

3 **La spesa sanitaria e i costi dei servizi: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale**

di Ludovica Borsoi, Gianmario Cinelli, Alessandro Furnari, Elisabetta Notarnicola e Silvia Rota¹

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, in un momento storico in cui la tenuta locale dei conti del SSN è messa a dura prova da fenomeni di natura macroeconomica ma anche da caratteristiche strutturali del sistema. Il Capitolo punta a fornire dati e interpretazioni circa l'andamento delle performance economiche delle Regioni e delle Aziende del sistema, con un approfondimento sull'andamento di costi e ricavi volto a comprendere quali siano le principali dinamiche in corso nel settore. Il primo livello di presentazione e commento ai dati è relativo all'andamento macroeconomico della spesa sanitaria, inteso come confronto tra l'entità della spesa 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'ultimo livello di rappresentazione è dato dalle performance economiche delle Regioni e delle loro aziende, con un approfondimento volto a identificare i principali driver

¹ 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 Alessandro Furnari e Gianmario Cinelli, il paragrafo 3.6 a Alessandro Furnari, Elisabetta Notarnicola, 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.

di andamento dei costi del sistema e le diverse strategie di finanziamento degli stessi. Si propongono nove casi studio regionali, con l'obiettivo di approfondire il legame tra le dinamiche regionali ed aziendali ed esplorare il ruolo di entrambi rispetto al contenimento dei disequilibri, focalizzandosi sulle modalità di raccordo tra il livello regionale ed aziendale e sulle strategie di gestione della spesa sanitaria nella prospettiva dei costi dei servizi.

Il capitolo presenta i dati di confronto internazionale fino al 2022, ultimo anno disponibile sulla fonte di dati utilizzata (OECD Health Statistics). A livello nazionale, il capitolo presenta invece i dati 2023 a confronto con gli anni precedenti, soprattutto il periodo 2019-2022.

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 del SSN per il periodo 2019-2023, 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 2023, che segna potenzialmente l'inizio di un periodo di transizione verso performance economiche di sistema in peggioramento.

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 disponibili²) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il § 3.4 è, invece,

² Le risorse complessivamente disponibili sono equivalenti alla voce denominata "Ricavi del SSN" come definito dal Ministero della Salute, si veda sotto per i dettagli.

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

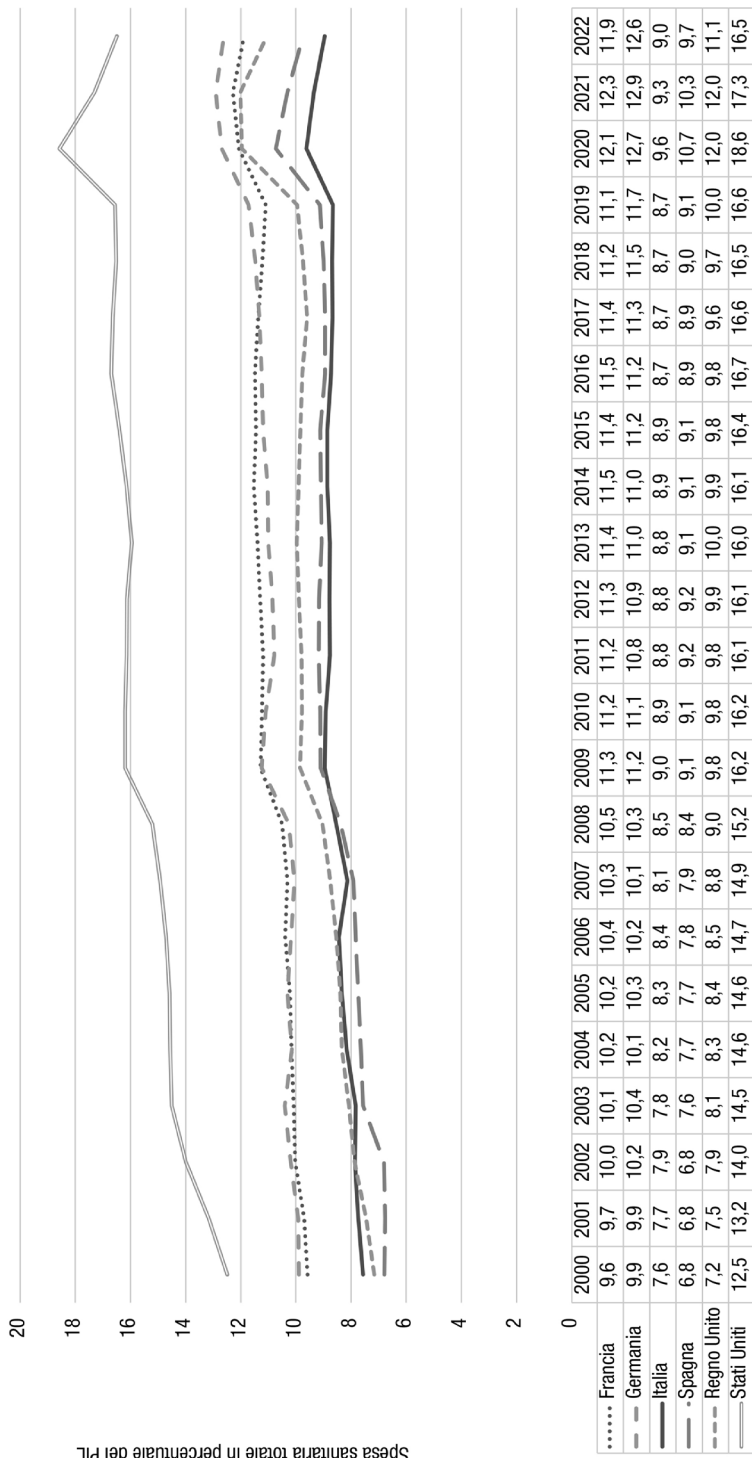
La spesa sanitaria nei sei Paesi considerati (Italia, Francia, Spagna, Germania, Regno Unito e Stati Uniti) riflette l'eterogeneità degli assetti istituzionali e si caratterizza per livelli, composizioni e dinamiche altamente differenziate. I dati presentati (fino al 2022, ultimo anno disponibile), mostrano 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 servizi³. 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 16,5% nel 2022 (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, sistemi diversamente strutturati hanno costi di funzionamento potenzialmente differenti.

In Italia, la spesa sanitaria complessiva sul PIL mostra un'incidenza del 9,0% nel 2022, inferiore rispetto agli altri Paesi considerati, a conferma del trend osservato negli ultimi anni (Figura 3.1). Seppur non mostrato in figura,

³ 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 (2000-2022)



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Statistics 2024.

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 2022, per l'Italia il rapporto è pari al 6,7%, il più basso tra tutti i Paesi considerati (Spagna: 7,2%; Regno Unito: 9,1%; Francia: 10,1%; Germania: 10,9%; Stati Uniti: 13,8%).

Considerando la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL, tra il 2021 e il 2022, l'Italia ha registrato un decremento di questo indicatore (-0,4%), pur mantenendosi leggermente al di sopra dei livelli del 2019, l'anno precedente alla pandemia (+0,3%). Anche negli altri Paesi considerati si rileva una diminuzione della spesa sanitaria sul PIL tra il 2021 e il 2022, compresa tra -0,3% (Germania e -1,0% (Regno Unito). In quasi tutti i Paesi, ad eccezione della Germania, questo calo è trainato da una riduzione della spesa sanitaria pubblica o per schemi assicurativi obbligatori, ed è quindi ascrivibile, almeno in parte, alla riduzione delle fonti di finanziamento straordinarie, degli interventi e delle politiche adottate per gestire la pandemia.

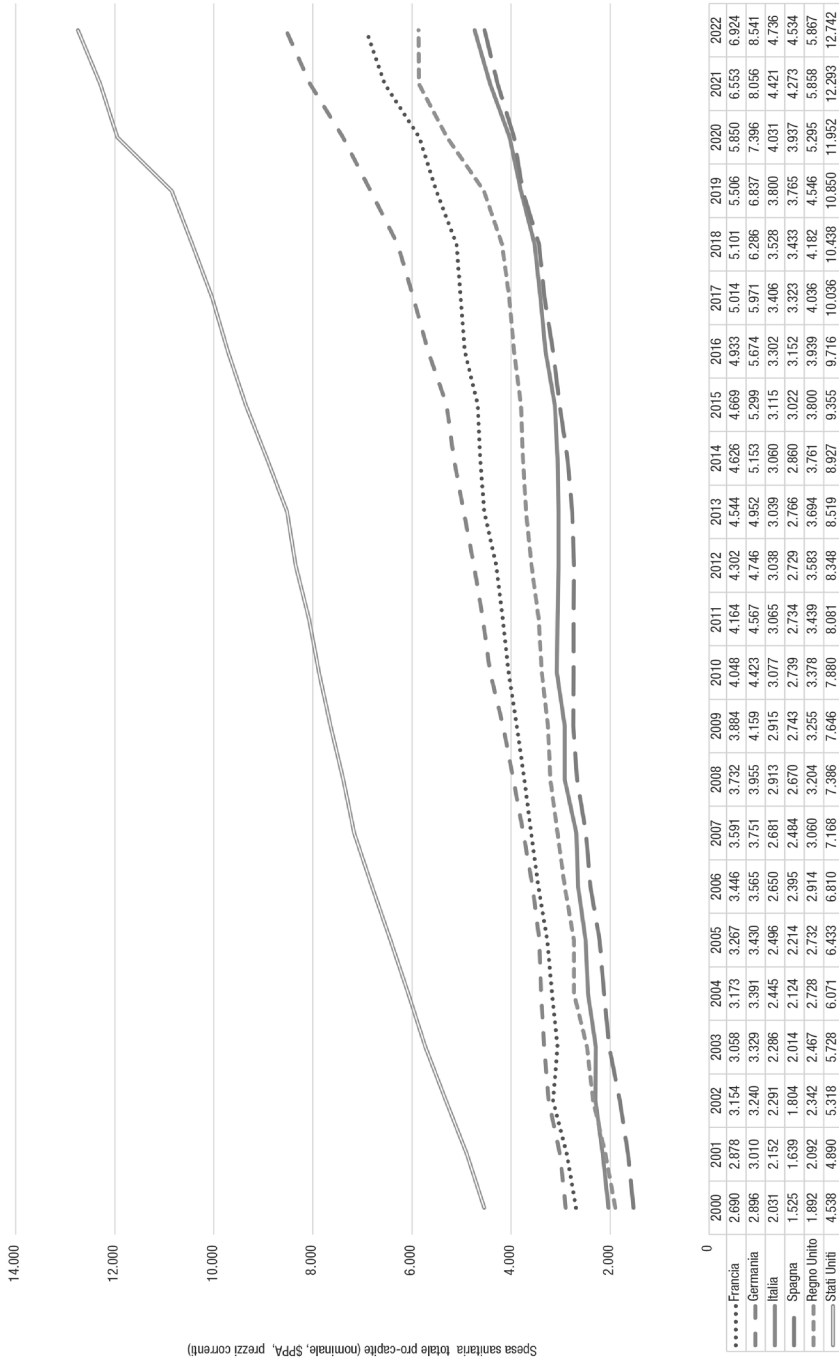
Guardando ai livelli di spesa, il sistema comunemente considerato come quello più vicino al mercato, quello statunitense, presenta, in media, la spesa pro-capite nettamente più elevata (Figura 3.2 e Figura 3.3). Nel 2022, il livello di spesa sanitaria complessiva pro-capite negli Stati Uniti risulta più alto del 108% rispetto alla media dei Paesi europei considerati. In particolare, risulta più alto del 65% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (Francia e Germania) e del 153% rispetto a quella dei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale o locale (Italia, Spagna, Regno Unito). È fondamentale, tuttavia, 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 2022, l'Italia presenta il dato di spesa sanitaria nominale pro-capite più basso dopo la Spagna (Figura 3.2).

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 2022, il tasso di crescita superiore è stato registrato dalla Germania (+93%), seguita da Regno Unito (+74%), Francia (+71%), Spagna (+66%) e Stati Uniti (+62%). L'Italia è il Paese che ha registrato il tasso di crescita meno sostenuto (+54%) e nettamente inferiore rispetto agli altri Paesi considerati.

Un elemento importante da considerare nel confrontare la spesa sanitaria di diversi Paesi è la sua composizione⁴ rispetto ai soggetti pagatori. Essendo

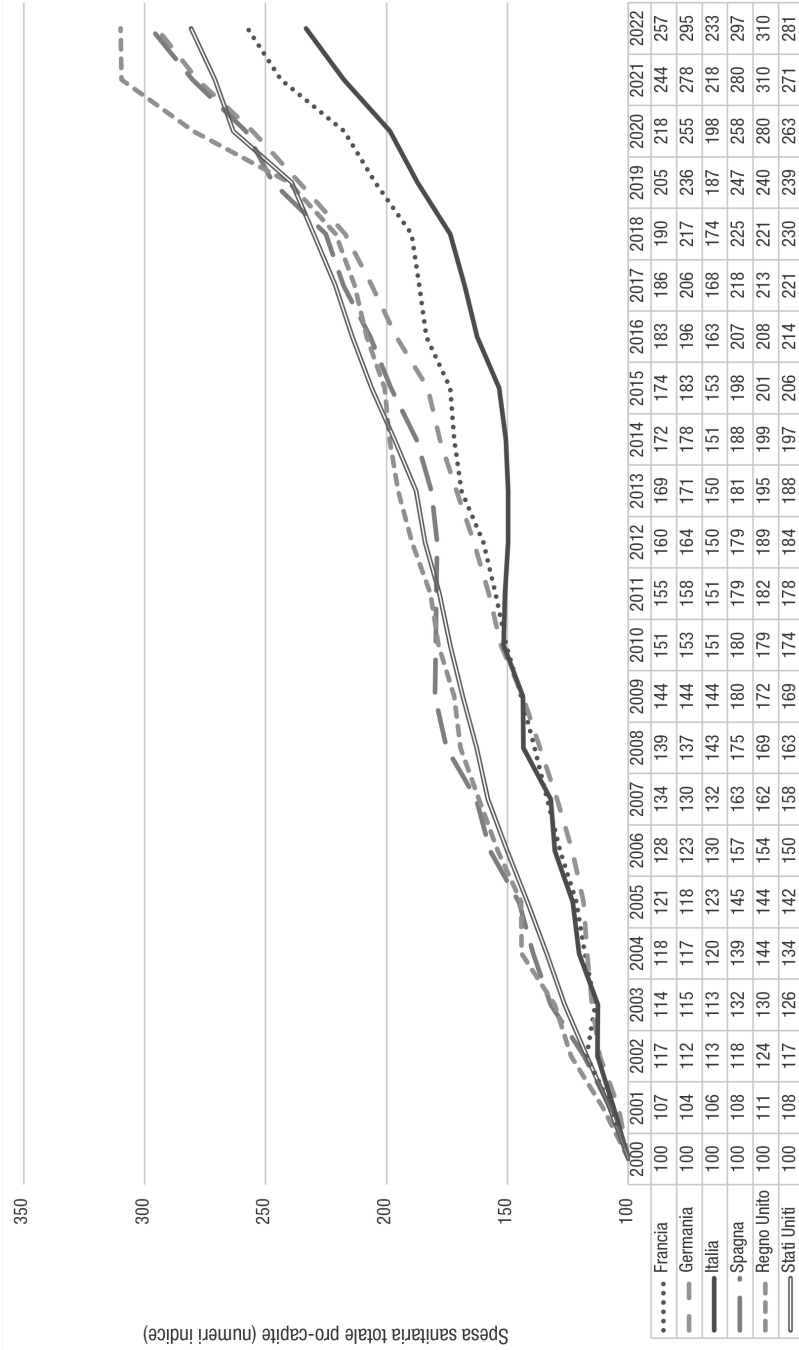
⁴ La proporzione tra il contributo dei tre pagatori (settore pubblico, assicurazioni e cittadini-pazienti) può essere letta come una misura di equità del sistema sanitario. Più è elevata la copertura pubblica, infatti, più il sistema è caratterizzato da equità rispetto al reddito. Infatti, una quota

Figura 3.2 Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000-2022)



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Statistics 2024.

Figura 3.3 **Evoluzione spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000-2022), numeri indice: 2000=100**



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Statistics 2024.

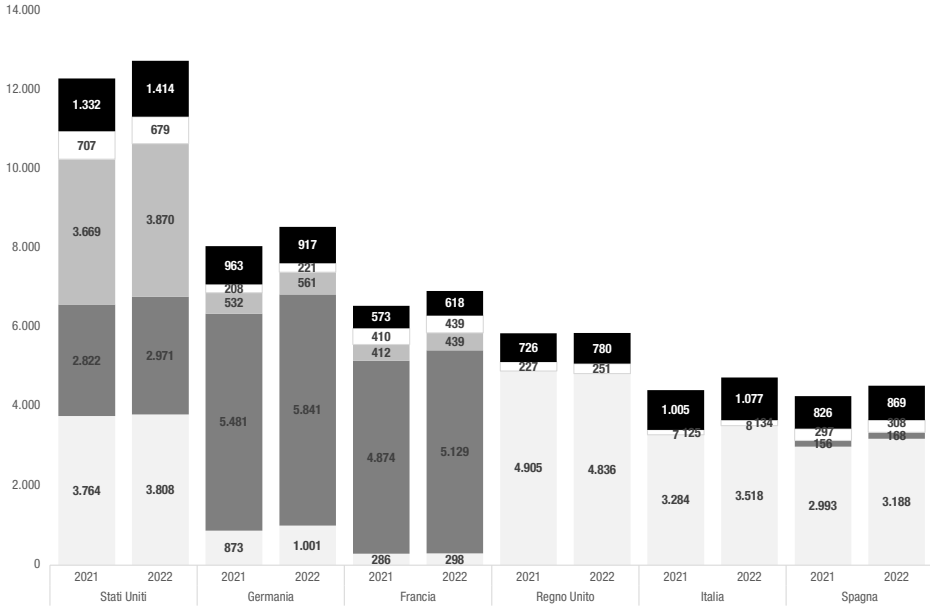
un settore cruciale in ogni Paese, sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza ovunque per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione variabili in funzione del modello di welfare implementato. Di conseguenza il ruolo degli 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 (2021 e 2022), 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 2022 tra il 74,0% (Spagna) e l'86,7% (Germania). È importante sottolineare, tuttavia, come i valori assoluti pro-capite siano estremamente eterogenei tra i Paesi, con stime che vanno da \$3.356 in Spagna a \$10.649 negli Stati Uniti. La componente pubblica e assicurativa obbligatoria ha registrato un aumento o una stabilità rispetto al 2021 in quasi tutti i Paesi considerati (da +0,0% dell'Italia a +1,2% della Germania), ad eccezione di Francia (-0,3%) e Regno Unito (-1,3%). A seconda degli assetti istituzionali, si rilevano differenze nella distribuzione delle singole voci di spesa: 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 sanitaria pro-capite nel 2022 (componente molto più ridotta o pressoché nulla nei Paesi Europei).

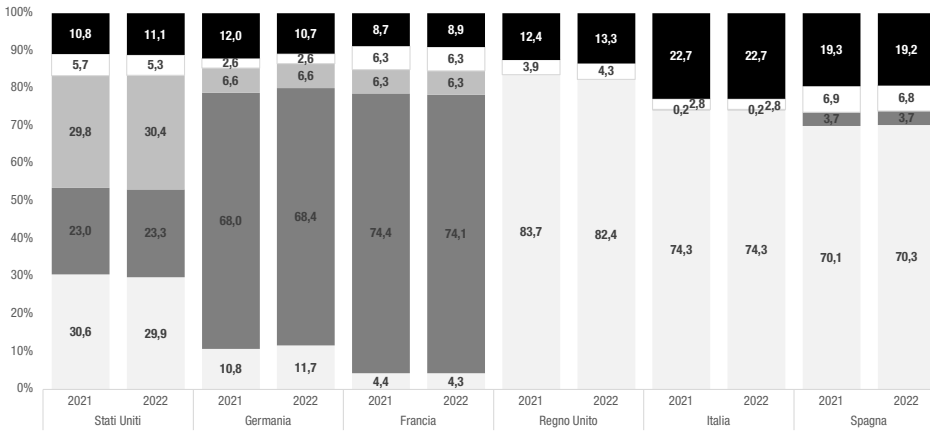
La parte residua di spesa è coperta dal settore privato nella forma di premi assicurativi volontari, a carico dei cittadini o delle imprese che offrono copertura per i propri dipendenti, oppure di spesa *out-of-pocket*, direttamente so-

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 (2021-2022) in \$PPA (sopra) e in % (sotto)



■ Spesa pubblica finanziata dal governo ■ Spesa assicurazioni sociali obbligatorie ■ Spesa assicurazioni private obbligatorie
 □ Spesa assicurazioni private volontarie ■ Spesa out-of-pocket



■ % Spesa pubblica finanziata dal governo ■ % Spesa assicurazioni sociali obbligatorie ■ % Spesa assicurazioni private obbligatorie
 □ % Spesa assicurazioni private volontarie ■ % Spesa out-of-pocket

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Statistics 2024.

stenuta 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 2022, la componente *out-of-pocket* registra una notevole variabilità tra i Paesi analizzati, dall'8,9% della Francia al 22,7% dell'Italia (Figura 3.4). In termini assoluti, la spesa *out-of-pocket* negli Stati Uniti risulta la più elevata, sia nel 2021 che nel 2022. Il dato italiano suggerisce che circa un quarto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricada direttamente sull'individuo nel momento del consumo. È interessante notare come in Germania e Regno Unito vi sia stata una variazione della componente *out-of-pocket* tra il 2021 e il 2022 più rilevante rispetto agli altri Paesi, rispettivamente in negativo (-1,2%) e in positivo (+0,9%), sebbene tali variazioni risultino comunque contenute.

Osservando l'evoluzione della composizione della spesa, ed in particolare il mix delle diverse fonti, si nota come tra il 2021 e il 2022 la suddivisione tra spesa pubblica, spesa per assicurazioni private e spesa per compartecipazione non sia cambiata (rispettivamente 74,3%, 2,8%, 22,7% per l'Italia), mentre sono variati ampiamente i valori assoluti (sempre per l'Italia notiamo un aumento proporzionale delle tre componenti). Questo andamento ci mostra come le tre componenti rilevanti nel sistema italiano siano legate tra loro e seguano dinamiche simili, in linea con quanto osservato anche in altri Paesi europei (Spagna e Francia).

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 perciò 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). Deve essere necessariamente considerata a consuntivo in quanto molte di queste fonti non prevedono un'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 SSN⁵ 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 privati⁶;
- ▶ 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 2023, 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. 197/2022).

Tale valore è stato successivamente incrementato nella misura di 2.808,20 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 128.869,20 milioni di Euro, è stato previsto un vincolo di destinazione per il

⁵ Soprattutto ticket e proventi per le attività intramoenia.

⁶ 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 (o decremento) del finanziamento iniziale per il 2023**

Importo (milioni di euro)	Descrizione	Riferimento normativo
200,00	Fondo per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi	L. 234/2021, art. 1, c. 259
319,00	Aumento del numero di contratti di formazione specialistica dei medici	L. 234/2021, art. 1, c. 260
2.150,00	Incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato	L. 197/2022, art. 1, c. 535
5,00	Attivazione di ulteriori borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione	L. 197/2022, art. 1, c. 588
-35,80	Riduzione del valore complessivo del fabbisogno sanitario nazionale standard	D.L. 162/2022, art. 7-bis
170,00	Incremento dell'indennità di pronto soccorso in favore della dirigenza medica e del personale del comparto sanità, e della remunerazione delle prestazioni aggiuntive garantite dal personale medico ed infermieristico	D.L. 34/2023, art. 11, c. 4

Fonte: Delibera n. 33/2023. Fondo sanitario nazionale 2023. Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (GU Serie Generale n. 9 del 12-01-2024).

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 864 milioni di Euro.

Al netto di questo importo vincolato, il finanziamento finale è stato quantificato in 128.005,20 milioni di Euro (128,0 miliardi), con un incremento assoluto di 1.994,20 milioni di Euro (circa 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: 123.810,15 milioni di Euro (123,8 miliardi; 96,7% 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 programmato⁷ per regioni e PP.AA.: 2.227,71 milioni di Euro (2,2 miliardi; 1,7% del finanziamento);

⁷ 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 derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari OPG, finanziamento della medicina penitenziaria, finanziamento della medicina veterinaria).

3. finanziamento finalizzato per regioni e PP.AA. e già ripartito: 224,54 milioni di Euro (0,2% del finanziamento);
4. finanziamento vincolato per altri enti: 1.098,45 milioni di Euro (0,9% del finanziamento);
5. accantonamenti: 644,35 milioni di Euro (0,5% del finanziamento).

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2023 e le variazioni rispetto al 2022 sono contenute nella Tabella 3.2.

Tabella 3.2 **Articolazione delle risorse finanziarie stanziato dallo Stato per il 2023 e variazione 2022-2023 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2023	Anno 2022	Variazione 2022-2023
1. Finanziamento indistinto di cui	123.810	119.724	3,41%
1.1 Ospedale Bambin Gesù	285	258	10,56%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	45	37	22,32%
1.3 Finanziamento finalizzato	6.945	6.031	15,15%
1.3.1 Prevenzione e cura fibrosi cistica	4	4	0,00%
1.3.2 Rinnovo convenzioni SSN	69	69	0,00%
1.3.3 Regolarizzazione lavoratori extracomunitari	200	200	0,00%
1.3.4 Riabilitazione patologie connesse a dipendenza da gioco d'azzardo	50	50	0,00%
1.3.5 Vaccini NPNV	186	186	0,00%
1.3.6 Assunzione e stabilizzazione personale SSN	150	150	0,00%
1.3.7 Finanziamento accertamenti diagnostici neonatali obbligatori	34	34	0,00%
1.3.8 Fondi contrattuali dirigenza medica e professioni sanitarie	111	85	30,59%
1.3.9 Trasmissione telematica di certificati medici di infortunio e malattia professionale	26	25	3,53%
1.3.10 Copertura soppressione superticket	554	554	0,00%
1.3.11 Concorso al finanziamento interventi titolo primo D.L. 34/2020	1.000	1.500	-33,33%
1.3.12 Spesa per personale per piano territoriale e ospedaliero (artt. 1-2 D.L. 34/2020)	1.116	1.116	0,00%
1.3.13 Indennità tutela malato e promozione salute per professioni sanitarie, assistenti sociali e OSS	100	100	0,00%
1.3.14 Incremento indennità di esclusività della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria	500	500	0,00%
1.3.15 Incremento indennità di specificità infermieristica	335	335	0,00%
1.3.16 Indennità di natura accessoria per dirigenza medica e personale del comparto sanità	90	90	0,00%
1.3.17 Aggiornamento LEA	200	200	0,00%
1.3.18 Finanziamento Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan-Flu) 2021-2023	314	200	57,10%
1.3.19 Indennità di pronto soccorso per dirigenza medica	30	-	-
1.3.20 Indennità di pronto soccorso per personale comparto sanità	70	-	-
1.3.21 Contributo per maggiori costi determinati da aumento prezzi fonti energetiche	1.400	-	-
1.3.22 Recupero liste d'attesa	365	-	-
1.3.23 Finanziamento fondo IRCCS per acquisto prestazioni sanitarie di alta specialità per cittadini extra-regione	40	-	-

Tabella 3.2 (segue)

Designazione risorse	Anno 2023	Anno 2022	Variazione 2022-2023
1.3.24 Finanziamento proroga USCA	-	105	-100,00%
1.3.25 Potenziamento servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	-	8	-100,00%
1.3.26 Attivazione di incarichi di lavoro autonomo a psicologi	-	20	-100,00%
1.3.27 Recupero liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, screening e ricovero ospedaliero	-	500	-100,00%
2. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PPA.	2.228	3.954	-43,65%
2.1 Obiettivi PSN	1.500	1.500	0,00%
2.2 Emergenza veterinaria	40	80	-50,00%
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 Piano straordinario per assunzione di personale medico, sanitario e socio-sanitario per garantire esigibilità dei LEA nella Regione Calabria	12	12	0,00%
2.6 Attività di medicina penitenziaria	7	7	0,00%
2.7 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	165	0,00%
2.8 Superamento ospedali psichiatrici giudiziari	55	55	0,00%
2.9 Borse di studio medici medicina generale	74	69	7,27%
2.10 Potenziamento attività di prevenzione e rafforzamento servizi erogati dai Dipartimenti di prevenzione per sicurezza luoghi di lavoro	10	10	0,00%
2.11 Psicoterapia presso specialisti privati	5	-	-
2.12 Finanziamento implementazione standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici per potenziamento assistenza territoriale	-	91	-100,00%
2.13 Finanziamento dei maggiori costi per aumento dei prezzi delle fonti energetiche	-	200	-100,00%
2.14 Riabilitazione termale motoria e neuromotoria, riabilitazione termale del motuleso e riabilitazione della funzione respiratoria e cardiorespiratoria	-	5	-100,00%
2.15 Finanziamento dei maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e al perdurare degli effetti della pandemia	-	1.400	-100,00%
3. Finalizzato per Regioni e PPA. e già ripartito	225	60	274,28%
3.1 Esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex Covid	4	25	-82,23%
3.2 Incremento tariffa oraria prestazioni aggiuntive per personale medico ed infermieristico	70	-	-
3.3 Finanziamento nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale	150	-	-
3.4 Potenziamento assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica	-	10	-100,00%
3.5 Bonus psicologo	-	25	-100,00%
4. Finanziamento vincolato per altri enti	1.098	974	12,74%
4.1 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	37	42	-12,17%
4.2 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	266	0,00%
4.3 Croce Rossa Italiana	6	6	0,00%
4.4 Centro Nazionale Trapianti	2	2	0,00%
4.5 Mutui Cassa depositi e prestiti	3	3	0,00%
4.6 Borse di studio specializzandi	785	656	19,69%
5. Accantonamenti	644	504	27,87%
TOTALE	128.005	125.216	2,23%

Fonte: Delibera n. 33/2023. Fondo sanitario nazionale 2023. Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (GU Serie Generale n. 9 del 12-01-2024).

Per il 2023, le percentuali di finanziamento da attribuire ai sub-livelli assistenziali sono stati determinati come segue:

- ▶ distrettuale: 51%;
 - territoriale: 18,99%⁸;
 - specialistica: 13,30%⁹;
 - farmaceutica: 11,71%¹⁰;
 - medicina di base: 7,00%;
- ▶ ospedaliera: 44%;
- ▶ prevenzione: 5%.

Per la definizione dell'assegnazione del finanziamento a livello regionale per l'anno 2023, in linea con il biennio 2021-2022, sono state considerate cinque (invece di tre) regioni di riferimento¹¹: Emilia Romagna, Marche, Veneto, Lombardia e Umbria. Per il 2023, vi è stata una revisione dei criteri di riparto del finanziamento indistinto (decreto 30 dicembre 2022, GU Serie Generale n.22 del 27-01-2023), che sono stati così definiti:

- ▶ 98,5% delle risorse disponibili sulla base dei criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età;
- ▶ 0,75% delle risorse disponibili in base al tasso di mortalità della popolazione (< 75 anni);
- ▶ 0,75% delle risorse disponibili in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari (incidenza della povertà relativa individuale, livello di bassa scolarizzazione, tasso di disoccupazione della popolazione).

Si segnala che i criteri per l'assegnazione dei fondi per l'anno 2024 saranno ancora diversi: presumibilmente, porteranno a cambiamenti e ripercussioni rispetto alle quote assegnate alle singole Regioni.

La Tabella 3.3 mostra la quota del finanziamento indistinto assegnata a ciascuna regione e P.P.A.A. per l'anno 2023, in termini assoluti e relativi, e la percentuale di popolazione residente al 1° gennaio 2022 utilizzata per il riparto.

⁸ 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).

⁹ Questa voce comprende tutte le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale.

¹⁰ 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.

¹¹ D.L. 198/2022, art. 4, c. 9-quaterdecies, ad integrazione dell'art. 27 del D.lgs. 68/2011.

Tabella 3.3 **Riparto finanziamento indistinto a livello regionale per il 2023 – valori assoluti (milioni di Euro) e quote d’accesso**

	Anno 2023		
	Valori assoluti (milioni di Euro)	Quote di accesso	% popolazione residente (1 gennaio 2022)
Piemonte	9.103	7,35%	7,21%
Valle d’Aosta	261	0,21%	0,21%
Lombardia	20.663	16,69%	16,84%
Bolzano	1.084	0,88%	0,90%
Trento	1.119	0,90%	0,92%
Veneto	10.182	8,22%	8,21%
Friuli VG	2.564	2,07%	2,02%
Liguria	3.294	2,66%	2,56%
Emilia R	9.366	7,56%	7,50%
Toscana	7.846	6,34%	6,21%
Umbria	1.860	1,50%	1,45%
Marche	3.154	2,55%	2,52%
Lazio	11.889	9,60%	9,68%
Abruzzo	2.707	2,19%	2,16%
Molise	626	0,51%	0,49%
Campania	11.464	9,26%	9,53%
Puglia	8.217	6,64%	6,65%
Basilicata	1.146	0,93%	0,92%
Calabria	3.861	3,12%	3,14%
Sicilia	10.010	8,08%	8,19%
Sardegna	3.395	2,74%	2,69%
Totale	123.810		

Fonte: i) Elaborazione su Dellbera n. 33/2023. Fondo sanitario nazionale 2023. Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (GU Serie Generale n.9 del 12-01-2024); ii) Dati ISTAT per popolazione residente.

Le risorse complessivamente disponibili per il SSN

Le risorse complessivamente disponibili per il SSN¹² per l’anno 2023 (Tabella 3.4) ammontano complessivamente a 136,13 miliardi di Euro, di cui 135,50 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 Stato¹³. Tali

¹² Dal 2012, sono riportate come ricavi a consuntivo per tutte le regioni e PP.AA. (tra i finanziamenti da altri enti del settore pubblico e dai privati) anche le risorse destinate dalle stesse a copertura dei disavanzi sanitari. Tali fondi derivano dai maggiori introiti fiscali relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP. Il gettito della maggiorazione delle aliquote è contabilizzato come risorsa aggiuntiva erogata dalla regione per la copertura dei LEA.

¹³ 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).

valori includono, oltre ai fondi messi a disposizione dal livello centrale, le risorse proprie regionali (derivanti ad esempio dalle addizionali d'imposta IRPEF e IRAP¹⁴), le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN (ticket), i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati¹⁵. Non includono, invece, i proventi della gestione straordinaria¹⁶ e l'intramoenia, che sono portati in detrazione al livello di spesa come da prassi indicata dal Ministero della Salute.

Nel 2023, il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL è diminuito di 0,3 punti percentuali rispetto al 2022 (da 6,7% a 6,4%) (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 2.307 Euro (+1,8% rispetto al 2022). Complessivamente, si registra un incremento dell'1,8% delle risorse totali¹⁷ 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'inflazione¹⁸ che ha caratterizzato il 2023 e che risulta ancora rilevante (+5,3%), seppur più contenuta rispetto al 2022 (+8,1%). I dati in termini reali (quindi considerati al netto dell'inflazione¹⁹) mostrano che il finanziamento complessivo per il 2023 ammonta a 113,82 miliardi di Euro, con una variazione del -5,2% rispetto al 2022 (anno in cui il finanziamento in termini reali era pari a 118,18 miliardi di Euro).

3.3.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente relativa al 2023 a carico del

¹⁴ IRPEF: Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRAP: Imposta regionale sulle attività produttive.

¹⁵ In questo aggregato sono contabilizzate le quote di partecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome ripartite dal CIPE, gli ulteriori trasferimenti da parte della regione o della provincia autonoma a carico dei rispettivi bilanci, nonché quelli da parte del settore pubblico allargato (altre amministrazioni statali, province, comuni) e da quello privato, desunti dal SIS.

¹⁶ 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.

¹⁷ A partire dall'anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i costi capitalizzati e il riparto della quota premiale. 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.

¹⁸ Variazione media annua dell'indice generale dei prezzi al consumo NIC (fonte: ISTAT)

¹⁹ 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).

Tabella 3.4 **Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2023 e variazione 2022-2023***

Ricavi	Miliardi di Euro (2023)	Variazione 2022-2023 (miliardi di Euro)	Variazione 2022-2023 (%)
1. Regioni e PP.AA.	135,50	2,35	1,76%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	32,20	0,64	2,02%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	75,73	2,68	3,66%
1.3 Riparto quota premiale	0,64	0,14	27,87%
1.4 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	14,69	0,09	0,64%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	2,66	-0,05	-1,99%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	6,30	-1,11	-14,92%
1.7 Costi capitalizzati	2,40	0,04	1,60%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	0,86	-0,08	-8,29%
2. Altri enti del SSN	0,63	0,00	0,00%
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,63	0,00	0,00%
TOTALE	136,13	2,35	1,76%

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024).

SSN²⁰ è stata pari a 136,76 miliardi di Euro e ha subito un aumento del 2,0% rispetto al 2022 (Tabella 3.5), corrispondente a 2,68 miliardi, e del 3,2% (incremento medio annuo) rispetto al 2019. Il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL diminuisce rispetto al 2022, passando dal 6,7% al 6,4%²¹. La diminuzione del rapporto è anche in questo caso dovuta ad un aumento più consistente del PIL rispetto alla spesa.

La spesa privata corrente nel 2023 mostra un incremento rispetto all'anno precedente, attestandosi a 44,34 miliardi di euro (*cfr.* Capitolo 6 del presente Rapporto per approfondimenti sulla spesa sanitaria privata).

Complessivamente, dunque, la spesa sanitaria totale corrente (pubblica²² e privata) è aumentata del 2,1% nel 2023 rispetto all'anno precedente (181,10 miliardi di Euro, pari all'8,5% del PIL, Tabella 3.5), e ha subito un incremento medio del 3,2% rispetto al 2019. Anche con riferimento alla spesa è bene considerare l'effetto dell'inflazione: il dato del 2023 in termini reali (quindi al netto dell'effetto inflazione) corrisponde a 151,42 miliardi di Euro e segna una variazione del -4,5% rispetto al 2022 (anno in cui la spesa totale in termini reali è stata pari a 156,66 miliardi di Euro).

Guardando al sistema di welfare nel suo complesso, nel 2023, la spesa per

²⁰ Regioni, Province Autonome e altri enti.

²¹ Eventuali discrepanze con le stime riportate nel Capitolo 6 sono riconducibili all'utilizzo di fonti di dati diverse per la spesa sanitaria.

²² Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

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, 2023) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	Tasso crescita medio '90/'23		Tasso crescita medio '01/'10		Tasso crescita medio '10/'23	
													media	media	media	media	media	media
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.886	96.797	111.331	114.578	120.340	126.832	130.577	134.076	136.735	3,7%	8,1%	4,1%	1,6%	3,2%	
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	0,3%	1,1%	5,4%	3,0%	2,7%	2,0%						
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	73,9%	75,6%	78,2%	78,2%	76,2%	75,5%	77,8%	76,1%	75,6%	75,5%						
- % sul PIL	5,8%	4,9%	5,6%	5,9%	6,5%	6,9%	6,9%	6,7%	7,6%	7,1%	6,7%	6,4%						
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	109.135	113.909	120.233	126.936	130.560	133.781	136.129	4,2%	7,5%	4,4%	1,7%	3,2%	
- variazione %	-	5,7%	12,7%	10,4%	7,4%	2,1%	-0,5%	1,1%	5,6%	2,9%	2,5%	1,8%						
- % sul PIL	4,8%	4,8%	5,4%	5,6%	6,1%	6,7%	6,8%	6,7%	7,6%	7,1%	6,7%	6,4%						
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-5.735	-2.196	-669	-107	104	-17	-295	-626						
- variazione %	-	74,5%	13,9%	-17,0%	10,7%	34,7%	-388,4%	2,4%	197,2%	-116,0%	-1671,0%	-112,0%						
- % sui ricavi netti	19,4%	2,0%	4,8%	4,8%	5,1%	6,3%	2,0%	0,6%	0,1%	0,0%	0,2%	0,5%						
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	24.799	25.029	26.909	30.577	36.461	39.061	36.097	41.094	43.259	44.342	5,1%	6,4%	2,2%	2,9%	3,2%	
- variazione %	-	13,0%	4,5%	0,9%	-0,7%	1,5%	5,2%	1,3%	-7,6%	13,8%	5,3%	2,5%						
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	26,1%	24,4%	21,8%	21,5%	24,2%	24,5%	22,2%	23,9%	24,4%	24,5%						
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	94.972	102.715	123.705	142.324	150.385	159.401	162.929	171.671	177.336	181.097	4,0%	7,6%	3,7%	1,9%	3,2%	
- variazione %	-	2,7%	9,3%	8,2%	4,6%	1,0%	1,5%	1,1%	2,2%	5,4%	3,3%	2,1%						
- % sul PIL	7,0%	6,7%	7,6%	7,8%	8,3%	8,8%	9,0%	8,8%	9,8%	9,3%	8,9%	8,5%						
PIL	719.131	990.521	1.244.744	1.308.623	1.499.073	1.617.944	1.663.279	1.804.067	1.670.012	1.842.508	1.997.055	2.128.000	3,3%	4,8%	2,4%	2,1%	4,2%	
- variazione %	-	10,0%	5,7%	5,1%	2,9%	2,1%	1,7%	1,5%	-7,4%	10,3%	8,4%	6,6%						

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.

Tabella 3.5 (segue)

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) - World Economic Outlook Database (October 2024).

– La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali (aggiornamento settembre 2024).

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024), ISTAT (2024), IMF (2024).

le prestazioni di protezione sociale è cresciuta del 3,9% rispetto al 2022 e del 4,2% (incremento medio) rispetto al 2019 (Tabella 3.6). Nello stesso anno, la sanità ha assorbito una quota di spesa del 20,6%, inferiore ai livelli pre-COVID (21,2% nel 2019). La previdenza²³ continua a registrare il peso maggiore sulle spese per prestazioni di protezione sociale (68,9%), in aumento rispetto agli anni pre-pandemia. Rispetto al 2022, la spesa per assistenza²⁴ ha subito una contrazione rilevante, pari al -9,4%. L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità, nonostante l'emergenza pandemica, sia cresciuta meno rispetto alla spesa per previdenza (CAGR²⁵ +1,3% vs +2,4%).

A fronte di una spesa pubblica corrente pari a 136,76 miliardi di Euro e ad un finanziamento complessivo pari a 136,13 miliardi di Euro, nel 2023 si registra un disavanzo di circa 626 milioni di Euro (0,2% della spesa sanitaria pubblica corrente, Figura 3.5). Già nei precedenti Rapporti è stata ampiamente sottolineata la tendenza consolidata al mantenimento del pareggio di bilancio, confermata dalla capacità, pur 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 il paragrafo successivo) segnala un ritorno a preoccupanti entità 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 2023, continua da un lato la ripresa del PIL già osservata a partire dal 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 in fase di rapido invecchiamento, anche considerando gli investimenti e le riper-

²³ 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.

²⁴ 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.

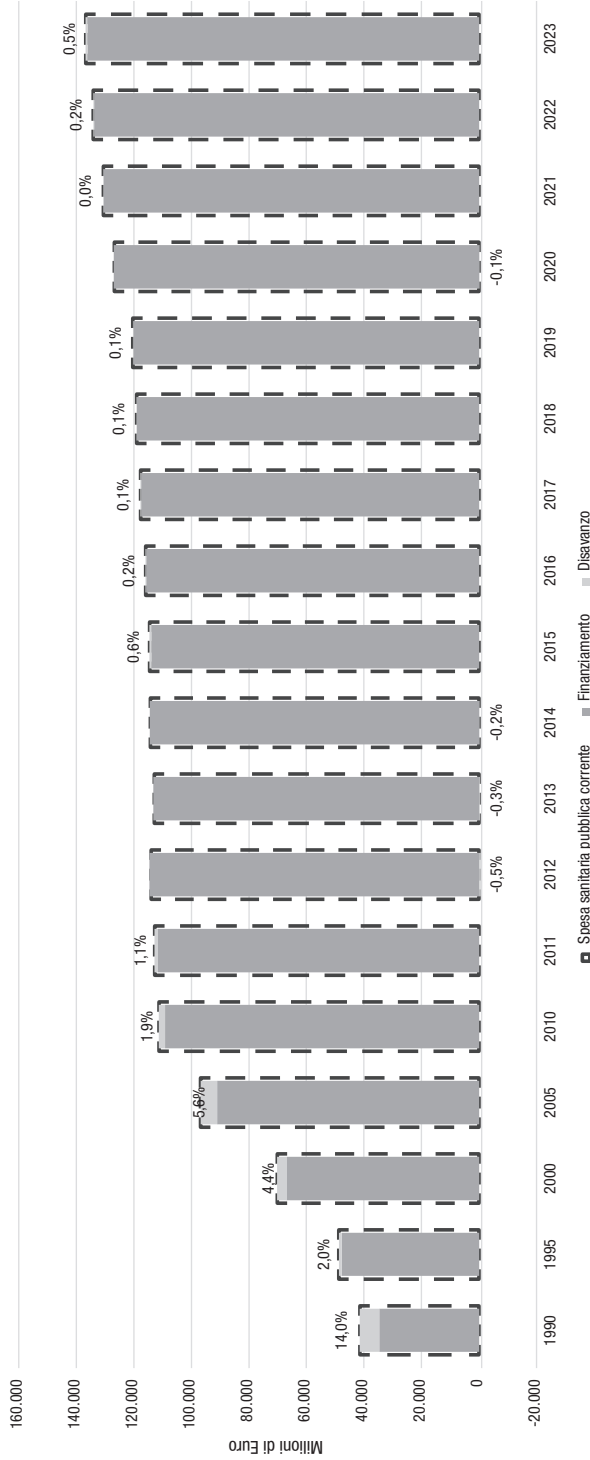
²⁵ Il CAGR (Compound Average Growth Rate) misura il tasso di crescita medio annuale. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a: $(\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{1/3} - 1$.

Tabella 3.6 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, Tasso crescita medio '90/'23, Tasso crescita medio '01/'10, Tasso crescita medio '10/'23, Tasso crescita medio '19/'23)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	Tasso crescita medio '90/'23	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'23	Tasso crescita medio '19/'23
Sanità																
spesa (milioni Euro)	38.790	44.357	63.267	70.131	89.868	104.770	102.788	107.724	114.768	120.788	122.827	123.361	3,6%	4,6%	1,3%	3,4%
% sul totale	26,5%	20,2%	22,5%	23,6%	25,0%	23,8%	21,8%	21,2%	20,8%	21,5%	21,4%	20,6%				
var. %	-	-1,6%	12,4%	10,8%	6,6%	2,8%	0,2%	0,9%	6,5%	5,2%	1,7%	0,4%				
Previdenza																
spesa (milioni Euro)	96.413	159.348	200.189	207.856	244.429	300.726	322.296	344.038	366.760	368.914	383.471	411.718	4,5%	4,5%	2,4%	4,6%
% sul totale	65,7%	72,7%	71,0%	69,9%	67,9%	68,4%	68,4%	67,9%	66,5%	65,8%	66,7%	68,9%				
var. %	-	17,5%	2,2%	3,8%	3,3%	3,3%	0,9%	2,9%	6,6%	0,6%	3,9%	7,4%				
Assistenza																
spesa (milioni Euro)	11.447	15.415	18.351	19.499	25.792	34.218	45.807	55.207	70.038	71.166	68.875	62.386	5,3%	4,0%	4,7%	3,1%
% sul totale	7,8%	7,0%	6,5%	6,6%	7,2%	7,8%	9,7%	10,9%	12,7%	12,7%	12,0%	10,4%				
var. %	-	1,5%	4,5%	6,3%	1,5%	-2,8%	9,3%	5,7%	26,9%	1,6%	-3,2%	-9,4%				
Totale	146.650	219.120	281.807	297.486	360.089	439.714	470.891	506.969	551.566	560.868	575.173	597.465	4,3%	5,2%	4,4%	4,2%
var. %	-	11,9%	4,5%	5,6%	4,0%	2,6%	1,5%	2,8%	8,8%	1,7%	2,6%	3,9%				

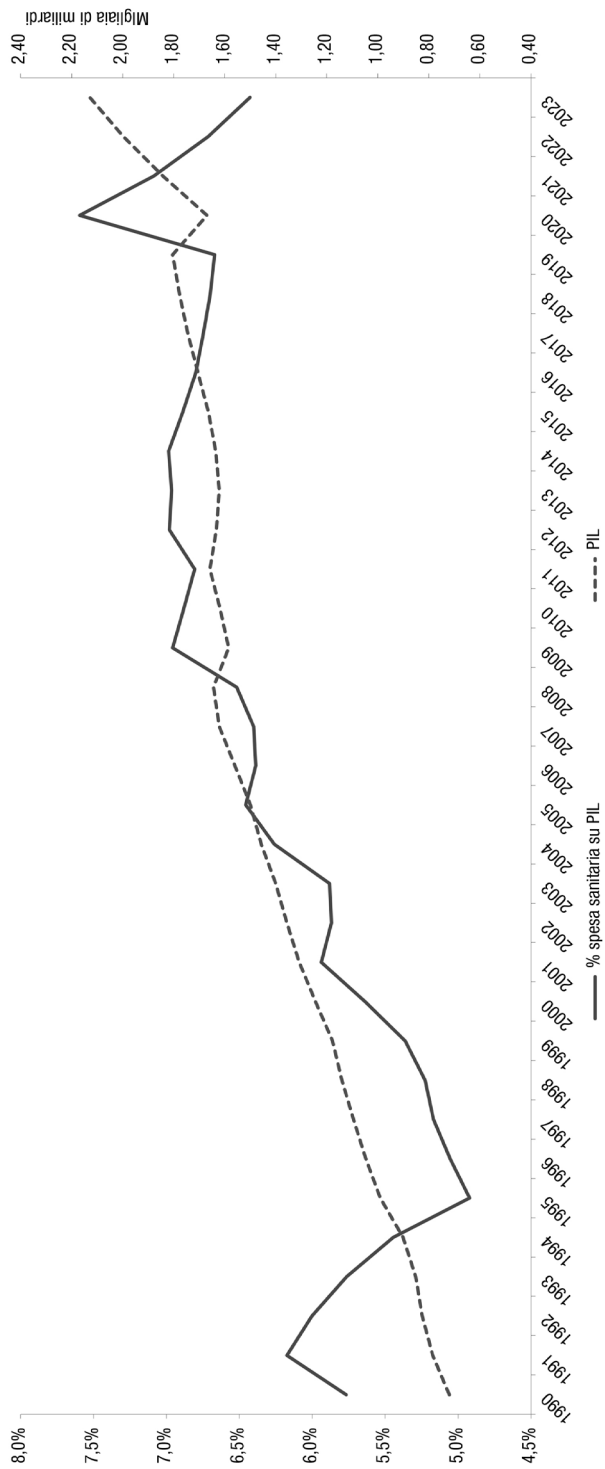
Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT (2024)

Figura 3.5 Spesa sanitaria pubblica corrente, finanziamento e disavanzo (valori assoluti e in % della spesa sanitaria pubblica corrente) e avanzo/disavanzo (valori assoluti) (1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023)



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024)

Figura 3.6 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1990-2023)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024), IMF (2024)

cussioni operativo – gestionali sui servizi che dovrebbero conseguire la piena implementazione del PNRR.

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

Nel 2023, la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite²⁶ (in termini nominali, quindi al lordo dell'inflazione) è stata pari a 2.307 Euro, con un tasso di crescita rispetto al 2022 leggermente superiore a quello della spesa complessiva (+2,1% vs +2,0%, Tabella 3.7 e Tabella 3.5 rispettivamente). Questa differenza si spiega attraverso la dinamica della crescita della popolazione, che ha subito una lieve contrazione nell'ultimo anno osservato (-0,06%). Come già sottolineato nel paragrafo 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 1.929 Euro per il 2023 e 1.997 Euro per il 2022.

Il dato presenta notevoli differenze tra le regioni e PP.AA., nonostante quasi tutte, con l'eccezione di Umbria e Calabria, abbiano registrato un incremento della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite tra il 2022 e il 2023. 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 variazione²⁷, nel 2023 è tendenzialmente in linea con quanto registrato a partire dal 2019.

La Tabella 3.8 e la Figura 3.7 mostrano la spesa sanitaria pubblica pro-capite delle regioni e PP.AA. 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 la Calabria, e (in positivo) per il Molise e l'Emilia Romagna (si veda anche la Figura 3.8).

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: 25,7%). Questa evidenza dimostra che, se l'intensità

²⁶ Si considera qui la spesa delle Regioni e PP.AA. (sono esclusi altri enti del SSN finanziati con quote vincolate a carico dello Stato)

²⁷ Calcolato come rapporto tra deviazione standard e media.

Tabella 3.7 Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2015; 2019-2023)*

Valori pro-capite (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	Variazione '22/'23	Tasso crescita medio '90/'23	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'23	Tasso crescita '19/'23
Piemonte	688	828	1.319	1.415	1.679	1.924	1.878	2.008	2.111	2.208	2.242	2.330	3,9%	3,8%	9,3%	3,5%	1,5%	3,8%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.522	1.830	2.188	2.130	2.136	2.368	2.510	2.561	2.701	5,4%	3,9%	9,7%	4,1%	1,6%	6,0%
Lombardia	709	868	1.198	1.344	1.589	1.842	1.941	2.045	2.151	2.208	2.266	2.300	1,5%	3,6%	7,6%	3,6%	1,7%	3,0%
Bolzano	722	995	1.603	1.683	2.067	2.196	2.290	2.460	2.710	2.838	2.876	2.942	2,3%	4,3%	9,2%	3,0%	2,3%	4,6%
Trento	731	907	1.327	1.533	1.731	2.102	2.167	2.288	2.431	2.478	2.630	2.754	4,7%	4,1%	9,2%	3,6%	2,1%	4,7%
Veneto	746	861	1.257	1.365	1.617	1.806	1.851	1.989	2.155	2.237	2.303	2.395	4,0%	3,6%	8,0%	3,2%	2,2%	4,8%
Friuli VG	730	868	1.241	1.361	1.655	1.993	1.979	2.184	2.239	2.345	2.440	2.536	4,0%	3,8%	7,8%	4,3%	1,9%	3,8%
Liguria	841	957	1.374	1.505	1.851	2.036	2.066	2.164	2.240	2.342	2.456	2.483	1,1%	3,3%	7,8%	3,4%	1,5%	3,5%
Emilia R	856	975	1.282	1.422	1.708	1.945	2.033	2.127	2.319	2.330	2.432	2.459	1,1%	3,2%	6,5%	3,5%	1,8%	3,7%
Toscana	788	891	1.256	1.412	1.658	1.911	1.994	2.089	2.254	2.302	2.359	2.398	1,7%	3,4%	8,0%	3,4%	1,8%	3,5%
Umbria	766	865	1.273	1.376	1.646	1.839	1.905	2.020	2.135	2.226	2.340	2.335	-0,2%	3,4%	8,0%	3,3%	1,9%	3,7%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.571	1.810	1.817	1.951	2.049	2.150	2.236	2.255	0,9%	3,1%	7,4%	3,3%	1,7%	3,7%
Lazio	788	891	1.319	1.464	1.930	2.030	1.927	1.932	2.061	2.118	2.173	2.201	1,3%	3,2%	8,6%	3,7%	0,6%	3,3%
Abruzzo	724	761	1.299	1.383	1.745	1.760	1.814	1.954	2.022	2.089	2.191	2.249	2,6%	3,5%	10,5%	2,7%	1,9%	3,6%
Molise	678	776	1.164	1.387	2.047	2.098	2.094	2.473	2.323	2.472	2.519	2.529	0,4%	4,1%	10,2%	4,7%	1,4%	0,6%
Campania	692	743	1.163	1.300	1.679	1.724	1.728	1.844	1.952	2.058	2.093	2.139	2,2%	3,5%	9,8%	3,2%	1,7%	3,8%
Puglia	671	783	1.123	1.223	1.522	1.769	1.779	1.912	1.988	2.109	2.177	2.226	2,2%	3,7%	7,7%	4,2%	1,8%	3,9%
Basilicata	603	707	1.079	1.184	1.513	1.816	1.851	1.926	2.034	2.136	2.214	2.245	1,4%	4,1%	9,0%	4,9%	1,6%	3,9%
Catabria	586	721	1.142	1.254	1.435	1.750	1.746	1.909	1.952	1.965	2.238	2.151	-3,9%	4,0%	9,7%	3,8%	1,6%	3,0%
Sicilia	700	747	1.073	1.254	1.568	1.687	1.758	1.909	2.003	2.103	2.107	2.180	3,4%	3,5%	9,0%	3,4%	2,0%	3,4%
Sardegna	695	860	1.173	1.288	1.644	1.892	2.006	2.076	2.132	2.293	2.378	2.465	3,7%	3,9%	7,0%	4,4%	2,1%	4,4%
Totale	730	846	1.223	1.356	1.660	1.856	1.889	2.001	2.116	2.194	2.261	2.307	2,1%	3,5%	8,2%	3,6%	1,7%	3,6%
Nord	745	891	1.265	1.393	1.659	1.897	1.950	2.068	2.198	2.265	2.334	2.391	2,4%	3,6%	7,7%	3,5%	1,8%	3,7%
Centro	792	894	1.284	1.426	1.773	1.948	1.932	1.990	2.125	2.188	2.251	2.279	1,2%	3,3%	8,1%	3,5%	1,2%	3,4%

Tabella 3.7 (segue)

Valori pro-capite (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	Variazione '22/'23	Tasso crescita medio '90/'23	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'23	Tasso crescita medio '19/'23
Sud e Isole	678	767	1.138	1.271	1.600	1.750	1.784	1.917	1.998	2.099	2.165	2.209	2,0%	3,6%	8,8%	3,6%	1,8%	3,6%
Regioni soggette a piani di rientro			1.822	1.813	1.909	2.003	2.090	2.152	2.189				1,7%	n.d.	n.d.	n.d.	1,4%	3,5%
Regioni non soggette a piani di rientro					1.887	1.959	2.063	2.191	2.262	2.333	2.386		2,3%	n.d.	n.d.	n.d.	1,8%	3,7%
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,72%	8,47%	9,77%	7,95%	7,82%	8,38%	8,55%	8,67%	8,15%	8,83%						
Rapporto max/min	46,2%	40,7%	49,3%	42,2%	44,1%	30,2%	32,5%	34,1%	38,8%	44,4%	37,4%	37,5%						

* 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 (2024) ed ISTAT (2024)

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 (2023). 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	2.330	101,0	2.327	100,9	3,0	0,13%
Valle d'Aosta	2.701	117,1	2.811	121,8	-109,9	-4,07%
Lombardia	2.300	99,7	2.272	98,5	27,5	1,20%
Bolzano	2.942	127,5	2.941	127,5	1,0	0,03%
Trento	2.754	119,3	2.751	119,2	2,8	0,10%
Veneto	2.395	103,8	2.348	101,8	47,3	1,98%
Friuli VG	2.536	109,9	2.542	110,2	-6,0	-0,24%
Liguria	2.483	107,6	2.528	109,6	-44,8	-1,81%
Emilia R	2.459	106,6	2.359	102,2	100,2	4,07%
Toscana	2.398	103,9	2.395	103,8	3,1	0,13%
Umbria	2.335	101,2	2.367	102,6	-31,4	-1,34%
Marche	2.255	97,7	2.278	98,7	-23,0	-1,02%
Lazio	2.201	95,4	2.186	94,7	14,9	0,68%
Abruzzo	2.249	97,5	2.328	100,9	-78,5	-3,49%
Molise	2.529	109,6	2.372	102,8	157,2	6,21%
Campania	2.139	92,7	2.174	94,2	-35,1	-1,64%
Puglia	2.226	96,5	2.255	97,7	-29,5	-1,32%
Basilicata	2.245	97,3	2.391	103,6	-146,8	-6,54%
Calabria	2.151	93,2	2.279	98,8	-128,9	-6,00%
Sicilia	2.180	94,5	2.214	96,0	-34,3	-1,57%
Sardegna	2.465	106,8	2.504	108,5	-38,9	-1,58%
Totale	2.307	100,0	2.307	100,0	0,0	0,00%
Nord	2.391	103,6	2.359	102,2	31,9	1,33%
Centro	2.279	98,8	2.276	98,6	3,0	0,13%
Sud e Isole	2.209	95,7	2.254	97,7	-45,8	-2,07%
Coeff. Var.	8,8%		8,5%			
Rapporto max/min	37,5%		35,2%			

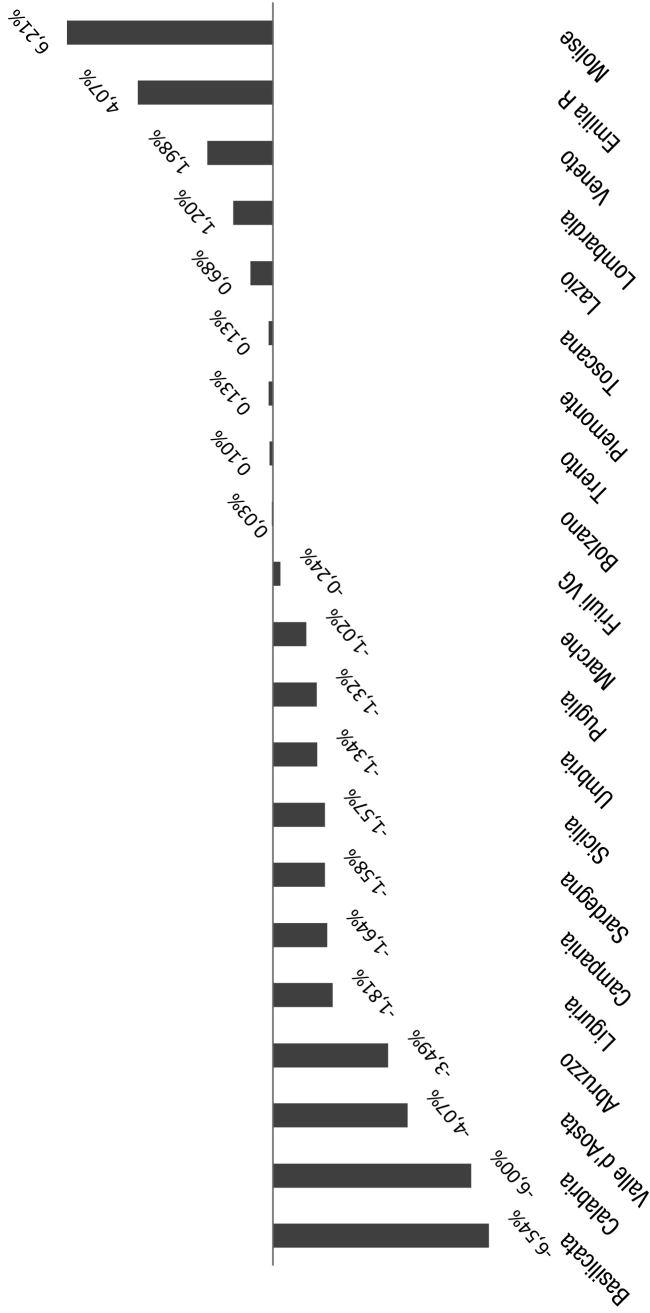
* La mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024)

di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non può dirsi della sua incidenza sul PIL, misura di assorbimento potenziale²⁸ da parte della sanità pubblica delle risorse generate dal sistema produttivo di ogni regione, nonché della rilevanza delle politiche sanitarie per quella regione.

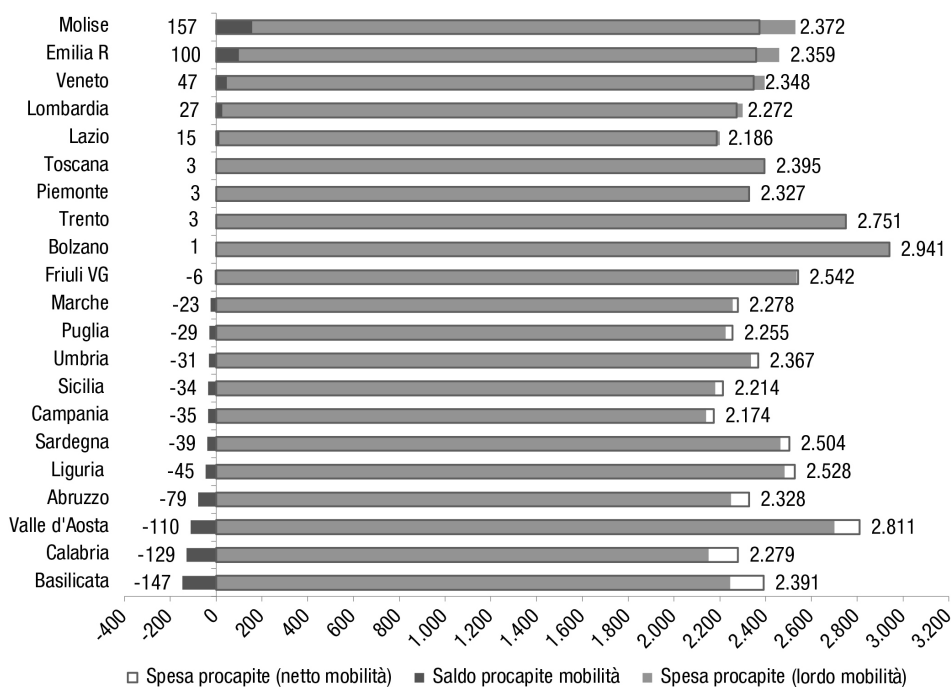
²⁸ Si parla di assorbimento potenziale perché la spesa sanitaria pubblica assorbe solo in parte le risorse generate dai sistemi produttivi regionali. Infatti, i meccanismi di perequazione fanno sì che l'assorbimento reale sia livellato sul territorio, al fine di evitare che la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (dal 5,1% in Lombardia e Bolzano fino all'11,6% in

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 (2023)



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024)

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) (2023)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024)

Negli anni, le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee²⁹. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. È necessario, tuttavia, usa-

Calabria) 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.

²⁹ 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 alternativamen-

Tabella 3.9 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale (2010-2022)**

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	6,8%	6,6%	6,9%	6,7%	6,7%	6,5%	6,5%	6,3%	6,2%	6,3%	7,2%	6,8%	6,5%
Valle d'Aosta	5,8%	5,9%	5,9%	6,1%	5,8%	5,8%	5,8%	5,5%	5,5%	5,5%	6,6%	6,5%	5,9%
Lombardia	5,1%	5,2%	5,3%	5,4%	5,4%	5,3%	5,2%	5,2%	5,1%	5,1%	5,8%	5,3%	5,1%
Bolzano	5,6%	5,5%	5,5%	5,4%	5,3%	5,2%	5,2%	5,3%	5,2%	5,1%	6,0%	5,8%	5,3%
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%	5,9%
Veneto	6,1%	5,9%	6,2%	6,1%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	5,8%	6,9%	6,5%	6,2%
Friuli VG	7,0%	7,2%	7,5%	7,3%	7,0%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	7,4%	7,0%	6,8%
Liguria	7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	6,7%	6,6%	6,7%	6,6%	7,5%	7,2%	6,9%
Emilia R	6,1%	5,9%	6,4%	6,2%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	6,8%	6,1%	6,1%
Toscana	6,7%	6,6%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,5%	6,3%	7,7%	7,2%	6,7%
Umbria	7,4%	7,5%	7,8%	7,9%	8,0%	7,9%	7,9%	7,9%	7,8%	7,7%	8,8%	8,4%	8,3%
Marche	7,1%	7,0%	7,2%	7,2%	7,1%	7,1%	7,1%	7,0%	7,0%	7,0%	7,9%	7,5%	7,3%
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%	5,8%
Abruzzo	7,6%	7,3%	7,5%	7,5%	7,7%	7,6%	7,8%	7,7%	7,7%	7,7%	8,6%	8,0%	8,1%
Molise	10,0%	9,8%	10,5%	11,8%	11,4%	10,8%	11,0%	10,5%	10,3%	11,6%	11,5%	11,1%	10,3%
Campania	9,7%	9,6%	9,6%	9,6%	9,8%	9,7%	9,6%	9,6%	9,6%	9,5%	10,9%	10,4%	9,9%
Puglia	10,4%	10,0%	9,9%	10,2%	10,4%	10,2%	10,2%	10,1%	10,0%	10,0%	11,0%	10,6%	10,1%
Basilicata	9,5%	9,3%	9,3%	9,0%	9,5%	8,8%	8,8%	8,9%	8,4%	8,5%	9,8%	8,9%	8,0%
Calabria	10,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,8%	10,7%	10,7%	10,5%	10,8%	10,9%	11,9%	10,9%	11,6%
Sicilia	9,7%	9,8%	9,9%	10,1%	10,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,6%	10,5%	11,7%	11,1%	10,5%
Sardegna	9,6%	9,8%	9,9%	10,1%	10,3%	9,9%	10,2%	9,7%	9,7%	9,6%	10,7%	10,3%	10,0%
Totale	6,8%	6,8%	6,9%	6,9%	6,9%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,6%	7,6%	7,1%	6,7%
Coeff. di variazione	23,5%	23,1%	22,7%	24,8%	25,7%	25,0%	26,1%	25,5%	26,1%	27,6%	24,5%	24,5%	25,7%

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024), ISTAT (2024)

re molta cautela nell'interpretare i dati di disavanzo: esiste, infatti, una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci introdotte a seguito dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina, 2005). A partire dall'implementazione dell'armonizzazione contabile prevista dal D.lgs 118/2011 e quindi dai dati di consuntivo 2012, si registra una netta convergenza delle regioni nella contabilizzazione dei livelli di disavanzo: fino al 2011, questi ultimi erano contabilizzati dalle regioni prevalentemente al lordo delle coperture regionali, mentre dal 2012 sono riportati al netto delle stesse.

te 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.

Nel 2023, il disavanzo sanitario si attesta a 626 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, il Lazio presenta il dato in valore assoluto più elevato (182 milioni di Euro). Toscana, Sardegna e Piemonte registrano i livelli di disavanzo più elevati in valore assoluto (212, 175 e 167 milioni di Euro rispettivamente), incidendo sul disavanzo annuale complessivo per il 64%. Le regioni in PdR³⁰ nel 2023 hanno complessivamente registrato un avanzo sanitario, pari a 9 milioni di Euro. La Figura 3.9 mostra i dati di avanzo/disavanzo sia in valore assoluto sia in valore pro-capite per ciascuna regione.

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 2022 e 2023 nei successivi paragrafi 3.5 e 3.6, sebbene con alcune differenze riconducibili alla diversa classificazione impiegata in quella sede.

Le differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare, al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: ad esempio, Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle aziende sanitarie (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 sopraccitati servizi accreditati. È interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente nel 2023, Lombardia, Veneto, Lazio, Molise, Campania e Puglia 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. Nei paragrafi 3.5 e 3.6 che seguono si proporrà una riclassificazione dei costi basata invece su una logica aziendale, che osserva e interpreta le dinamiche produttive e di funzionamento delle aziende e dei servizi.

³⁰ 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.

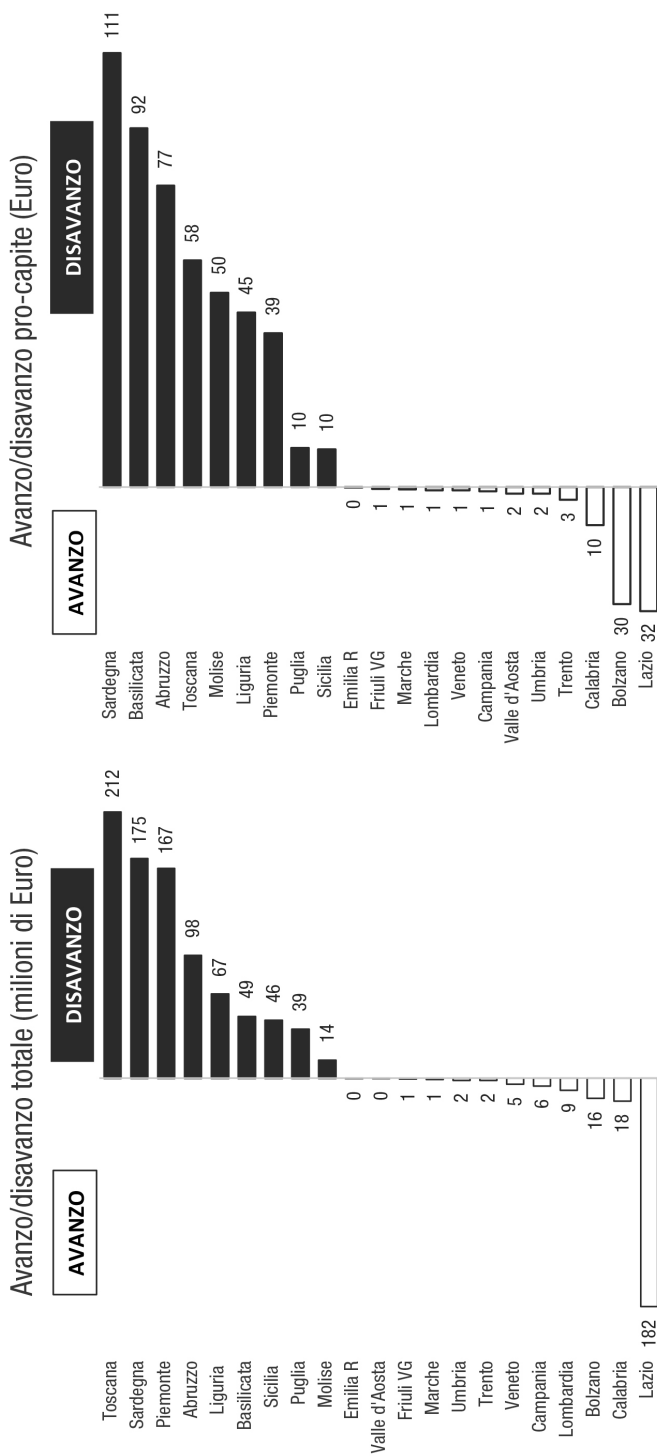
Tabella 3.10 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2023)***

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	2	5	-21	-13	-57	-6	-52	-17	-1	-2	-48	-59	-23	167
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	-2	-1	-7	-3	50	0	-2	-1	-4	-4	-1	-2	-0
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-20	-14	-2	-10	-6	-15	-6	25	-6	-6	-11	-6	-12	-9
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	42	5	-11	422	-22	-13	-8	-28	-27	-8	18	-16
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	190	-2	-1	-25	-1	-1	-2	-2	-2	-0	-1	-2
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-10	-162	-42	-46	-56	-8	-17	-42	-22	-29	-6	-10	-5	-5
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-14	-17	62	-16	-23	-31	0	30	-3	-9	-22	-1	-1	-1
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	13	78	64	95	64	61	52	54	0	1	33	67
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-28	-55	10	-1	-14	8	2	13	-1	-1	-1	-0	84	-0
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	2	25	-8	26	39	-24	18	13	91	124	73	212
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-20	-7	-10	-5	-7	-0	-4	-0	-0	-0	-1	-2
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	3	-21	-50	-61	-62	-66	-25	4	-1	-1	-0	-0	-2	-1
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.025	775	-204	-31	-0	-3	1	18	-6	-108	-84	0	39	-182
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-48	-53	-7	0	37	46	0	12	15	-14	15	98
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	33	70	40	26	-0	1	16	117	23	40	19	14
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	479	245	-148	-63	-183	-76	-51	-38	-36	-38	-27	-15	-9	-6
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	323	108	-4	5	-5	-10	27	8	46	38	24	133	144	39
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	29	31	-7	-2	-1	7	-10	-3	-2	-1	-4	-1	14	49
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	-44	-76	-41	-43	0	9	97	122	20	-151	-54	-18
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	29	13	-324	-120	-55	-15	-7	-5	-3	-8	-14	-2	-10	46
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	143	173	-18	-10	216	339	306	85	-22	-11	-27	-13	-24	175
Totale	4.122	2.891	2.323	5.790	5.735	4.483	3.709	3.658	3.364	2.194	1.273	-583	-333	-224	669	276	154	110	107	-104	17	295	626
Nord	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	27	-122	250	-11	-107	489	-34	54	8	-27	-121	-84	92	201
Centro	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.035	728	-272	-74	-80	-47	7	-2	6	-97	6	124	108	28
Sud e isole	1.683	1.461	1.224	2.434	3.597	2.250	2.178	2.043	1.932	1.133	666	-561	-248	-36	228	302	103	96	231	11	-23	95	397

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024)

Figura 3.9 **Disavanzo sanitario regionale, valori assoluti e pro-capite (2023)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024)

Tabella 3.11 Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica, e valore assoluto (in milioni di Euro) (2023)

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Osp edaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)
Piemonte	31,3%	40,2%	4,9%	5,1%	5,2%	3,0%	10,3%	9.920
Valle d'Aosta	39,8%	44,2%	4,3%	4,3%	2,4%	0,6%	4,4%	337
Lombardia	24,8%	37,1%	4,0%	6,2%	9,8%	4,8%	13,2%	23.161
Bolzano	47,8%	30,9%	4,3%	2,7%	2,5%	1,1%	10,6%	1.547
Trento	34,9%	33,9%	4,3%	4,6%	4,9%	2,4%	15,1%	1.469
Veneto	27,9%	44,8%	4,9%	4,2%	5,0%	3,4%	9,8%	11.461
Friuli VG	35,3%	41,5%	4,8%	5,0%	2,5%	2,3%	8,6%	2.996
Liguria	32,0%	39,8%	4,1%	4,6%	5,9%	3,4%	10,3%	3.764
Emilia R	32,1%	39,8%	4,9%	4,4%	6,1%	2,4%	10,4%	11.055
Toscana	33,3%	42,9%	4,9%	4,9%	3,4%	2,1%	8,4%	8.642
Umbria	33,2%	45,2%	4,9%	5,4%	2,1%	1,6%	7,7%	2.011
Marche	32,8%	40,4%	4,8%	6,0%	3,4%	1,8%	10,8%	3.355
Lazio	25,6%	34,8%	5,0%	6,2%	11,7%	4,8%	11,8%	12.445
Abruzzo	30,8%	41,9%	5,4%	6,5%	4,7%	1,7%	8,9%	2.838
Molise	23,8%	41,3%	6,1%	5,4%	9,0%	5,7%	8,7%	729
Campania	26,0%	40,0%	5,5%	6,2%	7,6%	7,1%	7,5%	11.959
Puglia	27,3%	38,3%	5,9%	6,2%	8,8%	3,8%	9,6%	8.596
Basilicata	31,9%	38,5%	6,6%	7,0%	1,1%	4,2%	10,7%	1.182
Calabria	29,2%	40,5%	6,2%	6,8%	4,6%	3,5%	9,0%	3.973
Sicilia	29,2%	37,1%	5,5%	5,7%	7,4%	5,3%	9,7%	10.565
Sardegna	34,2%	40,9%	4,7%	6,1%	3,3%	3,6%	7,3%	3.809
Italia	29,1%	39,3%	5,0%	5,6%	6,9%	3,9%	10,3%	135.815
Nord	29,3%	39,5%	4,5%	5,1%	6,8%	3,5%	11,3%	65.710
Centro	29,6%	39,0%	5,0%	5,7%	7,2%	3,3%	10,3%	26.452
Sud e Isole	28,5%	39,2%	5,6%	6,2%	6,8%	4,9%	8,8%	43.652

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2024)

3.5 Equilibri e politiche di bilancio a supporto delle strategie in nove contesti regionali

L'incremento del disavanzo complessivo registrato nel 2023 (626 milioni di Euro, a fronte dei 295 del 2022 e dei 17 milioni del 2021), rispetto al finanziamento complessivo continua a rappresentare una quota contenuta, pari allo 0,5%. Tuttavia, tale aumento spinge a interrogarsi sulla tenuta prospettica del SSN e sulla sostenibilità dei diversi modelli regionali. I dati dell'ultimo biennio, infatti, rappresentano un punto di rottura rispetto al trend degli anni pre-pandemia e degli anni colpiti da Covid-19 e segnalano ulteriormente la necessità di porsi seriamente il tema delle traiettorie programmatiche percorribili dal SSN a fronte di risorse per definizione scarse rispetto ai bisogni di salute espressi da una popolazione crescentemente più anziana. Con l'obiettivo di approfondire le dinamiche di andamento dei costi e i modelli di finanziamento agiti in un contesto di crisi e difficoltà economica, nel presente paragrafo si propone un approfondimento riguardante nove regioni esemplificative di modelli, contesti territoriali e storia pregressa differenti. Ciò in modo da approfondire le componenti di costo che sono state maggiormente interessate da variazioni e riportare tali modifiche alle risorse messe a disposizione nel/dal sistema per farvi fronte nell'immediato e nella prospettiva di una evoluzione futura dei modelli regionali.

Al fine di ottenere una rappresentazione variegata e rappresentativa del panorama nazionale, i casi regionali analizzati sono quindi stati quelli relativi alle nove regioni con più di 3 milioni di residenti, che insieme considerate rappresentano circa l'80% della popolazione nazionale: Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Puglia, Campania e Sicilia.

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 all'approccio implementato nelle analisi presentate nei 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 2022 e 2023. Sono quindi stati analizzati i dati regionali (consuntivi) e, a partire da questi, sono state condotte interviste semi-strutturate con i referenti regionali delle Direzioni Regionali³¹ che si occupano del SSR e del suo finanziamento, in continuità con quanto presentato e discusso nella precedente edizione del Rapporto. Le interviste, più nello specifico, hanno investigato tre macro-temi: (i) evoluzione delle performance economiche dei sistemi regionali con particolare attenzione al raggiungimento dell'equilibrio di bilancio e ai dri-

³¹ Si ringraziano per il prezioso contributo il Dottor Luca Baldino per la Regione Emilia Romagna, il Dottor Mauro Bonin per la Regione Veneto.

ver 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 (potenziali) disavanzi; (iii) la relazione fra le sostenibilità del SSN e l'evoluzione dei modelli di servizio, con specifico riferimento allo sviluppo del setting territoriale e dei servizi da remoto. 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 bilancio³², sono stati riclassificati i dati di CE al fine 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 principali poste relative di finanziamento, ovvero: (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 fenomeni congiunturali del periodo 2019-2023; (ii) risorse proprie regionali, per comprendere se e quanto le regioni abbiano investito risorse proprie aggiuntive per sostenere l'erogazione di servizi sanitari. Per quanto riguarda i costi, invece, la riclassificazione a partire dal modello proposto da Anessi Pessina e Sicilia (2009) e impiegato nell'edizione 2022 del Rapporto (Armeni *et al.*, 2022) che guarda alle componenti di costo per produzione interna e produzione esterna (o anche detta attività di committenza)³³. Questo modello è stato riadattato conservando la logica che guarda alle diverse modalità di produzione dei servizi, ma distinguendo i fattori produttivi rispetto alla loro dinamica di approvvigionamento e al livello di rigidità e variabilità del loro andamento. In particolare, la Tabella 3.12 offre una fotografia dell'impostazione dell'analisi qui proposta e dettaglia aree e componenti considerate nella classificazione (per un dettaglio delle poste contabili impiegate per ciascun aggregato si veda l'Appendice). Sono state introdotte due categorie, che, in chiave retrospettiva, mirano a offrire una fotografia orientativa dei fattori di assorbimento e della loro evoluzione nel breve periodo: quella dei costi prevalentemente legati a "rischio di mercato" perché collegati a modalità di approvvigionamento e a mercati che possono essere oggetto di variabilità e di oscillazioni rispetto al costo di acquisizione e alla disponibilità di beni e servizi con meccanismi di regolazione e di definizione dei prezzi di acquisizione del livello centrale meno stringenti; quella denominata "organiz-

³² 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.

³³ Nello specifico non sono state incluse nell'analisi le voci: B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata), 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 **La classificazione utilizzata nell'analisi: aree, categorie e componenti**

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente
Finanziamento / Ricavi		Energia	
		Risorse proprie regionali	
		Pay-back	Pay-back pharma Pay-back DM
Costi	Rischio di mercato	Energia	Riscaldamento
			Elettricità
			Altro (riscaldamento)
		Beni sanitari e non sanitari	Beni sanitari
			Beni non sanitari
		Servizi non sanitari*	Lavanderia
			Pulizia
			Mensa
			Altri servizi non sanitari
		Manutenzioni fabbricati, impianti e attrezzature	Fabbricati
			Impianti e macchinari
			Attrezzature sanitarie e scientifiche
		Godimento beni di terzi	Fitti passivi
	Noleggi		
	Leasing e project financing		
	Organizzazione dei servizi	Personale dipendente e assimilato	Rinnovo contratti collettivi
			Inserimenti a tempo indeterminato
			Inserimenti a tempo determinato
			Inserimenti altro
		Modelli di servizio territoriali	Socio-san a valenza sanitaria
			MMG
			Specialistica ambulatoriale
Riabilitazione			
Psichiatria			
Servizi sanitari*			
Farmaceutica	Servizi per farmaceutica		
	Prodotti farmaceutici		
	Rimanenze		
	Altro		

(*) al netto delle poste incluse in altre componenti dell'analisi

zazione dei servizi” che include invece categorie di costo e fattori produttivi la cui variabilità è collegata agli assetti territoriali e alle modalità di configurazione ed erogazione dei diversi servizi sanitari. La lettura e interpretazione dei valori di questi aggregati è, come detto, retrospettiva e di natura dinamica: non si concentra tanto sui valori assoluti negli esercizi considerati, quanto sugli scostamenti osservati nei periodi oggetto di analisi, 2019-2023 e 2022-2023, con un'unica eccezione rappresentata dall'inserimento anche del triennio 2017-2019 nell'indagare i costi per il livello regionale (cfr. Tabella 3.13).

Tabella 3.13 **Analisi delle principali voci di costo sanitari pubblici nel periodo emergenziale (2019-2023) e pre-pandemico (2017-2019). Valori assoluti in milioni di euro e scostamenti relativi***

		ITALIA						
Voci di costo		2017	2019	2023	Δ 2017-2019	Δ 2019-2023	CAGR 2017-2019	CAGR 2019-2023
Rischio di mercato	Energia	1.607	1.663	2.507	56	845	1,7%	10,8%
	Beni sanitari e non sanitari	7.382	7.861	9.503	479	1.642	3,2%	4,9%
	Servizi non sanitari	5.489	5.669	7.068	180	1.399	1,6%	5,7%
	Manutenzioni fabbricati, impianti e macchinari	1.837	1.933	2.283	96	350	2,6%	4,2%
	Godimento beni terzi	1.077	1.181	1.412	104	231	4,7%	4,6%
	Totale	17.392	18.307	22.773	915	4.466	2,6%	5,6%
Organizzazione dei servizi	Personale	37.592	38.566	43.331	975	4.765	1,3%	3,0%
	Modelli di servizio territoriali	20.627	21.541	23.325	914	1.784	2,2%	2,0%
	Farmaceutica	20.698	21.680	25.211	982	3.531	2,3%	3,8%
	Servizi sanitari	18.360	19.249	20.349	890	1.099	2,4%	1,4%
	Totale	97.276	101.036	112.216	3.760	11.180	1,9%	2,7%
TOTALE	114.669	119.343	134.989	4.675	15.646	2,0%	3,1%	

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

Fonte: Elaborazioni su CE regionale (codice "999"), Ministero della Salute (2024)

L'analisi, i cui dati aggregati sono presentati nelle successive Tabella 3.13 e Tabella 3.14, mira ad analizzare la dinamica dei costi e la loro evoluzione negli anni, al fine di identificare quali siano i fattori produttivi che sono stati caratterizzati da maggiore variabilità nel tempo. Si ipotizza, infatti, che questi siano indicativi dei trend di cambiamento che stanno attraversando i sistemi regionali, in termini di scelte produttive, di assetto dei servizi e di gestione delle risorse economiche ma anche conseguenza di dinamiche macro-economiche che colpiscono diversi settori dell'economia, come si discuterà di seguito.

Con riferimento ai trend macro-economici citati, è importante considerare che diverse crisi congiunturali hanno impattato negli ultimi anni sulla struttura dei costi delle Aziende e delle Regioni, le quali hanno attraversato una vera e propria fase emergenziale, segnata dal Covid-19 e da un aumento globale dall'inflazione. 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 indotto da PNRR e DM77. L'inflazione ha altresì comportato un significativo aumento del costo dell'energia nel corso del 2022, parzialmente riassorbita nel corso del 2023, come dettagliato in seguito. Inoltre, l'aumento dei prezzi ha impattato sugli acquisti di beni sanitari e non sanitari e dei servizi non sanitari, trattandosi di acquisti maggiormente soggetti alla volatilità del mercato.

Durante il periodo 2019-2023, le voci di costo analizzate sono incrementate di circa 15,0 mld a livello nazionale. I costi derivanti da determinanti a elevata esposizione a rischio di mercato sono incrementati di 4,5 mld (+24% nel periodo; CAGR pari al 5,6%) nel periodo segnato dalla pandemia e dalla crisi internazionale, registrando un trend profondamente diverso rispetto a quello del periodo pre-pandemico (+0,9 mld, +5% tra 2017 e 2019; CAGR pari al 2,6%). Interessante notare come l'aumento del costo dell'energia registrato nel 2022 (+1,4 mld tra 2021 e 2022) sia stato parzialmente riassorbito nel corso del 2023 (-678mln), grazie al contenimento degli importi ascrivibili a utenze elettriche (-432mln; -35% rispetto all'importo del 2022) e riscaldamento (-215mln; -22%). In entrambi i casi, le riduzioni osservate sono perlopiù ascrivibili e proporzionali alla riduzione del prezzo di acquisizione della materia prima più che a fenomeni (auspicabili) di miglioramento del profilo di consumo delle aziende del SSN. Inoltre, il combinato disposto di emergenza pandemica e dinamica inflattiva ha apparentemente riguardato anche gli acquisti di beni sanitari e non sanitari (+1,6mld tra 2019 e 2023; +21%) e servizi non sanitari (+1,3mld; +25%), per un totale di +3,0mld registrato tra 2019 e 2023 (+22,5%). Sui beni sembra aver inciso maggiormente la risposta alla pandemia (+1,5mld tra 2019 e 2020 – dato non riportato in Tabella), sebbene il livello dei costi sostenuti sia comunque rimasto elevato, sostenuto dall'aumento dei prezzi di acquisizione dei fattori produttivi e dall'aumento, soprattutto nel 2023, della produzione delle aziende. Anche i

Tabella 3.14 **Incremento delle voci di ricavo e costo in selezionati SSR (2023 rispetto a 2022). Valori assoluti in milioni di euro.**

	Piemonte	Lombardia	Veneto	ER	Toscana	Lazio	Puglia	Campania	Sicilia	Italia
Incremento FSN	150	560	344	119	30	298	178	279	325	2.361
Payback farmaceutico	-140	-163	-69	-133	-383	23	-126	-72	-109	-1.851
Risorse aggiuntive da bilancio regionale	58	9	23	31	43	0	34	0	0	174
Risorse aggiuntive da bilancio regionale (post-pre covid)	98	16	23	35	41	91	34	0	0	0
Totale	68	407	297	16	-310	321	85	208	216	684
Energia	-28	-67	-43	-114	-89	-21	-56	-38	-53	-678
Beni sanitari e non sanitari	49	45	-48	23	2	20	1	29	73	260
Servizi non sanitari	22	44	94	24	38	12	20	26	2	325
Manutenzioni fabbricati, impianti e macchinari	10	21	13	13	17	1	28	22	6	127
Godimento beni terzi	8	30	-1	10	9	1	5	18	3	93
Totale	61	72	16	-43	-22	13	-3	57	31	127
Personale	10	221	76	-4	19	111	7	30	42	758
Rafforzamento servizi territoriali	26	169	25	62	5	40	67	15	5	590
Farmaceutica	107	237	68	93	80	146	63	118	104	1.322
Servizi sanitari	44	135	-120	5	45	36	71	18	-26	688
Totale	187	762	49	156	150	332	208	180	125	3.357
Totale	248	834	65	112	128	345	205	237	156	3.484

Fonte: Elaborazioni su CE regionale (codice "999"), Ministero della Salute (2024)

costi relativi alle manutenzioni ordinarie e al godimento di beni di terzi sono incrementati, rispettivamente di 350 e 231 mln rispetto al periodo pre-pandemico, a un ritmo di crescita annuo pressoché costante e significativo (+4,2% e +4,6%).

Passando all'area maggiormente collegata all'organizzazione dei servizi, si registra un incremento complessivo nel periodo 2019-2023 di 11,1mld (+11%), con un tasso medio annuo di crescita del 2,7%, più elevato del periodo 2017-2019 (+1,9%). I costi del personale rappresentano la voce più consistente, in aumento già di 3,6 mld nel periodo strettamente emergenziale (fino al 2022). I rinnovi contrattuali, specialmente del comparto, hanno fatto il resto nel corso del 2023, con ulteriori +0,7mld a carico del SSN. Per fronteggiare la diffusione del virus i SSR hanno incrementato gli organici sospendendo le politiche di contenimento dei costi del personale in corso nella fase pre-pandemica, a cui si è aggiunta la successiva fase di rinnovo dei contratti in essere. La diffusione del Covid-19 e il rafforzamento dell'assistenza di prossimità promosso dal PNRR e il DM77 hanno poi comportato un incremento dei costi per i servizi territoriali, cresciuta di circa 1,8 mld nel periodo 2019-2023 (600 mln nel triennio pre-pandemico), di cui 530 solo tra 2022 e 2023. L'aumento osservato tra 2019 e 2023 è riconducibile al consistente aumento delle voci relative alle prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria (+908mln; +17% nel periodo), alla specialistica ambulatoriale (+514mln; +8%) e all'area psichiatrica (+204mln; +19%). Si osservano poi due ulteriori trend: da un lato, si registra un'accelerazione dell'incremento della componente farmaceutica, che include sia la convenzionata che gli acquisti diretti (+3,5 mld; +3,8% annuo vs +2,3% annuo del periodo pre-pandemico); dall'altro, al contrario, un rallentamento nell'incremento della voce relativa ai servizi sanitari³⁴ (+1,1 mld; +1,4% annuo vs +2,3%).

In secondo luogo, sono stati analizzati gli incrementi delle principali voci di ricavi e costi registrati nel corso del 2023 rispetto all'anno precedente (Tabella 3.14), dando evidenza delle differenze interregionali registrate. In questo caso, oltre alle voci di costo considerate sinora, sono altresì stati analizzati il finanziamento ordinario e straordinario dell'esercizio e valutate le dinamiche di riassorbimento dei tratti eccezionali che hanno caratterizzato il 2022 (es. costo dell'energia, payback farmaceutico). Con specifico riferimento al finanziamento, la componente ordinaria è costituita dal finanziamento indistinto e vincolato, mentre la componente straordinaria è rappresentata dalle risorse aggiuntive *una tantum* fornite dal livello nazionale e dalle risorse proprie regionali eventualmente impiegate dai SSR per il contenimento dei disequilibri registrati. A titolo esemplificativo, tra le risorse *una tantum* del 2022 figuravano il supporto per il caro energia (D.L. 50/22 e 144/22) e le risorse provenienti dall'accordo sul payback, assenti nel 2023.

³⁴ Si sottolinea nuovamente che la voce è da considerare al netto delle componenti già incluse nel framework utilizzato.

Nel 2023, l'incremento del finanziamento è stato pari a circa 2,4 mld al lordo della riduzione osservata per il payback (-1,9mld). Includendo quest'ultima componente nel computo complessivo, l'aumento si assottiglia e registra un valore complessivo di 685mln. L'aumento più cospicuo è stato registrato come incremento del Fondo Sanitario Nazionale (+2,3mld, era +2,0mld tra 2021 e 2022). Oltre al payback, a differenza di quanto registrato nel 2022, tra le risorse straordinarie non figurano le componenti aggiuntive *una tantum* fornite dal livello nazionale per sostenere il caro energia (1,6mld nel 2022). Le risorse proprie regionali, invece, hanno registrato un aumento di circa 175mln, decisamente più cospicuo di quanto osservato tra 2021 e 2022 (+2mln complessivi). Dall'altro lato, l'incremento dei costi è stato pari a circa 3,5 mld. I costi derivanti dalle fluttuazioni di mercato sono cresciuti di 127mln, prevalentemente imputabili all'aumento dei servizi non sanitari (+325mln) e dei beni (+260mln), facendo registrare aumenti significativi e più consistenti rispetto a quanto osservato tra 2021 e 2022 (rispettivamente +114mln e -212mln). Tra le voci di costo attribuite all'organizzazione dei servizi nella classificazione qui proposta sono invece incrementate di circa 3,3mld. L'entità di tale aumento è collegata al costante aumento dei costi sostenuti per la farmaceutica di circa 1,3mld (era 1,4mld tra 2021 e 2022), per il personale (+758mln) e al maggior ricorso all'acquisto di servizi sanitari (+590mln).

Guardando ai nove casi regionali, si denotano alcune differenze significative fra i SSR. Osservando i ricavi, la principale differenza riguarda le risorse proprie regionali. Da un lato, si registrano regioni che non hanno attivato alcuna risorsa aggiuntiva (Campania, Sicilia e Lazio); dall'altro, le restanti regioni hanno visto un impiego di risorse proprie regionali compreso tra i 58mln del Piemonte e i 9mln della Lombardia. Dall'altro lato, si osservano differenze significative anche nell'assorbimento di risorse. Con riferimento ai fattori produttivi maggiormente esposti al rischio di mercato si osserva, in termini assoluti, (i) un diverso grado di riassorbimento dei costi legati al consumo di energia (dai -21mln del Lazio ai -114mln dell'Emilia Romagna); (ii) una sostanziale differenza nell'evoluzione degli oneri sostenuti nell'acquisizione dei beni (dalla riduzione di -48mln del Veneto all'aumento di 73mln in Sicilia, passando per una sostanziale stabilità in Toscana e Puglia); (iii) incrementi generalizzati sui servizi non sanitari (ad eccezione della Sicilia). Con riferimento, invece, ai fattori produttivi qui abbinati all'organizzazione dei servizi, le differenze riguardano in maniera significativa tutte le componenti considerate, seppur con intensità diverse delle singole voci nelle regioni. Escludendo la Lombardia, dove l'aumento è marcato e generalizzato, questa evidenza testimonia il fatto che in modo più o meno esplicito le politiche di bilancio regionale propongono dei meccanismi di compensazione interni collegati a scelte allocative della capogruppo regionale. Più nel dettaglio, Toscana e Sicilia hanno registrato nel 2023 costi per il rafforzamento dei servizi territoriali sostanzialmente in linea

con quelli del 2022 (+5mln in entrambi gli SSR), mentre Lombardia, Puglia ed Emilia Romagna hanno visto la componente aumentare rispettivamente di 169, 67 e 62 mln di euro. Guardando al personale, a fronte di un aumento generalizzato in ciascuno degli SSR analizzati, si va dai +221mln della Lombardia alla sostanziale stabilità dell'Emilia Romagna (circa -4mln. Allo stesso modo, si osservano differenze significative sui servizi sanitari, che hanno registrato una riduzione significativa in Veneto (-120mln) e Sicilia (-26mln), una sostanziale stabilità in Emilia Romagna (+5mln) e un aumento generalizzato nelle altre regioni, con picchi in Lombardia (+135mln) e Puglia (+71mln).

A dati 2023, dunque, le analisi suggeriscono che alcune dinamiche siano ormai in fase di consolidamento ed evidenziano come alcune delle componenti analizzate stiano scivolando verso un livello di strutturalità significativo e collegato a bisogni e modelli di servizio emergenti (si pensi al rafforzamento del setting territoriale).

3.6 La prospettiva aziendale nei nove 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 nove contesti regionali analizzati nel paragrafo 3.5 (Campania, Emilia Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto, Lombardia, Toscana, Lazio, Sicilia).

Le fonti consultate e utilizzate sono, dunque, i CE delle aziende pubbliche delle nove Regioni per gli anni 2019, 2020, 2021, 2022 (consuntivi definitivi) e 2023 (chiusura provvisoria al IV trimestre³⁵). I dati sono stati analizzati per singola azienda e successivamente aggregati per regione e tipologia, distinguendo tra Aziende esclusivamente di Erogazione (aziende dedicate in via esclusiva alla produzione, ossia AO, Policlinici, AO Universitarie, I.R.C.C.S., anche AE nel prosieguo del capitolo) e Aziende e Agenzie che esercitano anche o esclusivamente funzione di Committenza (ASL, ATS, anche AAC nel resto del capitolo). Le aziende inserite nell'analisi si distribuiscono per tipologia e per regione come specificato nella Tabella 3.15.

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 2022-2023), le analisi sviluppate sul livello aziendale consentono di:

³⁵ Dato disponibile al momento in cui si scrive, settembre 2024.

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

Regioni	Aziende (esclusivamente) di Erogazione	Aziende e Agenzie con funzione di Committenza	Totale
Piemonte	6	12	18
Lombardia*	32	8	40
Veneto	3	9	12
Emilia Romagna	5	8	13
Toscana	4	3	7
Lazio	7	10	17
Campania	10	7	17
Puglia	4	6	10
Sicilia	9	9	18
Totale complessivo del campione	80	72	152

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

1. analizzare l'evoluzione delle principali fonti di finanziamento delle aziende (principalmente fondo sanitario e risorse proprie regionali);
2. analizzare l'evoluzione dei principali costi di produzione;
3. sempre con riferimento ai costi della produzione, verificare le differenze esistenti tra aziende esclusivamente di erogazione e aziende e agenzie che esercitano anche o esclusivamente la funzione di committenza.

Questo approccio consente di offrire un livello di dettaglio superiore rispetto al paragrafo precedente e di offrire alcune considerazioni rispetto a caratteristiche delle aziende, modelli di funzionamento di queste e scelte allocative regionali.

È bene precisare che, in termini di risultati, la fotografia fornita dal livello aziendale rispetto alle fonti di finanziamento e alla composizione dei fattori produttivi può differire da quella nazionale e regionale perché: 1) utilizza dati a consuntivo della contabilità economico patrimoniale e non include i valori di Gestione Sanitaria Accentrata (GSA); 2) è costruita su aggregazioni e modelli interpretativi che seguono una logica aziendale-gestionale, diversi rispetto a quelli istituzionali legati al livello regionale e nazionale. 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.

I nove SSR analizzati, a dati 2023, registrano complessivamente livelli di finanziamento delle aziende (tecnicamente identificabili su questo livello di analisi come “ricavi”) per 247,0 mld, con un incremento significativo rispetto al 2019, quando erano 220,5 mld (+10,8%). Spostando l’attenzione sui costi della produzione, è possibile notare come questi ammontino a 245,5 mld nel 2023 e siano complessivamente aumentati rispetto al 2019 dell’11,7%, quando registravano un valore complessivo di 216,8 mld. Sebbene i dati appena presentati riguardino solo una parte del CE delle aziende³⁶, 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. A questa considerazione collegata a fattori “eccezionali” 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 rispetto ad azioni di sviluppo organizzativo e/o sui costi nel breve periodo.

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 in primo luogo nota la maggiore necessità di contributi da parte delle aziende a seguito della pandemia (Borsoi *et al.*, 2022), sebbene per motivi differenti negli esercizi 2021 e 2022: nel 2021, a fronte di una riduzione dei volumi di attività; nel 2022, a causa del consistente e improvviso aumento dei costi di produzione. Le risorse da FSN sono nel complesso stabili sia per le AAC che per le AE. Le prime hanno ad esempio potuto beneficiare tra 2022 e 2023 di un incremento complessivo di 181mln (dato non riportato in Tabella). Per le aziende territoriali si nota come l’entità dei contributi indistinti, sebbene aumentata rispetto al 2019, abbia visto una sostanziale stabilità tra

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

Tabella 3.16 **Le aziende e il loro finanziamento: principali componenti per tipologia di azienda (variazione 2022-2023, in termini assoluti e relativi)**

Voci di costo	Tipologia azienda	Piemonte		Lombardia		Veneto		Emilia Romagna		Toscana		Lazio		Campania		Puglia		Sicilia	
		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 %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %
Ordinari	Incremento FSN	7	0,00	491	0,03	-17	-0,00	250	0,03	31	0,00	178	0,02	-166	-0,02	-60	-0,01	-534	-0,06
	AE	-121	-0,12	354	0,09	-40	-0,16	-33	-0,06	-54	-0,08	20	0,04	-127	-0,09	-106	-0,29	-391	-0,37
Straordinari	Payback farmaceutico	-45	-0,36	0	nd	0	nd	-123	-0,73	-26	-0,23	23	0,18	-126	-1,00	-197	-1,00	-195	-1,00
	AE	-6	-1,00	0	nd	0	nd	-10	-0,10	-33	-0,70	0	-0,01	-43	-1,00	-31	-1,00	-17	-1,00
Risorse proprie regionali	Risorse aggiuntive da bilancio regionale	3	0,07	0	-0,01	2	23,76	35	0,36	30	2,83	0	nd	0	nd	0	nd	0	nd
	AE	0	nd	0	nd	0	nd	-5	-1,00	13	8,19	0	nd	0	nd	0	nd	0	nd
Totale	AAC	-35	-0,00	491	0,03	-16	-0,00	163	0,02	36	0,00	201	0,02	-292	-0,03	-258	-0,03	-729	-0,08
	AE	-127	-0,13	354	0,09	-40	-0,16	-47	-0,07	-74	-0,11	20	0,04	-170	-0,12	-137	-0,34	-407	-0,38

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2024)

Tabella 3.17 I costi sostenuti dalle aziende: principali componenti per tipologia di azienda (scostamento 2022-2023, in termini assoluti e relativi)

Voci di costo	Tipologia azienda	Piemonte		Lombardia		Veneto		Emilia Romagna		Toscana		Lazio		Campania		Puglia		Sicilia		Media campione	
		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 %	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 %
Energia	AAC	-19,0	-14%	-2,1	-20%	-27,7	-11%	-78,8	-35%	-56,4	-35%	-4,8	-3%	-19,2	-22%	-27,3	-20%	-36,1	-31%	-30,2	-21%
	AE	-9,4	-11%	-84,9	-17%	-15,2	-19%	-35,3	-30%	-32,5	-32%	-16,4	-16%	-20,1	-21%	-29,2	-46%	-16,5	-21%	-28,8	-24%
Beni sanitari e non sanitari	AAC	139,8	10%	9,7	3%	72,4	5%	88,7	5%	68,8	6%	136,2	9%	114,7	8%	80,8	6%	155,2	14%	96,3	7%
	AE	48,2	7%	22,8	1%	20,3	3%	16,5	3%	25,7	5%	30,5	5%	62,5	9%	-7,0	-2%	54,0	7%	30,4	4%
Servizi non sanitari	AAC	12,8	6%	-35,9	-39%	12,7	3%	1,5	0%	-1,8	-1%	-0,8	0%	7,6	2%	7,2	2%	-7,7	-3%	-0,5	-3%
	AE	8,3	6%	26,4	4%	6,5	7%	22,8	13%	1,5	1%	10,2	6%	18,3	8%	-0,1	0%	11,8	8%	11,7	6%
Rischio di mercato	AAC	4,1	5%	0,7	13%	9,5	6%	9,0	7%	6,6	5%	0,1	0%	-1,0	-1%	20,0	18%	5,9	7%	6,1	7%
	AE	6,3	7%	8,7	3%	3,7	8%	4,1	6%	10,8	17%	1,4	2%	15,7	20%	7,6	26%	0,0	0%	6,5	10%
Godimento beni terzi	AAC	5,9	5%	0,8	8%	-1,0	-1%	5,9	7%	9,5	12%	0,9	2%	13,4	29%	4,3	8%	-0,5	-1%	4,3	8%
	AE	0,7	1%	20,9	9%	2,5	12%	4,2	15%	-0,1	0%	-0,2	-1%	4,1	16%	0,5	4%	3,4	17%	4,0	8%
Totale	AAC	143,5	7%	-26,7	-5%	65,9	3%	26,4	1%	26,8	1%	131,7	6%	115,4	6%	84,9	4%	116,8	7%	76,1	3%
	AE	54,0	5%	-6,0	0%	17,8	2%	12,4	1%	5,3	1%	25,5	2%	80,5	7%	-28,2	-6%	52,6	5%	23,8	2%
Personale	AAC	-2,2	0%	10,6	3%	54,4	2%	-6,9	0%	15,3	1%	77,4	4%	14,3	1%	10,8	1%	-12,8	-1%	17,9	1%
	AE	12,0	1%	-55,2	-1%	22,0	3%	5,1	0%	4,1	0%	33,7	3%	15,2	1%	-8,3	-2%	19,3	2%	5,3	1%
Modelli di servizio territoriali	AAC	55,5	3%	96,9	2%	37,0	2%	64,8	3%	-1,8	0%	16,2	1%	13,6	1%	66,3	4%	-26,1	-1%	35,8	1%
	AE	-1,8	-3%	2,2	1%	1,4	5%	2,9	5%	2,6	8%	9,4	27%	1,3	3%	0,6	5%	2,4	14%	2,3	7%
Geografia dei servizi	AAC	122,3	7%	208,2	6%	59,0	4%	88,0	5%	62,3	4%	118,0	5%	78,2	3%	68,9	4%	68,4	4%	97,0	5%
	AE	26,1	7%	37,4	2%	18,0	5%	20,6	10%	17,5	10%	27,5	7%	39,9	10%	-7,5	-5%	32,9	7%	23,6	6%
Servizi sanitari	AAC	73,5	3%	57,9	1%	1,2	0%	67,4	3%	35,0	2%	-33,9	-1%	14,8	1%	-5,5	0%	-26,3	-1%	20,4	1%
	AE	8,0	7%	41,5	7%	-4,8	-9%	-7,9	-6%	5,8	10%	-6,1	-4%	-8,1	-9%	-0,2	-1%	-15,4	-15%	1,4	-2%
Totale	AAC	249,2	3%	373,6	2%	151,6	2%	213,3	2%	110,7	2%	177,7	2%	121,0	1%	140,5	2%	3,2	0%	171,2	2%
	AE	44,3	2%	25,8	0%	36,6	3%	20,7	1%	30,0	3%	64,4	4%	48,3	3%	-15,4	-2%	39,1	2%	32,7	2%

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2024)

2022 e 2023, con regioni che registrano aumenti marcati (es. Lombardia) e altre con riduzioni significative (es. Sicilia) in termini assoluti. Meno uniforme in termini assoluti ma maggiormente omogenea come direzione della variazione è invece il caso delle aziende esclusivamente di erogazione (AE): mediamente esse hanno infatti visto una lieve riduzione tra 2022 e 2023 delle risorse a disposizione da FSN (-498mln; -1%), estendibile a tutti gli SSR considerati, ad eccezione di Lombardia e Lazio. La seconda macro-componente per rilevanza è invece attribuibile al rimborso legato a payback per farmaci e dispositivi medici, che nel 2023 fa segnare una drastica riduzione (-828mln), tornando di fatto a valori allineati a quelli 2019 (dato non riportato in Tabella), dopo che nel 2022 aveva contribuito in misura significativa alla capacità di tenuta delle aziende. 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 (dato non riportato in Tabella) che rispetto al loro impiego tra anni.

Guardando ai costi della produzione, la Tabella 3.17 mostra la diversa articolazione delle variazioni dei costi tra 2022 e 2023 tra AAC e AE. Nel complesso, i costi di produzione qui considerati sono complessivamente aumentati di 2,7mld (da Tabella 3.17 – dato non riportato in Tabella). La principale componente di questo incremento è rappresentata dall'acquisizione di beni (sanitari e non sanitari) (+1,1mld; 41% dell'aumento complessivo nel periodo). Se letta in controluce alla precedente rilevazione sul livello regionale (cfr. Tabella 3.14), è possibile evidenziare gli effetti al ribasso della centralizzazione sugli acquisti degli SSR. Similmente a quanto osservato per i beni, anche la farmaceutica fa registrare aumenti consistenti in termini assoluti (+1,08mld; 40% dell'aumento complessivo). In maniera meno marcata, la terza componente significativa è rappresentata dal rafforzamento dei modelli di servizio territoriali (+343mln; 13% dell'aumento complessivo), fisiologicamente guidato dalle AAC (+322mln; +2% rispetto al 2022). Nel complesso, dunque, sono le AAC che mediamente tendono a riportare la quota di aumento più consistente (+2,2mld, 81% dell'incremento), diffusamente in tutte le regioni analizzate. Questa evidenza vale sia per i fattori produttivi esposti a rischio di mercato che per quelli abbinati all'organizzazione dei servizi. Le evidenze testimoniano la progressiva modifica del ruolo delle aziende nei propri ecosistemi di riferimento e iniziano a segnalare lo sviluppo di modelli emergenti di servizio ex DM77 con una crescita dell'esercizio della funzione di committenza a carico delle AAC.

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 finanziamen-

to 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 fenomeno era comprensibile nel 2020, poiché gli effetti della pandemia avevano iniziato a manifestarsi a valle della programmazione, e, in maniera meno rassicurante, nel 2021, il 2022 aveva nuovamente scontato l'esigenza di rispondere con misure straordinarie a fattori emergenziali legati al contesto internazionale. Si trattava di un esercizio che assorbiva i fattori emergenziali recenti (pandemia, crisi energetica internazionale e ripresa dell'inflazione) nella consapevolezza che alcuni di questi sarebbero stati inesorabilmente destinati a perdurare e/o a strutturarsi nel medio-lungo periodo. Il 2023 inizia a mostrare alcuni di questi tratti di consolidamento, sebbene a propria volta debba assorbire alcuni degli strascichi collegati alle dinamiche congiunturali sfavorevoli più recenti. Cambia tuttavia la prospettiva fin qui proposta, che opponeva alle dinamiche strutturali quelle emergenziali. Non è più appropriato, infatti, dal 2023 in avanti, parlare di emergenza, in quanto tutti i fenomeni che stanno interessando il finanziamento e il funzionamento dei sistemi sanitari regionali sono ormai considerabili interni ai sistemi stessi e non più eccezionali. Si è proposto per questo una prospettiva diversa, che cerca di distinguere quelle che sono le conseguenze di scelte legate ai servizi sanitari da quelle che invece sono dinamiche economiche nazionali (internazionali talvolta) che non sono tuttavia evitabili né oggi né nel prossimo futuro. Questa distinzione è utile per ragionare distinguendo le dinamiche economiche che riguardano scelte strategiche e di funzionamento del sistema da quelle che attengono invece a scelte di approvvigionamento e di relazione con il mercato di riferimento.

Prima di riprendere i principali punti emersi dall'analisi a livello regionale ed aziendale è bene riprendere i dati che raccontano le performance complessive del sistema italiano rispetto a finanziamento e spesa. Il finanziamento complessivo al SSN per il 2023 è stato pari a 128 miliardi di euro con un incremento di 2 miliardi rispetto all'anno precedente. È bene tuttavia sottolineare nuovamente come questo incremento sia tale solo in termini nominali e non in termini reali in quanto il rapporto tra spesa e PIL è sceso rispetto all'anno precedente. Questo arretramento rispetto agli anni precedenti rischia di essere particolarmente rilevante in termini prospettici in alcune aree del Paese, specialmente considerando le stime demografiche ISTAT (es. riduzione consistente della popolazione nelle regioni meridionali e nelle aree rurali) e il generalizzato invecchiamento della popolazione. Sebbene su una quota minoritaria della parte indistinta del Fondo Sanitario i criteri di riparto applicati dal 2023 provino ad assorbire parte di queste tendenze, introducendo parametri

collegati alla mortalità e misure di natura socio-economica (es. indice sintetico di deprivazione), il contestuale aumento della spesa sanitaria causato da dinamiche inflattive, evoluzione dei modelli di servizio e cambiamenti del bisogno rischia di mantenere inalterate o vedere aumentare le differenze tra regioni, polarizzando i posizionamenti dei diversi territori in termini di sviluppo dei servizi ed equilibri di bilancio. Questi diversi fenomeni, uniti ai trend collegati ai fattori produttivi discussi nella seconda parte del capitolo, hanno fatto sì che si registrasse nel 2023 un disavanzo di 626 milioni di euro a livello nazionale, dato in netto aumento rispetto a quanto registrato negli anni precedenti (295 mln di euro nel 2022, 17 nel 2021). Questo dato rappresenta un punto d'attenzione a livello Paese, considerando anche che parte dei fondi finalizzati stanziati negli ultimi quattro esercizi per accompagnare il governo della domanda e delle liste d'attesa risulterebbe "distratto" rispetto alle sue finalità originarie e riorientato verso il ripiano dei disavanzi sanitari regionali (Corte dei Conti, 2024). Queste considerazioni valgono a maggior ragione per alcune specifiche regioni, dal momento che, come già richiamato, gli SSR presentano valori molto polarizzati, con 12 di queste che presentano un avanzo di bilancio e le altre che presentano un disavanzo (vicino al paraggio di bilancio o, al contrario, molto rilevante: su tutte, Toscana, Sardegna e Piemonte). Le tre regioni che registrano i disavanzi più consistenti hanno tra loro caratteristiche di assetto e configurazione dei servizi profondamente diverse, oltre ad appartenere a tre differenti macro-aree del Paese. Non sembra, dunque, registrarsi una chiara correlazione tra capillarità e intensità dei servizi offerti e risultati finanziari registrati nel 2023. Rispetto al 2022, si è inoltre modificata la composizione delle regioni con un disavanzo consistente (si pensi all'Emilia Romagna, che a fronte di un disavanzo di 84mln del 2022 chiude in equilibrio nel 2023). In questa fase di stabilizzazione, dunque, i disavanzi e gli avanzi registrati sembrano dipendere fortemente dalle politiche di bilancio attivate e dalle conseguenti scelte allocative più o meno consapevoli promosse dagli SSR.

Ai dati 2023 che riferiscono a livello Paese di un peggioramento delle performance economiche, fanno da sfondo i dati internazionali che ci ricordano che 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 6,4% del PIL, in diminuzione rispetto al 2022. Anche il livello di spesa sanitaria corrente pubblica (e totale) è basso e il sistema, che nel 2022 non sembrava ancora presentare problemi strutturali di disavanzo, nel 2023 registra dati di netto peggioramento in termini assoluti, sebbene non preoccupanti in termini relativi (0,5% della spesa). Se in passato potevamo asserire (cap. 3 Rapporto OASI 2023) che l'Italia appariva a dati 2022 un sistema ancora in equilibrio, ossia che spende ciò che finanzia, i dati 2023 restituiscono un potenziale segnale di allarme rispetto al futuro. Tale situazione, poi, non si riflette omogeneamente tra regioni

e aziende, esacerbando le differenze territoriali e introducendo anche elementi di novità rispetto alle regioni che vivono le maggiori difficoltà.

Rispetto al futuro alcune informazioni e indicazioni sono date nel Piano Strutturale di Bilancio 2025-29 e nel DDL Bilancio 2025-27³⁷, che prevedono un incremento del livello di finanziamento del fabbisogno standard del SSN di 1,3 miliardi nel 2025 e un piano di incrementi per gli anni successivi pari a +5,1 miliardi nel 2026, +5,8 miliardi nel 2027, +6,7 miliardi nel 2028, +7,7 miliardi nel 2029 e +8,9 miliardi a decorrere dal 2030. Queste risorse dovrebbero essere destinate al potenziamento dell'offerta e della qualità dei servizi e al rinnovo dei contratti collettivi nazionali del relativo personale. Queste sono disposizioni importanti che da un lato segnalano la volontà di investire nel SSN, ma dall'altro, negli importi e nella modularità, non sembrano tener conto delle tendenze in atto, sia in termini di sviluppo dell'economia (andamento PIL e inflazione) ma anche di caratteristiche di settore.

In questo senso, il lavoro di analisi qui presentato su costi e su fonti di finanziamento a livello di regioni ed aziende, rivela alcune dinamiche che verosimilmente caratterizzeranno i prossimi anni e che destano preoccupazione rispetto alla tenuta economica dell'SSN. Da un lato i dati regionali mostrano come le diverse Regioni abbiano adottato in modo più o meno esplicito politiche di bilancio regionale che attuano dei meccanismi di compensazione interni volti a supplire alle differenze tra aziende e alle difficoltà collegate alle diverse scelte di assetto territoriale e di erogazione dei servizi. Dall'altro lato i dati aziendali e la riclassificazione proposta, in particolare per le diverse categorie di costi, evidenzia il perdurare di criticità a livello di singole aziende con 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. Come già evidenziato, la maggior parte delle aziende e delle regioni analizzate hanno infatti visto un peggioramento della propria situazione economica nel periodo 2019-2023 e le attese sul 2024 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. Tra tutti, sono i fattori produttivi legati alla produzione diretta di servizi che mostrano un aumento maggiore dei costi, segnalando come il modello che vede le aziende del sistema protagoniste dell'erogazione viva una crisi rispetto al passato. Questo trend può modificare in modo sostanziale le scelte delle singole Regioni rispetto alla gestione dei servizi, incidendo sulla mission oggi assegnata alle aziende.

³⁷ DDL di bilancio 2025-27 trasmesso dal governo al Parlamento il 23 ottobre. www.mef.gov.it/export/sites/MEF/focus/2024/documenti/article_00056/2025-DLB-Relazione-Articolato-e-Quadri-Generali.pdf

Sebbene i dati mostrino come, nel 2023, i singoli contesti regionali siano stati ancora in grado di reagire all'incremento dei costi, 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, con un continuo ricorso a meccanismi di ripiano e interventi “straordinari” a compensazione dei costi crescenti. 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 sfidanti e soggetti a differenze dettate dalla capacità delle singole regioni di reagire alle necessità di finanziamento crescente.

In conclusione, se fino al periodo pre-pandemico 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), più di recente 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, se questo è collegato a costi crescenti nei casi della gestione diretta e produzione interna dei servizi. L'attuale stagione di investimenti nel settore (es. PNRR), come si è già detto, non è accompagnata da un'espansione della spesa corrente, richiedendo di attivare un intenso processo riallocativo di risorse interno ai SSR. 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.

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. Questo implica lavorare su meccanismi di razionalizzazione che realmente accompagnino i processi decisionali interni ai sistemi. Se si considerano gli aumenti costanti e significativi associati ad alcuni fattori produttivi collegati all'organizzazione dei servizi (es. farmaceutica), è chiaro che lavorare linearmente per input non possa consentire di conseguire risultati significativi sul fronte del bilanciamento tra livelli di servizio e tenuta dei conti. Spostare l'attenzione dal tema della produzione (“quanto”) a quella dei consumi (“cosa e per chi”) può rappresentare un primo passaggio concettuale per stimolare processi riallocativi che sostengano la coerenza tra domanda di salute e con-

figurazione dei modelli di offerta. A titolo esemplificativo, agire su identificazione delle sotto-popolazioni target, perimetrare e verificare l'appropriatezza (prescrittiva e di impiego) e individuare le determinanti che producono variabilità tra SSR e, soprattutto, tra aziende e distretti nel medesimo contesto istituzionale, sono alcuni dei cantieri di lavoro attivabili per accompagnare i processi di cambiamento in atto, stante la scarsità di risorse attuale e tendenziale a disposizione del sistema.

3.8 Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2005). L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E., 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.
- Corte dei Conti (2024). Deliberazione 13 novembre 2024, n. 90/2024/G. *Riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da Covid-19*.
- Del Vecchio M. (2012). Settore, sistema e azienda: logiche di governance in sanità, Milano, EGEA.
- Delibera n. 33/2023. Fondo sanitario nazionale 2023. Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (GU Serie Generale n.9 del 12-01-2024).
- International Monetary Fund (2024). World Economic Outlook (April 2024). Disponibile a: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2024/April> (ultimo accesso: 16 luglio 2024).

- 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 2023 (Rep. atti n. 262/CSR del 9 novembre 2023)
- ISTAT (2024). I.Stat (database). Disponibile a: <http://dati.istat.it/> (ultimo accesso: 16 luglio 2024).
- 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 (2024). OECD Data Explorer: Health expenditure and financing. OECD Health Statistics (database). Disponibile a: <https://data-explorer.oecd.org> (ultimo accesso: 16 luglio 2024).
- van Doorslaer E., Masseria C. and 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.

Appendice

Tabella 3.18 **Aree, categorie, componenti impiegate e poste contabili ex Modello Ministeriale CE 2019 impiegate nell'analisi**

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Poste di riferimento/modalità di calcolo	
Finanziamento / Ricavi	Energia		Totale componente	Somma delle poste incluse* AA0020 - A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale AA0050 - A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	
			Totale componente	Somma delle poste incluse AA0080 - A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA 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	
	Risorse proprie regionali		Totale componente	Somma delle poste incluse	
			Totale componente	Somma delle poste incluse	
	Pay-back			Totale componente	Somma delle poste incluse
				Pay-back pharma	AA0890 - A.5.E.1) Rimborso da aziende farmaceutiche per pay back
				Pay-back	AA0900 - A.5.E.1.1) Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale
					AA0910 - A.5.E.1.2) Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera
					AA0920 - A.5.E.1,3) Ulteriore pay-back
	Pay-back DM	AA0921 - A.5.E.2) Rimborso per Pay-back sui dispositivi medici			
	Costi	Energia		Totale componente	Somma delle poste incluse
Riscaldamento				BA1610 - B.2.B.1.4) Riscaldamento	
Elettricità				BA1660 - B.2.B.1.9) Elettricità	
Altro (riscaldamento)				BA1670 - B.2.B.1.10) Altre utenze	
Beni sanitari e non sanitari		Rischio di mercato	Totale componente	Somma delle poste incluse*	
			Beni sanitari	BA0020 - B.1.A) Acquisti di beni sanitari	
			Beni non sanitari	BA0310 - B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	
Servizi non sanitari*			Totale componente	Somma delle poste incluse*	
			Lavanderia	BA1580 - B.2.B.1.1) Lavanderia	
			Pulizia	BA1590 - B.2.B.1.2) Pulizia	
			Mensa	BA1600 - B.2.B.1.3) Mensa	
Altri servizi non sanitari	BA1570 - B.2.B.1) Servizi non sanitari				

Tabella 3.18 (segue)

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Poste di riferimento/modalità di calcolo	
Costi	Rischio di mercato	Manutenzioni fabbricati, impianti e attrezzature	Totale componente	Somma delle poste incluse	
			Fabbricati	BA1920 - B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	
			Impianti e macchinari	BA1930 - B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	
			Attrezzature sanitarie e scientifiche	BA1940 - B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	
			Totale componente	Somma delle poste incluse	
			Fitti passivi	BA2000 - B.4.A) Fitti passivi	
			Noleggi	BA2010 - B.4.B) Canoni di noleggio	
			Leasing e project financing	BA2040 - B.4.C) Canoni di leasing	
			Da enti SSR	BA2070 - B.4.E) Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	
		Totale componente	Somma delle poste incluse		
			Totale sotto-componente		
		Rinnovo contratti collettivi	BA2860 - B.14.D.3) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica		
			BA2870 - B.14.D.4) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica		
			BA2880 - B.14.D.5) Acc. Rinnovi contratt.: comparto		
			Totale sotto-componente		
		Organizzazione dei servizi	Personale dipendente e assimilato		BA2120 - B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato
					BA2160 - B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato
					BA2200 - B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato
					BA2250 - B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato
				Inserimenti a tempo indeterminato	BA2290 - B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato
					BA2340 - B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato
					BA2380 - B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato
					BA2430 - B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato
				BA2470 - B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	

Tabella 3.18 (segue)

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Poste di riferimento/modalità di calcolo
Costi	Organizzazione dei servizi	Personale dipendente e assimilato	Inserimenti a tempo determinato	Totale sotto-componente
				BA2130 - B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato
				BA2170 - B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato
				BA2210 - B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato
				BA2260 - B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato
				BA2300 - B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato
				BA2350 - B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato
				BA2390 - B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato
				BA2440 - B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato
				BA2480 - B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato
				Totale sotto-componente
				BA2140 - B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro
				BA2180 - B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro
				BA2220 - B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro
				BA2270 - B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro
	BA2310 - B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro			
	BA2360 - B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro			
	Inserimenti altro			
	BA2400 - B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro			
	BA2450 - B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro			
	BA2490 - B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro			
	BA1200 - B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)			
	BA1420 - B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria			
	BA1810 - B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria			
	BA1430 - B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria			

Tabella 3.18 (segue)

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Poste di riferimento/modalità di calcolo	
Costi	Organizzazione dei servizi	Personale dipendente e assimilato		BA1830 - B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	
				YA0020 - Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	
				YA0030 - Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	
			Totale componente	Somma delle poste incluse	
			Socio-san a valenza sanitaria	BA1140 - B.2.A.12) Acquisto prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	
				Totale sotto-componente	
			MMG	BA0410 - B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	
				BA2840 - B.14.D.1) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	
			Modelli di servizio territoriali	Specialistica ambulatoriale	Somma delle poste incluse
				BA0530 - B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	
				BA2850 - B.14.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai	
				BA1220 - B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area specialistica	
				YA0040 - Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	
				Riabilitazione	BA0640 - B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa
				Psichiatria	BA0900 - B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale
			Servizi sanitari*	Totale componente	BA0400 - B.2.A) Acquisti servizi sanitari*
				Totale componente	Somma delle poste incluse
			Farmaceutica	Servizi per farmaceutica	BA0490 - B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica
				Prodotti farmaceutici	BA0030 - B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emodrivati
				Rimanenze	BA2671 - B.13.A.1) Prodotti farmaceutici ed emodrivati
		Altro	BA0960 - B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F		

* al netto delle poste incluse in altre componenti dell'analisi.

