

### **3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale**

*di Ludovica Borsoi, Gianmario Cinelli, Alessandro Furnari, Elisabetta Notarnicola e Silvia Rota<sup>1</sup>*

#### **3.1 Introduzione**

Il capitolo illustra i dati di spesa, finanziamento e performance economica del SSN italiano, integrandoli con un confronto internazionale. L'intento del Capitolo è di illustrare le dinamiche e i trend evolutivi della spesa sanitaria e del relativo finanziamento, articolati in tre livelli di rappresentazione in modo da osservare le dinamiche tra il livello nazionale, regionale e aziendale. Il primo livello di presentazione e commento ai dati proposto è, infatti, relativo all'andamento macroeconomico della spesa sanitaria, inteso come confronto tra l'entità della spesa sanitaria in rapporto al PIL (oltre ad altre misure) del nostro Paese con quella di altri contesti internazionali, per discutere del posizionamento delle politiche pubbliche italiane e degli spazi di manovra possibili. L'attenzione si concentra poi sull'analisi della spesa sanitaria a livello nazionale, osservando le dinamiche di finanziamento del SSN, l'entità e il ruolo delle diverse componenti della spesa. L'anno 2022 si caratterizza per essere segnato principalmente da due fenomeni: da un lato le variazioni rispetto ai fondi straordinari e agli indirizzi programmatori, in discontinuità con il periodo pandemico e influenzate da una prima introduzione delle linee guida legate all'implementazione del PNRR; dall'altro, il fenomeno dell'inflazione e dell'aumento dell'assorbimento di alcuni fattori produttivi in sede di erogazione. Queste dinamiche tipiche del 2022 sono presenti anche a livello regionale, analizzato con l'obiettivo di apprezzare le differenze dei modelli regionali esistenti nei

---

<sup>1</sup> Sebbene il paragrafo sia frutto del lavoro congiunto degli autori il paragrafo 3.1 è attribuibile a Elisabetta Notarnicola, i paragrafi 3.2, 3.3, 3.4 a Ludovica Borsoi, il paragrafo 3.5 a Gianmario Cinelli e Alessandro Furnari, il paragrafo 3.6 ad Alessandro Furnari e Silvia Rota, il paragrafo 3.7 a tutti gli autori. Gli autori desiderano ringraziare l'Ufficio IV – Analisi aspetti economico-patrimoniali dei bilanci degli enti del SSN e definizione del fabbisogno finanziario del SSN della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute per i dati e il supporto fornito.

livelli di spesa, verificando anche le performance finanziarie delle singole regioni in termini di avanzo e disavanzo in un anno, il 2022 appunto, che sancisce la (probabile) definitiva rottura rispetto al recente passato e presenta i primi segnali di performance economica negativa del sistema. Proprio per questo, il livello regionale verrà discusso anche alla luce di alcuni approfondimenti costruiti intorno a cinque casi studio (riferiti a Campania, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto) che consentono di avviare una prima riflessione sulle politiche attivate a livello regionale per limitare il rischio del mancato equilibrio economico-finanziario nel 2022. L'ultimo livello di rappresentazione è dato dalle performance economiche delle aziende del sistema, analizzate con riferimento ai cinque casi studio regionali identificati, con l'obiettivo di approfondire il legame tra le dinamiche regionali ed aziendali ed esplorare il ruolo di entrambi rispetto al contenimento dei disequilibri.

Il capitolo presenta i dati di confronto internazionale fino al 2021, ultimo anno disponibile sulla fonte di dati utilizzata (OECD Health Data). A livello nazionale, il capitolo presenta invece i dati 2022 a confronto con quelli 2021 e 2019, commentando quindi il primo anno che potremmo definire post emergenza COVID-19.

La fonte dei dati di spesa sanitaria pubblica nazionale utilizzata nel presente capitolo è il Ministero della Salute. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL). Le fonti utilizzate per i dati aziendali sono i Conti Economici delle aziende dell'SSN per il periodo 2019-2022, forniti dal Ministero della Salute. In merito agli aspetti metodologici inerenti alle analisi condotte, per quanto riguarda il confronto internazionale si rimanda agli approfondimenti presentati nel capitolo 3 del Rapporto OASI 2018 (Armeni *et al.*, 2018). Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria italiana, invece, si rimanda all'allegato del Capitolo 3 del Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009). Per quello che riguarda la metodologia ed un approfondimento sui dati regionali e aziendali di Conto Economico si rimanda al paragrafo 3.5 del presente capitolo.

Sotto il profilo metodologico e delle prospettive concettuali proposte, il presente capitolo, a partire dalle considerazioni espresse con riferimento all'andamento macroeconomico (nazionale e internazionale), consente di apprezzare il diverso contributo offerto dalle dimensioni finanziaria ed economica sul SSN, sui SSR e sulle aziende. Quella finanziaria in quanto espressione delle decisioni programmatiche e redistributiva delle risorse (e di come queste si modificano nel tempo), nonché della capacità far fronte alle obbligazioni assunte; quella economica in quanto consente di apprezzare una rappresentazione completa delle attività aziendali e di tener conto delle combinazioni economiche in corso e in capo alle singole aziende e alle regioni. Questo è di particolare rilevanza in un anno come il 2022, che segna potenzialmente l'inizio di un periodo di transizione verso performance economiche peggiorative del sistema.

Il capitolo è così strutturato: nel §3.2 si analizzano i dati di spesa sanitaria dei principali Paesi Europei (Italia, Francia, Spagna, Germania, Regno Unito) e degli Stati Uniti; nel §3.3 sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e risorse complessivamente disponibili<sup>2</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, con un'analisi dell'evoluzione della performance finanziaria a livello regionale. Nel §3.5 si descrivono i casi studio regionali, sviluppati a partire dagli aggregati di Conto Economico in capo alle Regioni, analizzando per competenza economica l'andamento di finanziamento e costi sostenuti nel campione analizzato; similmente, ma approfondendo un diverso livello istituzionale, il §3.6 introduce la prospettiva aziendale e analizza i diversi andamenti comparando le aziende tra regioni differenti e la variabilità osservata all'interno del medesimo contesto regionale. Infine, il §3.7 delinea le conclusioni a fronte delle analisi condotte nei paragrafi precedenti.

### **3.2 La spesa sanitaria: un confronto internazionale**

La spesa sanitaria nei sei Paesi considerati (Italia, Francia, Spagna, Germania, Regno Unito e Stati Uniti) riflette l'eterogeneità degli assetti istituzionali e si caratterizza per livelli, composizioni e dinamiche altamente differenziate. I dati presentati (fino al 2021, ultimo anno disponibile), mostrano inoltre come la pandemia di COVID-19 abbia avuto un impatto significativo sulle dinamiche di spesa in tutti i contesti osservati.

La spesa sanitaria espressa come percentuale del PIL (Figura 3.1) indica la quota dell'economia di un Paese relativa ai servizi sanitari, ovvero la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi<sup>3</sup>. Tale indicatore 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. È importante sottolineare che, a parità di peso sul PIL, due Paesi possono mostrare livelli di accesso complessivo, di equità di accesso nella popolazione e di sostenibilità diversi a causa di differenze nei prezzi. È il caso degli Stati Uniti, sistema più vicino alle logiche di mercato e con prezzi poco regolati. Nonostante presenti un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL pari al 17,4% nel 2021 (dato più alto in assoluto), registra livelli di equità nell'accesso ai servizi inferiori a Paesi come Italia o Francia, che proporzionalmente hanno una spesa più ridotta (Van Doorslaer *et al.*, 2004). Inoltre,

<sup>2</sup> Le risorse complessivamente disponibili sono equivalenti alla voce denominata «Ricavi del SSN» come definito dal Ministero della Salute, si veda sotto per i dettagli.

<sup>3</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).

Figura 3.1 Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL (2000-2021)



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2023.

sistemi diversamente strutturati hanno costi di funzionamento potenzialmente differenti.

In Italia, la spesa sanitaria complessiva sul PIL mostra un'incidenza del 9,4% nel 2021 (ultimo anno disponibile su OECD Health Data), inferiore rispetto agli altri Paesi considerati, a conferma del trend osservato negli ultimi anni (Figura 3.1). Seppur non mostrato in figura, è importante sottolineare come la stessa evidenza si rilevi anche considerando un sottoinsieme della spesa sanitaria complessiva, ovvero la spesa sanitaria pubblica o per schemi assicurativi obbligatori in percentuale del PIL: nel 2021, per l'Italia il rapporto è pari al 7,1%, il più basso tra tutti i Paesi considerati (Spagna: 7,7%; Regno Unito: 10,3%; Francia: 10,4%; Germania: 11,1%; Stati Uniti: 14,5%).

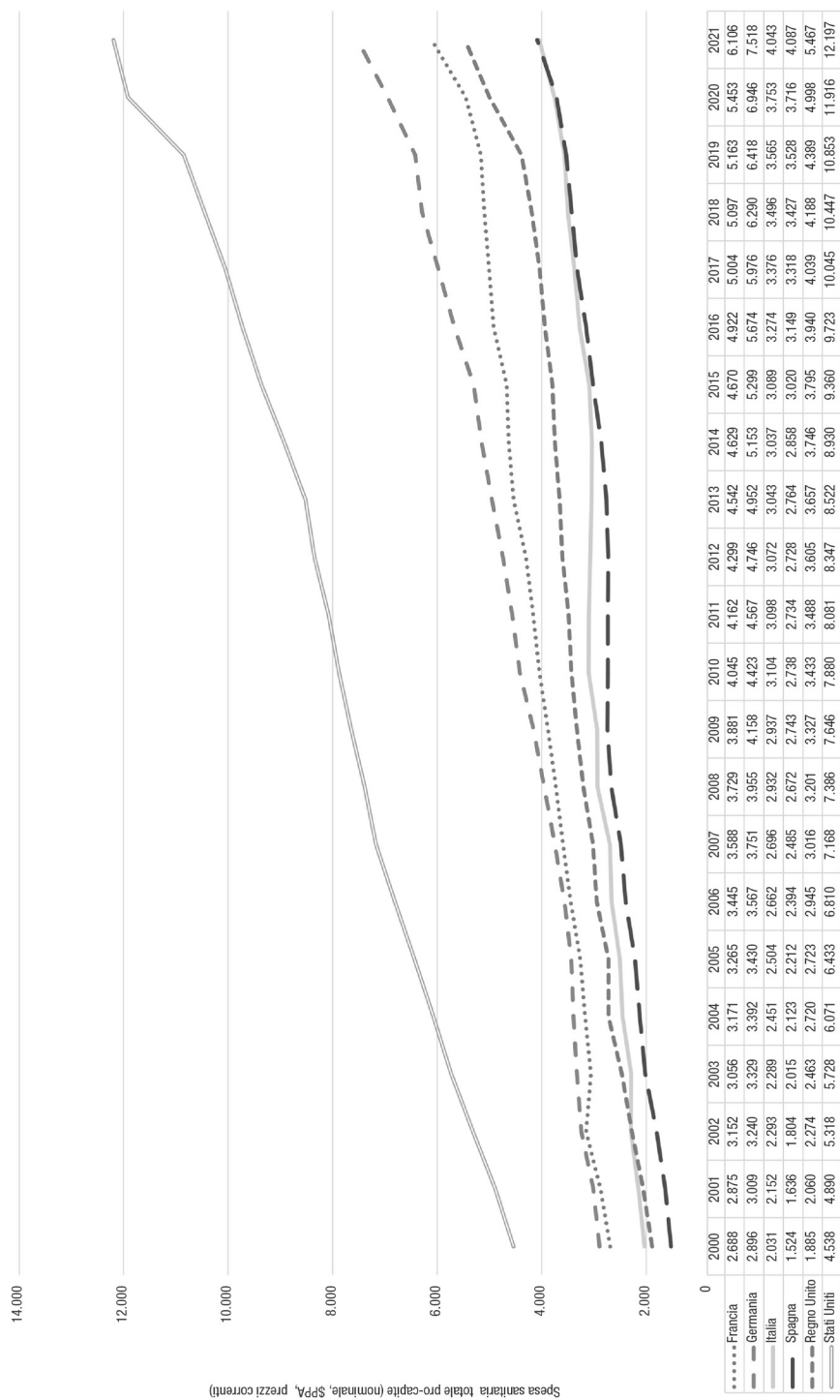
Considerando la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL, tra il 2020 e il 2021, l'Italia ha registrato un decremento di questo indicatore (-0,2%) – sebbene si attesti a livelli leggermente superiori rispetto al 2019, l'anno prima della pandemia (+0,7%) – similmente a Stati Uniti e Germania (-1,4% e -0,01% rispettivamente). Per questi Paesi, l'incremento dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL registrato durante il primo anno della pandemia sembra quindi essere stato un fattore transitorio e non strutturale.

Guardando ai livelli di spesa, il sistema comunemente considerato come quello più vicino al mercato, quello statunitense, presenta, in media, la spesa pro-capite nettamente più elevata (Figura 3.2 e Figura 3.3). Nel 2021, il livello di spesa sanitaria complessiva pro-capite negli Stati Uniti risulta più alto del 124% rispetto alla media dei Paesi Europei considerati. In particolare, risulta più alto del 79% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (Francia e Germania) e del 169% rispetto a quella dei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale o locale (Italia, Spagna, Regno Unito). È fondamentale interpretare i livelli di spesa di un Paese in funzione dell'insieme di servizi offerti, della loro organizzazione e gestione, e degli *outcome* di salute raggiunti grazie all'introduzione e diffusione interna dei frutti del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica (*cf.* Capitolo 7 sugli esiti di salute). Nel 2021, l'Italia presenta il dato di spesa sanitaria nominale pro-capite più basso di tutti i Paesi considerati, scendendo per la prima volta sotto il livello della Spagna. Come si vedrà nel paragrafo successivo, nel 2022 e considerando i valori reali (al netto dell'inflazione), tale differenziale sarà ancora più ampia.

Guardando all'evoluzione della spesa (Figura 3.3), si nota come i Paesi si differenzino nettamente per il tasso di crescita della spesa sanitaria nominale pro-capite. Tra il 2010 e il 2021, il tasso di crescita superiore è stato registrato dalla Germania (+70%), seguita da Regno Unito (+59%), Stati Uniti (+55%), Francia (+51%) e Spagna (+49%). L'Italia è il Paese che ha registrato il tasso di crescita meno sostenuto nell'ultimo decennio (+30%) e nettamente inferiore rispetto agli altri Paesi considerati.

Nonostante le dinamiche differenziate, è comunque interessante notare co-

Figura 3.2 Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000-2021)



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2023.

**Figura 3.3 Evoluzione spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000-2021), numeri indice: 2000=100**



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2023.

me, per effetto del COVID-19, la spesa sanitaria sia cresciuta in rapporto al PIL in tutti i Paesi. Ci aspettiamo, concluso l'effetto pandemico, che il dato 2022 segni invece un trend opposto. Il 2021 sconta ancora, infatti, la presenza di fonti di finanziamento straordinarie e di interventi e politiche dedicate alla gestione della pandemia.

Un elemento importante da considerare nel confrontare la spesa sanitaria di diversi Paesi è la sua composizione<sup>4</sup> rispetto ai soggetti pagatori. Essendo un settore cruciale in ogni Paese, sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza ovunque per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione variabili in funzione del modello di Welfare implementato. Di conseguenza il ruolo degli altri soggetti pagatori (assicurazioni e cittadini-pazienti) è differenziato.

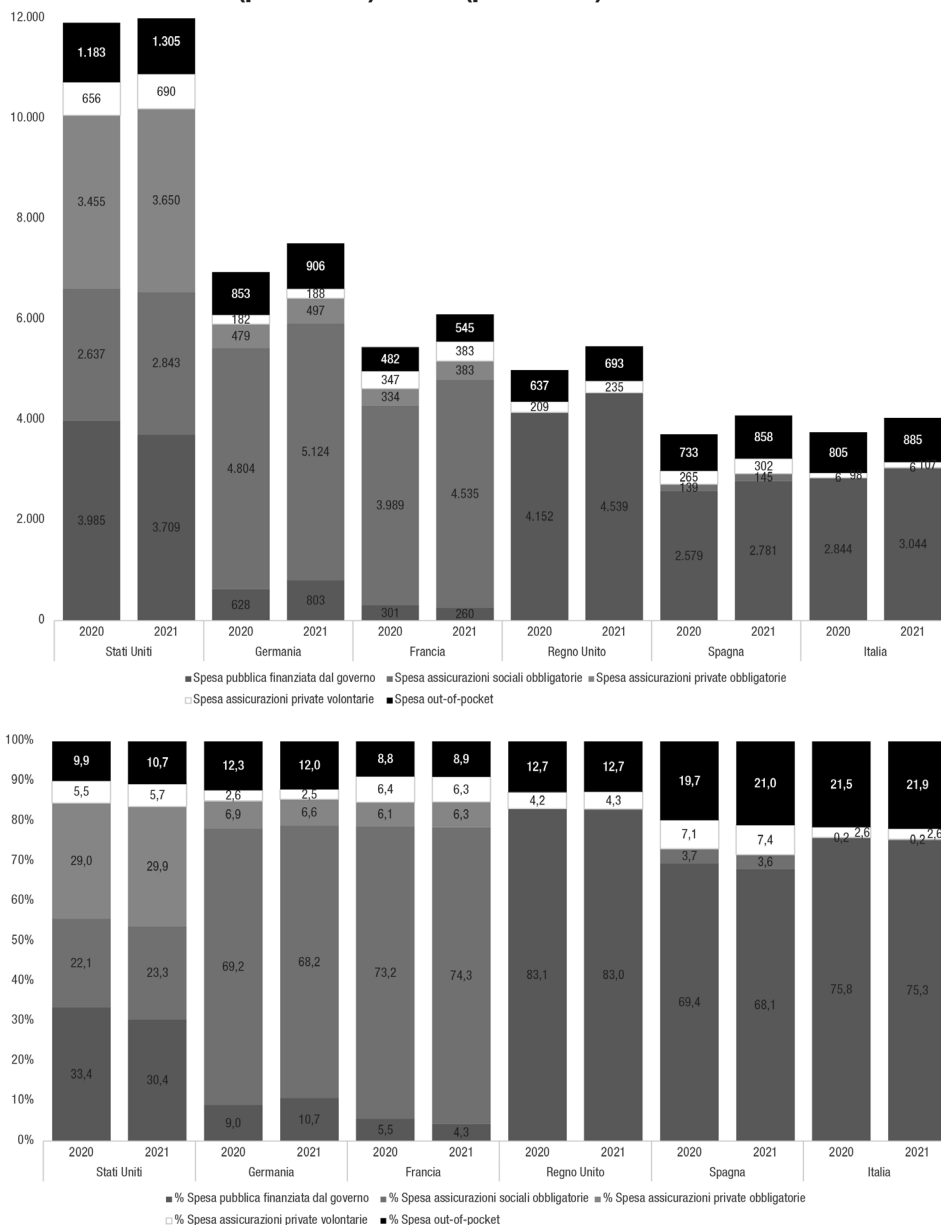
La Figura 3.4 mostra la composizione della spesa sanitaria pro-capite negli ultimi due anni di rilevazione disponibili (2020 e 2021), sia in termini assoluti sia in termini percentuali. Guardando alla distribuzione in termini percentuali, la componente pubblica e assicurativa obbligatoria (sociale e privata) prevista *ex-lege* è molto elevata e prevalente in tutti i Paesi, compresa nel 2021 tra il 73% (Spagna) e l'85% (Stati Uniti, Germania e Francia). Tuttavia, si rilevano delle differenze a seconda degli assetti istituzionali: nei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (Italia, Regno Unito e Spagna) la componente più rilevante è rappresentata dalla spesa pubblica finanziata dal governo, mentre nei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (Francia e Germania) la componente più rilevante è rappresentata dalla spesa per assicurazioni sociali. Negli Stati Uniti, un'importante voce di spesa è quella relativa alle assicurazioni private obbligatorie, che rappresentano il 30% della spesa sa-

---

<sup>4</sup> 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 rispetto al reddito. Infatti, una quota di spesa pubblica elevata corrisponde ad una forte azione di redistribuzione della ricchezza, contribuendo a rendere il sistema più equo nell'accesso alle prestazioni. 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. 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 6) in quanto presenta dinamiche proprie e non banalizzabili con una semplice lettura «per differenza» rispetto alla copertura pubblica.



**Figura 3.4** **Composizione della spesa sanitaria pro-capite: finanziata dal governo, per premi assicurativi obbligatori (sociali e privati), per assicurazioni private volontarie e out-of-pocket (2020-2021) in \$PPA (pannello A) e in % (pannello B)**



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2023.

nitaria pro-capite nel 2021 (componente molto più ridotta o pressoché nulla nei Paesi Europei).

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 non garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (*out-of-pocket* in senso stretto) e le compartecipazioni per prestazioni solo parzialmente coperte dalla spesa pubblica.

Nel 2021, la componente *out-of-pocket* registra una notevole variabilità tra i Paesi analizzati, dall'8,8% della Francia al 21,5% dell'Italia (Figura 3.4). In termini assoluti, la spesa *out-of-pocket* negli Stati Uniti risulta la più elevata, sia nel 2020 che nel 2021. Il dato italiano suggerisce che circa un quarto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricada direttamente sull'individuo nel momento del consumo.

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 (Tinghög *et al.*, 2010). 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 potenzialmente 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.

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

#### 3.3.1 Il finanziamento del SSN

Prima di illustrare i dati riferiti al sistema italiano è bene chiarire il concetto di «finanziamento del SSN» con il quale si fa riferimento, in genere, a due concetti differenti:

1. 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 di competenza del livello nazionale. Non corrisponde quindi alla totalità delle risorse disponibili ma si tratta di una delle fonti di finanziamento del SSN.

2. Il secondo concetto, invece, fa riferimento alle risorse complessivamente disponibili per il SSN (riportate anche a livello nazionale nei conti ministeriali con la dicitura «ricavi del SSN»). Con questa seconda accezione si fa riferimento all'insieme delle fonti di finanziamento provenienti da diversi livelli (pubblica internazionale, nazionale, regionale ma anche privata da singoli cittadini e istituzioni private) e deve essere necessariamente considerata a consuntivo in quanto numerose di queste fonti non prevedono assegnazione iniziale ma sorgono in corso di esercizio. In questo caso la dicitura ricavi è coerente con la necessità di considerare tutte le risorse, sia quelle assegnate ex ante ma anche quelle collegate a specifici servizi ed attività erogate. Infatti, nella voce «finanziamento del SSN» rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN<sup>5</sup> e i trasferimenti da soggetti privati.

In questo capitolo vengono presentati dati ed evidenze relativi ad entrambe le interpretazioni, specificando di volta in volta a quale si fa riferimento. Invece è solo in relazione al secondo concetto di finanziamento (quello assimilabile ai ricavi sul livello aziendale) che viene calcolato il disavanzo. Questo perché, 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 differenze nel valore complessivo dei finanziamenti. Queste ultime possono essere dovute a:

- ▶ ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e delle Province Autonome, stanziato 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>6</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 2022, il livello di finanziamento complessivo da destinare alla spesa del SSN cui ha concorso ordinariamente lo Stato era stato inizialmente definito in 124.061,00 milioni di Euro (L. 234/2021, art. 1, c. 258).

<sup>5</sup> Soprattutto ticket e proventi per le attività intramoenia.

<sup>6</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.

Tabella 3.1 **Importi ad incremento del finanziamento iniziale**

Importo (milioni di Euro)	Descrizione	Riferimento normativo
100	Fondo per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi	L. 234/2021, art. 1, c. 259
194	Aumento del numero dei contratti di formazione specialistica dei medici	L. 234/2021, art. 1, c. 260
-10	Riduzione del fondo destinato a promuovere il benessere e la persona (istituito con D.L. 73/2021, art. 33, c. 6-bis)	L. 234/2021, art. 1, c. 290 e 292
10	Potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica	D.L. 228/2021, art. 1-quater, c. 2 e 4
25	Finanziamento delle spese relative a sessioni di psicoterapia	D.L. 228/2021, art. 1-quater, c. 3
200	Finanziamento dei maggiori costi per gli Enti del Servizio sanitario nazionale determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche	D.L. 50/2022, art. 40, c. 1
1.400	Finanziamento dei maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e dal perdurare degli effetti della pandemia	D.L. 144/2022, art. 5, c. 3

Tale valore è stato successivamente incrementato, soprattutto per fronteggiare il caro energia vissuto nel corso del 2022, nella misura di 1.919,00 milioni di Euro (il dettaglio di destinazioni, singoli importi e relativi riferimenti normativi è riportato nella Tabella 3.1).

A fronte di tali incrementi, che determinano un finanziamento pari a 125.980,00 milioni di Euro, è stato previsto un vincolo di destinazione per il finanziamento del Fondo per il concorso statale al rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi (L. 232/2016, art. 1, c. 401), pari a 764 milioni di Euro.

Al netto di questo importo vincolato, il finanziamento finale è stato quantificato in 125.216,00 milioni di Euro (125,2 miliardi), con un incremento assoluto di 1.155 milioni di Euro (1,2 miliardi) rispetto al livello di stanziamento inizialmente previsto (in sede di preventivo e assegnazioni iniziali).

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

1. finanziamento indistinto: 119.724,16 milioni di Euro (119,7 miliardi; 95,6% del finanziamento). Questo valore, comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate nei precedenti riparti, è ottenuto come differenza tra lo stanziamento totale e 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 genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
2. finanziamento vincolato e programmato<sup>7</sup> per regioni e PP.AA.: 3.953,61 milioni di Euro (3,9 miliardi; 3,2% del finanziamento);

<sup>7</sup> Finanziamento per progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e ad altre attività previste da specifiche norme di legge (es. finanziamento degli oneri

3. finanziamento finalizzato per regioni e PP.AA. legato a interventi normativi adottati per emergenza sanitaria e ripartito separatamente: 59, milioni di Euro (0,05% del finanziamento);
4. finanziamento vincolato per altri enti: 974,31 milioni di Euro (0,8% del finanziamento);
5. accantonamenti: 503,92 milioni di Euro<sup>8</sup> (0,4% del finanziamento).

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2022 e le variazioni rispetto al 2021 sono contenute nella Tabella 3.2.

Tabella 3.2 **Articolazione delle risorse finanziarie stanziato dallo Stato per il 2022 e variazione 2021-2022 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2022	Anno 2021	Variazione 2021-2022
<b>1. Finanziamento indistinto di cui</b>	<b>119.724</b>	<b>116.296</b>	<b>2,95%</b>
1.1 Ospedale Bambin Gesù	258	261	-1,14%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	37	39	-5,78%
1.3 Finanziamento finalizzato	6.031	1.947	209,80%
1.3.1 Prevenzione e cura fibrosi cistica	4	-	-
1.3.2 Gioco d'azzardo	50	50	0,00%
1.3.3 Rinnovo convenzioni SSN	69	69	0,00%
1.3.4 Emersione extracomunitari	200	200	0,00%
1.3.5 Vaccini NPNV	186	186	0,00%
1.3.6 Stabilizzazione personale	150	150	0,00%
1.3.7 Finanziamento screening neonatale	34	34	0,00%
1.3.8 Fondi contrattuali dirigenza medica e professioni sanitarie	85	54	57,41%
1.3.9 Trasmissione certificati telematicamente ed altro	25	25	1,50%
1.3.10 Copertura soppressione superticket	554	554	0,00%
1.3.11 Concorso al finanziamento interventi titolo primo D.L. 34/2020	1.500	500	200,00%
1.3.12 Spesa per il personale per piano territoriale e ospedaliero (artt. 1-2 D.L. 34/2020)	1.116	-	-

derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari OPG, finanziamento della medicina penitenziaria, finanziamento della medicina veterinaria).

<sup>8</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. Il costo medio pro-capite delle tre Regioni benchmark viene quindi rapportato alla popolazione pesata per genere ed età dell'anno di riferimento. 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.

Tabella 3.2 (segue)

Designazione risorse	Anno 2022	Anno 2021	Variazione 2021-2022
1.3.13 Indennità tutela malato e promozione salute per professioni sanitarie e OSS	100	100	0,00%
1.3.14 Incremento indennità di esclusività della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria	500	–	-
1.3.15 Incremento indennità di specificità infermieristica	335	–	-
1.3.16 Finanziamento proroga USCA	105	–	-
1.3.17 Indennità di natura accessoria per dirigenza medica e personale del comparto sanità	90	–	-
1.3.18 Aggiornamento LEA	200	–	-
1.3.19 Finanziamento Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan-Flu) 2021-2023	200	–	-
1.3.20 Potenziamento servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	8	–	-
1.3.21 Attivazione di incarichi di lavoro autonomo a psicologi	20	–	-
1.3.22 Recupero liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, screening e ricovero ospedaliero	500	–	-
1.3.23 Sperimentazione strutture di prossimità	–	25	-100,00%
<b>2. Finanziamento vincolato e programmato per regioni e PPAA.</b>	<b>3.954</b>	<b>2.202</b>	<b>79,57%</b>
2.1 Obiettivi PSN	1.500	1.500	0,00%
2.2 Emergenza veterinaria	80	40	100,00%
2.3 Emersione lavoratori extracomunitari	340	340	0,00%
2.4 Finanziamento prestazioni erogate in mobilità attiva dagli IRCCS	20	20	0,00%
2.5 Finanziamento implementazione standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici per potenziamento assistenza territoriale	91	–	-
2.6. Piano straordinario per assunzione di personale medico, sanitario e socio-sanitario per garantire esigibilità dei LEA nella regione Calabria	12	–	-
2.7 Finanziamento dei maggiori costi per aumento dei prezzi delle fonti energetiche	200	–	-
2.8 Attività di medicina penitenziaria	7	7	0,00%
2.9 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	165	0,00%
2.10 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	55	54	1,86%
2.11 Borse di studio triennali medici medicina generale	69	69	0,00%
2.12 Riabilitazione termale motoria e neuromotoria, riabilitazione termale del motuleso e riabilitazione della funzione respiratoria e cardiorespiratoria	5	5	0,00%
2.13 Interventi di potenziamento delle attività di prevenzione e rafforzamento dei servizi erogati dai Dipartimenti di prevenzione per la sicurezza nei luoghi di lavoro	10	–	-
2.14 Finanziamento dei maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e al perdurare degli effetti della pandemia	1.400	–	-
2.18 Corsi di formazione specifica di medicina generale in relazione al corso 2021-2023	–	2	-100,00%
<b>3. Finalizzato per regioni e PPAA. legato a interventi normativi adottati per emergenza sanitaria e già ripartito</b>	<b>60</b>	<b>1.785</b>	<b>-96,64%</b>
3.1 Esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex Covid	25	29	-13,22%
3.2 Potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica	10	–	-
3.3 Bonus psicologo	25	–	-
3.4 Spesa personale per piano territoriale e ospedaliero	–	1.116	-100,00%

Designazione risorse	Anno 2022	Anno 2021	Variazione 2021-2022
3.5 Tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS)	–	70	-100,00%
3.6 Prestazioni aggiuntive personale per somministrazione vaccini Covid	–	100	-100,00%
3.7 Fondo per MMG e altri per somministrazione vaccini Covid	–	345	-100,00%
3.8 Fondo MMG per retribuzione indennità personale infermieristico	–	25	-100,00%
3.9 Fondo PLS per retribuzione indennità personale infermieristico	–	10	-100,00%
3.10 Proroga 4 mesi disposizioni Covid Hotel	–	52	-100,00%
3.11 Indennità Covid per lavoratori in somministrazione comparto sanità	–	8	-100,00%
3.12 Potenziamento neuropsichiatria infantile e adolescenziale (reclutamento professionisti sanitari e assistenti sociali)	–	8	-100,00%
3.13 Potenziamento neuropsichiatria infantile e adolescenziale (reclutamento psicologi)	–	20	-100,00%
3.14 Prevenzione per la sicurezza negli ambienti e sui luoghi di lavoro	–	3	-100,00%
<b>4. Finanziamento vincolato per altri enti</b>	<b>974</b>	<b>723</b>	<b>34,85%</b>
4.1 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	266	0,00%
4.2 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	42	13	220,06%
4.3 Croce Rossa Italiana	6	6	0,00%
4.6 Centro Nazionale Trapianti	2	2	0,00%
4.5 Mutui CC.DD.PP.	3	3	0,00%
4.1 Borse di studio specializzandi	656	433	51,55%
<b>5. Accantonamenti</b>	<b>504</b>	<b>391</b>	<b>29,01%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>125.216</b>	<b>121.396</b>	<b>3,15%</b>

Fonte: Delibera n. 4/2023. Fondo sanitario nazionale 2022. Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (GU n.68 del 21-3-2023).

Per il 2022, le percentuali di finanziamento da attribuire ai sub-livelli assistenziali sono stati determinati come segue:

- ▶ distrettuale: 51%;
  - territoriale: 18,86%<sup>9</sup>;
  - specialistica: 13,30%<sup>10</sup>;
  - farmaceutica: 11,84%<sup>11</sup>;
  - medicina di base: 7,00%;
- ▶ ospedaliera: 44%;
- ▶ prevenzione: 5%.

<sup>9</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).

<sup>10</sup> Questa voce comprende tutte le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale.

<sup>11</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.

Per la definizione dell'assegnazione del finanziamento a livello regionale, anche per l'anno 2022, in linea con il 2021, sono state considerate cinque (invece di tre) regioni di riferimento: Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lombardia e Veneto<sup>12</sup>. Coerentemente con quanto disposto dall'art. 27 del D.lgs. 68/2011<sup>13</sup>, la quota percentuale assicurata alla migliore regione benchmark è stata uguale o superiore a quella già assegnata alla stessa regione l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione. Per l'anno 2022, la migliore regione benchmark è l'Emilia-Romagna, la cui quota di accesso è pari a 7,5467%. La Tabella 3.3 mostra la quota del finanziamento indistinto assegnata a ciascuna regione e P.P.A.A. per l'anno 2022, in termini assoluti e relativi, e la percentuale di popolazione residente al 1° gennaio 2021 utilizzata per il riparto.

### *Le risorse complessivamente disponibili per il SSN*

Le risorse complessivamente disponibili per il SSN<sup>14</sup> per l'anno 2022 (Tabella 3.4, dati aggiornati al 19 ottobre 2023) ammontano complessivamente a 133,77 miliardi di Euro, di cui 133,14 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>15</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<sup>16</sup>), le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN (ticket), i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati<sup>17</sup>. Non includono, invece, i proventi della gestione

<sup>12</sup> In via transitoria, per gli anni 2021 e 2022, l'85% del finanziamento indistinto è stato ripartito secondo la metodologia dei costi standard e il restante 15% sulla base della popolazione residente (al 1° gennaio 2020 e 2021 rispettivamente).

<sup>13</sup> Il D.lgs 68/2011 prevede che, a partire dal 2013, il fabbisogno sanitario nazionale standard sia 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 (nel 2021 cinque) per la determinazione dei costi e fabbisogni standard.

<sup>14</sup> Dal 2012, sono riportate come ricavi a consuntivo per tutte le regioni e P.P.A.A. (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. Il gettito della maggiorazione delle aliquote è contabilizzato come risorsa aggiuntiva erogata dalla regione per la copertura dei LEA.

<sup>15</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>16</sup> IRPEF: Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRAP: Imposta regionale sulle attività produttive.

<sup>17</sup> Gli ulteriori trasferimenti comprendono, oltre la quota parte del fabbisogno nazionale ri-



Tabella 3.3 **Riparto finanziamento indistinto a livello regionale per il 2022 – valori assoluti (milioni di Euro) e quote d'accesso**

	Valori assoluti	Quote di accesso	% popolazione residente (1 gennaio 2021)
Piemonte	8.795	7,35%	7,22%
Valle d'Aosta	255	0,21%	0,21%
Lombardia	20.101	16,79%	16,85%
Bolzano	1.061	0,89%	0,90%
Trento	1.089	0,91%	0,92%
Veneto	9.880	8,25%	8,22%
Friuli VG	2.483	2,07%	2,03%
Liguria	3.184	2,66%	2,56%
Emilia R	9.053	7,56%	7,49%
Toscana	7.592	6,34%	6,23%
Umbria	1.784	1,49%	1,46%
Marche	3.062	2,56%	2,53%
Lazio	11.515	9,62%	9,67%
Abruzzo	2.606	2,18%	2,16%
Molise	603	0,50%	0,50%
Campania	11.047	9,23%	9,49%
Puglia	7.895	6,59%	6,64%
Basilicata	1.106	0,92%	0,92%
Calabria	3.726	3,11%	3,14%
Sicilia	9.632	8,04%	8,16%
Sardegna	3.255	2,72%	2,68%
<b>Totale</b>	<b>119.724</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: i) Elaborazione su Delibera n. 4/2023. Fondo sanitario nazionale 2022. Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (GU n.68 del 21-3-2023); ii) Dati ISTAT per popolazione residente.

straordinaria<sup>18</sup> e l'intramoenia, che sono portati in detrazione al livello di spesa come da prassi indicata dal Ministero della Salute.

Nel 2022, il rapporto tra finanziamento complessivo<sup>19</sup> del SSN e PIL è diminuito di 0,3 punti percentuali rispetto al 2021 (da 7,3% a 7,0%) (Tabella 3.5). La diminuzione del rapporto è dovuta ad un aumento più consistente del denominatore (PIL) rispetto al numeratore (finanziamento del SSN). Il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 2.266 Euro (+2,82% rispetto al 2021). Complessivamente, si registra un incremento del 2,46% delle risorse totali<sup>20</sup>

partito 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>18</sup> Per gestione straordinaria si intende un'area del conto economico in cui vengono registrati i costi e i ricavi (oneri e proventi) di natura straordinaria rispetto alla gestione ordinaria dell'azienda e all'esercizio in corso.

<sup>19</sup> Vedi nota a Tabella 3.6.

<sup>20</sup> A partire dall'anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i costi capitalizzati (2,16 miliardi di Euro per il 2021) e il riparto della quota premiale (0,39 miliardi di

Tabella 3.4 **Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2022 e variazione 2021-2022**

Ricavi	Miliardi di Euro (2022)	Variazione 2021-2022 (miliardi di Euro)	Variazione 2021-2022 (%)
<b>1. Regioni e PPAA.</b>	<b>133,14</b>	<b>3,21</b>	<b>2,47%</b>
1.1 Irap e Addizionale Irpef	31,56	1,00	3,28%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	73,06	2,18	3,08%
1.3 Riparto quota premiale	0,50	0,11	29,01%
1.4 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	14,59	-0,07	-0,49%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	2,72	-0,01	-0,29%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	7,41	0,07	1,01%
1.7 Costi capitalizzati	2,36	0,10	4,28%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	0,94	-0,18	-15,96%
<b>2. Altri enti del SSN</b>	<b>0,63</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00%</b>
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,63	0,00	0,00%
<b>Totale</b>	<b>133,77</b>	<b>3,21</b>	<b>2,46%</b>

Nota: Gli importi sono al netto dei proventi della gestione straordinaria e di quelli dell'intramoenia.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023)

rispetto ai valori dell'anno precedente (Tabella 3.4), quantomeno in termini nominali. Questi valori devono infatti essere letti anche alla luce dell'andamento dell'inflazione che ha caratterizzato il 2022 (pari al +8,1% vs +1,9% del 2021<sup>21</sup>). I dati in termini reali (quindi considerati al netto dell'inflazione<sup>22</sup>) mostrano che il finanziamento complessivo per il 2022 ammonta a 118,17 miliardi di Euro, con una variazione del -5,23% rispetto al 2021 (anno in cui il finanziamento in termini reali era pari a 124,70 miliardi di Euro).

### 3.3.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), aggiornati al 19 ottobre 2023 e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente relativa al 2022 a carico del SSN<sup>23</sup> è stata pari a 134,06 miliardi di Euro e ha subito un aumento del 2,7% rispetto al 2021 (Tabella 3.5), corrispondente a 3,49 miliardi, e del 3,7% (incremento medio) rispetto al 2019. Il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL diminuisce rispetto al 2021, passando

Euro per il 2021). 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.

<sup>21</sup> Variazione media annua dell'indice generale dei prezzi al consumo NIC (fonte: ISTAT)

<sup>22</sup> La spesa in termini reali è calcolata a partire dalla spesa in termini nominali applicando l'indice generale dei prezzi al consumo NIC (media annua).

<sup>23</sup> Regioni, Province Autonome e altri enti.

dal 7,3% al 7,0%. La diminuzione del rapporto è anche in questo caso dovuta a un aumento più consistente del PIL rispetto alla spesa.

La spesa privata corrente mostra nel 2022 un incremento rispetto al 2020 e al 2021, attestandosi a 38,8 miliardi di Euro e superando, sebbene in maniera contenuta, i livelli pre-pandemia (*cf.* Capitolo 6 del presente Rapporto per approfondimenti sulla spesa sanitaria privata).

Complessivamente, dunque, la spesa sanitaria totale corrente (pubblica<sup>24</sup> e privata) è aumentata del 2,2% nel 2022 rispetto all'anno precedente (172,8 miliardi di Euro, pari al 9,1% del PIL, Tabella 3.5), e ha subito un incremento medio del 2,9% rispetto al 2019. Anche con riferimento alla spesa è bene considerare l'effetto dell'inflazione: il dato del 2022 in termini reali (quindi al netto dell'effetto inflazione) corrisponde a 152,68 miliardi di Euro e segna una variazione del -5,50% rispetto al 2021 (anno in cui la spesa totale in termini reali è stata pari a 161,57 miliardi di Euro).

Guardando al sistema di welfare nel suo complesso, nel 2022, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta del 3,5% rispetto al 2021 e del 4,5% (incremento medio) rispetto al 2019 (Tabella 3.6). Nello stesso anno, la sanità ha assorbito una quota di spesa del 21,3%, paragonabile ai livelli pre-COVID (21,4% nel 2019). La previdenza continua a registrare il peso maggiore sulle spese per prestazioni di protezione sociale (66,9%), sebbene in proporzione inferiore rispetto al 2019 (68,1%). Rispetto al biennio 2020-21, la spesa per assistenza ha subito una lieve contrazione nel 2022. L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità, nonostante l'emergenza pandemica, sia cresciuta meno rispetto alla spesa per assistenza<sup>25</sup> e previdenza<sup>26</sup> (CAGR<sup>27</sup> +1,4% vs +5,9% e +2,1%, rispettivamente).

A fronte di una spesa pubblica corrente pari a 134,06 miliardi di Euro e un finanziamento complessivo pari a 133,77 miliardi di Euro, nel 2022 si registra un disavanzo di circa 290 milioni di Euro (0,2% della spesa sanitaria pubblica corrente, Figura 3.5), valore relativamente contenuto grazie all'iniezione di risorse *una tantum* per il settore stanziato per rispondere all'emergenza sanitaria e alla dinamica inflattiva legata alle recenti contingenze internazionali. Già nei precedenti Rapporti è stata ampiamente sottolineata la tendenza consolidata al mantenimento del pareggio di bilancio, confermata dalla capacità, pur

<sup>24</sup> Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

<sup>25</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>26</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>27</sup> Il CAGR (Compound Average Growth Rate) misura il tasso di crescita medio annuale. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a:  $(\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{(1/3)} - 1$ .

**Tabella 3.5 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020, 2021, 2022) (milioni di Euro)**

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Tasso crescita medio '90/'22	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'22	Tasso crescita medio '19/'22
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	114.578	120.340	126.832	130.567	134.060	3,7%	8,1%	4,1%	1,6%	3,7%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	0,3%	1,1%	5,4%	2,9%	2,7%					
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	73,3%	75,2%	77,7%	78,2%	76,2%	75,8%	77,8%	77,2%	77,6%					
- % sul PIL	5,8%	4,9%	5,7%	6,0%	6,5%	6,9%	6,9%	6,7%	7,6%	7,3%	7,0%					
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	109.135	113.909	120.233	126.936	130.558	133.770	4,3%	7,5%	4,4%	1,7%	3,6%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	10,4%	7,4%	2,1%	-0,5%	1,1%	5,6%	2,9%	2,5%					
- % sul PIL	4,8%	4,8%	5,4%	5,7%	6,1%	6,8%	6,9%	6,7%	7,6%	7,3%	7,0%					
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-5.735	-2.196	-669	-107	104	-9	-290					
- variazione %	-74,5%	-13,9%	17,0%	17,0%	-10,7%	-34,7%	-398,4%	-2,4%	197,2%	-108,8%	3065,4%					
- % sui ricavi netti	19,4%	2,0%	4,8%	5,1%	6,3%	2,0%	0,6%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%					
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.576	25.625	27.808	30.994	35.807	38.441	36.094	38.595	38.774	4,8%	6,8%	2,1%	1,9%	0,3%
- variazione %	-	13,0%	7,8%	0,2%	-0,6%	1,1%	5,6%	1,4%	-6,1%	6,9%	0,5%					
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	26,7%	24,8%	22,3%	21,8%	23,8%	24,2%	22,2%	22,8%	22,4%					
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.749	103.311	124.604	142.324	150.385	158.781	162.925	169.162	172.834	3,9%	7,7%	3,6%	1,6%	2,9%
- variazione %	-	2,7%	10,2%	7,9%	4,5%	1,0%	1,5%	1,1%	2,6%	3,8%	2,2%					
- % sul PIL	7,0%	6,7%	7,7%	7,9%	8,3%	8,8%	9,1%	8,8%	9,8%	9,5%	9,1%					
PIL	717.861	988.244	1.241.512	1.304.137	1.493.635	1.611.280	1.655.355	1.796.648	1.661.020	1.787.676	1.909.153	3,1%	4,7%	2,4%	1,4%	2,0%
- variazione %	-	9,9%	5,6%	5,0%	2,8%	2,2%	1,7%	1,4%	-7,5%	7,6%	6,8%					

**Note:**

- Dati del NSIS: di consuntivo per tutti gli anni.
- Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedaliera 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 performance economica, 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 2022 è una stima IMF.
- La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.

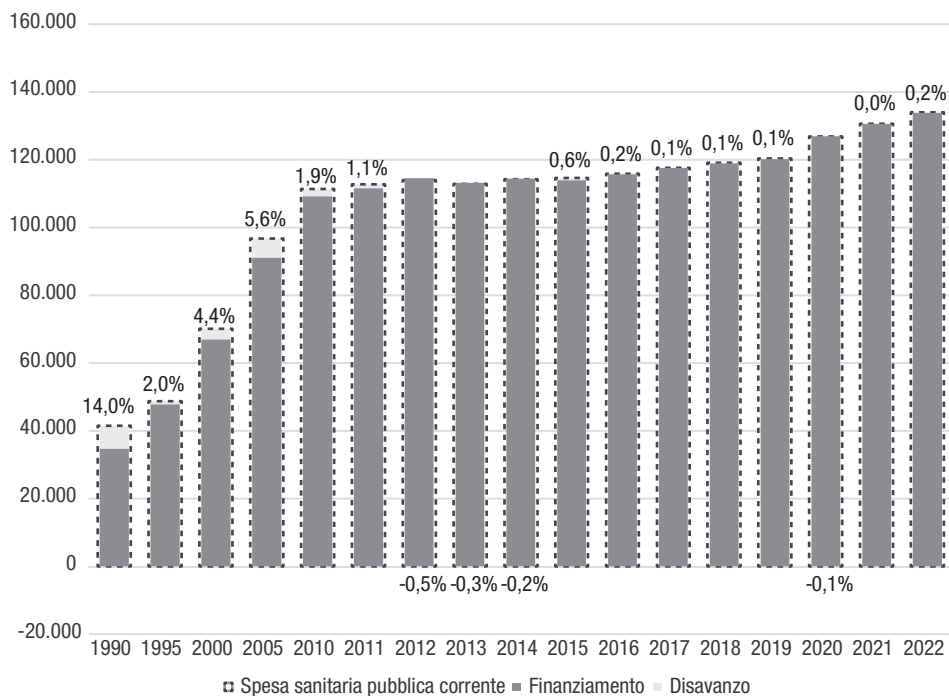
**Fonte:** Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023), ISTAT (2023), IMF (2023).

Tabella 3.6 **Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020, 2021, 2022)**

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Tasso crescita medio '90/'22	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'22	Tasso crescita medio '19/'22
<b>Sanità</b>															
spesa (milioni Euro)	38.790	44.534	63.384	70.185	89.896	104.447	102.922	108.502	114.960	119.764	123.429	3,7%	7,9%	4,5%	1,4%
% sul totale	26,5%	20,3%	22,5%	23,6%	24,9%	23,8%	21,8%	21,4%	20,8%	21,4%	21,3%				
var. %	-	-1,2%	12,3%	10,7%	6,7%	2,3%	0,2%	1,1%	6,0%	4,2%	3,1%				
<b>Previdenza</b>															
spesa (milioni Euro)	96.413	159.556	200.375	208.045	244.675	300.998	322.747	345.766	368.179	370.827	387.947	4,4%	4,5%	4,2%	2,1%
% sul totale	65,7%	72,7%	71,0%	69,9%	67,9%	68,5%	68,5%	68,1%	66,7%	66,2%	66,9%				
var. %	-	17,7%	2,2%	3,8%	3,3%	3,3%	1,0%	2,9%	6,5%	0,7%	4,6%				
<b>Assistenza</b>															
spesa (milioni Euro)	11.447	15.508	18.425	19.575	25.904	34.167	45.789	53.540	68.641	69.764	68.315	5,7%	4,0%	6,4%	5,9%
% sul totale	7,8%	7,1%	6,5%	6,6%	7,2%	7,8%	9,7%	10,5%	12,4%	12,4%	11,8%				
var. %	-	2,2%	4,4%	6,2%	1,5%	-3,0%	9,3%	6,5%	28,2%	1,6%	-2,1%				
<b>Totale</b>	146.650	219.598	282.184	297.805	360.475	439.612	471.458	507.808	551.780	560.355	579.691	4,4%	5,2%	4,4%	4,5%
var. %	-	12,1%	4,5%	5,5%	4,0%	2,6%	1,5%	2,9%	8,7%	1,6%	3,5%				

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT (2023).

Figura 3.5 **Spesa sanitaria pubblica corrente, finanziamento e disavanzo (valori assoluti e in % della spesa sanitaria pubblica corrente) (1990, 1995, 2000, 2005, 2010-2022)**

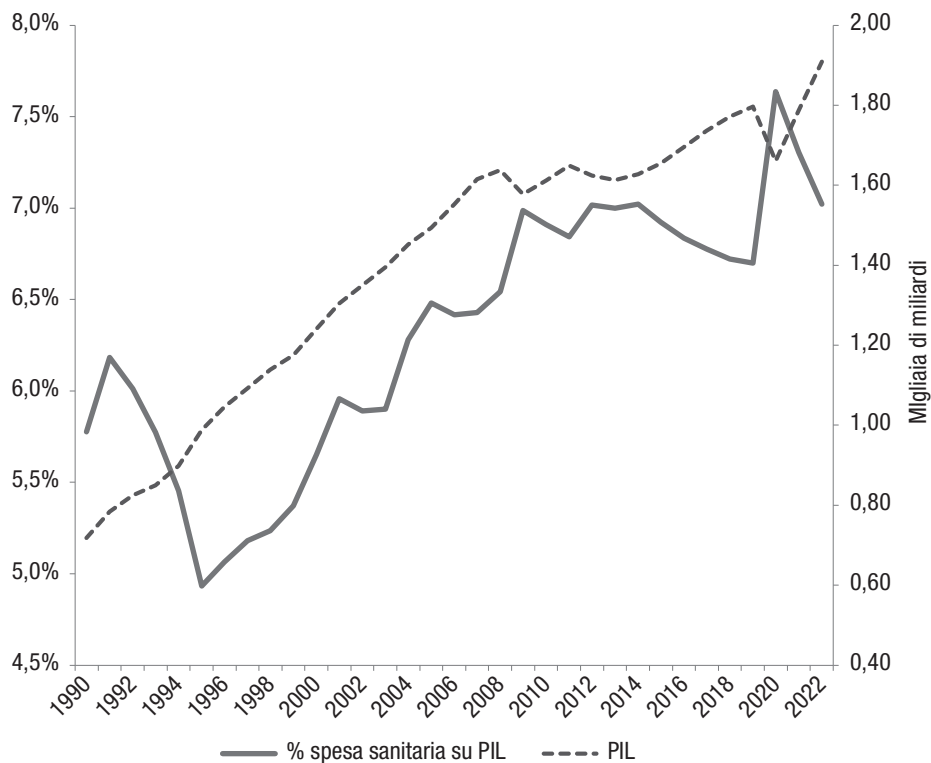


Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

nell'emergenza, di chiudere l'esercizio con un disavanzo contenuto e pressoché fisiologico nei suoi importi, soprattutto se confrontato con i livelli annuali di disavanzo prodotti prima del 2012. È utile ribadire, tuttavia, che questa considerazione sul contenimento del disavanzo riguarda esclusivamente la tenuta 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; tanto più che, a partire dal 2022, l'analisi degli avanzi e disavanzi a livello regionale (si veda paragrafo successivo) segnala un ritorno a preoccupanti livelli di disavanzo, portando a riconsiderare le strategie di ricerca di un equilibrio economico complessivo o (in alternativa) dei livelli assistenziali garantiti.

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 (Figura 3.6). Per una lettura dei trend storici, si rimanda al capitolo 4 del Rapporto OASI 2018 (Armeni *et al.*, 2018) e al Rapporto OASI 2020 (Armeni *et al.*, 2020). Nel 2022, continua da un lato la ri-

Figura 3.6 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1990-2022)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023), IMF (2023).

presa del PIL già osservata nel 2021, e dall'altra, la diminuzione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica, segnale preoccupante rispetto alla possibilità del SSN di allinearsi ai bisogni di salute espressi dal Paese, anche considerando gli investimenti che dovrebbero conseguire la piena implementazione del PNRR.

### 3.4 Il posizionamento delle regioni: livelli di spesa e scelte di finanziamento

Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (in termini nominali, quindi al lordo dell'inflazione) è stata pari a 2.260 Euro (dati aggiornati al 19 ottobre 2023), con un tasso di crescita rispetto al 2021 superiore a quello della spesa complessiva (+3,0% vs +2,7%, Tabella 3.7). Questa differenza si spiega attraverso la dinamica della crescita della popolazione, che ha subito una contrazione nell'ultimo anno osservato (-0,35%). Come già sottolineato nel para-



**Tabella 3.7 Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2015; 2019-2022)**

Valori pro-capite (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Variazione 2021-2022	Tasso crescita medio '90/'22	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'22	Tasso crescita medio '19/'22
Piemonte	688	828	1.319	1.415	1.679	1.924	1.878	2.008	2.111	2.208	2.242	1,5%	3,8%	9,3%	3,5%	1,3%	3,7%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.522	1.830	2.188	2.130	2.136	2.368	2.510	2.561	2,0%	3,9%	9,7%	4,1%	1,3%	6,2%
Lombardia	709	868	1.198	1.344	1.589	1.842	1.941	2.045	2.151	2.208	2.266	2,7%	3,7%	7,6%	3,6%	1,7%	3,5%
Boziano	722	995	1.603	1.683	2.067	2.196	2.290	2.460	2.710	2.838	2.882	1,6%	4,4%	9,2%	3,0%	2,3%	5,4%
Trento	731	907	1.327	1.533	1.731	2.102	2.167	2.288	2.431	2.478	2.630	6,1%	4,1%	9,2%	3,6%	1,9%	4,7%
Veneto	746	861	1.257	1.365	1.617	1.806	1.851	1.989	2.155	2.237	2.303	2,9%	3,6%	8,0%	3,2%	2,0%	5,0%
Friuli VG	730	868	1.241	1.361	1.655	1.993	1.979	2.184	2.239	2.345	2.440	4,1%	3,8%	7,8%	4,3%	1,7%	3,8%
Liguria	841	957	1.374	1.505	1.851	2.036	2.066	2.164	2.240	2.342	2.455	4,8%	3,4%	7,8%	3,4%	1,6%	4,3%
Emilia R	856	975	1.282	1.422	1.708	1.945	2.033	2.127	2.319	2.330	2.432	4,4%	3,3%	6,5%	3,5%	1,9%	4,6%
Toscana	788	891	1.256	1.412	1.658	1.911	1.994	2.089	2.254	2.302	2.359	2,5%	3,5%	8,0%	3,4%	1,8%	4,1%
Umbria	766	865	1.273	1.376	1.646	1.839	1.905	2.020	2.135	2.226	2.341	5,2%	3,6%	8,0%	3,3%	2,0%	5,0%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.571	1.810	1.817	1.951	2.049	2.150	2.236	4,0%	3,1%	7,4%	3,3%	1,8%	4,6%
Lazio	788	891	1.319	1.464	1.930	2.030	1.927	1.932	2.061	2.118	2.173	2,6%	3,2%	8,6%	3,7%	0,6%	4,0%
Abruzzo	724	761	1.299	1.383	1.745	1.760	1.814	1.954	2.022	2.089	2.191	4,9%	3,5%	10,5%	2,7%	1,8%	3,9%
Molise	678	776	1.164	1.387	2.047	2.098	2.094	2.473	2.323	2.472	2.519	1,9%	4,2%	10,2%	4,7%	1,5%	0,6%
Campania	692	743	1.163	1.300	1.679	1.724	1.728	1.844	1.952	2.058	2.093	1,7%	3,5%	9,8%	3,2%	1,6%	4,3%
Puglia	671	783	1.123	1.223	1.522	1.769	1.779	1.912	1.988	2.109	2.177	3,3%	3,7%	7,7%	4,2%	1,7%	4,4%
Basilicata	603	707	1.079	1.184	1.513	1.816	1.851	1.926	2.034	2.131	2.217	4,0%	4,2%	9,0%	4,9%	1,7%	4,8%
Calabria	586	721	1.142	1.254	1.435	1.750	1.746	1.909	1.952	1.965	2.237	13,8%	4,3%	9,7%	3,8%	2,1%	5,4%
Sicilia	700	747	1.073	1.254	1.568	1.687	1.758	1.909	2.003	2.103	2.104	0,0%	3,5%	9,0%	3,4%	1,9%	3,3%
Sardegna	695	860	1.173	1.288	1.644	1.892	2.006	2.076	2.132	2.288	2.378	3,9%	3,9%	7,0%	4,4%	1,9%	4,6%

Tabella 3.7 (segue)

Valori pro-capite (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Variazione 2021-2022	Tasso crescita medio '90/'22	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'22	Tasso crescita medio '19/'22
<b>Totale</b>	730	846	1.223	1.356	1.660	1.856	1.889	2.001	2.116	2.194	2.260	3,0%	3,6%	8,2%	3,6%	1,7%	4,1%
<b>Nord</b>	745	891	1.265	1.393	1.659	1.897	1.950	2.068	2.198	2.265	2.334	3,1%	3,6%	7,7%	3,5%	1,7%	4,1%
<b>Centro</b>	792	894	1.284	1.426	1.773	1.948	1.932	1.990	2.125	2.188	2.251	2,9%	3,3%	8,1%	3,5%	1,2%	4,2%
<b>Sud e Isole</b>	678	767	1.138	1.271	1.600	1.750	1.784	1.917	1.998	2.099	2.164	3,1%	3,7%	8,8%	3,6%	1,8%	4,1%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>						1.822	1.813	1.909	2.003	2.090	2.151	2,9%	n.d.	n.d.	n.d.	1,4%	4,0%
<i>Regioni non soggette a piani di rientro</i>						1.887	1.959	2.063	2.191	2.262	2.333	3,1%	n.d.	n.d.	n.d.	1,8%	4,2%
<b>Coefficiente Variazione</b>	9,55%	9,70%	9,72%	8,47%	9,77%	7,95%	7,82%	8,38%	8,55%	8,68%	8,19%						
<b>Rapporto max/min</b>	46,2%	40,7%	49,3%	42,2%	44,1%	30,2%	32,5%	34,1%	38,8%	44,4%	37,7%						

*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 (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023) ed ISTAT (2023).

grafo precedente, è importante valutare questi dati alla luce delle dinamiche inflazionistiche, che rendono la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite in termini reali pari a 1.997 Euro per il 2022 e 2.095 Euro per il 2021.

Il dato presenta notevoli differenze tra le regioni e PPA, nonostante tutte abbiano registrato un incremento della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite tra il 2021 e il 2022. L'entità della variazione della spesa pro-capite, significativamente diversa da regione a regione, è frutto di diverse necessità dei territori, nonché di policy e modelli di *governance* regionale eterogenei che portano a esiti diversi rispetto al finanziamento e alla spesa. La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione<sup>28</sup>, nel 2022 è tendenzialmente in linea con quanto registrato nei tre anni precedenti.

La Tabella 3.8 e la Figura 3.7 mostrano la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità (spesa riferita all'utilizzo delle strutture della regione), al netto della stessa (spesa riferita alla popolazione residente nella regione) e il saldo pro-capite della mobilità. È da notare come, per alcune regioni, il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Basilicata e (in positivo) per il Molise e l'Emilia-Romagna (si veda anche la Figura 3.8).

Tabella 3.8 **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 (2022). Valori assoluti (v.a.) e numeri indice (n.i)**

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	2.242	99,2	2.242	99,2	-0,3	-0,01%
Valle d'Aosta	2.561	113,3	2.648	117,1	-86,3	-3,37%
Lombardia	2.266	100,3	2.241	99,1	25,6	1,13%
Bolzano	2.882	127,5	2.886	127,7	-3,6	-0,12%
Trento	2.630	116,3	2.636	116,6	-6,6	-0,25%
Veneto	2.303	101,9	2.269	100,4	34,5	1,50%
Friuli VG	2.440	107,9	2.437	107,8	2,3	0,10%
Liguria	2.455	108,6	2.488	110,1	-33,1	-1,35%
Emilia R	2.432	107,6	2.364	104,6	68,6	2,82%
Toscana	2.359	104,3	2.355	104,2	3,2	0,13%
Umbria	2.341	103,6	2.359	104,4	-18,4	-0,78%
Marche	2.236	98,9	2.250	99,5	-14,1	-0,63%
Lazio	2.173	96,1	2.175	96,2	-2,5	-0,11%
Abruzzo	2.191	96,9	2.251	99,6	-60,0	-2,74%
Molise	2.519	111,4	2.395	106,0	123,9	4,92%
Campania	2.093	92,6	2.129	94,2	-35,3	-1,69%

<sup>28</sup> Calcolato come rapporto tra deviazione standard e media.

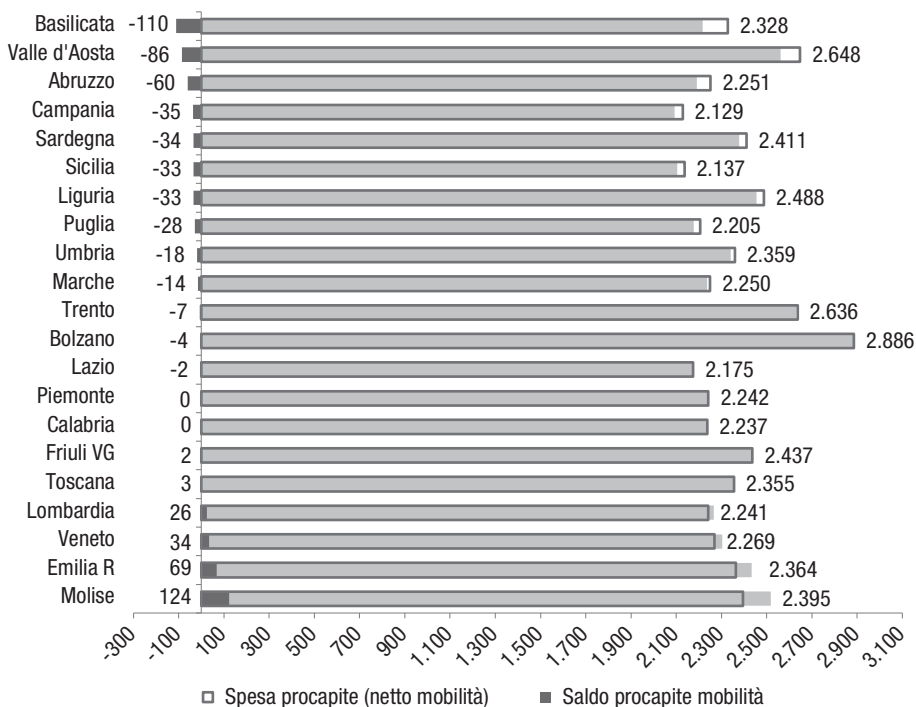
Tabella 3.8 (segue)

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
Puglia	2.177	96,3	2.205	97,6	-27,7	-1,27%
Basilicata	2.217	98,1	2.328	103,0	-110,4	-4,98%
Calabria	2.237	99,0	2.237	99,0	0,0	0,00%
Sicilia	2.104	93,1	2.137	94,5	-33,2	-1,58%
Sardegna	2.378	105,2	2.411	106,7	-33,8	-1,42%
<b>Totale</b>	<b>2.260</b>	<b>100,0</b>	<b>2.260</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,00%</b>
<b>Nord</b>	<b>2.334</b>	<b>103,3</b>	<b>2.310</b>	<b>102,2</b>	<b>24,1</b>	<b>1,03%</b>
<b>Centro</b>	<b>2.251</b>	<b>99,6</b>	<b>2.254</b>	<b>99,7</b>	<b>-3,3</b>	<b>-0,15%</b>
<b>Sud e Isole</b>	<b>2.164</b>	<b>95,7</b>	<b>2.195</b>	<b>97,1</b>	<b>-31,2</b>	<b>-1,44%</b>
<i>Coeff. Var.</i>	<i>8,2%</i>	-	<i>7,9%</i>	-	-	-
<i>Rapporto max/min</i>	<i>37,7%</i>	-	<i>35,6%</i>	-	-	-

Nota: La mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2022.

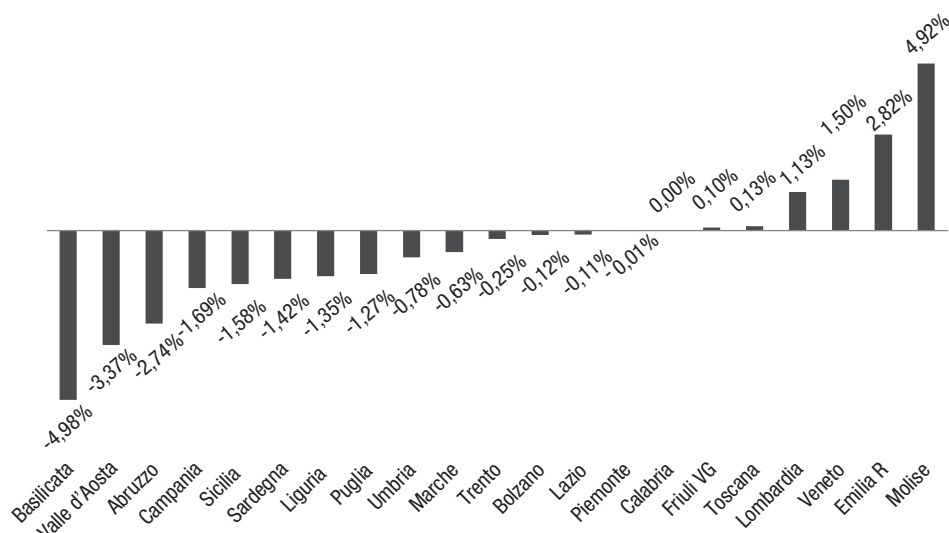
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

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 (2022)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

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) (2022)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

La Tabella 3.9 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Il dato è da leggere in una doppia prospettiva. Innanzitutto, è da notare come la variabilità tra le regioni di questo indicatore sia molto superiore rispetto a quella della sola spesa (coefficiente di variazione per il 2022: 25,0% vs 8,9%, si veda anche Tabella 3.8). Questa evidenza dimostra che, se l'intensità di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non può dirsi della sua incidenza sul PIL, misura di assorbimento potenziale<sup>29</sup> da parte della sanità pubblica delle risorse generate

<sup>29</sup> Si parla di assorbimento potenziale perché la spesa sanitaria pubblica assorbe solo in parte le risorse generate dai sistemi produttivi regionali. Infatti, i meccanismi di perequazione fanno sì che l'assorbimento reale sia livellato sul territorio, al fine di evitare che la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (dal 5,4% in Lombardia e Bolzano fino all'11,5% in Sicilia) si trasformi in un ostacolo insormontabile per alcune regioni nell'erogazione dei servizi essenziali. Tale variabilità, infatti, se non fosse livellata tramite il meccanismo perequativo, comporterebbe un'accentuazione delle differenze nella capacità delle regioni di erogare i LEA, se non a prezzo di un forte aumento della pressione fiscale o delle compartecipazioni, oppure di una sostanziale distrazione di risorse da altri ambiti di intervento pubblico nelle regioni in cui l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è maggiore (soprattutto a causa del minore PIL pro-capite), con margini di manovra molto ristretti in quanto la spesa sanitaria rappresenta una quota molto rilevante della spesa pubblica regionale. In altri termini, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL mette in evidenza il trade-off tra finalità di equità del SSN sul territorio nazionale e spinte federaliste verso una maggiore responsabilizzazione delle regioni sul finanziamento e sulla spesa. Questo trade-off è la ragione principale per cui il federalismo fiscale in sanità non è stato mai applicato nella sua forma più radicale.

Tabella 3.9 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale (2010-2021)**

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	6,8%	6,6%	6,9%	6,7%	6,7%	6,5%	6,5%	6,3%	6,2%	6,3%	7,2%	6,9%
Valle d'Aosta	5,8%	5,9%	5,9%	6,1%	5,8%	5,8%	5,8%	5,5%	5,5%	5,5%	6,7%	6,6%
Lombardia	5,1%	5,2%	5,3%	5,4%	5,4%	5,3%	5,2%	5,2%	5,1%	5,1%	5,8%	5,4%
Bolzano	5,6%	5,5%	5,5%	5,4%	5,3%	5,2%	5,2%	5,3%	5,2%	5,1%	6,0%	5,9%
Trento	6,0%	6,2%	6,3%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,1%	5,9%	5,8%	6,6%	6,2%
Veneto	6,1%	5,9%	6,2%	6,1%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	5,8%	6,9%	6,6%
Friuli VG	7,0%	7,2%	7,5%	7,3%	7,0%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	7,4%	7,2%
Liguria	7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	6,7%	6,6%	6,7%	6,6%	7,5%	7,3%
Emilia R	6,1%	5,9%	6,4%	6,2%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	6,8%	6,3%
Toscana	6,7%	6,6%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,5%	6,3%	7,7%	7,4%
Umbria	7,4%	7,5%	7,8%	7,9%	8,0%	7,9%	7,9%	7,9%	7,8%	7,7%	8,8%	8,5%
Marche	7,1%	7,0%	7,2%	7,2%	7,1%	7,1%	7,1%	7,0%	7,0%	7,0%	7,9%	7,6%
Lazio	6,0%	5,9%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,7%	5,6%	5,6%	5,5%	6,4%	6,1%
Abruzzo	7,6%	7,3%	7,5%	7,5%	7,7%	7,6%	7,8%	7,7%	7,7%	7,7%	8,6%	8,2%
Molise	10,0%	9,8%	10,5%	11,8%	11,4%	10,8%	11,0%	10,5%	10,3%	11,6%	11,5%	11,4%
Campania	9,7%	9,6%	9,6%	9,6%	9,8%	9,7%	9,6%	9,6%	9,6%	9,5%	10,9%	10,5%
Puglia	10,4%	10,0%	9,9%	10,2%	10,4%	10,2%	10,2%	10,1%	10,0%	10,0%	11,0%	10,9%
Basilicata	9,5%	9,3%	9,3%	9,0%	9,5%	8,8%	8,8%	8,9%	8,4%	8,5%	9,8%	9,1%
Calabria	10,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,8%	10,7%	10,7%	10,5%	10,8%	10,9%	11,9%	11,2%
Sicilia	9,7%	9,8%	9,9%	10,1%	10,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,6%	10,5%	11,7%	11,5%
Sardegna	9,6%	9,8%	9,9%	10,1%	10,3%	9,9%	10,2%	9,7%	9,7%	9,6%	10,7%	10,5%
<b>Totale</b>	<b>6,9%</b>	<b>6,8%</b>	<b>7,0%</b>	<b>7,0%</b>	<b>7,0%</b>	<b>6,9%</b>	<b>6,8%</b>	<b>6,7%</b>	<b>6,7%</b>	<b>6,7%</b>	<b>7,6%</b>	<b>7,3%</b>
Coef. di variazione	23,5%	23,1%	22,7%	24,8%	25,7%	25,0%	26,1%	25,5%	26,1%	27,6%	24,5%	25,0%

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023), ISTAT (2023).

dal sistema produttivo di ogni regione, nonché della rilevanza delle politiche sanitarie per quella regione.

Negli anni, le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee<sup>30</sup>. 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,

<sup>30</sup> Con la Legge 405/01, alle regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari. 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 alternativemente 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». 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.

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.

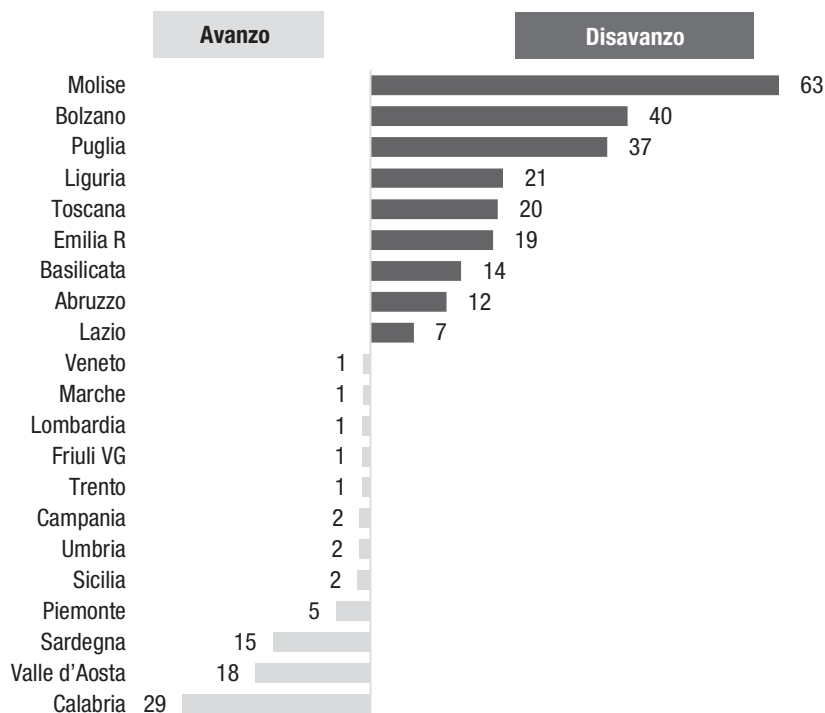
Nel 2022, il disavanzo sanitario si attesta a 290 milioni di Euro (Tabella 3.10 e Figura 3.5). A livello regionale si rileva tuttavia eterogeneità nei risultati di gestione, con dodici regioni che registrano risultati di avanzo. Tra queste, la Calabria presenta il dato in valore assoluto più elevato (54 milioni di Euro). Puglia, Emilia-Romagna e Toscana registrano i livelli di disavanzo più elevati in valore assoluto (144, 84 e 73 milioni di Euro rispettivamente), incidendo sul

Tabella 3.10 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2022)**

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	2	5	-21	-13	-57	-6	-52	-17	-1	-2	-48	-59	-23
Valle d'Aosta	4	-2	-1	-7	-3	50	-0	-2	-1	-4	-4	-1	-2
Lombardia	-20	-14	-2	-10	-6	-15	-6	25	-6	-6	-11	-6	-12
Bolzano	-8	-17	42	5	-11	422	-22	-13	-8	-28	-27	-8	21
Trento	12	-2	190	-2	-1	-25	-1	-1	-2	-2	-2	-0	-1
Veneto	-10	-162	-42	-46	-56	-8	-17	-42	-22	-29	-6	-10	-5
Friuli VG	-14	-17	62	-16	-23	-31	-0	30	-3	-9	-22	-1	-1
Liguria	90	143	13	78	64	95	64	61	52	54	-0	1	31
Emilia R	-28	-55	10	-1	-14	8	2	13	-1	-1	-1	-0	84
Toscana	16	-14	2	25	-8	26	39	-24	18	13	91	124	73
Umbria	-9	-12	-20	-7	-10	-5	-7	-0	-4	-0	-0	-0	-1
Marche	3	-21	-50	-61	-62	-66	-25	4	-1	-1	-0	-0	-2
Lazio	1.025	775	-204	-31	-0	-3	1	18	-6	-108	-84	0	39
Abruzzo	6	-52	-48	-53	-7	0	37	46	-0	12	15	-14	15
Molise	58	37	33	70	40	26	-0	1	16	117	23	40	19
Campania	479	245	-148	-63	-183	-76	-51	-38	-36	-38	-27	-15	-9
Puglia	323	108	-4	5	-5	-10	27	8	46	38	24	133	144
Basilicata	29	31	-7	-2	-1	7	-10	-3	-2	-1	-4	-4	8
Calabria	67	110	-44	-76	-41	-43	0	9	97	122	20	-151	-54
Sicilia	29	13	-324	-120	-55	-15	-7	-5	-3	-8	-14	-2	-10
Sardegna	143	173	-18	-10	216	339	306	85	-22	-11	-27	-18	-24
<b>Totale</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>110</b>	<b>107</b>	<b>-104</b>	<b>9</b>	<b>290</b>
<b>Nord</b>	<b>27</b>	<b>-122</b>	<b>250</b>	<b>-11</b>	<b>-107</b>	<b>489</b>	<b>-34</b>	<b>54</b>	<b>8</b>	<b>-27</b>	<b>-121</b>	<b>-84</b>	<b>93</b>
<b>Centro</b>	<b>1.035</b>	<b>728</b>	<b>-272</b>	<b>-74</b>	<b>-80</b>	<b>-47</b>	<b>7</b>	<b>-2</b>	<b>6</b>	<b>-97</b>	<b>6</b>	<b>124</b>	<b>108</b>
<b>Sud e Isole</b>	<b>1.133</b>	<b>666</b>	<b>-561</b>	<b>-248</b>	<b>-36</b>	<b>228</b>	<b>302</b>	<b>103</b>	<b>96</b>	<b>231</b>	<b>11</b>	<b>-30</b>	<b>89</b>

Nota: Il segno - denota un avanzo, mentre il segno + denota un disavanzo.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 - aggiornati al 19 ottobre 2023).

Figura 3.9 **Disavanzo sanitario regionale pro-capite: Euro (2022)**

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

disavanzo annuale complessivo per il 69%. Le regioni in PdR<sup>31</sup> nel 2022 hanno complessivamente registrato un disavanzo sanitario, pari a 144 milioni di Euro. Il peggioramento del 2022 è un segnale preoccupante per il sistema nel suo complesso e verrà approfondito con i casi studio regionali che seguono. I valori di avanzo/disavanzo sono riportati anche come valore pro-capite per ciascuna regione nella Figura 3.9.

Anche analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, si evidenziano rilevanti differenze a livello regionale. La Tabella 3.11 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi, che saranno in buona parte ripresi e analizzati nella loro evoluzione tra 2019 e 2022 nei successivi paragrafi 3.5 e 3.6.

Le differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare, al differente mix pubblico/privato nelle struttu-

<sup>31</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.



re 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 (personale e beni e servizi) inferiori alla media nazionale, e questo per la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). Queste regioni presentano, infatti, valori tendenzialmente superiori alla media nazionale per quanto riguarda i servizi accreditati (assistenza ospedaliera, specialistica e altra assistenza). Inoltre, si rileva una forte eterogeneità tra le regioni nel mix dei sopracitati servizi accreditati. È interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente nel 2022, Lombardia, Veneto, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Calabria presentino incidenze inferiori alla media nazionale. È bene specificare che nella Tabella 3.11 si riportano i dati come da classificazione ministeriale facendo riferimento alle macro-voci di spesa nella prospettiva regionale.

Tabella 3.11 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2022)**

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata
Piemonte	32,1%	38,8%	5,3%	5,4%	5,2%	3,0%	10,3%
Valle d'Aosta	41,7%	41,5%	4,8%	4,5%	2,4%	0,7%	4,4%
Lombardia	24,1%	38,3%	4,0%	6,2%	9,9%	5,3%	12,2%
Bolzano	44,5%	35,0%	4,8%	2,7%	2,5%	1,0%	9,5%
Trento	35,1%	33,3%	4,4%	4,4%	4,6%	2,1%	16,0%
Veneto	28,2%	43,6%	5,3%	4,3%	5,4%	3,5%	9,7%
Friuli VG	35,9%	41,1%	4,9%	5,1%	2,3%	2,4%	8,3%
Liguria	31,5%	40,0%	4,3%	4,9%	6,1%	3,4%	9,8%
Emilia R	32,8%	39,6%	5,0%	4,5%	5,6%	2,3%	10,2%
Toscana	33,7%	42,2%	5,3%	5,1%	3,4%	2,1%	8,3%
Umbria	33,3%	44,9%	5,1%	5,6%	2,0%	1,5%	7,6%
Marche	32,7%	40,6%	4,9%	5,9%	3,4%	1,8%	10,6%
Lazio	24,5%	36,3%	5,1%	6,2%	11,9%	4,7%	11,3%
Abruzzo	31,2%	40,7%	5,9%	6,9%	4,8%	1,7%	8,8%
Molise	23,7%	41,1%	6,4%	5,4%	9,2%	5,7%	8,5%
Campania	26,4%	38,9%	6,0%	6,5%	7,5%	7,1%	7,6%
Puglia	27,8%	38,2%	6,3%	6,4%	8,6%	3,8%	9,0%
Basilicata	32,2%	38,7%	7,0%	6,8%	1,0%	3,9%	10,3%
Calabria	27,8%	44,3%	6,0%	6,5%	4,3%	3,2%	7,9%
Sicilia	29,3%	36,5%	6,0%	5,8%	7,6%	5,4%	9,4%
Sardegna	33,3%	42,0%	5,0%	6,4%	3,0%	3,8%	6,6%
<b>Italia</b>	<b>29,0%</b>	<b>39,4%</b>	<b>5,2%</b>	<b>5,7%</b>	<b>6,9%</b>	<b>4,0%</b>	<b>9,9%</b>
<b>Nord</b>	<b>29,3%</b>	<b>39,6%</b>	<b>4,7%</b>	<b>5,2%</b>	<b>6,8%</b>	<b>3,7%</b>	<b>10,8%</b>
<b>Centro</b>	<b>29,2%</b>	<b>39,4%</b>	<b>5,2%</b>	<b>5,7%</b>	<b>7,3%</b>	<b>3,2%</b>	<b>10,0%</b>
<b>Sud e Isole</b>	<b>28,5%</b>	<b>39,1%</b>	<b>6,0%</b>	<b>6,3%</b>	<b>6,7%</b>	<b>4,9%</b>	<b>8,4%</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

### 3.5 Equilibri e politiche di bilancio a supporto delle strategie regionali: cinque casi studio

L'incremento del disavanzo complessivo registrato nel 2022 (290 milioni di Euro invece che 9 milioni come nel 2021) deve essere colto come un segnale preoccupante rispetto al futuro del SSN e alla sostenibilità dei diversi modelli regionali. Questo dato segna un punto di rottura rispetto al trend degli anni pre-pandemia e degli anni colpiti da Covid-19 e deve necessariamente portare il sistema ad interrogarsi circa il proprio futuro, anche considerando che le proiezioni 2023 sono ulteriormente peggiorative. Con l'obiettivo di approfondire le determinanti di tale peggioramento, nel presente paragrafo si propone un approfondimento riguardante cinque regioni in modo da comprendere i driver che hanno comportato un incremento dei costi nel 2022, le soluzioni *una tantum* ad oggi impiegate per mitigarne l'effetto, le strategie regionali e aziendali proposte per contenere o gestire il rischio di disavanzo nel prossimo futuro e il conseguente impatto sui modelli di servizio e la struttura dei sistemi sanitari regionali.

Al fine di ottenere una rappresentazione variegata e rappresentativa del panorama nazionale, i casi regionali analizzati sono stati quelli relativi alle regioni Campania, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto.

Prima di presentare i dati sono necessarie alcune precisazioni metodologiche che chiariscano l'approccio usato e le modalità di aggregazione dei dati, oltre che le differenze osservabili rispetto ai paragrafi precedenti. I casi sono stati costruiti usando fonti molteplici. Si è lavorato in primis su fonti documentali, analizzando le delibere di assegnazione dei fondi regionali e quelle di approvazione dei bilanci consuntivi per gli anni 2021, 2022 e 2023 laddove disponibili. Sono quindi stati analizzati i dati regionali come presentati nel paragrafo precedente e, a partire da questi, sono state condotte interviste semi-strutturate con i referenti regionali delle Direzioni<sup>32</sup> che si occupano del SSR e del suo finanziamento. Le interviste hanno investigato quattro macro-temi: (i) la quantificazione del disequilibrio e i driver che hanno comportato un incremento dei costi e dei ricavi; (ii) le politiche regionali e aziendali sviluppate o in corso di discussione per il contenimento dei disavanzi; (iii) la relazione fra la sostenibilità del SSN e l'attuazione del PNRR. In ultima istanza sono stati analizzati i Conti Economici ex Modello Ministeriale 2019 per verificare le dinamiche evolutive dei SSR oggetto di analisi. In questo caso, ispirandosi alla tecnica dell'analisi di bilancio<sup>33</sup>, sono stati riclassificati i dati di CE al fine

<sup>32</sup> Si ringraziano per il prezioso contributo il Dottor Ettore Cinque per la Regione Campania, il Dottor Luca Baldino per la Regione Emilia-Romagna, il Dottor Benedetto Giovanni Pacifico per la Regione Puglia e il Dottor Mauro Bonin per la Regione Veneto.

<sup>33</sup> Per una trattazione della materia con specifico riferimento alle aziende sanitarie pubbliche si veda il Capitolo 15 del Rapporto OASI 2015, il Capitolo 17 del Rapporto OASI 2017, il Capitolo 13 del Rapporto OASI 2019.

di ottenere dei macro-aggregati significativi e rappresentativi delle dinamiche regionali (presentati in questo paragrafo) e aziendali (par. 3.6). Più nello specifico, guardando al finanziamento, sono state considerate in forma aggregata le poste relative a: (i) fondo sanitario, sia indistinto che vincolato, per valutare incrementi complessivi nell'andamento del finanziamento e catturarne simultaneamente sia le variazioni legate a dinamiche strutturali e fisiologiche di evoluzione del sistema, sia quelle legate a situazioni emergenziali; (ii) risorse proprie regionali, per comprendere se e quanto le regioni abbiano «distratto» risorse da altri settori di competenza per sostenere l'erogazione di servizi sanitari; (iii) *payback*, sia di farmaci che di dispositivi medici, per dimensionare i sovra-consumi rispetto ai tetti assegnati e lo sforzo richiesto ad altri stakeholder rilevanti del sistema. Per quanto riguarda i costi, invece, la riclassificazione è stata realizzata considerando la quasi totalità delle poste presenti nel modello per produzione interna e produzione esterna (o anche committenza) proposto da Anessi Pessina e Sicilia (2009) e impiegato nella precedente edizione del Rapporto (A *et al.*, 2022), sebbene con variazioni nette nella struttura dei raggruppamenti utilizzati e alcune modifiche nella logica di classificazione<sup>34</sup>. In particolare, la Tabella 3.12 offre una fotografia dell'impostazione dell'analisi qui proposta e dettaglia le poste contabili impiegate per ciascun aggregato. La loro lettura e interpretazione, proposta qui e nel successivo paragrafo 3.6, è di natura dinamica: non si concentra tanto sui valori assoluti delle singole poste negli esercizi considerati o sulla loro composizione interna, quanto sugli scostamenti osservati inter-temporalmente. Il periodo considerato nei due paragrafi è il quadriennio 2019-2022, con un'unica eccezione rappresentata dall'inserimento anche del triennio 2017-2019 nell'indagare i costi per il livello regionale (cfr. Tabella 3.13), al fine di investigare la sostenibilità del SSN non tralasciando le differenze che possono emergere dal confronto tra periodo emergenziale e quello pre-pandemico.

L'analisi, i cui dati aggregati sono presentati nelle successive Tabella 3.13 e Tabella 3.14, mira ad analizzare l'impatto della fase emergenziale nel medio periodo; pertanto, non include costi sostenuti per fronteggiare il Covid-19 e cessate al termine della fase pandemica.

La fase emergenziale, segnata dal Covid-19 e dall'inflazione, ha impattato significativamente alcune voci di costo. In particolare, la pandemia ha comportato un incremento dei costi del personale, visto che le regioni hanno incrementato gli organici per fronteggiare la diffusione del virus, e dei costi dei servizi territoriali, conseguente al rafforzamento dell'assistenza di prossimità, anche

<sup>34</sup> Nello specifico non sono state incluse nell'analisi le voci: B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata), B.9.C) Altri oneri diversi di gestione, B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali, B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali, B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti, B.13) Variazione delle rimanenze.

Tabella 3.12 **Area, categorie, componenti impiegate e poste contabili ex Modello Ministeriale CE 2019 impiegate nell'analisi**

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Fonte	Poste di riferimento	
Finanziamento Emergenziale & Strutturale	Incremento FSN	Totale	Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse*		
			Modello Ministeriale CE 2019	AA0020 - A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale		
	Risorse proprie regionali	Totale	Modello Ministeriale CE 2019	AA0050 - A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)		
			Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse		
			Modello Ministeriale CE 2019	AA0080 - A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA		
			Modello Ministeriale CE 2019	AA0090 - A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA		
	Pay-back	Totale	Modello Ministeriale CE 2019	Somma delle poste incluse		
			Modello Ministeriale CE 2019	AA0890 - A.5.E.1) Rimborso da aziende farmaceutiche per pay back		
	Costi	Pay-back DM	Totale	Modello Ministeriale CE 2019	AA0921 - A.5.E.2) Rimborso per Pay-back sui dispositivi medici	
				Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse	
Energia		Totale	Modello Ministeriale CE 2019	BA1610 - B.2.B.1.4) Riscaldamento		
			Modello Ministeriale CE 2019	BA1660 - B.2.B.1.9) Elettricità		
			Modello Ministeriale CE 2019	BA1670 - B.2.B.1.10) Altre utenze		
Beni		Totale	Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse*		
			Modello Ministeriale CE 2019	BA0020 - B.1.A) Acquisti di beni sanitari		
Servizi non sanitari		Totale	Modello Ministeriale CE 2019	BA0310 - B.1.B) Acquisti di beni non sanitari		
			Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse*		
			Modello Ministeriale CE 2019	BA1580 - B.2.B.1.1) Lavanderia		
	Modello Ministeriale CE 2019		BA1590 - B.2.B.1.2) Pulizia			
	Modello Ministeriale CE 2019		BA1600 - B.2.B.1.3) Mensa			
	Modello Ministeriale CE 2019		BA1570 - B.2.B.1) Servizi non sanitari*			
Personale	Totale	Modello Ministeriale CE 2019	Somma delle poste incluse			
		Modello Ministeriale CE 2019	BA2840 - B.14.D.1) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA collettivi			

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Fonte	Poste di riferimento
Costi	Emergenziali	Personale	Rinnovi contratti collettivi	Modello Ministeriale CE 2019	BA2850 - B.14.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2860 - B.14.D.3) Acc. Rinnovi contratti.: dirigenza medica
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2870 - B.14.D.4) Acc. Rinnovi contratti.: dirigenza non medica
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2880 - B.14.D.5) Acc. Rinnovi contratti.: comparto
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2120 - B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2160 - B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2200 - B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2250 - B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2290 - B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2340 - B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2380 - B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2430 - B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2470 - B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	
Contratti a tempo determinato	Emergenziali	Personale	Modello Ministeriale CE 2019	BA2130 - B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2170 - B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2210 - B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2260 - B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2260 - B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	

Tabella 3.12 (segue)

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Fonte	Poste di riferimento
Costi	Emergenziali	Personale	Contratti a tempo determinato	Modello Ministeriale CE 2019	BA2300 - B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2350 - B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2390 - B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2440 - B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2480 - B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2140 - B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2180 - B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2220 - B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2270 - B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2310 - B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2360 - B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2400 - B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2450 - B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro
Modello Ministeriale CE 2019	BA2490 - B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro				
Totale				Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse
Modelli di servizio emergenti	Socio-san a valenza sanitaria	MMG		Modello Ministeriale CE 2019	BA1140 - B.2.A.12) Acquisto prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria
				Modello Ministeriale CE 2019	BA0410 - B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Fonte	Poste di riferimento
Emergenziali	Modelli di servizio emergenti	Specialistica ambulatoriale	Modello Ministeriale CE 2019	BA0530 - B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	
		Riabilitazione	Modello Ministeriale CE 2019	BA0640 - B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	
		Psichiatria	Modello Ministeriale CE 2019	BA0900 - B.2.A.8) Acquisito prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	
Strutturali	Servizi sanitari	Totale	Derivazione da Modello CE 2019	Posta netta dei sottocosti utilizzati per altre componenti dell'analisi	
		Totale	Modello Ministeriale CE 2019	BA0400 - B.2.A) Acquisti servizi sanitari*	
		Servizi per farmaceutica	Modello Ministeriale CE 2019	Somma delle poste incluse	
Costi	Farmaceutica	Prodotti farmaceutici	Modello Ministeriale CE 2019	BA0030 - B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	
		Rimanenze	Modello Ministeriale CE 2019	BA2671 - B.13.A.1) Variazione rimanenze sanitarie - Prodotti farmaceutici ed emoderivati	
		Altro	Modello Ministeriale CE 2019	BA0960 - B.2.A.9) Acquisito prestazioni di distribuzione farmaci File F	
Godimento beni di terzi	Leasing	Totale	Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse	
		Fitti passivi	Modello Ministeriale CE 2019	BA2000 - B.4.A) Fitti passivi	
		Noleggi	Modello Ministeriale CE 2019	BA2010 - B.4.B) Canoni di noleggio	
		Leasing	Modello Ministeriale CE 2019	BA2040 - B.4.C) Canoni di leasing	
		Project financing	Modello Ministeriale CE 2019	BA2061 - B.4.D) Canoni di project financing	
		Da enti SSR	Modello Ministeriale CE 2019	BA2070 - B.4.E) Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	

\* Al netto delle poste incluse in altre componenti dell'analisi

Tabella 3.13 **Analisi delle principali voci di costo sanitari pubblici nel periodo emergenziale (2019-2022) e pre-pandemico (2017-2019). Valori assoluti in milioni di euro**

		Italia						
Tipologia	Voci	2017	2019	2022	2019-2017	2022-2019		
COSTI	EMERGENZIALI	Energia	1.607	1.663	3.186	56	1.523	
		Beni sanitari e non sanitari	7.382	7.861	9.243	479	1.382	
		Servizi non sanitari	5.604	5.794	6.909	189	1.115	
		Personale	34.375	35.598	39.200	1.223	3.602	
		Rafforzamento servizi territoriali	19.878	20.447	21.731	569	1.284	
		<b>Totale</b>	<b>68.846</b>	<b>71.362</b>	<b>80.269</b>	<b>2.516</b>	<b>8.906</b>	
		STRUTTURALI	Farmaceutica	20.698	21.680	23.889	982	2.209
			Servizi sanitari	19.773	20.690	21.093	917	403
			Godimento beni di terzi	1.077	1.181	1.319	104	138
			<b>Totale</b>	<b>41.548</b>	<b>43.550</b>	<b>46.301</b>	<b>2.003</b>	<b>2.751</b>
	<b>Totale</b>	<b>110.394</b>	<b>114.913</b>	<b>126.570</b>	<b>4.519</b>	<b>11.657</b>		

Fonte: Elaborazioni su CE regionale (codice «999»), Ministero della Salute (2023).

indotto da PNRR e DM77. L'inflazione ha altresì comportato un significativo aumento del costo dell'energia. Inoltre, l'aumento dei prezzi ha impattato sugli acquisti di beni sanitari e non sanitari e dei servizi non sanitari, visto che si tratta di acquisti maggiormente soggetti alla volatilità del mercato. Le voci di costo meno impattate dalla fase emergenziale analizzate sono invece state spesa farmaceutica (che nel include gli acquisti legati ai vaccini), servizi sanitari e godimento di beni di terzi.

Durante il periodo pandemico, le voci di costo analizzate sono incrementate di circa 11,9 mld a livello nazionale. I costi impattati nel medio-periodo dalla fase emergenziale sono incrementati di 8,9 mld (12%) nel periodo segnato dalla pandemia (2019-2022), registrando un trend profondamente diverso rispetto a quello del periodo pre-pandemico (2,6 mld; 4%). La pandemia ha impattato in modo significativo sui costi del personale. I costi del personale sono incrementati di 3,6 mld nel periodo emergenziale, un aumento pari a circa tre volte quello registrato nel periodo pre-pandemico (2017-2019; +1,2 mld). Per fronteggiare la diffusione del virus i SSR hanno incrementato gli organici sospendendo le politiche di contenimento dei costi del personale tipicamente in corso nella fase pre-pandemica. L'incremento dei costi del personale connesso agli inserimenti a tempo indeterminato e determinato è stato pari a +3,3 mld (+1,1mld nel triennio precedente). La diffusione del Covid-19 e il rafforzamento dell'assistenza di prossimità promosso dal PNRR e il DM77, hanno comportato un incremento dei costi per i servizi territoriali, cresciuta di circa 1,3 mld nel periodo emergenziale (600 mln nel periodo pre-pandemico). L'inflazione, causata dal Covid-19 e dalla crisi geopolitica, ha comportato un si-



gnificativo aumento del costo dell'energia pari a 1,5 mld nel periodo. Infine, l'aumento dei prezzi ha impattato sugli acquisti di beni sanitari e non sanitari e dei servizi non sanitari, i cui costi sono incrementati di 2,5 mld nel periodo emergenziale (600 mln nel periodo pre-pandemico), seppur influenzata anche da fattori impiegati per fronteggiare la diffusione della pandemia. Dall'altro lato, le voci di costo impattate solo parzialmente dalla fase emergenziale sono complessivamente incrementate di 3,0 mld, registrando un trend simile a quello del periodo pre-pandemico (+2,0 mld). L'incremento maggiore ha riguardato la componente farmaceutica (+2,2 mld) e i servizi sanitari (+400 mln). I costi relativi al godimento di beni di terzi sono incrementati di 140 mln rispetto al periodo pre-pandemico.

In secondo luogo, sono stati analizzati gli incrementi delle principali voci di ricavi e costi registrati nel corso del 2022 rispetto all'anno precedente (Tabella 3.14). Sono stati analizzati il finanziamento ordinario e straordinario dell'esercizio e costi impattati dalla fase emergenziale comparati con quelli il cui trend di crescita non ha subito un cambiamento significativo. Tale distinzione è stata adottata al fine di quantificare l'impatto delle diverse componenti nel 2022 e

Tabella 3.14 **Incremento delle voci di ricavo e costo in selezionati SSR (2022 rispetto a 2021). Valori assoluti in milioni di euro**

			Campania	ER	Piemonte	Puglia	Veneto	Italia
RICAVI	Ordinarie	Incremento FSN	146	190	73	116	196	1.991
	Straordinarie	Supporto a spese energetiche (50/22 e 144/22)	148	121	118	106	132	1.600
		Payback farmaceutico	36	93	113	55	64	1.415
	Risorse proprie regionali	Risorse aggiuntive da bilancio regionale	0	-4	41	0	-3	2
<b>Totale</b>			<b>329</b>	<b>400</b>	<b>344</b>	<b>276</b>	<b>389</b>	<b>5.007</b>
COSTI	EMERGENZIALI	Energia	75	197	86	104	132	1.432
		Beni sanitari e non sanitari	-33	-3	-16	6	-244	-212
		Servizi non sanitari	52	-29	-15	12	-32	114
		Personale (2022-2021)	96	18	18	2	45	298
		Rafforzamento servizi territoriali	-64	30	5	9	-2	82
	<b>Totale</b>		<b>126</b>	<b>213</b>	<b>78</b>	<b>133</b>	<b>-101</b>	<b>1.715</b>
	STRUTTURALI	Farmaceutica	157	123	101	80	112	1.386
		Servizi sanitari	-119	-93	-23	-138	157	-501
		Godimento beni di terzi	0	5	5	6	2	-31
		<b>Totale</b>		<b>38</b>	<b>35</b>	<b>83</b>	<b>-52</b>	<b>270</b>
<b>Totali</b>			<b>164</b>	<b>248</b>	<b>161</b>	<b>81</b>	<b>169</b>	<b>2.568</b>

Fonte: Elaborazioni su CE regionale (codice «999»), Ministero della Salute (2023).

poter sviluppare alcune riflessioni per il 2023 oltre che per il prossimo futuro. I cinque casi regionali consentono di comprendere se vi sono differenze significative fra i differenti SSR.

Per quanto riguarda il finanziamento, a livello regionale è stata distinta la componente ordinaria da quella straordinaria. La prima è costituita dal finanziamento indistinto e vincolato al netto del finanziamento per fronteggiare l'incremento dei prezzi dell'energia. La componente straordinaria, invece, è costituita dalle risorse aggiuntive *una tantum* fornite dal livello nazionale e dalle risorse proprie regionali eventualmente impiegate dai SSR per il contenimento dei disequilibri registrati. Tra le risorse *una tantum* sono stati considerati sia il supporto per il caro energia (D.L. 50/22 e 144/22) sia le risorse provenienti dall'accordo sul *payback*. Per quanto riguarda i costi, seguendo il metodo impiegato per l'analisi precedente, è stata adottata la distinzione fra le voci impattate dalla fase emergenziale rispetto a quelle il cui trend di crescita non ha subito un cambiamento significativo.

Nel 2022, l'incremento del finanziamento è stato pari a circa 5,0 mld. L'incremento del finanziamento attraverso risorse straordinarie è stato pari a circa 3,0 mld, pari al 66% dell'incremento totale. Di queste, una parte prevalente è stata costituita dalle risorse aggiuntive *una tantum* fornite dal livello nazionale come il supporto per il caro energia (pari a 1,6mld – cfr. *supra*) e le risorse provenienti dall'accordo sul *payback* (1,4 mld). Dall'altro lato, l'incremento dei costi è stato pari a circa 2,9 mld. I costi impattati dalla fase emergenziale sono cresciuti di 1,7 mld. L'incremento è prevalentemente imputabile all'aumento dei costi per l'energia, pari a 1,4 mld. Il costo del personale è aumentato ulteriormente di 300 milioni rispetto al periodo precedente. I costi per servizi non sanitari, impattati dalle dinamiche inflattive, sono incrementati di oltre 100 mln. I costi per acquisti di beni sanitari e non sanitari sono diminuiti di 213 mln di euro. Le voci di costo definite «strutturali» nella classificazione qui proposta sono incrementate di 854 mln. L'incremento maggiore ha riguardato la spesa farmaceutica (1,4 mld). I costi per servizi sanitari sono diminuiti di 501 mln di euro. Il trend è influenzato dai costi sostenuti per fronteggiare la diffusione della pandemia, diminuiti significativamente nel 2022 rispetto al periodo precedente. La diminuzione meno marcata dei costi per acquisizione di beni (sanitari e non sanitari) rispetto a quella per servizi sanitari suggerisce che l'inflazione sugli acquisti di beni abbia comportato un incremento dei costi che in parte ha compensato la riduzione dei costi associata all'esaurirsi della pandemia di Covid-19.

L'analisi delle principali voci di ricavi e costi nei cinque casi regionali mostra differenze significative fra i SSR. Per quanto riguarda i primi, la principale differenza riguarda le risorse proprie regionali. Da un lato, Emilia-Romagna e Piemonte hanno immesso risorse aggiuntive da bilancio regionale, pari rispettivamente a 4 e 41 mln circa. Campania, Puglia e Veneto non hanno utilizzato

risorse regionali. L'incremento di altri ricavi ordinari e straordinari ha seguito dinamiche simili nei casi studio e le differenze fra i contesti regionali sono imputabili alle differenze registrate nei prezzi dell'energia consumata e nelle politiche legate al *payback*.

Per quanto riguarda i costi emergenziali, le maggiori differenze riguardano il rafforzamento dei servizi territoriali e i servizi non sanitari. La Campania ha diminuito i costi per servizi territoriali di 64 mln di euro, mentre l'Emilia-Romagna ha incrementato le risorse per 30 mln di euro. I costi dei servizi non sanitari sono cresciuti in Campania e Puglia (51 mln e 12 mln) e diminuiti in Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto (28, 14 e 31 mln), suggerendo che SSR e aziende hanno differenti capacità di contenere il generale incremento dei prezzi associato all'inflazione. Allo stesso modo, i costi legati a dinamiche strutturali hanno seguito un trend simile, ad eccezione dei servizi sanitari. I costi dei servizi sanitari sono infatti diminuiti significativamente in Campania e Puglia, rimasti stabili in Emilia-Romagna e Piemonte e incrementati significativamente in Veneto. L'analisi suggerisce che la fase emergenziale, segnata dalla pandemia e da fenomeni macroeconomici quali l'inflazione e il caro energia, ha comportato un incremento significativo di ricavi e costi dei SSR. Nel 2022 la sostenibilità del SSN è stata garantita dalle risorse straordinarie del livello nazionale e, in alcuni casi, dall'utilizzo di risorse proprie regionali.

### **3.6 La prospettiva aziendale nei cinque casi regionali: andamento del finanziamento e variazione dei costi sostenuti**

A completamento dell'analisi riguardante la prospettiva nazionale e regionale, il paragrafo propone una lettura di finanziamento e risorse assorbite a livello aziendale, attingendo ai dati di Conto Economico delle singole aziende che operano nei cinque contesti regionali analizzati nel paragrafo 3.5 (Campania, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia e Veneto).

Le fonti consultate e utilizzate sono, dunque, i CE delle aziende pubbliche delle cinque Regioni per gli anni 2019, 2020, 2021 (consuntivi definitivi) e 2022 (chiusura provvisoria al IV trimestre<sup>35</sup>). I dati sono stati analizzati per singola azienda e successivamente aggregati per regione e tipologia, distinguendo tra Aziende Ospedaliere (aziende prevalentemente dedicate alla produzione, ossia AO, Policlinici, AO Universitarie, I.R.C.C.S., per questo definite anche «di erogazione» nel prosieguo del capitolo) e Aziende Territoriali (categoria che racchiude tutte le aziende che esercitano prevalentemente la funzione di committenza – ASL). Le aziende inserite nell'analisi si distribuiscono per tipologia e per regione come specificato nella Tabella 3.15. Sebbene le regioni analizzate

<sup>35</sup> Dato disponibile al momento in cui si scrive, settembre 2023.

Tabella 3.15 **Distribuzione delle aziende per regione e per tipologia**

Regioni	AO	Azienda Territoriale	Totale
Campania	10	7	17
Emilia Romagna	5	8	13
Piemonte	6	12	18
Puglia	4	6	10
Veneto	3	9	12
<b>Totale complessivo del campione</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>70</b>

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2023).

siano solo cinque, nel complesso il campione di aziende indagato è significativo rispetto al panorama nazionale, rappresentando il 35% delle aziende sanitarie pubbliche complessivamente presenti nel Paese.

Impiegando il medesimo schema di riclassificazione adottato nel paragrafo 3.5 e adottando anche in questo caso una lettura delle informazioni in chiave intertemporale (periodo 2019-2022), le analisi sviluppate sul livello aziendale consentono di:

1. analizzare l'evoluzione delle principali fonti di finanziamento delle aziende (fondo sanitario, risorse proprie regionali e *payback*);
2. analizzare l'evoluzione dei principali costi di produzione, distinguendo tra componenti legate a fattori emergenziali e andamento evolutivo fisiologico e strutturale;
3. sempre con riferimento ai costi della produzione, verificare la più o meno ampia variabilità osservabile all'interno dei singoli contesti regionali;
4. posizionare le singole aziende del campione rispetto alla relazione osservata tra variazione del finanziamento e variazione dei costi di produzione nel periodo considerato.

Questo approccio consente di offrire un livello di dettaglio superiore rispetto al paragrafo precedente e di offrire qualche considerazione su caratteristiche e coerenza di postura produttiva legata a scelte allocative regionali (variazione del finanziamento) e profili di assorbimento (variazione dei costi di produzione) osservate a livello aziendale.

È bene precisare che, in termini di risultati, la fotografia fornita dal livello aziendale rispetto alle fonti di finanziamento e alla composizione dell'assorbimento di risorse può differire da quella nazionale e regionale perché utilizza dati a consuntivo della contabilità economico patrimoniale e non include i valori di Gestione Sanitaria Accentrata (GSA). Tali dati sono registrati con una logica diversa da quella di stanziamento e spesa del governo centrale e degli enti locali e seguono principi di bilancio finalizzati a rappresentare gli

accadimenti aziendali, e non le scelte di policy. Questo può quindi portare a un disallineamento tra i dati, ma consente allo stesso tempo di aggiungere una vista complementare alle analisi. I dati di bilancio delle singole aziende ci permettono, infatti, di comprendere come le scelte di policy dei livelli superiori (Stato, regione) trovino traduzione nelle pratiche aziendali e, indirettamente, nei servizi erogati dalle aziende. Come anticipato, inoltre, i valori aggregati riportati nelle pagine che seguono differiscono anche dalle analisi presentate sul livello regionale nel precedente paragrafo 3.5, dove, sebbene si utilizzi la medesima fonte e il modello della contabilità economico-patrimoniale, si tiene anche conto delle risorse afferenti alla Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), qui non considerate.

### **3.6.1 Finanziamento e costi nella prospettiva aziendale: i valori aggregati**

Prima di proporre le analisi che impiegano lo schema di riclassificazione utilizzato per descrivere il livello regionale nel precedente paragrafo 3.5, si propongono di seguito alcune considerazioni sintetiche che contribuiscono a posizionare lo sviluppo del presente paragrafo e che si ispirano a quanto recentemente proposto dal livello nazionale rispetto al monitoraggio dell'andamento delle sole aziende ospedaliere nella prospettiva economico-finanziaria (si veda il Capitolo 7 del presente Rapporto per approfondimenti sui sistemi di monitoraggio e delle metriche impiegate dal livello centrale per caratterizzare e/o orientare le aziende del SSN). Come anticipato sopra, tutte le caratterizzazioni proposte in questo sotto-paragrafo e nel successivo riguardano le cinque Regioni campione presentate in precedenza (Campania, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia e Veneto).

In queste Regioni, a dati 2022, si registrano complessivamente livelli di finanziamento delle aziende (tecnicamente identificabili su questo livello di analisi come «ricavi») per 60,3 mld, con un incremento significativo rispetto al 2019, quando erano 54,8 mld (+10,0%). Spostando l'attenzione sui costi della produzione, è possibile notare come questi ammontino a 60,4 mld nel 2022 e siano complessivamente aumentati rispetto al 2019 dell'11,0%, quando registravano un valore complessivo di 54,4 mld. I fattori trainanti questi incrementi sono più dettagliatamente descritti nel successivo sotto-paragrafo 3.6.2. In ogni caso, sebbene i dati appena presentati riguardino solo una parte del CE delle aziende<sup>36</sup>, essi segnalano un trend importante: la gestione dei recenti eventi eccezionali, quali la pandemia da Covid-19 e il fenomeno inflattivo successivo alle difficili contingenze internazionali, sembra aver avviato per le aziende un periodo di importante crescita dei costi, ad oggi compensata dall'aumento in

<sup>36</sup> Si basano infatti solo sulla riclassificazione della componente operativa e non includono la gestione straordinaria, finanziaria e tributaria.

via straordinaria e temporanea dei livelli di finanziamento. A questa considerazione a vocazione «emergenziale», se ne possono aggiungere almeno altre due, più strutturali e legate alla stratificazione nel tempo di scelte e politiche di bilancio a specificità regionale: da un lato, infatti, in via non occasionale i Contributi possono includere dei sotto-conti che confluiscono in aggregati di finanziamento non specifici che di fatto contribuiscono a sostenere e coprire le difficoltà di alcune aziende di perseguire e raggiungere l'equilibrio economico; dall'altro, è nota e a volte esplicita (es. delibera di riparto della Campania) la tendenza a «distrarre» risorse dal setting territoriale per muoverle verso quello ospedaliero, tradizionalmente più «centrale» nell'erogazione di servizi e, soprattutto, maggiormente rigido ad azioni di sviluppo organizzativo e/o sui costi nel breve periodo. Questi sono alcuni dei principali motivi per cui i risultati di esercizio delle aziende (ossia il risultato finale di Conto Economico, la cd «ultima riga», considerando in questo caso tutte le componenti di ricavo e costo e non solo quelle operative), sebbene registrino un complessivo peggioramento, abbiano tenuto negli scorsi esercizi e sembrano tenere anche nel 2022. È altresì il motivo per cui si tratta di un'informazione solo parzialmente utile a comprendere il complessivo stato di salute delle aziende. Ad ogni modo, nel 2022<sup>37</sup> il numero delle aziende delle cinque Regioni analizzate che presentano un risultato d'esercizio negativo è molto significativo e pari a 45 su 70. Nel 2019 queste erano 16. Questa evidenza è espressiva di un trend iniziato con la pandemia che racconta la crescente difficoltà delle aziende nel raggiungere l'equilibrio auspicato senza interventi straordinari degli enti sovraordinati. Anche l'entità del risultato di esercizio (sia positivo che negativo) è significativa e rappresentativa delle dinamiche sopra rappresentate: sono, ad esempio, drasticamente diminuite le aziende che presentano risultati d'esercizio positivi superiori ai 200 mila euro (16 nel 2019; solo 2 nel 2022).

Per verificare ulteriormente queste considerazioni, il risultato di esercizio può essere rapportato al totale del Valore della Produzione aziendale, utilizzato in questo caso come *proxy* delle dimensioni aziendali e corrispondente al totale dei finanziamenti raccolti a vario titolo. Anche in questo caso e coerentemente con l'aumento del numero di aziende con risultato d'esercizio negativo, si nota un generale peggioramento dell'indicatore tra 2019 e 2022 sia per le Aziende Territoriali (Tabella 3.16) che per le AO (Tabella 3.17), sebbene i valori dell'ultimo esercizio riportino un miglioramento rispetto al 2021, anno che scontava ancora marcatamente gli impatti della pandemia da Covid-19.

<sup>37</sup> Si ribadisce che per l'anno 2022 i dati utilizzati per le analisi riguardano la chiusura del IV trimestre e non sono dati definitivi. Questi potrebbero dunque subire variazioni.

Tabella 3.16 **Incidenza del risultato di esercizio sul totale del Valore della Produzione, Aziende Territoriali**

Regione	2019	2020	2021	2022
Campania	-0,45%	-0,42%	-2,80%	-0,26%
Emilia Romagna	0,00%	0,00%	-1,80%	-0,56%
Piemonte	-0,67%	-2,22%	-2,98%	-2,03%
Puglia	-0,25%	0,00%	0,00%	-0,70%
Veneto	-0,65%	-3,12%	-6,80%	-2,94%

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2023).

Tabella 3.17 **Incidenza del risultato di esercizio sul totale del Valore della Produzione, AO**

Regione	2019	2020	2021	2022
Campania	0,06%	0,05%	-8,63%	0,02%
Emilia Romagna	0,01%	0,01%	-2,73%	-1,04%
Piemonte	-4,46%	-4,23%	-4,89%	-1,29%
Puglia	-2,54%	-14,55%	-12,31%	-8,53%
Veneto	0,60%	-3,85%	-12,70%	-11,37%

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2023).

### 3.6.2 Approfondimento sulle aziende dei cinque casi regionali

Analizzate le misure aggregate di sintesi, è utile procedere a un successivo approfondimento e confrontare la composizione interna di finanziamenti e costi per qualificare i diversi posizionamenti aziendali nei contesti regionali di riferimento. Con riferimento alle rappresentazioni che seguono, si ricorda che si usa il termine finanziamento con riferimento alle specifiche voci dei ricavi indicati nei CE delle aziende; allo stesso modo, la composizione dei costi è informata dalle specifiche poste contabili incluse nel modello CE delle aziende e appositamente riclassificate (cfr. Tabella 3.12).

Sul fronte dei finanziamenti, è nota la maggiore necessità di contributi da parte delle aziende a seguito della pandemia (Borsoi *et al.*, 2022), sebbene per motivi differenti negli ultimi due esercizi: nel 2021, a fronte di una riduzione dei volumi di attività; nel 2022, a causa del consistente e improvviso aumento dei costi di produzione. Anche in questo caso si riconosce l'effetto «emergenziale» differenziato per le due tipologie di azienda. Nel caso delle Aziende Territoriali si nota infatti come l'entità dei contributi indistinti, sebbene aumentata rispetto al 2019, abbia visto una crescita solo marginale al 2022; nello stesso periodo, invece, l'entità dei contributi vincolati è aumentata significativamente, in funzione del combinato disposto di pandemia e dinamica inflattiva nell'acquisizione di fattori produttivi. Nel complesso, le aziende del campione hanno po-



tuto beneficiare tra 2019 e 2022 di un incremento complessivo di 6,2 mld (dato non riportato in Tabella). L'incremento del FSN è stato complessivamente pari a 5,3 mld (dato non riportato in Tabella), di cui la quota maggioritaria è stata diffusamente assegnata alle Aziende Territoriali (4,3 mld; 80%). La maggiore incidenza relativa delle AT nell'allocazione dei contributi vincolati riguarda diffusamente tutte le regioni del campione (Tabella 3.18), sebbene Campania e Veneto facciano registrare rispettivamente una quota sostanzialmente differente alla media campionaria (inferiore nel caso campano, 56%; superiore nel caso veneto, 99%). Meno uniforme è invece la variazione relativa per tipologia di azienda osservata nel tempo: mediamente le Aziende Ospedaliere hanno infatti visto crescere più marcatamente in percentuale le risorse a disposizione da FSN (mediamente +38% vs +11% delle AT). La seconda macro-componente per rilevanza è invece attribuibile al rimborso legato a *payback* per farmaci e dispositivi medici, che nel complesso del campione vale 841mln, anche in questo a maggiore impatto sulle AT (695mln; 83%). Fatta eccezione per il Piemonte, per una AO emiliano-romagnola e per le AT pugliesi, si tratta di una novità rispetto alle fonti di finanziamento per le aziende analizzate, motivo per cui le variazioni percentuali non sono possibili da calcolare o riportano valori particolarmente elevati. Si tratta tuttavia di una misura decisiva per la tenuta delle aziende, senza la quale il delta tra finanziamento e costi di produzione inseriti nello schema di riclassificazione qui proposto restituirebbe un valore fortemente negativo. Molto interessante osservare anche come, coerentemente con quanto visto a livello regionale, l'impiego di risorse proprie regionali sia una via solo residuale rispetto alle variazioni sul finanziamento nel periodo osservato, sia in termini assoluti che rispetto al loro impiego nel passato.

Guardando ai costi della produzione, la Tabella 3.19 mostra la diversa articolazione delle variazioni dei costi nel periodo 2019-2022 tra Aziende Territoriali e AO. Nel complesso, i costi di produzione qui considerati sono complessivamente aumentati di 5,60 mld (da Tabella 3.19 – dato non riportato in Tabella). La principale componente di questo incremento è rappresentata dall'assunzione di personale a vario titolo (1,7mld; 28,5% del delta totale). Mediamente, anche in questo caso sono le AT a riportare la quota di aumento più consistente (932 mln, 55%), sebbene in Campania si osservi un rapporto invertito rispetto alle altre regioni (AO fanno registrare l'aumento più consistente) e in Emilia-Romagna le due tipologie di aziende registrino un aumento dei costi per personale sostanzialmente simile in termini assoluti. Dopo il personale, le componenti che fanno registrare gli aumenti più consistenti in termini assoluti sono beni e farmaceutica (rispettivamente +892 mln, +15,9% del totale della variazione 19-22; +949mln, +16,9%). Anche in questo caso, il fenomeno riguarda maggiormente le AT delle regioni analizzate. La quarta componente è rappresentata dall'energia (603mln; 10,8% delle variazioni complessive). Similmente a quanto osservato in precedenza, sebbene per motivi legati più a



Tabella 3.18 **Le aziende e il loro finanziamento: principali componenti per tipologia di azienda (variazione 2019-2022, in termini assoluti e relativi)**

	Campania		EMR		Piemonte		Puglia		Veneto		
	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	
Emergenziale & Strutturale	Aziende ospedaliere	379.003.736	36%	219.999.582	60%	343.226.076	53%	101.563.737	38%	7.985.273	3%
	Aziende territoriali	500.783.269	5%	842.016.873	11%	1.469.199.716	20%	593.383.940	8%	857.619.168	10%
Finanziamento	Risorse proprie regionali	-	-	4.586.017	nd	-	-	-	-	-	-
	Aziende territoriali	-	-	-806.017	-1%	45.481.407	nd	-	-	66.345	nd
	Pay-back	43.031.159	nd	73.169.644	364%	-	-	30.524.635	nd	-	-
	Aziende ospedaliere territoriali	126.373.791	nd	168.408.530	nd	323.712.000	4500%	76.103.377	63%	-	-

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2022).

**Tabella 3.19 I costi sostenuti dalle aziende: principali componenti per tipologia di azienda (scostamento 2019-2022, in termini assoluti e relativi)**

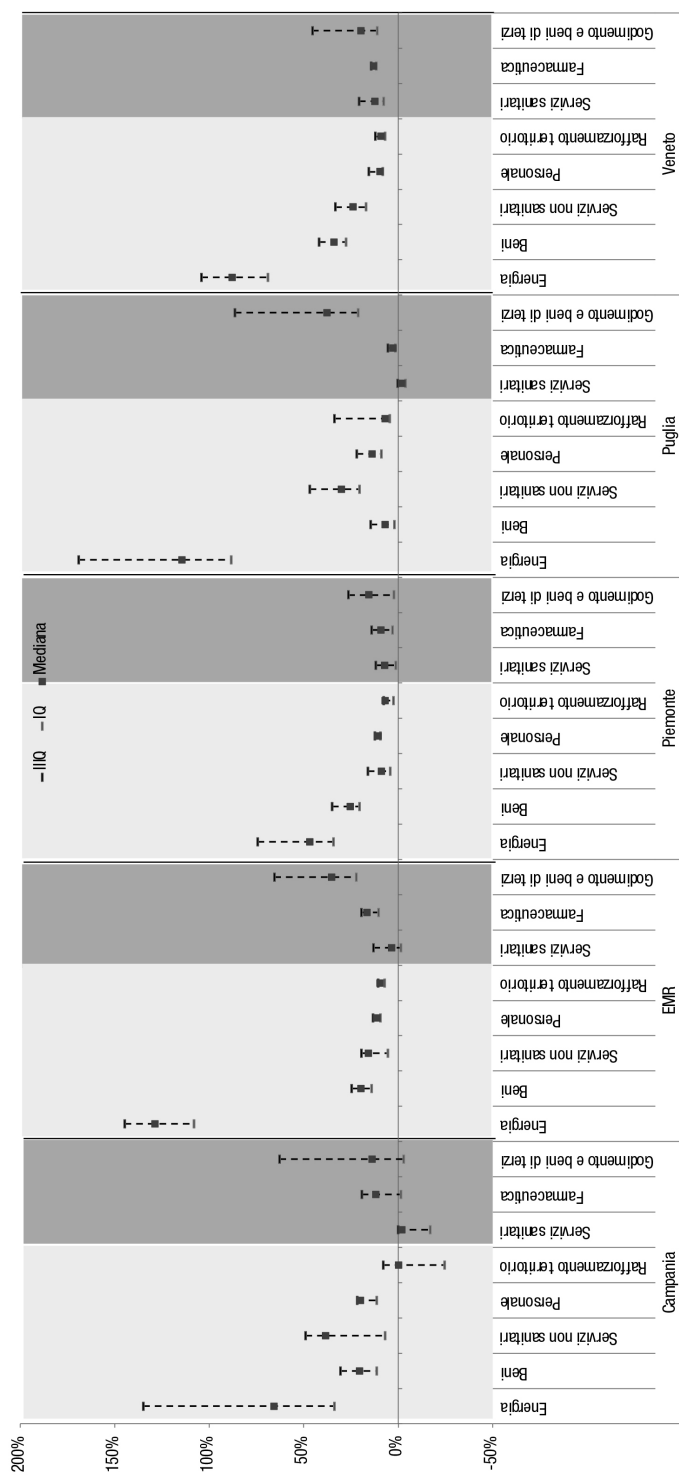
	Campania		EMR		Piemonte		Puglia		Veneto	
	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %
Costi Emergenziali										
Energia	44.776.774	92%	61.833.507	113%	27.128.830	49%	39.669.638	171%	43.698.087	121%
Aziende ospedaliere	41.386.977	90%	128.050.200	136%	43.037.353	48%	67.892.107	99%	105.317.940	68%
Beni	47.958.917	18%	66.289.477	20%	38.584.544	13%	8.515.437	7%	52.586.476	25%
Aziende ospedaliere	76.819.698	23%	164.565.035	22%	189.342.715	36%	37.522.027	8%	210.691.118	36%
Servizi non sanitari	43.400.266	22%	13.594.428	9%	6.851.909	5%	20.477.832	29%	17.230.650	23%
Aziende ospedaliere	62.795.947	23%	52.965.664	17%	23.927.905	11%	86.635.852	28%	85.910.515	23%
Personale	248.585.251	28%	189.667.327	26%	87.673.214	9%	102.189.874	27%	130.792.174	27%
Aziende ospedaliere	182.882.422	10%	202.577.111	8%	189.202.984	10%	170.370.334	10%	187.204.168	8%
Aziende territoriali	-3.388.214	-12%	2.819.427	17%	-741.801	-4%	406.554	115%	116.413	9%
Rafforzamento servizi territoriali	156.639.134	7%	151.660.296	8%	103.084.633	6%	86.873.497	6%	185.157.624	9%
Servizi sanitari	-30.387.618	-14%	2.681.879	1%	25.579.456	14%	505.139	1%	22.789.423	25%
Aziende ospedaliere	-6.987.495	0%	26.594.610	1%	49.795.018	2%	-30.602.330	-2%	209.308.715	10%
Aziende territoriali	16.192.545	4%	30.319.480	16%	22.941.659	7%	-1.145.194	-1%	66.296.184	23%
Farmaceutica	267.153.771	13%	267.430.698	18%	127.690.585	8%	78.819.562	5%	73.581.281	5%
Godimento beni di terzi	3.466.990	16%	8.994.095	47%	6.523.901	16%	7.094.180	135%	3.582.298	21%
Aziende ospedaliere	2.669.671	6%	20.248.271	34%	22.438.558	25%	14.148.728	33%	6.407.855	6%
Aziende territoriali										

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2023).

vetustà delle strutture e alla loro logistica diffusa sul territorio che al modello produttivo in sé e per sé, sono di nuovo le AT ad assorbire la quota preponderante di questo incremento (386 mln; 64% dell'aumento dei costi per energia). Queste evidenze rafforzano la necessità di interpretare separatamente i dati con riferimento ad AT e AO. Le prime, infatti, segnalano un progressivo spostamento dell'affidamento di servizi a erogatori privati accreditati; le seconde, al contrario, mostrano una riduzione dei costi sostenuti per «modelli di servizio emergenti» e una sostanziale stabilità nell'acquisizione di servizi e prestazioni sanitarie. I due elementi confermano una progressiva modifica del ruolo delle aziende pubbliche, che assume una particolare rilevanza considerando la stagione di sviluppo di modelli di servizio emergenti ex DM77: esse sono sempre più soggetti intermedi che fanno riferimento a terzi per l'erogazione dei servizi, e sempre meno soggetti coinvolti direttamente nella gestione in senso stretto.

Sinora si è osservato come anche tra modelli regionali differenti, l'incremento dei costi di produzione in termini assoluti sia tendenzialmente legato alla tipologia di azienda (AT vs AO), sebbene le variazioni percentuali per singolo fattore produttivo nel periodo considerato abbiano dei comportamenti meno uniformi. Questo contribuisce a spiegare la presenza di variabilità tra aziende dentro i contesti regionali e tra regioni rappresentata in Figura 3.10. Per farlo, la Figura riporta i valori corrispondenti a primo quartile, mediana e terzo quartile della distribuzione delle aziende nei singoli contesti regionali per componente di costo analizzata. Tra le componenti «emergenziali», la voce legata all'energia è quella che ragionevolmente cresce maggiormente tra 2019 e 2022 in tutte le regioni, ma con velocità molto diverse tra aziende. In Campania, Emilia-Romagna e Puglia si osservano variazioni percentuali tra 2019 e 2022 in corrispondenza del terzo quartile vicini o superiori al 150%, con una differenza importante: in Campania e Puglia la variabilità è molto più ampia (valori di primo quartile rispettivamente inferiori al 50% e vicini al 75%). Meno rilevante appare la variabilità delle altre componenti emergenziali, ad eccezione dei servizi non sanitari, che in Campania, Puglia e Veneto fanno registrare delta percentuali elevati e con una distanza tra primo e terzo quartile significativa. Allo stesso modo, guardando alle componenti di costo definite come «strutturali» dal presente capitolo, si osserva una sostanziale omogeneità negli scostamenti incrementali di «modelli di servizio emergenti», «servizi sanitari» e «farmaceutica», mentre il ricorso a godimento di beni di terzi (canoni, *leasing*, *project financing*) sembrerebbe rappresentare una pratica crescentemente in uso nelle aziende per sopperire alla carenza pregressa di investimenti o per contabilizzare le prime componenti legate al PNRR, con una variabilità significativa in praticamente tutte le regioni, a testimonianza del fatto che il ricorso a questo tipo di strumento possa dipendere fortemente da scelte gestionali locali.

**Figura 3.10 I costi sostenuti dalle aziende: variabilità intraregionale delle principali componenti considerate (scostamento 2019-2022, in termini relativi)**



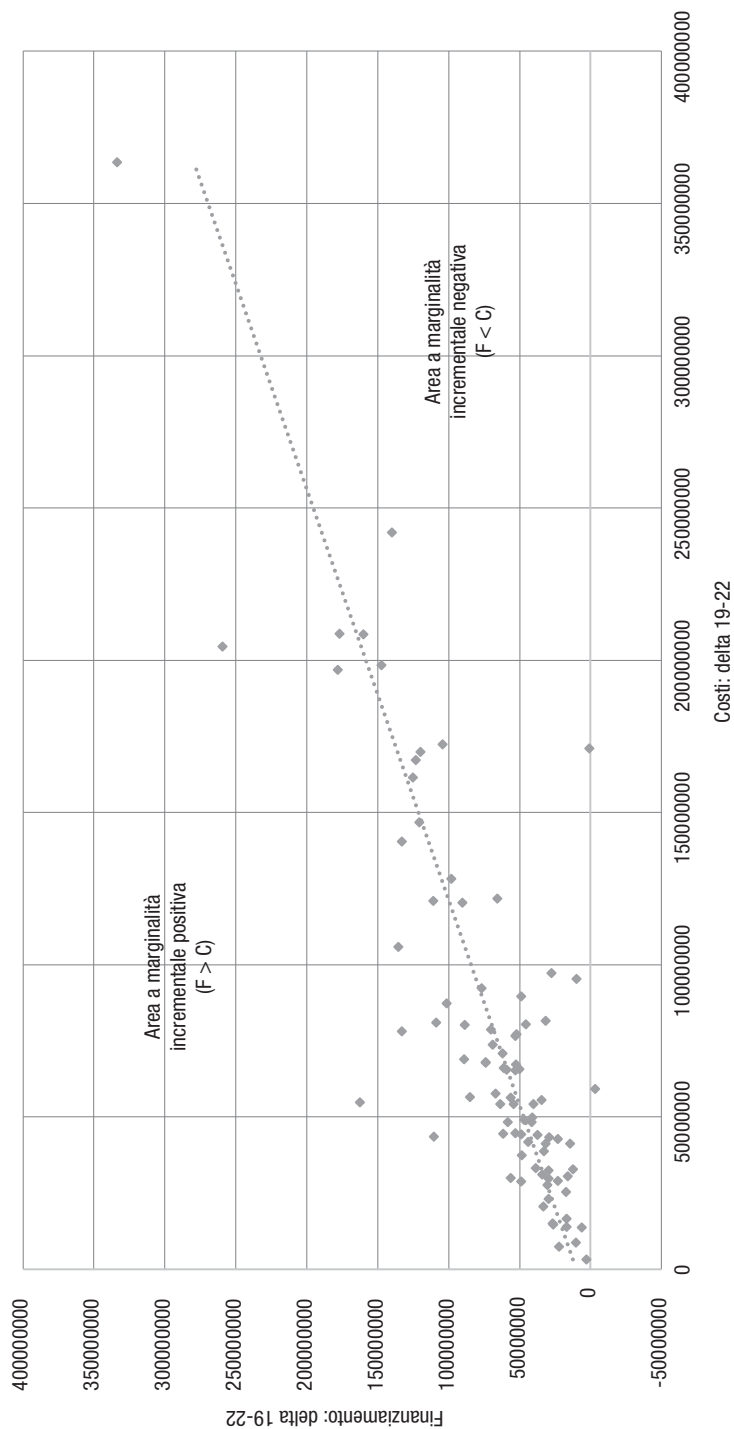
Note: I valori riportati rappresentano lo scostamento percentuale osservato in corrispondenza di primo quartile, mediana e terzo quartile della distribuzione delle aziende per singola regione, così come indicato dalla legenda in figura. L'area grigio chiaro rappresenta le componenti di costo definite come «emergenziali» nel presente capitolo; in grigio scuro, invece, le componenti di costo «strutturali».

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2022).

Infine, la Figura 3.11 prova a offrire in un'unica rappresentazione una sintesi delle analisi sin qui descritte. In particolare, la Figura mostra la relazione osservata nelle variazioni di finanziamento e costi di produzione<sup>38</sup> nel periodo 2019-2022, valutando l'associazione tra le due componenti. Il presupposto della rappresentazione è l'ipotesi di linearità tra le due variabili: le linee di finanziamento emergenziali e l'incremento strutturale dovrebbero idealmente essere state disegnate coerentemente con l'aumento dei costi di produzione legato a fattori contingenti, attuali meccanismi di funzionamento e sviluppo dei modelli di servizio. Nel modello ideale ci si dovrebbe aspettare che i differenziali osservati rispetto al periodo pre-pandemico vedano le aziende posizionarsi in un intorno ristretto della bisettrice del quadrante proposto nella Figura (linea nera della rappresentazione) e che la linea di tendenza della distribuzione si sovrapponga di fatto a quest'ultima, assorbendo così eventuali scelte allocative regionali che abbiano «premiato» alcune aziende a discapito di altre. Eventuali scostamenti e posizionamenti lontani dalla bisettrice rappresentano per le aziende aree a marginalità incrementale positiva, quando il delta del finanziamento supera il delta dei costi registrato in azienda, o negativa, quando accade il contrario. Come detto, gli scostamenti sulle singole realtà aziendali potrebbero essere dovute a scelte allocative e di posizionamento delle regioni rispetto alla distribuzione delle risorse nelle aziende del proprio territorio. Allo stesso tempo, tuttavia, questi scostamenti potrebbero essere imputati a un aumento dei costi di produzione maggiore di quanto il finanziamento fosse in grado di coprire e sostenere nel periodo considerato. Sebbene esista una buona correlazione positiva tra le due variabili ( $R^2 = 0,68$  – ergo, esiste un discreto livello di coerenza tra gli scostamenti presi in esame), la seconda chiave di lettura appena proposta sembra accreditarsi maggiormente, specialmente osservando il posizionamento delle aziende nella Figura. La maggior parte delle aziende, infatti, si posiziona nell'area al di sotto della bisettrice del quadrante, segnalando una «marginalità» negativa derivante dallo scostamento tra finanziamento e costi e, dunque, un peggioramento strutturale della situazione economica aziendale nel quadriennio 2019-2022. Anche la linea di tendenza della distribuzione ha una pendenza meno accentuata della bisettrice e si posiziona nella medesima area a marginalità negativa, segnalando delle criticità già in essere sulla tenuta economico-finanziaria complessiva

<sup>38</sup> In particolare, si tratta delle componenti legate alle quote di contributi in c/esercizio accantonate per ridestituzione a investimenti (voce «AA0240 – A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti») e gli accantonamenti per rischi (voci «BA2750 – B.14.A.6) Altri accantonamenti per rischi» e «BA2890 – B.14.D.10) Altri accantonamenti»). L'inclusione di queste due componenti sul livello aziendale deriva dal fatto che, ad eccezione del Veneto, si tratti di componenti che dipendono da scelte gestionali tipicamente locali e si configurino come leve attivabili dalle Aziende per sostenere investimenti, programmi di sviluppo e/o la gestione delle relazioni i propri stakeholder di riferimento.

Figura 3.11 La relazione tra finanziamento e costi sostenuti dalle aziende: scostamenti 2019-2022 in termini assoluti e marginalità incrementale generata



Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2022).

delle aziende. Se è vero, come osservato nei precedenti paragrafi dedicati al livello regionale, che nel complesso gli SSR soffrono un peggioramento della propria situazione sia dal punto di vista finanziario che economico, questa evidenza mostra come questa sofferenza si ripercuota anche sui livelli di economicità aziendali.

### 3.7 Conclusioni

Nelle conclusioni al capitolo 3 del Rapporto OASI 2021 era stata proposta una riflessione circa la necessità di distinguere, nell'analisi dei dati di finanziamento e spesa sanitaria, gli effetti transitori della pandemia dalle misure strutturali. Più in generale, si faceva riferimento al fatto che la maggior parte delle misure visibili dai dati 2020 non erano da considerarsi destinate ad incrementare in modo strutturale il finanziamento di sistema. Al netto dell'emergenza, infatti, già dai dati 2020 appariva evidente la tendenza a destinare la maggior parte del finanziamento incrementale a misure urgenti o comunque transitorie. Se questo era in qualche modo comprensibile nel 2020, poiché gli effetti della pandemia hanno iniziato a manifestarsi a valle della programmazione, e in maniera meno rassicurante per il 2021, anche il 2022 sconta nuovamente e in maniera più strutturale la necessità di rispondere a fattori emergenziali legati al contesto internazionale con misure straordinarie. Si tratta però di un esercizio che assorbe i fattori emergenziali recenti (pandemia, crisi energetica internazionale e ripresa dell'inflazione) nella consapevolezza che alcuni di questi sono inevitabilmente destinati a perdurare e/o a strutturarsi nel medio-lungo periodo. Il 2022 si conferma quindi un anno difficoltoso, in cui l'aspettativa di interventi non emergenziali e i relativi finanziamenti da intraprendere con una visione di lungo periodo è rimandata ancora una volta. L'aumento di risorse destinate alla sanità leggibile nei dati è quindi in larga misura un incremento «obbligato» e di conseguenza «apparente». «Obbligato» perché legato al momento emergenziale e in gran parte conseguenza di strategie non solo sanitarie caratterizzate da un'allocazione straordinaria e transitoria di fondi al servizio sanitario nazionale per azioni *una tantum*. Da questo punto di vista, il maggior finanziamento è anche «apparente», in quanto non è realmente destinato, se non in parte marginale, al recupero del ritardo di dotazione già discusso nei Rapporti OASI negli anni precedenti alla pandemia.

Per andare oltre gli effetti delle diverse situazioni emergenziali degli ultimi anni, un'analisi della dimensione economica del nostro SSN non può prescindere, perciò, da alcune considerazioni emerse dalle analisi presentate nei paragrafi precedenti:

1. Il livello di finanziamento per la sanità pubblica del nostro Paese è basso. Il finanziamento destinato alla gestione corrente (inclusivo di risorse destinate a sostenere le fasi emergenziali degli ultimi anni) non supera il 7,0% del PIL, in diminuzione rispetto al 2021 di 0,3 punti percentuali. Confermando quanto osservato tra 2021 e 2020, questo vuol dire che il «rimbalzo» di crescita dell'economia è stato superiore a quello relativo al finanziamento della sanità.
2. Anche il livello di spesa sanitaria corrente pubblica (e totale) è basso. Il sistema, come dato aggregato, non presenta sul 2022 problemi strutturali di disavanzo complessivo e dal 2012 il valore di spesa a consuntivo si scosta pochissimo (in positivo o in negativo) dal finanziamento complessivo. Tuttavia, è chiaro come il disavanzo di 290 milioni registrato nel 2022 (comunque in aumento rispetto a quello registrato nel 2021) possa iniziare a rappresentare un segnale di allerta per gli esercizi futuri, se letto alla luce delle risorse straordinarie occasionali stanziata nel 2022 per sostenere il rincaro dei prezzi dell'energia e il generale meccanismo inflattivo attivato dai recenti accadimenti internazionali. Come incidenza sul PIL, quindi, anche la spesa pubblica si attesta su un livello del 7,0% (in riduzione di 0,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente), circa tre punti in meno di Francia e Germania (stesso scarto sulla spesa totale, in Italia pari al 9,1%). Questo dato, peraltro, ritorna di fatto ai livelli del 2019 (inferiore al 7%). L'Italia è, quindi, un sistema che appare ancora in equilibrio, ossia spende ciò che finanzia: in entrambi i casi, poco. Le proiezioni su 2023 e anni successivi non appaiono confortanti in questa prospettiva. Su tali premesse, la sfida non è più contenere il disavanzo complessivo, ma studiare il modo (se esiste) con cui il nostro sistema possa mantenersi al passo per *output*, qualità e *outcome*, con altri sistemi come Francia e Germania che investono quasi il 30% in più come incidenza sul PIL (e con un PIL più alto).
3. Nel 2021, l'Italia presenta il dato di spesa sanitaria nominale pro-capite più basso di tutti i Paesi considerati, scendendo per la prima volta sotto il livello della Spagna. Nel 2022, in termini nominali (al lordo dell'inflazione), la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite riferita alle regioni e PPA è pari a 2.260 Euro. Tuttavia, se tale dato viene letto alla luce delle dinamiche inflazionistiche, la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite in termini reali passa dai 2.095 del 2021 ai 1.997 Euro del 2022, segnalando un ulteriore elemento di potenziale criticità per la tenuta complessiva del sistema e dei principi posti alla sua base.
4. La situazione apparente di equilibrio complessivo non si riflette omogeneamente in regioni e aziende. Su queste ultime ad esempio, è possibile segnalare come il risultato d'esercizio, che di per sé riflette in modo molto relativo l'effettivo stato di salute delle Aziende del SSN (cfr. par. 3.6.1), registri un importante peggioramento diffuso nelle cinque regioni analizzate (Campania, Emilia Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto).



Non sono attualmente previsti consistenti interventi significativi di aumento del finanziamento e, di conseguenza, della spesa sanitaria corrente pubblica. Del resto, un aumento dell'incidenza sul PIL che porti l'Italia ai livelli di Francia e Germania richiederebbe circa 50 miliardi all'anno (+40% circa rispetto all'attuale livello di finanziamento) ed è chiaramente un'ipotesi poco concreta nel breve termine. Tuttavia, anche obiettivi meno ambiziosi (ad esempio di allineamento al dato di incidenza registrato in Spagna, 7,8%) richiederebbe un'allocatione di circa 9 miliardi in più all'anno al SSN. L'entità di queste differenze e il gap di risorse che si registra, rende fragile (o quanto meno non più sufficiente) l'argomento efficientista secondo cui il SSN italiano è e sarà sempre in grado di produrre ottimi risultati con molte meno risorse degli altri Paesi, e rende urgente la riflessione sul livello concreto di obiettivi credibili che si possono raggiungere. La sostenibilità del SSN dei prossimi anni inevitabilmente dipenderà dalle evoluzioni delle principali voci di entrata e spesa. Per quanto riguarda la spesa, il perdurare dell'inflazione, seppur in misura meno intensa, suggerisce che vi sarà un incremento dei costi per beni (sanitari e non sanitari), servizi non sanitari e godimento di beni di terzi (impattati al rinnovo dei contratti). Inoltre, il rafforzamento dei servizi territoriali previsto dal DM77 dovrebbe teoricamente comportare un incremento della spesa. Per quanto riguarda le entrate, la Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (NADEF) prevede un incremento della spesa sanitaria per il 2023 (+3,6 mld, totale 134,7 mld) e una diminuzione per il 2024 (-1,8 mld, totale 132,9 mld). Nel caso in cui l'incremento atteso delle spese non sarà accompagnato da un aumento delle entrate vi è il rischio di un ulteriore incremento del disavanzo complessivo e di una minaccia alla sostenibilità dei SSR.

L'analisi dei casi regionali suggerisce alcuni spunti di riflessione sulle strategie che i SSR potranno mettere in campo per contenere o gestire il rischio di disavanzo e il conseguente impatto sui rispettivi modelli di servizio e la struttura dei sistemi sanitari.

Nel caso in cui l'incremento atteso delle spese non sarà accompagnato da un aumento delle entrate, vi è il rischio che le regioni si trovino fra due opzioni strategiche: i) registrare disavanzi per mantenere gli attuali livelli qualitativi dei servizi; ii) contenere i disavanzi indebolendo l'erogazione dei LEA. Il trade-off fra l'equilibrio economico-finanziario e gli standard di volume erogativo e qualità dei servizi è tipico del SSN e in generale delle istituzioni pubbliche. Tuttavia, sulla base delle proiezioni circa il 2023, percezione diffusa è che le regioni non potranno limitarsi a definire il proprio posizionamento lungo il tradizionale e fisiologico trade-off fra i due distinti obiettivi di *policy*, ma dovranno scegliere quale prioritizzare.

Si tratta, in parte, di dinamiche già registrate nel SSN. L'Emilia-Romagna, da un lato, ha registrato un disavanzo pari a 84 mln, che se sommato all'utilizzo di 103 mln di risorse aggiuntive regionali suggerisce una perdita strutturale

pari a 187 mln di euro. La Campania e la Sicilia, dall'altro, hanno registrato un avanzo pari rispettivamente a 9 e 10 mln di euro. In entrambi i casi l'equilibrio economico-finanziario è stata raggiunto attraverso un trasferimento di risorse dalle Aziende Territoriali a quelle Ospedaliere, aspetto che rappresenta un segnale di indebolimento dei servizi territoriali in contraddizione con gli obiettivi del PNRR e dei relativi investimenti.

È inoltre opportuno considerare che le diverse regioni hanno un livello di autonomia differente nella scelta fra le due opzioni strategiche («disavanzo» vs «servizi di qualità»). Infatti, le Regioni in Piano di Rientro (PdR) sono soggette ad un continuo processo di verifica e affiancamento e a un sistema di incentivi e sanzioni che prevede l'innalzamento automatico delle accise e Commissariamenti del livello nazionale. In questi contesti, i sistemi hanno sviluppato un forte orientamento al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e maturato dei meccanismi operativi in grado di contenere preventivamente la formazione di disavanzi, mentre meno enfasi è stata attribuita a configurazione e sviluppo dei servizi.

La percezione delle due opzioni strategiche segnala la difficoltà dei SSR di offrire servizi di qualità in condizioni di equilibrio economico-finanziario a parità di modelli di servizio e struttura dei sistemi sanitari. Secondo questa interpretazione, gli attuali modelli di assistenza non sembrano offrire ulteriori spazi di manovra per cui è possibile fronteggiare l'incremento atteso delle spese senza minare la qualità dei servizi e/o agire su una eventuale riduzione dei volumi di attività. In questo contesto, una profonda ri-organizzazione dei sistemi potrebbe permettere di offrire servizi di qualità preservando l'equilibrio economico-finanziario. I SSR e le aziende dovrebbero promuovere il ridisegno dei servizi e la riorganizzazione dei processi, sicuramente assicurando l'impiego delle risorse del PNRR (da intendere qui come programma di spesa), ma non solo. I sistemi sanitari regionali dovrebbero infatti incoraggiare le riorganizzazioni promuovendo delle logiche diverse rispetto a quelle adottate nelle politiche di contenimento dei costi registrate nel periodo pre-pandemico (2000-2019). Le politiche potrebbero focalizzarsi sul disegno di innovativi modelli di assistenza e presa in carico e sulla digitalizzazione dei servizi, superando definitivamente le politiche di contenimento dei costi (o meglio, taglio lineare) basate su singoli fattori produttivi. Inoltre, i sistemi regionali potrebbero promuovere interventi specifici e target di contenimento della spesa differenti alle diverse aziende sanitarie, in alternativa ai tagli lineari tipicamente impiegati nel periodo pre-pandemico.

Sotto questo profilo, infatti, è interessante che le analisi sul livello aziendale suggeriscano alcune importanti difficoltà sul fronte dell'economicità. Si assiste, infatti, ad una crescente sofferenza diffusa, dovuta all'aumento dei costi della produzione e ad una maggiore dipendenza da contributi da enti sovraordinati, non legati direttamente alla produzione. In altri termini, la gestione dei recen-

ti eventi eccezionali, quali la pandemia da Covid-19 e il fenomeno inflattivo successivo alle difficili contingenze internazionali, sembra aver avviato per le aziende un periodo di importante crescita dei costi, ad oggi compensata dall'aumento in via straordinaria e temporanea dei livelli di finanziamento. Come già evidenziato, la maggior parte delle aziende e delle regioni analizzate hanno infatti visto un peggioramento della propria situazione economica nel periodo 2019-2022 e le attese sul 2023 scontano le stesse criticità potenziali appena discusse sul livello regionale. In primis, è chiaro come l'aumento dei costi di produzione registri una forte variabilità tra aziende della stessa regione e tra fattori produttivi impiegati. Su tutti, il costo dell'energia, ma anche le scelte su godimento di beni di terzi, tipicamente legati a carenza di investimenti sul patrimonio aziendale. Nel primo caso, la variabilità è tipicamente ascrivibile, oltre all'aumento del prezzo della materia prima, alle condizioni di vetustà del patrimonio pubblico (per una rassegna sulle condizioni del patrimonio delle aziende del SSN si veda Amatucci *et al.*, 2021). Nel secondo caso, è chiaro che le difficoltà dell'ultimo decennio sul fronte degli investimenti ha spinto le aziende a operare scelte di acquisizione «alternative» che nel periodo emergenziale sono state ancor più pronunciate per poter garantire un adeguato livello qualitativo dei servizi. Il tema della promozione degli investimenti e di una seria riflessione sulla loro ricaduta nelle pratiche aziendali appare dunque cruciale. Già prima del 2020 si segnalava la necessità di sostenere gli enti dell'SSN rispetto a investimenti sempre più necessari ed urgenti per adeguare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche. Come noto, la pandemia ha aperto una stagione di investimenti importanti che seguono, comunque, la logica dei trasferimenti da enti sovra-ordinati e dei contributi finalizzati. Essi avranno rilevanti ripercussioni anche sulle attività aziendali e (in alcuni casi) modificheranno la struttura produttiva con conseguenze gestionali e di impatto sui costi. In assenza di valutazioni sul loro potenziale impatto nella gestione corrente, il rischio è che in futuro il disallineamento tra risultati di sistema e performance dei singoli enti sia ancora più ampio e che il modello di finanziamento alle aziende si dimostri sempre più lontano dai loro reali meccanismi di funzionamento di queste. Si tratta di un tema di equilibri finanziari ed economici, ma apre anche al rischio che universalità, uguaglianza ed equità (i principi fondamentali del SSN) diventino obiettivi ancor più alternativi tra loro (e alternativi alla qualità) a causa del vincolo di risorse crescente. A questi fenomeni, se ne aggiunge un terzo rilevante: i differenziali 2019-2022 su acquisto di beni e servizi non sanitari da parte delle aziende mostrano valori significativi (mediamente +24% in entrambi i casi) ma una variabilità contenuta tra aziende della stessa regione e, in buona parte, anche tra aziende di regioni diverse. In questo caso, segnaletico di una sua probabile strutturalità nel medio periodo, si tratta di fattori esposti al rischio di mercato (vuoi perché aumentano i prezzi di acquisizione, vuoi perché aumenta il costo del lavoro per l'erogazione del servizio). Dunque, su alcuni

di questi fattori è difficile attendersi un'inversione di tendenza rispetto ai costi unitari di acquisizione, rendendo presumibilmente poco sostenibile nel medio periodo il funzionamento delle aziende del SSN, stante l'invarianza di risorse prevista per il settore. Ciò non implica che non vi siano spazi di miglioramento potenziali e scelte gestionali e di funzionamento che nel perimetro di questi vincoli non possano rendere più «produttivo» l'assorbimento di risorse. Tuttavia, il combinato disposto di (i) velocità con cui i costi di produzione hanno fatto registrare un aumento nell'ultimo periodo e (ii) processi ri-allocativi da attivare per rendere operativa la riconfigurazione dei servizi in coerenza con gli sviluppi attesi ex DM 77 e post impiego delle risorse derivanti dal PNRR (tipicamente vischiose nel breve periodo in sistemi complessi), di fatto rischiano di minare la sostenibilità delle aziende del SSN nel prossimo futuro e di rappresentare dei vincoli eccessivi rispetto allo sviluppo e a una solida diffusione dei nuovi modelli di servizio, sia in termini di estensione che di qualità erogativa. Da un lato, dunque, questi vincoli possono rappresentare dei perimetri dati, all'interno dei quali poter lavorare su processi aziendali e stimolo all'integrazione tra setting assistenziali diversi e intra-setting per ridurre frammentazione dei servizi e ricomporre e razionalizzare quote di risorse, da intendersi in senso ampio, oggi disperse. Dall'altro, tuttavia, è bene considerare che vincoli eccessivi in una fase importante di investimento, con conseguente ri-assetto dei modelli erogativi e di servizio, possono fortemente comprimere l'efficacia dell'azione aziendale, rendendo alle volte obbligate scelte di *second best*. Su questo aspetto incidono anche alcuni fattori critici strutturali che investono tradizionalmente il SSN, inerenti alle difficoltà crescenti del livello aziendale nel recepire i corretti incentivi dal finanziamento per output, e quindi a ritenerlo un sistema sufficientemente credibile in un contesto che crescentemente chiede attenzione sugli *outcome* generati (nelle varie forme che questi possono assumere). Tale tendenza richiederebbe un ripensamento delle modalità di finanziamento e di una riflessione sui contributi che ciascun attore può offrire nel processo erogativo, aprendo una discussione su leve e spazi di manovra disponibili ai diversi livelli istituzionali. L'autonomia aziendale, e in parte anche quella regionale, è efficace nella misura in cui esiste uno spazio strategico sufficientemente ampio per valutare scelte alternative di impiego delle risorse e di produzione. Se, al contrario, la produzione risulta sempre più obbligata e, in parte come conseguenza, il finanziamento è sempre più legato agli input piuttosto che al risultato di salute generato, allora l'autonomia aziendale corre il rischio di diventare più formale che sostanziale (Vendramini *et al.*, 2017). Ciò è valido soprattutto nei contesti meno dinamici e più propensi all'immobilismo e all'isomorfismo, in cui il management tende ad agire solo formalmente gli spazi di autonomia aziendali, percependosi come «imprigionato» da scelte di policy e di finanziamento sempre più vincolanti, che fanno apparire il dato aggregato in equilibrio ma che nascondono più di una difficoltà a livello di singolo erogatore.

In conclusione, se fino allo scorso anno si osservava una condizione di sostanziale disallineamento tra quanto osservato a livello aggregato e a livello locale (da un lato, l'equilibrio complessivo del SSN, osservato attraverso gli aggregati regionali e nazionali, dall'altro la difficoltà crescente delle aziende sanitarie a raggiungere l'equilibrio economico), quest'anno gli interventi di riprogettazione e riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali sollevano alcuni interrogativi sostanziali per la tenuta del SSN. In primo luogo, è opportuno interrogarsi se e quali sistemi sanitari detengono il capitale istituzionale necessario per promuovere un profondo cambiamento nei modelli di servizio. Il disegno di innovativi modelli di assistenza e la digitalizzazione dei servizi richiedono sofisticate competenze gestionali volte a rompere la *path dependency* attraverso processi di *change management*, così come un elevato rapporto di fiducia tra i diversi attori e professionisti della filiera inter-istituzionale. La consapevolezza circa l'effettiva complessità dei processi di riorganizzazione potrebbe indurre lo sviluppo di interventi nazionali di affiancamento ai sistemi sanitari più deboli, fondati su logiche diverse rispetto a quelle adottate nelle politiche di contenimento dei costi registrate nel periodo pre-pandemico. In secondo luogo, è opportuno domandarsi quali possano essere i «luoghi» e i «livelli» dell'innovazione, ossia quali territori, attori (livello regionale, aziende sanitarie, distretti) e figure professionali (top o middle management, professionisti sanitari) siano in grado di guidare e diffondere efficaci processi di cambiamento. Il ridisegno dei servizi e la riorganizzazione dei processi richiedono un approccio *context-specific*, ossia specifico del servizio o processo, e sono sviluppati prevalentemente dal basso (bottom-up) a differenza di altre politiche come il ridisegno della struttura di offerta. Sulla base delle caratteristiche e dei modelli di *governance* dei diversi SSR, il livello regionale potrebbe promuovere la ri-organizzazione dei sistemi a partire dagli attori e le figure professionali in grado di guidare il cambiamento nello specifico servizio o processo.

### 3.8 Bibliografia

- Amatucci F., Cusumano N., Furnari A., Vecchi V., (2021) «Strategie di gestione e valorizzazione del patrimonio immobiliare delle Aziende del SSN» in CERGIS, *Rapporto OASI 2021*, Milano, EGEA.
- 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., Sicilia F., (2009), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende», E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.

- Armeni P., Borsoi L., Notarnicola E., Rota S., (2022), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale» in CERGAS, *Rapporto OASI 2022*, 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., Bertolani A., Borsoi L. e Costa F. (2020), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2020*, 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.
- Cantù E., Notarnicola 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.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda: logiche di governance in sanità*, Milano, EGEA.
- Intesa, ai sensi dell'art.115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2021 (Rep. Atti n. 152/CSR del 4 agosto 2021)
- ISTAT (2023), «I.Stat», Database, Ultimo accesso, 1 agosto 2023.
- 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.
- OECD (2023), «OECD Health Data: Health care resources», *OECD Health Statistics*, Database, Ultimo accesso, 1 agosto 2023.
- Tinghög G., Carlsson P. e Lyttkens C. (2010), «Individual responsibility for what? – A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system», *Health Economics, Policy and Law*, 5(2), pp. 201-223.
- Van Doorslaer E., Masseria C., the OECD Health Equity Research Group Members (2004), «Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries», *OECD Health Working Paper No. 14*.
- Vendramini E.A., Armeni P., Lecci F., Ricci A. (2017), «Starve the beast to let it back to the iron cage: do budget constraints increase isomorphism?», in *Sviluppo, sostenibilità e competitività delle aziende. Il contributo degli economisti aziendali*, pp. 207-221.