombardia, Lazio e Campania presentino incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre la Sicilia, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzia valori di poco superiori alla media nazionale<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo 4 sugli erogatori privati accreditati del presente Rapporto.

**Figura 3.9 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente regionale, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) (2000; 2019 – l’anno 2000 è stato utilizzato come riferimento per il calcolo delle differenze percentuali)**



*Nota:* Dal dato sono esclusi gli altri costi, rappresentati in prevalenza dal saldo delle voci economiche. Sono invece inclusi gli accantonamenti tipici, che (cfr. supra) vengono accorpato ai servizi, anche se in parte si riferiscono al rinnovo delle convenzioni di fattori esterni alla produzione (MMG e specialisti).

*Fonte:* Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020)

Per quanto concerne la spesa farmaceutica (Tabella 3.13), con la L. 233/2016 (Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l’anno 2017) sono stati definiti i due nuovi tetti a partire dall’anno 2017. Pur mantenendo invariate le risorse complessive, pari al 14,85% del FSN, i nuovi tetti di spesa si distinguono da quelli in vigore dal 2013 sia per le voci di spesa che li compongono, sia per i rispettivi livelli di finanziamento<sup>48</sup>. In particolare:

<sup>48</sup> Il tetto di spesa del 7,96% è riferito alla spesa farmaceutica convenzionata, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta e delle compartecipazioni in quota fissa regionale, al netto degli sconti a carico degli attori della filiera diversi dalle imprese produttrici e di tutti i *payback*. Il tetto di spesa del 6,89% è riferito alla spesa farmaceutica per acquisti diretti e gas medicinali che è calcolato a partire dal dato di tracciabilità del farmaco (acquisti da parte delle aziende sanitarie) al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione in nome e per conto e al netto delle voci come previste dalla «*Spending Review*» (spesa per farmaci in classe C

**Tabella 3.12 Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2019)**

Regione	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)	Fattori Interni	Fattori esterni
Piemonte	32,4%	36,6%	5,5%	6,0%	5,6%	3,0%	10,9%	8.813	69,0%	31,0%
Valle d'Aosta	42,8%	38,0%	5,7%	5,4%	2,6%	0,6%	4,9%	269	80,8%	19,2%
Lombardia	24,9%	34,2%	4,3%	6,6%	11,9%	5,4%	12,7%	20.386	59,1%	40,9%
Bolzano	48,4%	30,5%	5,0%	3,2%	2,0%	0,8%	10,1%	1.304	78,8%	21,2%
Trento	35,7%	30,7%	4,7%	4,9%	4,9%	2,4%	16,7%	1.252	66,4%	33,6%
Veneto	28,9%	40,6%	5,7%	4,9%	5,7%	3,6%	10,4%	9.723	69,6%	30,4%
Friuli VG	36,8%	39,2%	5,2%	5,9%	2,4%	2,0%	8,5%	2.613	76,0%	24,0%
Liguria	33,0%	36,8%	4,7%	5,6%	6,2%	3,4%	10,4%	3.324	69,7%	30,3%
Emilia R	32,8%	37,4%	5,5%	4,7%	6,6%	2,4%	10,5%	9.505	70,3%	29,7%
Toscana	34,4%	39,6%	5,5%	5,6%	4,0%	2,1%	8,7%	7.607	74,0%	26,0%
Umbria	35,5%	39,7%	5,6%	6,7%	2,5%	1,4%	8,5%	1.786	75,2%	24,8%
Marche	34,5%	36,6%	5,7%	6,9%	3,8%	1,9%	10,6%	2.961	71,1%	28,9%
Lazio	24,1%	33,8%	5,6%	7,4%	12,5%	4,8%	11,7%	10.983	58,0%	42,0%
Abruzzo	30,1%	40,3%	6,1%	7,5%	5,1%	1,9%	8,9%	2.522	70,5%	29,5%
Molise	23,1%	41,3%	6,3%	5,5%	10,1%	5,5%	8,2%	725	64,4%	35,6%
Campania	25,7%	37,3%	6,2%	7,3%	8,3%	7,4%	7,8%	10.414	63,0%	37,0%
Puglia	27,6%	35,2%	7,0%	7,2%	9,8%	3,8%	9,4%	7.525	62,8%	37,2%
Basilicata	34,6%	36,2%	7,4%	7,0%	1,2%	3,5%	10,1%	1.059	70,8%	29,2%
Calabria	31,8%	35,2%	7,0%	7,8%	5,4%	3,5%	9,3%	3.513	67,0%	33,0%
Sicilia	30,0%	33,6%	6,4%	6,6%	7,7%	5,6%	10,0%	9.289	63,7%	36,3%
Sardegna	36,2%	37,1%	5,6%	7,1%	2,4%	3,8%	7,7%	3.326	73,3%	26,7%
<b>Italia</b>	<b>29,6%</b>	<b>36,3%</b>	<b>5,6%</b>	<b>6,4%</b>	<b>7,7%</b>	<b>4,1%</b>	<b>10,4%</b>	<b>118.901</b>	<b>65,9%</b>	<b>34,1%</b>
<i>Nord</i>	29,9%	36,4%	5,0%	5,7%	7,8%	3,8%	11,3%	57.189	66,4%	33,6%
<i>Centro</i>	29,7%	36,5%	5,6%	6,7%	7,9%	3,3%	10,4%	23.337	66,2%	33,8%
<i>Sud e isole</i>	29,1%	36,1%	6,5%	7,1%	7,3%	5,1%	8,9%	38.375	65,1%	34,9%

Nota: Rispetto alla Tabella 3.9 non vengono considerate le seguenti voci: «altri costi»; «altri enti» ed «ammortamenti». Per fattori interni si intende la somma della spesa per personale e acquisti di beni e servizi; per fattori esterni si intende l'insieme delle altre voci di spesa

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020)

Tabella 3.13 **La spesa farmaceutica pubblica: convenzionata e acquisti diretti (2019) milioni di euro**

Regione	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA				SPESA FARMACEUTICA PER ACQUISTI DIRETTI (AL NETTO DEI GAS MEDICINALI)			
	Tetto (7,96%)	Farmaceutica convenzionata netto pay-back	Sfondamento (segno positivo)	% Incidenza su FSR	Tetto (6,89%)	Farmaceutica acquisti diretti netto pay-back	Sfondamento (segno positivo)	% Incidenza su FSR
Piemonte	668,17	541,78	-126,39	6,45%	578,35	747,93	169,58	8,91%
Valle d'Aosta	18,66	14,53	-4,12	6,20%	16,15	17,74	1,59	7,57%
Lombardia	1.501,96	1.493,40	-8,57	7,91%	1.300,06	1.428,92	128,86	7,57%
Bolzano	75,38	47,73	-27,65	5,04%	65,25	88,50	23,25	9,35%
Trento	78,45	62,25	-16,21	6,32%	67,91	79,83	11,93	8,10%
Veneto	734,34	548,70	-185,64	5,95%	635,63	775,68	140,05	8,41%
Friuli VG	182,30	158,07	-24,24	6,90%	157,80	249,56	91,76	10,90%
Liguria	251,38	207,86	-43,52	6,58%	217,59	297,43	79,84	9,42%
Emilia R	673,61	475,01	-198,60	5,61%	583,06	836,47	253,41	9,88%
Toscana	571,41	445,46	-125,95	6,21%	494,60	690,88	196,28	9,62%
Umbria	135,85	124,23	-11,63	7,28%	117,59	180,93	63,34	10,60%
Marche	232,70	208,14	-24,56	7,12%	201,42	300,62	99,21	10,28%
Lazio	877,87	848,33	-29,54	7,69%	759,87	1.014,53	254,66	9,20%
Abruzzo	197,99	198,41	0,43	7,98%	171,37	266,76	95,39	10,73%
Molise	47,08	42,34	-4,74	7,16%	40,75	60,78	20,03	10,28%
Campania	853,59	853,83	0,24	7,96%	738,85	1.104,43	365,58	10,30%
Puglia	600,73	599,52	-1,21	7,94%	519,98	816,94	296,96	10,82%
Basilicata	86,39	82,45	-3,93	7,60%	74,77	116,84	42,06	10,77%
Calabria	290,19	289,96	-0,23	7,95%	251,19	384,14	132,96	10,54%
Sicilia	736,36	671,19	-65,18	7,26%	637,38	833,74	196,36	9,01%
Sardegna	243,42	230,86	-12,56	7,55%	210,70	343,50	132,80	11,23%
<b>Italia</b>	<b>9.057,84</b>	<b>8.144,06</b>	<b>-913,78</b>	<b>7,16%</b>	<b>7.840,26</b>	<b>10.558,70</b>	<b>2.718,44</b>	<b>9,28%</b>

*Nota:* Spesa farmaceutica convenzionata: calcolata come somma della spesa convenzionata netta più le compartecipazioni in quota fissa regionali al netto di tutti i payback.

Spesa farmaceutica per acquisti diretti: calcolata come spesa per farmaci di classe A e H compresi i Gas Medicinali esclusi i vaccini al netto della spesa sostenuta per farmaci innovativi (tutti) coperta dai fondi ad hoc, delle voci come previste dalla «Spending Review» (spesa per farmaci in classe C e C-bis erogati in setting ospedaliero) e di tutti i payback.

*Fonte:* Dati Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2019, consuntivo. Riunione CdA AIFA del 10 luglio 2020.

- ▶ il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica convenzionata ed è rideterminato nella misura del 7,96% del FSN;
- ▶ il tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti ed è rideterminato nella misura del 6,89%. Questo livello di finanziamento incorpora al suo interno anche le risorse a disposizione per l'acquisto di gas medicinali nella misura dello 0,20% del FSN.

e C-bis erogati in *setting* ospedaliero), della spesa sostenuta per farmaci innovativi (oncologici e non) coperta dai fondi ad hoc e di tutti i *payback*.

Da segnalare che la L. 190/2014 (Legge di Stabilità 2015) ha previsto l'istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (soprattutto nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C cronica dispensati direttamente dalle strutture sanitarie) pari a 500 milioni di euro rispettivamente per il 2015 e il 2016. Successivamente la Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) stabilisce che ogni eccedenza del fondo *ad hoc* destinato per gli anni 2015 e 2016 per l'acquisto dei farmaci innovativi concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica territoriale. Inoltre, la L. 232/2016 (Legge di Stabilità 2017) rinnova il fondo di 500 milioni di euro annui per i medicinali innovativi ed introduce, a partire dal 1° gennaio 2017, un ulteriore fondo di 500 milioni di euro annui per l'acquisto di farmaci oncologici innovativi. Viene inoltre ulteriormente specificato che, a partire dal 2017, la spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi concorrerà al raggiungimento del nuovo tetto della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei fondi<sup>49</sup>. Il DM del 16 febbraio 2018, all'articolo 4 cita che «per l'anno 2017, il Ministero della salute concorre a rimborsare alle Regioni a statuto ordinario e alla Regione Sicilia (in coerenza con la quota di compartecipazione statale al finanziamento derivante da quanto disposto dalla Legge di stabilità per il 2017) sulla base: (i) della spesa regionale di competenza sostenuta per i residenti delle Regioni limitatamente alle risorse del Fondo e (ii) della quota regionale di competenza».

Nel 2019 la spesa farmaceutica convenzionata al netto del *payback* a carico delle imprese<sup>50</sup> è stata pari a 8.144 milioni di euro (7,16% del FSN), al di sotto delle risorse assegnate da tetto. Il dettaglio regionale fornito dal monitoraggio della spesa farmaceutica AIFA (consuntivo 2019, CdA 10/07/2020) evidenzia, tuttavia, due realtà regionali del centro-sud in cui il tetto del 7,96% non è stato rispettato. In particolare, la spesa farmaceutica convenzionata (al netto del *payback*) è stata superiore al tetto in Campania e Abruzzo, le stesse Regioni che insieme a Puglia e Calabria non hanno rispettato il tetto nel 2018. L'incidenza media della spesa farmaceutica convenzionata (al netto del *payback*) sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) è del 7,16%, dove l'Emilia-Romagna e P.A. di Bolzano mostrano i livelli più bassi (5,61% e 5,04%), mentre l'Abruzzo registra l'incidenza più alta attestandosi al 7,98%. L'incidenza sul FSR dell'Abruzzo, seppure superiore al fondo, registra un'importante flessione rispetto all'anno precedente (2018) in cui aveva registrato un valore percentuale pari al 8,55%.

<sup>49</sup> L. 232/2016 (Legge di Stabilità 2017), comma 406.

<sup>50</sup> *Payback* della sospensione della riduzione dei prezzi del 5% (settembre 2006), *payback* dell'1,83% sulla spesa farmaceutica convenzionata, *payback* legato allo sfondamento dei tetti di prodotto, *payback* relativo alle condizioni negoziali da applicarsi in ragione della scadenza degli effetti degli accordi stipulati ai sensi dell'art. 11, comma 1, del DL n 158/2012.

La spesa farmaceutica per acquisti diretti (compresi i gas medicinali) al netto del *payback*<sup>51</sup> a carico delle imprese e al netto della spesa per i farmaci innovativi e innovativi oncologici coperta dai fondi, è pari a 10.558 milioni di euro e assorbe il 9,28% delle assegnazioni per il 2019. Lo sfondamento complessivo registrato per il 2019 è quindi pari a 2.718 milioni di euro, dove tutte le Regioni registrano sfondamenti del tetto del 6,89%. Le Regioni che hanno mostrato livelli di incidenza della spesa sul FSR più bassi sono state la Lombardia e la Valle d'Aosta (7,57%).

### 3.5 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari<sup>52</sup>. Con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle Leggi Finanziarie per gli anni successivi.

Negli anni, le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. È necessario, tuttavia, usare molta cautela nell'interpretare i dati di disavanzo: esiste, infatti, una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci introdotte a seguito dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina, 2005). A partire dall'implementazione dell'armonizzazione contabile prevista dal D.lgs 118/2011 e quindi dai dati di consuntivo 2012, si registra una netta convergenza delle Regioni nella contabilizzazione dei livelli di disavanzo: fino al 2011, questi ultimi erano contabilizzati dalle Regioni prevalentemente al lordo delle coperture regionali, mentre dal 2012 sono riportati al netto delle stesse – cfr. §3.2.

Nel 2019 continua la serie di risultati di leggero disavanzo sanitario registrati dal 2015, attestandosi a 62 milioni di euro (Tabella 3.14 e Tabella 3.7). A

<sup>51</sup> *Payback* della sospensione della riduzione dei prezzi del 5% (settembre 2006), *payback* legato allo sfondamento dei tetti di prodotto ed eccedenza degli accordi Negoziati P/V, *payback* dovuti a fronte delle note di credito relative agli accordi negoziali, *payback* versati dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, in applicazione di procedure rimborsabilità condizionata, *payback* relativo alle condizioni negoziali da applicarsi in ragione della scadenza degli effetti degli accordi stipulati ai sensi dell'art. 11, comma 1, del DL n 158/2012. Non sono presenti *payback* per Gas Medicinali.

<sup>52</sup> In particolare l'art. 4 stabilisce che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati (...) sono coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...); variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».

Tabella 3.14 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2019)**

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	2	5	-21	-13	-57	-6	-52	-17	21	50
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	-2	-1	-7	-3	50	-0	-2	-1	-4
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-20	-14	-2	-10	-6	-15	-6	25	41	-6
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	42	5	-11	422	-22	-13	-8	-30
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	190	-2	-1	-25	-1	-1	-2	-1
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-10	-162	-42	-46	-56	-8	-17	-42	1	-12
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-14	-17	62	-16	-23	-31	-0	30	-3	-3
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	13	78	64	95	64	61	59	59
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-28	-55	10	-1	-14	8	2	13	21	-2
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	2	25	-8	26	39	-24	36	28
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-20	-7	-10	-5	-7	-0	0	-1
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	3	-21	-50	-61	-62	-66	-25	4	7	-0
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.025	775	-204	-31	-0	-3	1	18	21	-147
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-48	-53	-7	0	37	46	6	13
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	33	70	40	26	-0	1	17	106
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	479	245	-148	-63	-183	-76	-51	-38	-9	-44
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	323	108	-4	5	-5	-10	27	8	65	39
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	29	31	-7	-2	-1	7	-10	-3	1	3
Catabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	-44	-76	-41	-43	0	9	106	17
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	29	13	-324	-120	-55	-15	-7	-5	-3	-7
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	143	173	-18	-10	216	339	306	85	-22	4
<b>Totale</b>	<b>4.122</b>	<b>2.891</b>	<b>2.323</b>	<b>5.790</b>	<b>5.735</b>	<b>4.483</b>	<b>3.709</b>	<b>3.658</b>	<b>3.364</b>	<b>2.194</b>	<b>1.273</b>	<b>-583</b>	<b>-333</b>	<b>-224</b>	<b>669</b>	<b>276</b>	<b>154</b>	<b>354</b>	<b>62</b>
<i>Nord</i>	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	27	-122	250	-11	-107	489	-34	54	129	51
<i>Centro</i>	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.035	728	-272	-74	-80	-47	7	-2	64	-120
<i>Sud e isole</i>	1.683	1.461	1.224	2.434	3.597	2.250	2.178	2.043	1.932	1.133	666	-561	-248	-36	228	302	103	161	131

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari fino al 2011. Il segno - denota un avanzo, mentre il segno + denota un disavanzo.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2020)

livello regionale si rileva tuttavia eterogeneità nei risultati di gestione, con dodici Regioni che registrano risultati di avanzo: Lazio (147 milioni di euro), Campania (44 milioni), PA di Bolzano (30 milioni), Veneto (12 milioni), Sicilia (7 milioni), Lombardia (6 milioni), Valle d'Aosta (4 milioni), Friuli Venezia Giulia (3 milioni), Emilia-Romagna (2 milioni), PA di Trento e Umbria (1 milione) e Marche (0,5 milioni) (Tabella 3.14). Nel 2019, Molise, Liguria e Piemonte registrano i livelli di disavanzo più elevati (106, 59 e 50 milioni di euro rispettivamente), incidendo sul disavanzo annuale complessivo per il 67%.

Le Regioni in PdR<sup>53</sup> nel 2019 hanno complessivamente registrato un avanzo sanitario, grazie ai risultati particolarmente positivi realizzati da Lazio, Campania e Sicilia che hanno bilanciato il sostanziale disavanzo di Molise e Puglia<sup>54</sup>.

### *Piani di Rientro e forme di copertura a livello regionale*

Per quelle Regioni che, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, fanno registrare un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati sufficienti), le LL. 311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 2005 ed il 2006) hanno istituito una procedura di diffida e sottoscrizione dei PdR. Si rimanda al Capitolo 12 del Rapporto OASI 2019 per ulteriori approfondimenti.

Con riferimento alle forme di copertura previste dalla L. 405/2001 e dall'accordo tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2004, un primo provvedimento è rappresentato dalle misure fiscali, ed in particolare dalle addizionali IRPEF, IRAP e Bollo auto. Per quanto concerne l'addizionale regionale all'IRPEF l'aliquota base è pari a 1,23% (0,9%, a cui è stato aggiunto un aumento dello 0,33% nel 2012<sup>55</sup>). Per le Regioni sottoposte a PdR che non raggiungono gli obiettivi fissati nei rispettivi piani, scatta l'applicazione automatica di un ulteriore incremento dello 0,30% (art.2, comma 6 D.lgs 120/2013)<sup>56</sup>.

<sup>53</sup> Tra le Regioni in PdR ricomprendiamo le Regioni che hanno avviato il PdR nel periodo 2007-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia. Viene compresa anche l'unica Regione con PdR «leggero»: Puglia, che a partire dall'anno 2010 è sottoposta a un piano con un livello di gravosità minore da quello ordinario.

<sup>54</sup> I valori sono tratti dai flussi ministeriali, più aggiornati rispetto a quelli riportati nel rapporto della Corte dei Conti.

<sup>55</sup> Ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del D.lgs 201/2011 convertito nella L. 214/2011, a decorrere dall'anno di imposta 2011, l'aliquota base è aumentata di 0,33 punti percentuali, passando da 0,9% a 1,23%. Tale aliquota (1,23%) può essere innalzata dalle Regioni fino ad un massimo dell'1,73%. Il D.lgs 76/2013 inoltre prevede per le Regioni a statuto speciale, a decorrere dall'anno 2014, la possibilità di aumentare fino a un massimo dell'1% l'aliquota base dell'IRPEF.

<sup>56</sup> L'art. 2, comma 6 del D.lgs 120/2013 ha integrato l'art. 2, comma 80, L.191/2009 e, a decorrere dal 2013, consente alle Regioni che presentano in ciascuno degli ultimi tre anni d'esecuzione del PdR o PO un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, la riduzione delle maggiorazioni (IRPEF e IRAP).

Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF superiori alla minima dell'1,23% sono attualmente presenti in 16 Regioni<sup>57</sup>, di cui 7 mostrano l'aliquota minima dell'1,23% per la fascia di reddito più bassa che progressivamente aumenta in funzione del reddito. Le uniche variazioni intervenute nel 2020 rispetto al 2019 (Tabella 3.15) riguardano la modifica dell'aliquota unica in due aliquote per fascia di reddito nella PP AA di Trento e Bolzano (da 1,23% a 1,23% e 1,73%) e l'introduzione dell'esenzione per redditi inferiori a 15.000 euro in Valle d'Aosta.

Tutte le Regioni hanno adottato un'aliquota progressiva, ad eccezione di Veneto, Abruzzo, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna, che hanno adottato un'aliquota unica. Rispetto all'entità delle addizionali, nel 2020 il Piemonte e il

Tabella 3.15 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2019-2020)**

Regioni	2019		2020		Differenza rispetto al 2019
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Piemonte	fino a 15.000,00	1,62	fino a 15.000,00	1,62	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	
	oltre 75.000,00	3,33	oltre 75.000,00	3,33	
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	1,23	fino a 15.000,00	-	Modificata l'aliquota
			oltre 15.001,00	1,23	
Lombardia	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,74	oltre 75.000,00	1,74	
Bolzano	per tutti i redditi	1,23	fino a 75.000,00	1,23	Modificata l'aliquota
			oltre 75.000,00	1,73	
Trento	per tutti i redditi	1,23	fino a 55.000,00	1,23	Modificata l'aliquota
			oltre 55.000,00	1,73	
Veneto	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Friuli Venezia Giulia	fino a 15.000,00	0,70	fino a 15.000,00	0,70	-
	oltre 15.000,00	1,23	oltre 15.000,00	1,23	
Liguria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	

<sup>57</sup> Informazione aggiornata a settembre 2020.

Tabella 3.15 (segue)

Regioni	2019		2020		Differenza rispetto al 2019
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	
Toscana	fino a 15.000,00	1,42	fino a 15.000,00	1,42	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Umbria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	1,83	oltre 75.000,00	1,83	
Marche	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Lazio	fino a 15.000,00	1,73	fino a 15.000,00	1,73	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,73	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,73	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,93	da 28.000,01 a 55.000,00	2,93	
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,23	da 55.000,01 a 75.000,00	3,23	
	oltre 75.000,00	3,33	oltre 75.000,00	3,33	
Abruzzo	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73	-
Molise	fino a 15.000,00	2,03	fino a 15.000,00	2,03	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,23	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,23	
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,43	da 28.000,01 a 55.000,00	2,43	
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,53	da 55.000,01 a 75.000,00	2,53	
	oltre 75.000,00	2,63	oltre 75.000,00	2,63	
Campania	per tutti i redditi	2,03	per tutti i redditi	2,03	-
Puglia	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33	-
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71	
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73	
Basilicata	da 15.000,00 a 55.000,00	1,23	da 15.000,00 a 55.000,00	1,23	-
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33	
Calabria	per tutti i redditi	2,03	per tutti i redditi	2,03	-
Sicilia	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-
Sardegna	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23	-

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2020)

Lazio registrano il livello più alto, pari al 3,33% (aliquota per i redditi superiori ai 75.000 euro in entrambe le Regioni).

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota ordinaria del 3,9%<sup>58</sup>, ma viene data in capo alle Regioni la facoltà di variare tale aliquota fino ad un massimo di 0,92 punti percentuali. L'aliquota IRAP è poi modulata per settori di attività o categorie di contribuenti (ad esempio, banche e altri enti o società finanziarie, imprese assicuratrici, soggetti che operano nel settore agricolo e amministrazioni pubbliche). Similmente all'IRPEF, anche l'addizionale IRAP è incrementabile di 0,15 punti percentuali oltre il limite massimo per le Regioni che non raggiungono gli obiettivi del PdR<sup>59</sup> (quindi l'aliquota ordinaria massima è pari al 4,97%). Nell'ambito di quest'autonomia, tutte le Regioni hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se contemporaneamente sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti (per esempio coloro che operano nel settore agricolo). Per il 2020, le Regioni del Sud fanno registrare aliquote superiori all'aliquota base per effetto dei disavanzi pregressi (Tabella 3.13).

Infine, sul fronte delle entrate fiscali, le Regioni sottoposte a PdR possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto. Si rimanda al capitolo 3 del Rapporto Oasi 2009 (Armeni, 2009) per il dettaglio dei provvedimenti normativi. Nel corso del 2020 non sono state apportate modifiche sulle disposizioni per il pagamento del bollo auto. L'importo annuale del bollo è pari, di base, a 2,58 euro per Kw, ma diverse Regioni hanno introdotto maggiorazioni o riduzioni.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero ticket sul pronto soccorso, specialistica e farmaceutica. Rispetto al ticket sul pronto soccorso, non si registrano alcune variazioni rispetto a quanto riportato nel Rapporto 2019 (Armeni *et al.*, 2019). Riguardo alle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale, la normativa nazionale prevedeva un ticket massimo sulle prestazioni pari a 36,15 euro e una quota fissa di 10 euro (superticket)<sup>60</sup>. La L.

<sup>58</sup> Come previsto dall'art. 1, comma 50, lett. h della L.244/2007 (esclusi i casi previsti dal comma 2 dell'art.16 e dai commi 1 e 2 dell'art. 45 D.lgs. n. 446/1997), che ha modificato la precedente aliquota base pari a 4,25%, portandola al 3,90%.

<sup>59</sup> Art. 2 commi 66-98 della legge Finanziaria 2010, che recepisce a livello normativo il contenuto del nuovo «Patto per la Salute» per gli anni 2010-2012, approvato il 3 dicembre 2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Mediante le suddette disposizioni è stata integrata la disciplina relativa all'aumento automatico dell'IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF nelle Regioni che presentino disavanzi di gestione del Servizio sanitario, già prevista dall'art. 1 commi 174 e 175 della L. 30 dicembre 2004 n. 311 (Finanziaria 2005) e successive modifiche ed integrazioni.

<sup>60</sup> Introdotto con la L. 111/2011.

160/2019 ha previsto l'abolizione del superticket a livello nazionale a partire dal 1° settembre 2020.

Riguardo alle compartecipazioni alla spesa farmaceutica si segnala che a settembre 2020 (data di aggiornamento del presente Rapporto) non viene applicato alcun ticket in quota fissa regionale in Piemonte, Sardegna, Marche e Friuli-Venezia Giulia. Nel 2020 la PA di Trento ha abolito questa tipologia di compartecipazione, mentre l'Umbria ha rimodulato le fasce di reddito, stabilendo il pagamento di 3 euro per confezione (fino ad un massimo di 6 euro per ricetta) alle famiglie con reddito fiscale lordo superiore a 100.000 euro. Le compartecipazioni in quota fissa regionale (ticket) si aggiungono alle compartecipazioni, attive a livello nazionale, che ogni cittadino deve sostenere, in caso di acquisto di un farmaco branded, come differenza rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci inseriti nella lista di trasparenza dell'AIFA.

Una terza misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dall'Accordo del 16/12/2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione. La Regione Lazio è stata la prima a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Non sono invece riconosciute come forme di copertura dei disavanzi le cartolarizzazioni dei crediti, finalizzate a recuperare liquidità e le operazioni di cessione dei crediti, finalizzate a rilevare i debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori (Armeni, 2009).

La Tabella 3.16 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni<sup>61</sup>.

### 3.6 Conclusioni

Sebbene i dati di spesa relativi all'anno in corso non siano ancora disponibili, è importante sottolineare come ci si aspetta un incremento significativo della spesa sanitaria per l'anno 2020 (e per quello successivo) in seguito alle misure messe in atto per fronteggiare l'emergenza COVID-19. Infatti, come ribadito all'interno della Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2020 (DEF 2020), il Governo ha adottato degli interventi volti ad incrementa-

<sup>61</sup> Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consip, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le Regioni, e l'applicazione puntuale del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle Regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).

Tabella 3.16 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate**

Regione	Maggiorazione addizionale IRPEF	IRAP aliquota ordinaria >3,9%	Maggiorazione bollo auto	Cartolarizzazione
Piemonte	•			•*
Valle d'Aosta				
Lombardia	•			
Bolzano	•			
Trento	•			
Veneto			•	
Friuli VG				
Liguria	•		•	
Emilia R	•			
Toscana	•		•	
Umbria	•			
Marche	•	•	•	
Lazio	•	•	•	Immobiliare
Abruzzo	•	•	•	•*
Molise	•	•	•	•*
Campania	•	•	•	•*
Puglia	•	•		
Basilicata	•			
Calabria	•	•	•	
Sicilia				•*
Sardegna				

\* Si segnala che la Regione Lazio ha effettuato sia cartolarizzazioni immobiliari che dei crediti, mentre Piemonte, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno effettuato solo cartolarizzazioni dei crediti sanitari e quindi non sono valide come strumento di copertura dei disavanzi.

re il finanziamento del sistema sanitario cui concorre ordinariamente lo Stato, prevedendo una spesa sanitaria pari a 120.864 milioni per il 2020 (con un incremento di circa 5,4 miliardi rispetto al 2019 e un'incidenza sul PIL stimata al 7,3%), il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stato incrementato di 1.410 milioni di euro, di cui: i) 350 milioni di euro per incentivi in favore del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale; ii) 660 milioni di euro per assunzione degli specializzandi e conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario, aumento del monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata e istituzione di unità speciali per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19; iii) 300 milioni di euro per il potenziamento delle reti di assistenza territoriale. Inoltre, il Decreto Rilancio (DL 34/2020, L. 77/2020) ha previsto l'incremento, per l'anno 2020, del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per un importo di 1.257 milioni di euro per il rafforzamento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, nonché un'in-

tegrazione di circa 536 milioni di euro delle risorse previste dal Decreto Cura Italia per il personale sanitario e per le borse di studio degli specializzandi. Infine, attraverso il Decreto Agosto (DL 104/2020), il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stato incrementato di circa 478 milioni di euro per il recupero dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e screening non erogati a causa del COVID-19.

Non sorprende che alcuni capitoli di spesa siano stati potenziati, in particolare quelli relativi al personale sanitario, anche sfruttando una certa elasticità nell'utilizzo di procedure emergenziali di approvvigionamento (cfr. Capitolo 16 del presente Rapporto), per far fronte ad un improvviso eccesso di domanda in ambito di farmaci e dispositivi medici utili per la gestione dei pazienti con COVID-19 (es. farmaci per intubazione, ventilatori, ecc.). Per una parte, il fenomeno è da leggere nel contesto di eccezionalità ascrivibile a tale fase, e sarà utile attendere i dati definitivi per valutarne l'effettiva portata quantitativa e temporale. Tuttavia, questa fase ha messo ulteriormente in luce l'importanza di alcune riflessioni strutturali, le cui avvisaglie erano già state più volte evidenziate anche nei recenti Rapporti OASI (Armeni *et al.*, 2019; Armeni *et al.*, 2018). In particolare, la crescita del finanziamento e della spesa, frenata se paragonata a quella di altri Paesi, ha gradualmente reso il nostro sistema più vulnerabile. Tale vulnerabilità non emerge in modo drammatico in condizioni rientranti nel campo della normalità o della ragionevole prevedibilità, ma era comunque ben visibile localmente e per gli osservatori più attenti nel progressivo processo di obsolescenza di diversi cespiti (Cantù *et al.*, 2015), nella riduzione al minimo delle dotazioni infrastrutturali (cfr. Capitolo 2 del presente Rapporto), nella ricerca sempre più insistita del prezzo più basso “ad ogni costo” nell'interazione con i fornitori (come le case farmaceutiche) tale da generare spazio per reciproci comportamenti opportunistici (Armeni *et al.*, 2018) e, soprattutto, nella progressiva erosione – solo lievemente compensata negli ultimi anni – della spesa per il personale. Apparentemente, gli esiti di salute, nonostante le disuguaglianze territoriali molto rilevanti, non hanno fatto registrare evidenti variazioni negative fino al 2019 (cfr. Capitolo 7 del presente Rapporto). Ciò ha indotto a credere che il sistema fosse in grado comunque di generare un livello immutato di valore con risorse sempre più limitate rispetto alla crescita dei bisogni. Gli elementi di criticità appena elencati hanno, però, inciso in modo evidente nella capacità del sistema di rispondere ad un improvviso aumento della domanda, come è stato evidenziato. La risposta alla variazione imprevista, pertanto, non era già attivabile nelle risorse latenti del sistema (o lo era solo in parte) ma è stata attivata dall'esterno con una serie di provvedimenti emergenziali. La riflessione da approfondire una volta che saranno disponibili dati di più lungo periodo, in grado di riportare la componente transitoria e quella strutturale

degli interventi apportati, riguarda la scelta di accantonare nel sistema salute o al di fuori di esso la capacità di risposta a fenomeni come una pandemia. Nel primo caso, infatti, è necessario che la dotazione di base (inclusa la disponibilità finanziaria) sia più elevata “a regime”, accettando un livello di risorse (anche umane) non costantemente al limite della capacità produttiva, e che questa dotazione sia in grado di fornire risposte pronte e specializzate ad eventuali “picchi” di domanda. La seconda opzione, cioè lasciare che la gestione di eventi di particolare eccezionalità sia gestita dall'esterno del sistema, con procedure e provvedimenti ad-hoc attivati solo nel momento in cui tali circostanze si verificano (come è avvenuto, in gran parte, in questo caso) ha l'indubbio vantaggio di non dover impegnare ex-ante risorse il cui utilizzo è incerto nel tempo e nell'ammontare. Tuttavia, non consentirebbe l'accumulo sistematico di un capitale di conoscenze, competenze e capacità di reazione nel sistema-salute. Tale scelta non è certamente banale, e deve essere certamente letta anche alla luce dell'effettiva capacità / volontà di impegno di risorse pubbliche del nostro Paese. In conclusione, bisogna considerare che l'impatto provocato da fenomeni come l'epidemia da COVID-19 tenderà ad essere percepito tanto più esogeno e difficilmente assorbibile quanto meno il sistema ha sviluppato capitale di reazione, mentre potrebbe essere percepito come un fattore maggiormente controllabile e gestibile con modalità già rodiate, perché supportate da esperienza e da evidenze, qualora tale capitale fosse disponibile a regime.

### 3.7 Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. e Sicilia M. (2010), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2011), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.

- Armeni P., Bertolani A., Costa F., Otto M., Jommi C (2018), «L'acquisto di farmaci in Italia: l'effetto di approcci selettivi», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2018*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Ferré F., Lorenzoni L. e Sommariva S. (2013), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Bertolani A. e Costa F. (2017), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Bertolani A., Borsoi L. e Costa F. (2018), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2018*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Bertolani A., Borsoi L. e Costa F. (2019), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2019*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Costa F., e Furnari A. (2017), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E. (2015), «L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, Milano, EGEA.
- Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E. (2017), «Le performance economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei Piani di Rientro Aziendali», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- CIPE (2020), Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2019. Richiesta di intesa alla conferenza Stato Regioni.
- Corte dei Conti (2019), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2019.
- Del Vecchio M. (2012). Settore, sistema e azienda: logiche di governance in sanità, Milano, EGEA.
- Fondo Monetario Internazionale (2020). «World Economic Outlook Database» (ultimo accesso, 8 luglio 2020).
- OECD (2020), «OECD Health Data: Health care resources», OECD Health Statistics (database) (ultimo accesso, 8 luglio 2020).
- ISTAT (2020), *Statistiche demografiche*, <http://demo.istat.it/pop2017/index.html> (ultimo accesso, 15 luglio 2020).
- ISTAT (2020), *Conti nazionali*, <http://www.istat.it/it/conti-nazionali> (ultimo accesso, 15 luglio 2020).

Jommi C. e Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2019), Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 6.

Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2019, consuntivo. Riunione CdA AIFA del 10 luglio 2020.

Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza – DEF 2020 (ultimo accesso, 6 novembre 2020)

WHO (2020). «World Health Statistics». Global Health Observatory database (ultimo accesso, 4 settembre 2020)

World Bank (2020). GDP deflator (ultimo accesso, 4 settembre 2020)