

Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

 **Egea**

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

*di Patrizio Armeni, Ludovica Borsoi, Elisabetta Notarnicola
e Silvia Rota¹*

3.1 Premessa

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. Un primo livello di presentazione e commento ai dati è relativo all'andamento macroeconomico. Qui si commenta l'entità della spesa sanitaria in rapporto al PIL e, confrontandola con le altre componenti di spesa pubblica, anche in una logica di confronto internazionale. Dopo aver commentato le dinamiche macroeconomiche l'attenzione si concentra sulla spesa sanitaria, evidenziando le dinamiche di finanziamento nazionale e complessivo del SSN, l'entità e il ruolo delle diverse componenti della spesa e discutendo l'esistenza di vincoli di destinazione e di indirizzi programmatori. Le dinamiche finanziarie sono analizzate anche a livello regionale, al fine di apprezzare le differenze dei modelli regionali esistenti nei livelli di spesa, verificando anche le performance finanziarie delle singole regioni in termini di avanzo e disavanzo. Un ulteriore livello di rappresentazione è dato dalle performance economiche sottostanti i precedenti livelli, esplorate attraverso un focus sul livello aziendale. Quest'ultimo consente difatti di verificare come le dinamiche di finanziamento impattino sulle singole aziende, distinguendo tra Aziende Territoriali e Ospedaliere, nonché di avviare una riflessione sugli aspetti di natura economica inerenti i fattori produttivi e sull'assorbimento delle risorse del sistema.

¹ Sebbene il paragrafo sia frutto del lavoro congiunto degli autori il paragrafo 3.1 è attribuibile a Silvia Rota, i paragrafi 3.2, 3.3, 3.4 a Ludovica Borsoi, il paragrafo 3.5 a Elisabetta Notarnicola e Silvia Rota, il paragrafo 3.6 a Patrizio Armeni, Elisabetta Notarnicola e Silvia Rota. 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.

Il capitolo presenta i dati 2019, 2020 e 2021, commentando quindi l'impatto dell'emergenza COVID-19 quando possibile e dei provvedimenti successivamente implementati. Tali impatti, pur letti con ritardo rispetto all'analisi delle azioni intraprese), consentono di apprezzare il grado di consolidamento di tali azioni e misure all'interno del sistema salute e quindi di valutare quanto esse possano incidere in maniera strutturata o transitoria sulle dinamiche economiche del sistema, anche alla luce dei cambiamenti intervenuti nel corso del 2022.

La fonte dei dati di spesa sanitaria pubblica utilizzata nel presente capitolo è il Ministero della Salute. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL). La fonte utilizzata per i dati aziendali sono i Conti Economici delle aziende dell'SSN per gli anni 2019, 2020 e IV trimestre 2021, forniti dal Ministero della Salute. In merito agli aspetti metodologici inerenti le 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 aziendali di Conto Economico e Stato Patrimoniale si rimanda al Capitolo 15 del Rapporto 2015 (Cantù *et al.*, 2015).

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 di far fronte tempestivamente ed economicamente alle obbligazioni assunte; quella economica in quanto consente di apprezzare una rappresentazione completa delle attività aziendali includendo anche la dimensione non numeraria degli scambi (costi, ricavi, immobilizzazioni, crediti e debiti, ecc.), di tener conto alla fine dei periodi in esame, dei processi economici in corso e in capo alle singole aziende, e in ultima istanza di apprezzare l'equilibrio economico aziendale.

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, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa, con un'analisi dell'evoluzione della performance finanziaria a livello regionale. Nel §3.5 si adotta la prospet-

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.

tiva aziendale e si presentano i dati dei bilanci delle Aziende Territoriali e delle Aziende Ospedaliere. Infine, il §3.6 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 2020), 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 come percentuale del PIL (Figura 3.1) indica la quota dell'economia di un Paese che è 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, che nonostante presenti un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL pari al 18,8% (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 9,6% nel 2020, decisamente inferiore rispetto agli altri Paesi considerati, a conferma del trend osservato negli ultimi anni. Tra il 2019 e il 2020, l'Italia ha registrato inoltre la crescita più contenuta di questo indicatore, pari allo 0,9%, mentre negli altri Paesi considerati la crescita è compresa tra l'1,1% (Francia e Germania) e il 2,1% (Regno Unito e Stati Uniti). Seppur non mostrato in figura, è importante sottolineare come la stessa evidenza si rilevi anche considerando un sottoinsieme della spesa sanitaria complessiva, ovvero la spesa sanitaria pubblica o per schemi assicurativi obbligatori in percentuale del PIL: nel 2020, per l'Italia il rapporto è pari al 7,3%, il più basso tra tutti i Paesi considerati

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).

(Spagna: 7,8%; Regno Unito: 9,9%; Francia: 10,3%; Germania: 10,9%; Stati Uniti: 15,9%).

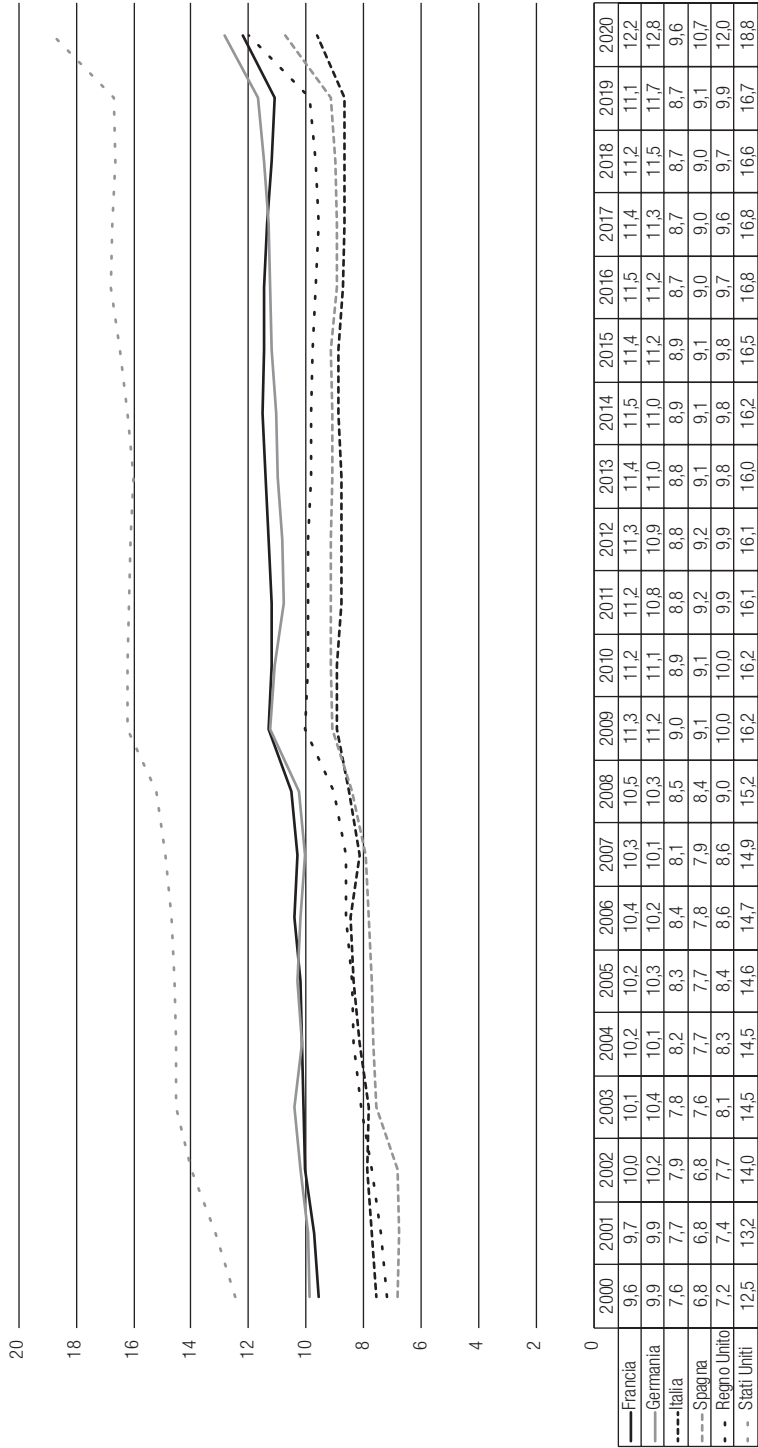
La variazione in positivo della spesa sanitaria come percentuale del PIL nel 2020 in tutti i sei Paesi (Figura 3.1) è imputabile all'effetto del COVID-19, che ha causato un aumento della spesa sanitaria e una contestuale contrazione del PIL⁴. Con la pubblicazione dei dati riferiti al 2021 e, soprattutto, 2022, sarà possibile iniziare a valutare quanta parte di tale incremento di incidenza diventi un fattore strutturale e quanta, invece, rappresenti un fattore transitorio. Ovviamente, sarà fondamentale interpretare i dati alla luce delle dinamiche dell'economia globale (inflazione, stretta monetaria e crisi energetica) che, secondo recenti stime del Fondo Monetario Internazionale, causeranno un rallentamento della crescita in tutti i Paesi considerati nel biennio 2022-2023, inclusa l'Italia (Fondo Monetario Internazionale, 2022).

Guardando ai livelli di spesa, il sistema comunemente considerato tra i modelli di welfare come quello più vicino al mercato, quello statunitense, presenta, in media, una spesa pro-capite nettamente più elevata (Figura 3.2 e Figura 3.3). Nel 2020, anno della pandemia COVID-19, il livello di spesa sanitaria complessiva pro-capite negli Stati Uniti risulta più alto del 138% rispetto alla media dei Paesi Europei considerati. In particolare, risulta più alto del 91% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (Francia e Germania) e del 185% rispetto a quella dei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale o locale (Italia, Spagna, Regno Unito). Ovviamente, è fondamentale interpretare i livelli di spesa di un Paese in funzione dell'insieme di servizi offerti, della loro organizzazione e gestione, e degli outcome di salute raggiunti grazie all'introduzione e diffusione interna dei frutti del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica (*cfr.* Capitolo 7 sugli esiti di salute).

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 2020, il tasso di crescita superiore è stato registrato dalla Germania (+57%), seguita da Stati Uniti (+51%), Regno Unito (+46%), Spagna (+36%) e Francia (+35%). L'Italia è il Paese che ha registrato il tasso di crescita meno sostenuto nell'ultimo decennio (+21%) e nettamente inferiore rispetto agli altri Paesi considerati. Tra il 2019 e il 2020, l'Italia si conferma il Paese con il tasso di crescita minore della spesa sanitaria nominale pro-capite (+5%), seguita da Spagna e Francia (+6%), Germania (+8%), Stati Uniti (+9%) e Regno Unito (+14%). Questi dati suggeriscono come la dinamica di crescita della spesa sanitaria italiana, già più lenta rispetto agli altri Paesi nel contesto

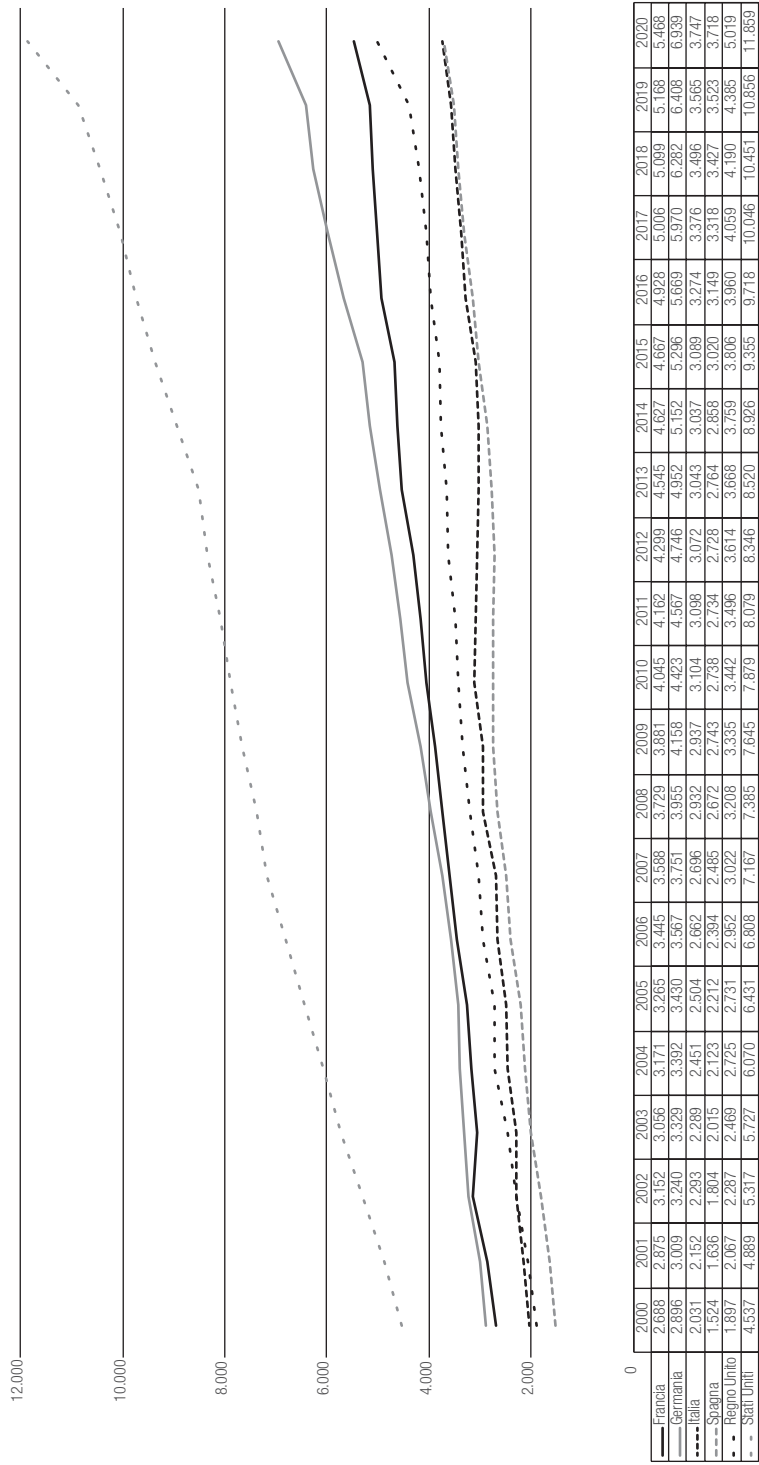
⁴ Secondo la Relazione annuale di sintesi 2020 della Banca d'Italia, gli effetti della pandemia si sono trasmessi attraverso diversi canali: la caduta dell'attività globale, delle esportazioni e degli afflussi turistici; la riduzione della mobilità e dei consumi; le ripercussioni dell'incertezza sugli investimenti delle imprese.

Figura 3.1 Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL (2000-2020)



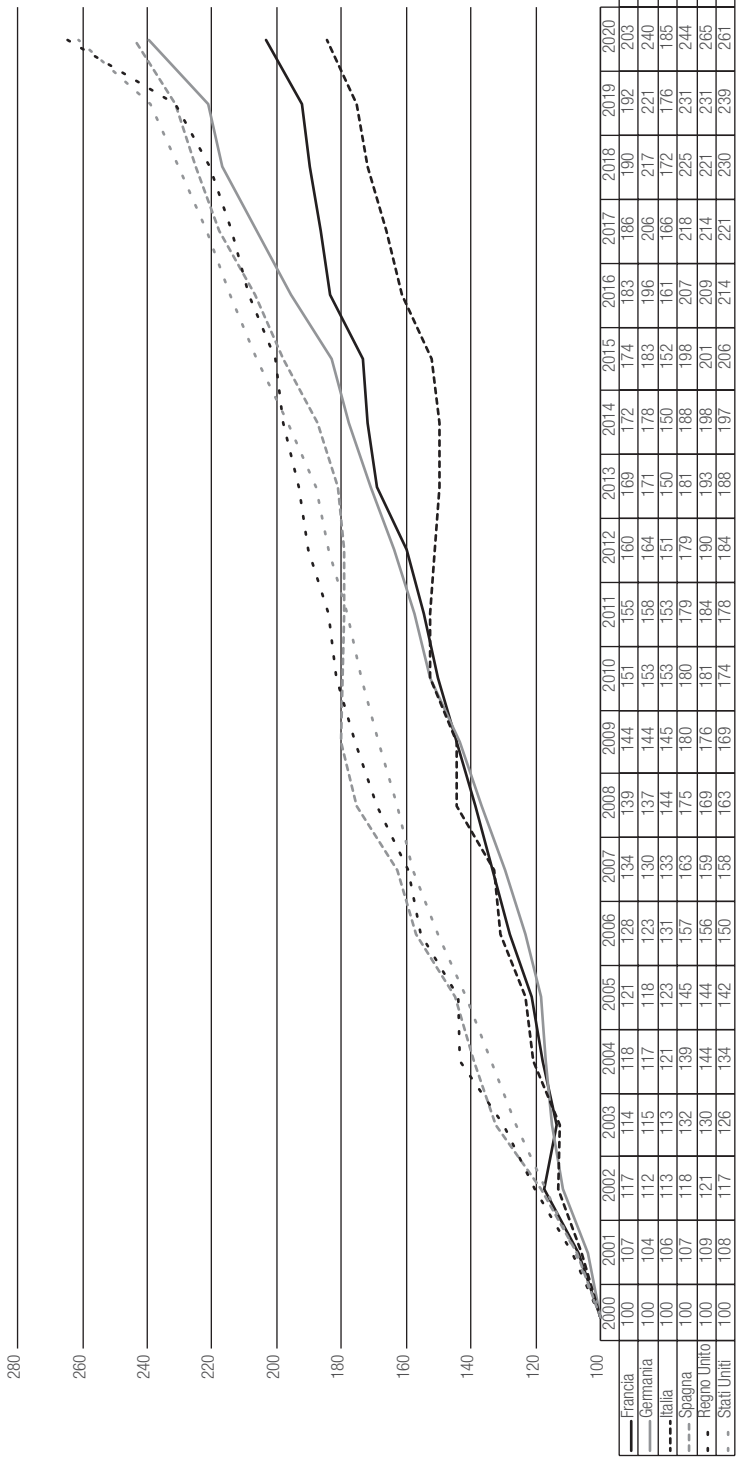
Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2022.

Figura 3.2 Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000-2020)



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2022.

Figura 3.3 Evoluzione spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000-2020), numeri indice: 2000=100



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2022.

pre-pandemico, si sia confermata molto contenuta anche in seguito all'emergenza COVID-19.

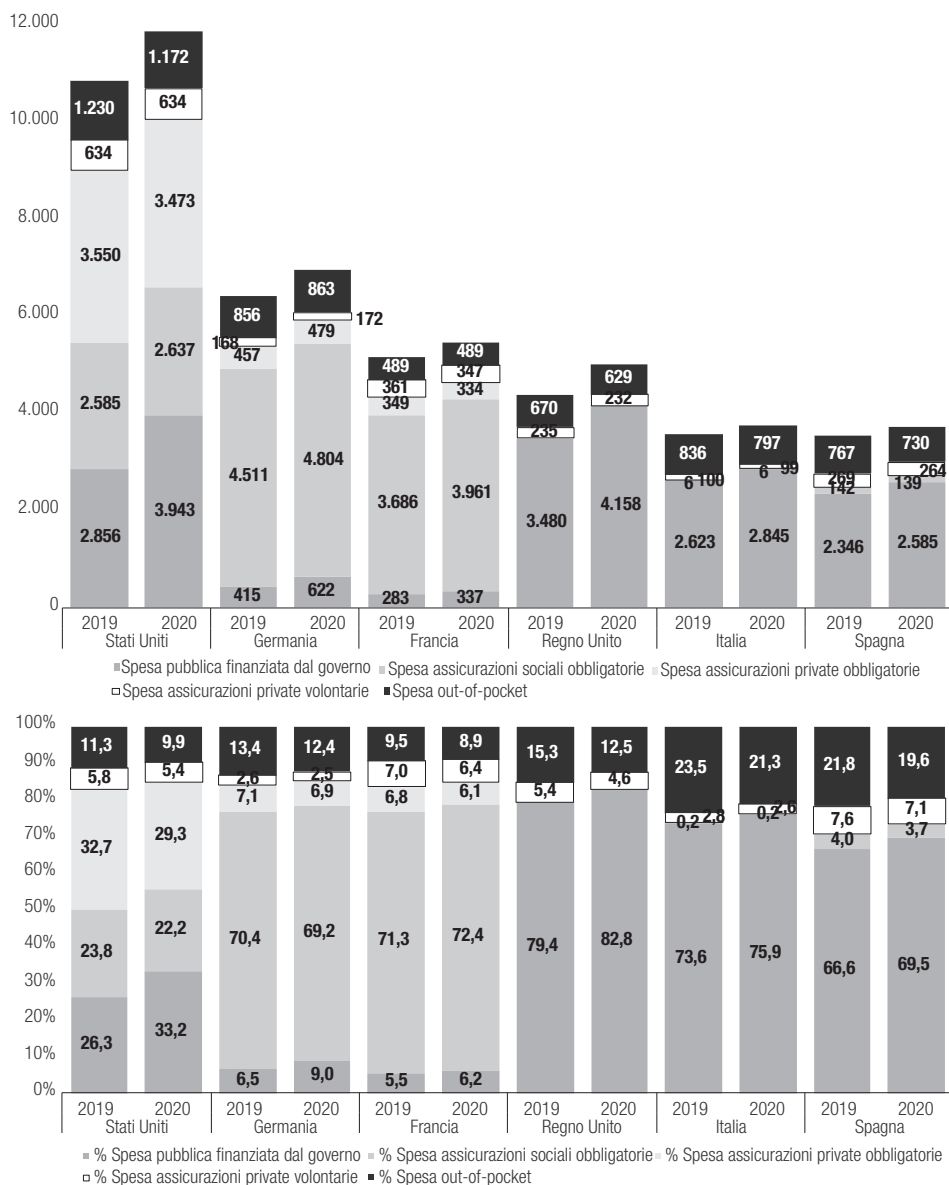
Nonostante le dinamiche differenziate, è comunque interessante notare come, per effetto del COVID-19, la spesa sanitaria sia cresciuta in tutti i Paesi.

Un elemento importante da considerare nel confrontare la spesa sanitaria di diversi Paesi è la sua composizione⁵ rispetto ai soggetti pagatori. Essendo un settore cruciale in ogni Paese, sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza ovunque per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione variabili in funzione del modello di welfare implementato. Di conseguenza il ruolo degli altri soggetti pagatori (assicurazioni e cittadini-pazienti) è differenziato.

La Figura 3.4 mostra la composizione della spesa sanitaria pro-capite negli ultimi due anni di rilevazione disponibili (2019 e 2020), 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 2020 tra il 73% (Spagna) e l'85% (Stati Uniti, Germania e Francia). Tuttavia, si rilevano delle differenze a seconda degli assetti istituzionali: nei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (Italia, Regno Unito e Spagna) la componente più rilevante è rappresentata dalla spesa pubblica finanziata dal governo, mentre nei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (Francia e Germania) la componente più rilevante è rappresentata dalla spesa per assicurazioni sociali. A differenza dei Paesi Europei, negli Stati Uniti un'importante voce di spesa è quella relativa alle assicurazioni private obbligatorie, che rappresentano il 29% della spesa sanitaria pro-capite.

⁵ La proporzione tra il contributo dei tre pagatori (settore pubblico, assicurazioni e cittadini-pazienti) può essere letta come una misura di equità del sistema sanitario. Più è elevata la copertura pubblica, infatti, più il sistema è caratterizzato da equità rispetto al reddito. Infatti, una quota di spesa pubblica elevata corrisponde ad una forte azione di redistribuzione della ricchezza, contribuendo a rendere il sistema più equo nell'accesso alle prestazioni. La componente privata di spesa sanitaria è, invece, maggiormente legata alla capacità di reddito degli individui. In particolare, un sistema incentrato sulla spesa privata assicurativa pone barriere all'accesso a coloro che non possono acquistare una copertura e che non rientrano nei programmi pubblici o a coloro ai quali il datore di lavoro non offre coperture assicurative sanitarie. Inoltre, un'importante barriera all'accesso è costituita da fattori culturali e di percezioni imperfette circa l'effettiva estensione della copertura pubblica, che possono rallentare la diffusione di forme assicurative complementari. Più critica è la componente out-of-pocket, in quanto si tratta di spesa direttamente sostenuta dai pazienti al momento della fruizione dei servizi e, teoricamente, almeno in parte prevenibile tramite sistemi assicurativi. Questa componente non solo crea la percezione di barriere all'accesso, ma è anche regressiva rispetto al reddito. In questa categoria, infatti, ricade anche la spesa di coloro che non hanno potuto o voluto accedere a coperture assicurative private. Tale componente, più legata al reddito che alle politiche sanitarie pubbliche, è un importante oggetto di studio (cfr. capitolo 6) in quanto presenta dinamiche proprie e non banalizzabili con una semplice lettura "per differenza" rispetto alla copertura pubblica.

Figura 3.4 **Composizione della spesa sanitaria pro-capite: finanziata dal governo, per premi assicurativi obbligatori (sociali e privati), per assicurazioni private volontarie e out-of-pocket (2019-2020) in \$PPA (pannello A) e in % (pannello B)**



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2022.

La parte residua di spesa è coperta dal settore privato nella forma di premi assicurativi volontari, a carico dei cittadini o delle imprese che offrono copertura per i propri dipendenti, oppure di spesa *out-of-pocket*, direttamente sostenuta dai pazienti al momento dell'accesso ai servizi o dell'acquisto di beni. Nella spesa *out-of-pocket* rientrano le prestazioni non coperte da programmi assicurativi pubblici e privati o garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (*out-of-pocket* in senso stretto) e le compartecipazioni per prestazioni solo parzialmente coperte dalla spesa pubblica. Nel 2020, la componente *out-of-pocket* registra una notevole variabilità tra i Paesi analizzati, dall'8,9% della Francia al 21,3% dell'Italia (Figura 3.4). È interessante notare come, tra il 2019 e il 2020, la componente *out-of-pocket* abbia subito una contrazione in tutti i Paesi per effetto del COVID, dal -0,5% della Francia al -2,7% del Regno Unito (si rimanda al Capitolo 6 sui consumi privati in sanità per ulteriori approfondimenti). In termini assoluti, la spesa *out-of-pocket* negli Stati Uniti risulta la più elevata, sia nel 2019 sia nel 2020. Il dato italiano mostra come, nonostante la contrazione tra il 2019 e il 2020 (-2,2%), circa un quarto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricada direttamente sull'individuo nel momento del consumo, mentre si mantiene marginale la percentuale di spesa per premi assicurativi obbligatori⁶ (0,2%) e quella intermediata dalle assicurazioni private (2,6%).

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

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:

⁶ Si tratta dell'assicurazione obbligatoria INAIL a cui sono tenuti tutti i datori di lavoro che occupano lavoratori dipendenti e lavoratori parasubordinati nelle attività che la legge individua come rischiose (DPR n. 1124 del 30/06/1965), nonché gli artigiani e i lavoratori autonomi.

1. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni ex-lege destinate alla copertura della spesa sanitaria: si tratta, quindi, di una voce di preventivo di competenza del livello nazionale. Non corrisponde quindi alla totalità delle risorse disponibili ma si tratta di una delle fonti di finanziamento del SSN.
2. Il secondo concetto, invece, fa riferimento alle risorse complessivamente disponibili per il SSN (riportate anche a livello nazionale nei conti ministeriali con la dicitura "ricavi del SSN"). Con questa seconda accezione si fa riferimento all'insieme delle fonti di finanziamento provenienti da diversi livelli (spesa pubblica internazionale, nazionale, regionale ma anche privata da singoli cittadini e istituzioni private) e deve essere necessariamente considerata a consuntivo in quanto numerose di queste fonti non prevedono assegnazione iniziale ma vengono stanziare in corso di anno. 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 SSN⁷ 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) 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, infatti, differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e delle Province Autonome, stanziare 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 privati⁸;
- eventuali correzioni all'ammontare delle assegnazioni, dovute a provvedimenti assunti in corso di esercizio;
- maggiori o minori ricavi ed entrate proprie.

⁷ Soprattutto ticket e proventi per le attività intramoenia.

⁸ 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.

3.3.1.1 Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato

Per l'anno 2021 il livello di finanziamento complessivo da destinare alla spesa del SSN cui ha concorso ordinariamente lo Stato era stato inizialmente definito in 121.370,10 milioni di Euro (L. 178/2020, art. 1, c. 403).

Tale valore è stato successivamente incrementato, soprattutto per fronteggiare la pandemia dovuta al virus SARS-CoV-2, nella misura di 689,73 milioni di Euro (il dettaglio dei singoli importi e relativi riferimenti normativi è riportato nella Tabella 3.1).

A fronte di tali incrementi, che determinano un finanziamento pari a 122.059,83 milioni di Euro, sono stati previsti due vincoli di destinazione:

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

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

Importo (milioni di Euro)	Descrizione	Riferimento normativo
345	Coinvolgimento di altri professionisti sanitari (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, odontoiatri, medici di continuità assistenziale, ecc...) nella somministrazione dei vaccini contro il Covid-19	L. 178/2020, art. 1, c. 463-bis
100	Indennità di tutela del malato e per la promozione della salute, da riconoscere ai dipendenti del SSN appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica, alla professione di assistente sociale e agli operatori socio-sanitari	L. 178/2020, art. 1, c. 415
100	Prestazioni aggiuntive del personale del SSN in relazione alle esigenze di somministrazioni dei vaccini contro il Covid-19	L. 178/2020, art. 1, c. 467
51,6	Proroga per quattro mesi delle disposizioni relative al Covid Hotel	D.L. 41/2021, art. 21
28,802	Esenzione di prestazioni di monitoraggio per pazienti ex-Covid	D.L. 73/2021, art. 27
20	Rivalutazione del fabbisogno di prestazioni erogate in mobilità attiva dagli IRCCS	L. 178/2020, art. 1, c. 496
19,932	Potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza attraverso il reclutamento di psicologi	D.L. 73/2021, art. 33
8	Indennità connessa all'emergenza epidemiologica in atto da corrispondere ai lavoratori in somministrazione del comparto sanità in servizio alla data del 1° maggio 2021	D.L. 41/2021, art. 18-bis
8	Potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza attraverso il reclutamento di professionisti sanitari e assistenti sociali	D.L. 73/2021, art. 33
5	Cicli di riabilitazione termale motoria e neuromotoria, di riabilitazione termale del motuleso e di riabilitazione della funzione respiratoria e cardio-respiratoria	D.L. 73/2021, art. 26, c. 6-ter
3,4	Reclutamento straordinario di dirigenti medici e tecnici della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro	D.L. 73/2021, art. 50

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

Al netto di questi due ultimi importi vincolati, il finanziamento è stato quantificato in 121.395,83 milioni di Euro (121,4 miliardi), con un incremento assoluto di 25,73 milioni di Euro rispetto al livello di stanziamento inizialmente previsto.

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

1. finanziamento indistinto: 116.295,58 milioni di Euro (116,3 miliardi; 95,8% 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 programmato⁹ per regioni e PP.AA.: 2.201,71 milioni di Euro (2,2 miliardi; 1,8% del finanziamento);
3. finanziamento finalizzato per regioni e PP.AA. legato a interventi normativi adottati per emergenza sanitaria e ripartito separatamente: 1.785,45 milioni di Euro (1,8 miliardi; 1,5% del finanziamento);
4. finanziamento vincolato per altri enti: 722,5 milioni di Euro (0,6% del finanziamento);
5. accantonamenti: 390,6 milioni di Euro (0,3% del finanziamento).

Si evidenzia come, a differenza degli anni precedenti, per il 2021 sia stata prevista una componente aggiuntiva di finanziamento, legata alla gestione della situazione pandemica e ripartita separatamente.

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2021 e le variazioni rispetto al 2020 sono contenute nella Tabella 3.2.

Per il 2021, i sub-livelli assistenziali sono stati determinati come segue:

- distrettuale: 51%;
 - territoriale: 18,86%¹⁰;

⁹ 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).

¹⁰ Questa voce comprende i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i servizi territoriali

Tabella 3.2 **Articolazione delle risorse finanziarie stanziato dallo Stato per il 2021 e variazione 2020-2021 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2021	Anno 2020	Variazione 2020-2021
1. Finanziamento indistinto di cui	116.296	113.258	2,68%
1.1 Ospedale Bambin Gesù	261	241	8,00%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	39	43	-8,68%
1.3 Finanziamento finalizzato	1.947	914	112,95%
1.3.1 Rinnovo convenzioni SSN	69	69	0,00%
1.3.2 Emersione extracomunitari	200	200	0,00%
1.3.3 Gioco d'azzardo	50	50	0,00%
1.3.4 Vaccini NPNV	186	186	0,00%
1.3.5 Stabilizzazione Personale	150	150	0,00%
1.3.6 Trasmissione certificati telematicamente ed altro	25	25	-0,50%
1.3.7 Fondi contrattuali dirigenza medica e professioni sanitarie	54	49	10,20%
1.3.8 Copertura soppressione superticket	554	185	199,46%
1.3.9 Finanziamento screening neonatale	34	2	1585,75%
1.3.10 Concorso al finanziamento interventi titolo primo D.L. 34/2020	500,0	—	—
1.3.11 Indennità tutela malato e promozione salute per professioni sanitarie e OSS	100,0	—	—
1.3.12 Sperimentazione strutture di prossimità	25,0	—	—
2. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PPAA.	2.202	5.566	-60,44%
2.1 Obiettivi PSN	1.500	1.500	0,00%
2.2 Emergenza veterinaria	40	40	0,00%
2.3 Borse di studio triennali medici medicina generale	69	49	41,05%
2.4 Attività di medicina penitenziaria	7	7	0,00%
2.5 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	165	0,00%
2.6 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	54	54	-0,01%
2.7 Emersione lavoratori extracomunitari	340	170	100,00%
2.8 Erogazione di ausili, ortesi e protesi	—	5	-100,00%
2.9 Assunzione personale, Specialistica ambulatoriale interna, USCA (L. 14/2020 artt. 1, 2, 5, 8)	—	660	-100,00%
2.10 Straordinari (L. 18/2020 art. 1, comma 1)	—	250	-100,00%
2.11 Assunzioni personale (L. 18/2020 art. 1, comma 3)	—	100	-100,00%
2.12 Prestazioni da privato accreditato e autorizzato (L. 18/2020 art. 3, commi 1 e 2)	—	240	-100,00%
2.13 Personale, beni e servizi da privati autorizzati (L. 18/2020 art. 3, commi 3)	—	160	-100,00%
2.14 Rafforzamento offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale (Covid)	—	1.257	-100,00%
2.15 Personale per riordino rete ospedaliera	—	431	-100,00%
2.16 Personale per ridurre liste di attesa	—	478	-100,00%
2.17 Rivalutazione del fabbisogno di prestazioni erogate in mobilità attiva dagli IRCCS	20	—	—
2.18 Corsi di formazione specifica di medicina generale in relazione al corso 2021-2023	2	—	—
2.19 Riabilitazione termale motoria e neuromotoria, riabilitazione termale del motuleso e riabilitazione della funzione respiratoria e cardiorespiratoria	5	—	—
3. Finalizzato per Regioni e PPAA. legato a interventi normativi adottati per emergenza sanitaria e ripartito separatamente	1.785	—	—

Tabella 3.2 (segue)

Designazione risorse	Anno 2021	Anno 2020	Variazione 2020-2021
3.1 Spesa personale per piano territoriale e ospedaliero	1.116	–	–
3.2 Tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS)	70	–	–
3.3 Prestazioni aggiuntive personale per somministrazione vaccini Covid	100	–	–
3.4 Fondo per MMG e altri per somministrazione vaccini Covid	345	–	–
3.5 Fondo MMG per retribuzione indennità personale infermieristico	25	–	–
3.6 Fondo PLS per retribuzione indennità personale infermieristico	10	–	–
3.7 Proroga 4 mesi disposizioni Covid Hotel	52	–	–
3.8 Indennità Covid per lavoratori in somministrazione comparto sanità	8	–	–
3.9 Esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex Covid	29	–	–
3.10 Potenziamento neuropsichiatria infantile e adolescenziale (reclutamento professionisti sanitari e assistenti sociali)	8	–	–
3.11 Potenziamento neuropsichiatria infantile e adolescenziale (reclutamento psicologi)	20	–	–
3.12 Prevenzione per la sicurezza negli ambienti e sui luoghi di lavoro	3	–	–
4. Finanziamento vincolato per altri enti	723	735	–1,65%
4.1 Borse di studio specializzandi	433	328	32,01%
4.2 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	266	0,00%
4.3 Croce Rossa Italiana	6	123	–95,13%
4.4 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	13	13	0,00%
4.5 Mutui CC.DD.PP.	3	3	0,00%
4.6 Centro Nazionale Trapianti	2	2	0,00%
5. Accantonamenti	391	295	32,32%
TOTALE	121.396	119.853	1,29%

Fonte: Intesa, ai sensi dell'art.115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2021 (Rep. Atti n. 152/CSR del 4 agosto 2021)

- specialistica: 13,30%¹¹;
- farmaceutica: 11,84%¹²;
- medicina di base: 7,00%;
- ospedaliera: 44%;
- prevenzione: 5%.

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).

¹¹ Questa voce comprende tutte le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale.

¹² 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.

Tali percentuali risultano minimamente variate rispetto all'anno precedente soltanto per i sub-livelli «farmaceutica» (11,76% nel 2020) e «territoriale» (18,94% nel 2020).

Per la definizione dell'assegnazione del finanziamento a livello regionale, a differenza degli anni precedenti, per l'anno 2021 sono state considerate cinque (invece di tre) regioni di riferimento: Emilia Romagna, Umbria, Marche, Lombardia e Veneto.¹³ In linea con quanto disposto dall'art. 27 del D.lgs. 68/2011¹⁴, la quota percentuale assicurata alla migliore regione benchmark è stata uguale o superiore a quella già assegnata alla stessa regione l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione. Per l'anno 2021, la migliore regione benchmark è l'Emilia Romagna, la cui quota di accesso è pari a 7,4584%. La Tabella 3.3 mostra la quota del finanziamento indistinto assegnata a ciascuna regione e PP.AA. per l'anno 2021, in termini assoluti e relativi, e la percentuale di popolazione residente al 1 gennaio 2020.

3.3.1.2 Le risorse complessivamente disponibili per il SSN

Le risorse complessivamente disponibili per il SSN¹⁵ per l'anno 2021 (Tabella 3.4) ammontano complessivamente a 129,99 miliardi di Euro, di cui 129,36 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 Stato¹⁶. Tali valori includono, oltre ai fondi messi a disposizione dal livello centrale, le risorse

¹³ In via transitoria, per il solo anno 2021, l'85% del finanziamento indistinto è stato ripartito secondo la metodologia dei costi standard e il restante 15% sulla base della popolazione residente (al 1° gennaio 2020). La metodologia dei costi standard prevede il calcolo del costo medio pro-capite, per i singoli livelli di assistenza, fra le regioni benchmark per l'anno 2021, rapportato alla popolazione pesata al 1.1.2020 calcolata utilizzando i pesi del riparto del FSN anno 2011 e anno 2019, che viene poi moltiplicato per la popolazione pesata di ciascuna Regione e PP.AA.

¹⁴ Il D.lgs 68/2011 prevede che, a partire dal 2013, il fabbisogno sanitario nazionale standard sia determinato secondo i costi e fabbisogni medi standard regionali. Lo stesso decreto legislativo prevede che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sia chiamato ad individuare le cinque migliori Regioni che:

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

Da questa rosa di cinque Regioni eleggibili, la Conferenza Stato-Regioni individua le tre regioni benchmark (nel 2021 cinque) per la determinazione dei costi e fabbisogni standard.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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).

Tabella 3.3 **Riparto finanziamento indistinto a livello regionale per il 2021 – valori assoluti (milioni di Euro) e quote d'accesso**

	Valori assoluti	Quote di accesso	% popolazione residente (1 gennaio 2020)
Piemonte	8.562	7,37%	7,23%
Valle d'Aosta	246	0,21%	0,21%
Lombardia	19.535	16,78%	16,81%
Bolzano	1.018	0,87%	0,89%
Trento	1.060	0,91%	0,91%
Veneto	9.542	8,20%	8,18%
Friuli VG	2.405	2,07%	2,02%
Liguria	3.085	2,67%	2,56%
Emilia R	8.793	7,55%	7,48%
Toscana	7.325	6,31%	6,19%
Umbria	1.729	1,49%	1,46%
Marche	2.984	2,57%	2,54%
Lazio	11.160	9,59%	9,65%
Abruzzo	2.539	2,19%	2,17%
Molise	592	0,51%	0,50%
Campania	10.809	9,27%	9,58%
Puglia	7.641	6,58%	6,63%
Basilicata	1.082	0,93%	0,93%
Calabria	3.651	3,14%	3,18%
Sicilia	9.364	8,06%	8,17%
Sardegna	3.172	2,73%	2,70%
Totale	116.296		

Fonte: i) Intesa, ai sensi dell'art.115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2021 (Rep. Atti n. 152/CSR del 4 agosto 2021); ii) Dati ISTAT per popolazione residente.

se proprie regionali (derivanti ad esempio dalle addizionali d'imposta IRPEF e IRAP¹⁷), le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN (ticket), i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati¹⁸). Non includono, invece, i proventi della gestione straordinaria¹⁹ e di quelli dell'intramoenia, che sono portati in detrazione al livello di spesa.

¹⁷ IRPEF: Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRAP: Imposta regionale sulle attività produttive.

¹⁸ Gli ulteriori trasferimenti comprendono, oltre la quota parte del fabbisogno nazionale ripartito dal CIPE, dalla regione o dalla P.A. a carico dei loro bilanci, nonché quelli dal settore pubblico (altre amministrazioni statali, province, comuni) e da quello privato, desunti dal SIS.

¹⁹ 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.

Nel 2021, il rapporto tra ricavi netti, intesi come finanziamento complessivo²⁰ del SSN e PIL è diminuito di 0,4 punti percentuali rispetto al 2020 (da 7,7% a 7,3%). La diminuzione del rapporto è dovuta ad un aumento più consistente del denominatore (PIL) rispetto al numeratore (ricavi netti del SSN). Il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 2.194 Euro (+3,11% rispetto al 2020).

Complessivamente, si registra un incremento del 2,41% delle risorse totali²¹ rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare, rispetto al 2020, si registra un incremento di tutte le voci, ad eccezione del finanziamento relativo al Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e quote vincolate a carico dello Stato, che ha subito una contrazione del 21,14%, e delle rettifiche e utilizzo fondi (-388,40%).

Tabella 3.4 **Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2021 e variazione 2020-2021**

Ricavi	Miliardi di euro (2021)	Variazione 2020-2021 (miliardi di euro)	Variazione 2020-2021 (%)
1. Regioni e PP.AA.	129,36	3,05	2,42%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	30,56	1,32	4,50%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	70,88	1,69	2,45%
1.3 Riparto quota premiale	0,39	0,10	32,32%
1.4 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	14,41	0,28	1,95%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	2,57	0,19	8,17%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	7,34	-1,97	-21,14%
1.7 Costi capitalizzati	2,16	0,01	0,33%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	1,07	1,44	388,40%
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	129,99	3,05	2,41%

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022).

3.3.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), aggiornati al 12 luglio 2022 (flusso relativo al IV trimestre 2021) e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente (ovvero relativa all'anno considerato) a

²⁰ Vedi nota a Tabella 3.6.

²¹ A partire dall'anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i costi capitalizzati (2,16 miliardi di Euro per il 2021) e il riparto della quota premiale (0,39 miliardi di Euro per il 2021). Tale quota sarà ripartita tra le regioni sulla base di diversi criteri legati al conseguimento di determinati obiettivi, quali l'adempimento dei LEA, l'introduzione di una centrale regionale per gli acquisti e l'introduzione di misure atte a garantire l'equilibrio di bilancio.

carico del SSN²² è stata pari a 130,2 miliardi di Euro ed ha subito, nel 2021, un aumento del 2,6% rispetto al 2020 (Tabella 3.5 e Figura 3.5), pari a 3,4 miliardi, e del 4,0% (incremento medio) rispetto al 2019. Il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL diminuisce rispetto al 2020, passando dal 7,7% al 7,3%. Questa diminuzione è guidata da una ripresa del PIL, che, durante il primo anno di pandemia (2020), aveva invece subito una forte contrazione.

Nel 2021, la spesa privata corrente, sebbene ancora inferiore ai livelli pre-pandemia (-0,1% rispetto al 2019), mostra un incremento rispetto al 2020 (+7,4%) attestandosi a 38,4 miliardi di Euro, confermandosi quindi un elemento ciclico, positivamente correlato al PIL (*cfr.* Capitolo 6 del presente Rapporto per approfondimenti sulla spesa sanitaria privata).

Complessivamente, la spesa sanitaria totale corrente (pubblica²³ e privata) è aumentata del 3,7% nel 2021 rispetto all'anno precedente (168,6 miliardi di Euro, pari al 9,5% del PIL, Tabella 3.5), ed ha subito un incremento medio del 3,0% rispetto al 2019.

In termini aggregati, nel 2021 la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta dell'1,3% rispetto al 2020 e del 4,9% (incremento medio) rispetto al 2019 (Tabella 3.6). Nello stesso anno, la sanità ha assorbito una quota di spesa del 21,5%, leggermente superiore rispetto al 2020 (20,9%) e paragonabile ai livelli pre-COVID (21,4% nel 2019), mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (66,2%). Nei due anni della pandemia, si può notare un incremento della spesa per assistenza, che passa dal 10,5% nel 2019 al 12,4% e 12,3% nel 2020 e 2021 rispettivamente. L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità, nonostante l'emergenza pandemica, sia cresciuta meno rispetto alla spesa per assistenza²⁴ e previdenza²⁵ (CAGR²⁶ +6,6% e +1,9%, rispettivamente).

A fronte della spesa pubblica, le risorse nette complessivamente a disposizione del SSN (vedi *supra* §3.3.1) nel 2021 sono state pari a circa 130 miliardi di Euro, in aumento del 2,4% rispetto al 2020. Il disavanzo, contenuto grazie all'azione di maggior finanziamento predisposta a fronte dell'emergenza da COVID-19, si attesta nel 2021 a 194 milioni di Euro (0,1% della spesa sanitaria pubblica corrente, Figura 3.5), valore relativamente contenuto se rapportato alla crescita della spesa. Già nei precedenti rapporti abbiamo sottolineato la

²² Regioni, Province Autonome e altri enti.

²³ Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

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 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.

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

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

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	Tasso crescita medio '90/'21	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'21	Tasso crescita medio '19/'21
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	114.578	120.340	126.830	130.184	3,8%	8,1%	4,1%	4,0%
– variazione %	–	–0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	0,3%	1,1%	5,4%	2,6%				
– % sulla spesa sanitaria corrente	82,6%	73,8%	73,3%	75,2%	77,7%	78,2%	76,2%	75,8%	78,0%	77,2%				
totale														
– % sul PIL	5,7%	4,9%	5,7%	6,0%	6,5%	6,9%	6,9%	6,7%	7,7%	7,3%				
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	109.135	113.909	120.233	126.936	129.991	4,3%	7,5%	4,4%	4,0%
– variazione %	–	5,7%	12,7%	10,4%	7,4%	2,1%	–0,5%	1,1%	5,6%	2,4%				
– % sul PIL	4,8%	4,8%	5,4%	5,7%	6,1%	6,8%	6,9%	6,7%	7,7%	7,3%				
Avanzo/disavanzo	–6.729	–979	–3.228	–3.778	–5.735	–2.196	–669	–107	106	–194				
– variazione %	–74,5%	–13,9%	17,0%	–10,7%	–34,7%	–398,4%	–2,4%	–198,3%	–283,6%	0,1%				
– % sui ricavi netti	19,4%	2,0%	4,8%	5,1%	6,3%	2,0%	0,6%	0,1%	0,1%	0,1%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.576	25.625	27.808	30.994	35.807	38.440	35.747	38.383	4,9%	6,8%	2,1%	–0,1%
– variazione %	–	13,0%	7,8%	0,2%	–0,6%	1,1%	5,6%	1,4%	–7,0%	7,4%				
– % sulla spesa sanitaria corrente	17,4%	26,2%	26,7%	24,8%	22,3%	21,8%	23,8%	24,2%	22,0%	22,8%				
totale														
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.749	103.311	124.604	142.324	150.385	158.780	162.577	168.567	4,0%	7,7%	3,6%	3,0%
– variazione %	–	2,7%	10,2%	7,9%	4,5%	1,0%	1,5%	1,1%	2,4%	3,7%				
– % sul PIL	6,9%	6,7%	7,7%	7,9%	8,3%	8,8%	9,1%	8,8%	9,8%	9,5%				
PIL	723.152	988.243	1.241.513	1.304.138	1.493.636	1.611.279	1.655.355	1.796.634	1.656.959	1.775.436	2,9%	4,7%	2,4%	–0,6%
– variazione %	–	9,1%	5,6%	5,0%	2,8%	2,2%	1,7%	1,4%	–7,8%	7,2%				

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 «Ospedialiera 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

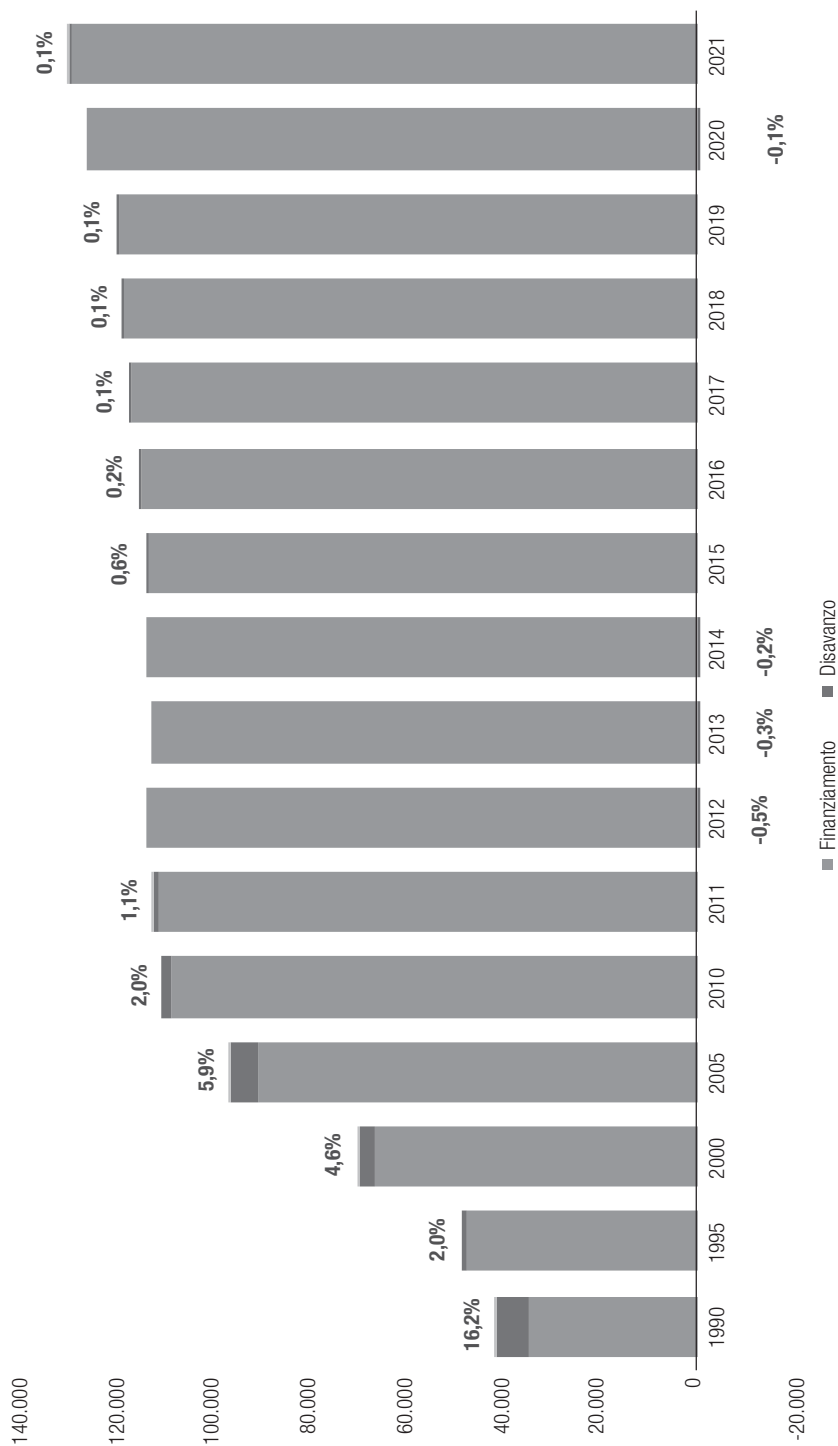
Tabella 3.5 (segue)

fiscale. Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati. Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.

- Dal 2013, poiché nel riparto compare la mobilità internazionale, essa è stata considerata nel conteggio della spesa. È valorizzata, però, in base ai modelli CE, in termini di saldo tra attiva e passiva.
- Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti.
- La voce «Ricavi netti» comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse, dal 2012, le risorse aggiuntive stanziolate dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie. Dal 2011 sono considerati i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rettifiche e utilizzo fondi.
- I dati relativi al PIL sono di fonte International Monetary Fund (IMF). Il PIL 2021 è una stima IMF.
- La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022), ISTAT (2022), IMF (2022)

Figura 3.5 Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021) (milioni di euro)



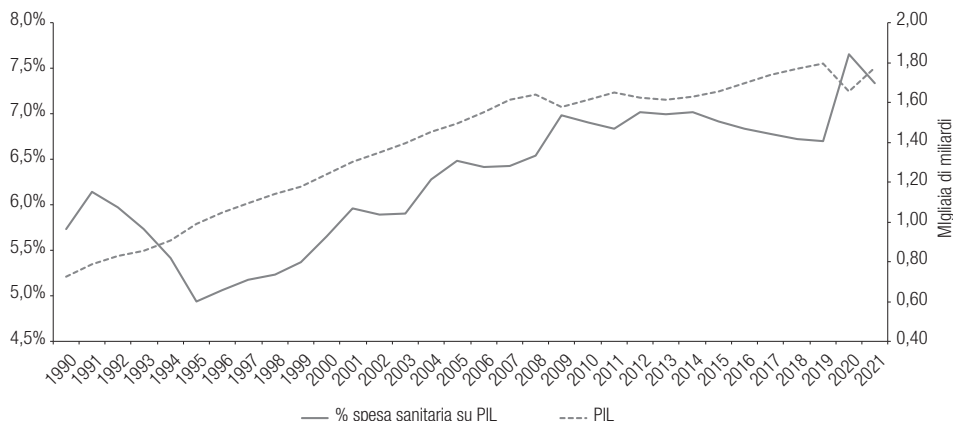
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022)

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

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	Tasso crescita medio '90/'21	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'21	Tasso crescita medio '19/'21
Sanità															
spesa (milioni Euro)	38.790	44.534	63.384	70.185	89.896	104.447	102.922	108.501	115.015	120.116	3,7%	7,9%	4,5%	1,3%	5,2%
% sul totale	26,5%	20,3%	22,5%	23,6%	24,9%	23,8%	21,8%	21,4%	20,9%	21,5%					
var. %	—	-1,2%	12,3%	10,7%	6,7%	2,3%	0,2%	1,1%	6,0%	4,4%					
Previdenza															
spesa (milioni Euro)	96.413	159.556	200.375	208.045	244.675	300.998	322.747	345.766	367.867	369.716	4,4%	4,5%	4,2%	1,9%	3,4%
% sul totale	65,7%	72,7%	71,0%	69,9%	67,9%	68,5%	68,5%	68,1%	66,7%	66,2%					
var. %	—	17,7%	2,2%	3,8%	3,3%	3,3%	1,0%	2,9%	6,4%	0,5%					
Assistenza															
spesa (milioni Euro)	11.447	15.508	18.425	19.575	25.904	34.167	45.789	53.540	68.465	68.768	6,0%	4,0%	6,4%	6,6%	13,3%
% sul totale	7,8%	7,1%	6,5%	6,6%	7,2%	7,8%	9,7%	10,5%	12,4%	12,3%					
var. %	—	2,2%	4,4%	6,2%	1,5%	-3,0%	9,3%	6,5%	27,9%	0,4%					
Totale	146.650	219.598	282.184	297.805	360.475	439.612	471.458	507.807	551.347	558.600	4,4%	5,2%	4,4%	2,2%	4,9%
var. %	—	12,1%	4,5%	5,5%	4,0%	2,6%	1,5%	2,9%	8,6%	1,3%					

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT (2022)

Figura 3.6 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1990-2021)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022), IMF (2022)

tendenza consolidata al mantenimento del pareggio di bilancio, confermata dalla capacità, pur nell'emergenza, di chiudere l'esercizio con un disavanzo contenuto, soprattutto se confrontato con i livelli annuali di disavanzo prodotti prima del 2012 (che, in parte erano aggravati dalla non attribuzione al conto della sanità delle extra-risorse provenienti dalle misure di maggiorazione delle aliquote fiscali, vedi *supra*). 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.

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). Per il 2021, si assiste ad una ripresa del PIL e alla contemporanea diminuzione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica.

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

Nel 2021, la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite è stata pari a 2.187 Euro, con un tasso di crescita rispetto al 2020 superiore a quello della spesa complessiva (+3,4% vs +2,6%, Tabella 3.7). Questa differenza si spiega attraverso

Tabella 3.7 Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2015; 2019-2021)

Valori pro-capite (euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	Variazione 2020-2021	Tasso crescita medio '90/'21	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'21	Tasso crescita medio '19/'21
Piemonte	688	828	1.319	1.415	1.679	1.924	1.878	2.008	2.111	2.207	4,5%	3,8%	9,3%	3,5%	1,3%	4,8%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.522	1.830	2.188	2.130	2.136	2.368	2.490	5,1%	3,9%	9,7%	4,1%	1,2%	8,0%
Lombardia	709	868	1.198	1.344	1.589	1.842	1.941	2.045	2.151	2.185	1,6%	3,7%	7,6%	3,6%	1,6%	3,4%
Bolzano	722	995	1.603	1.683	2.067	2.196	2.290	2.460	2.710	2.853	5,3%	4,5%	9,2%	3,0%	2,4%	7,7%
Trento	731	907	1.327	1.533	1.731	2.102	2.167	2.288	2.431	2.531	4,1%	4,1%	9,2%	3,6%	1,7%	5,2%
Veneto	746	861	1.257	1.365	1.617	1.806	1.851	1.989	2.155	2.233	3,6%	3,6%	8,0%	3,2%	1,9%	6,0%
Friuli VG	730	868	1.241	1.361	1.655	1.993	1.979	2.184	2.239	2.323	3,8%	3,8%	7,8%	4,3%	1,4%	3,1%
Liguria	841	957	1.374	1.505	1.851	2.036	2.066	2.164	2.240	2.328	4,0%	3,3%	7,8%	3,4%	1,2%	3,7%
Emilia R	856	975	1.282	1.422	1.708	1.945	2.033	2.127	2.319	2.325	0,3%	3,3%	6,5%	3,5%	1,6%	4,6%
Toscana	788	891	1.256	1.412	1.658	1.911	1.994	2.089	2.254	2.296	1,9%	3,5%	8,0%	3,4%	1,7%	4,8%
Umbria	766	865	1.273	1.376	1.646	1.839	1.905	2.020	2.135	2.226	4,2%	3,5%	8,0%	3,3%	1,8%	5,0%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.571	1.810	1.817	1.951	2.049	2.133	4,1%	3,1%	7,4%	3,3%	1,5%	4,6%
Lazio	788	891	1.319	1.464	1.930	2.030	1.927	1.932	2.061	2.130	3,3%	3,3%	8,6%	3,7%	0,4%	5,0%
Abruzzo	724	761	1.299	1.383	1.745	1.760	1.814	1.954	2.022	2.099	3,8%	3,5%	10,5%	2,7%	1,6%	3,6%
Molise	678	776	1.164	1.387	2.047	2.098	2.094	2.473	2.323	2.455	5,7%	4,2%	10,2%	4,7%	1,4%	-0,4%
Campania	692	743	1.163	1.300	1.679	1.724	1.728	1.844	1.952	2.037	4,4%	3,5%	9,8%	3,2%	1,5%	5,1%
Puglia	671	783	1.123	1.223	1.522	1.769	1.779	1.912	1.988	2.108	6,1%	3,8%	7,7%	4,2%	1,6%	5,0%
Basilicata	603	707	1.079	1.184	1.513	1.816	1.851	1.926	2.034	2.087	2,6%	4,1%	9,0%	4,9%	1,3%	4,1%
Calabria	586	721	1.142	1.254	1.435	1.750	1.746	1.909	1.952	1.971	1,0%	4,0%	9,7%	3,8%	1,1%	1,6%
Sicilia	700	747	1.073	1.254	1.568	1.687	1.758	1.909	2.003	2.098	4,7%	3,6%	9,0%	3,4%	2,0%	4,8%
Sardegna	695	860	1.173	1.288	1.644	1.892	2.006	2.076	2.131	2.306	8,2%	3,9%	7,0%	4,4%	1,8%	5,4%
Totale	730	846	1.223	1.356	1.660	1.856	1.889	2.001	2.116	2.187	3,4%	3,6%	8,2%	3,6%	1,5%	4,5%

Tabella 3.7 (segue)

Valori pro-capite (euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	Variazione 2020-2021	Tasso crescita medio '90/'21	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'21	Tasso crescita medio '19/'21
<i>Nord</i>	745	891	1.265	1.393	1.659	1.897	1.950	2.068	2.198	2.255	2,6%	3,6%	7,7%	3,5%	1,6%	4,4%
<i>Centro</i>	792	894	1.284	1.426	1.773	1.948	1.932	1.990	2.125	2.189	3,0%	3,3%	8,1%	3,5%	1,1%	4,9%
<i>Sud e Isole</i>	678	767	1.138	1.271	1.600	1.750	1.784	1.917	1.998	2.093	4,7%	3,7%	8,8%	3,6%	1,6%	4,5%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>						1.822	1.813	1.909	2.003	2.088	4,2%	n.d.	n.d.	n.d.	1,2%	4,6%
<i>Regioni non soggette a piani di rientro</i>						1.887	1.959	2.063	2.191	2.253	2,8%	n.d.	n.d.	n.d.	1,6%	4,5%
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,72%	8,47%	9,77%	7,95%	7,82%	8,38%	8,55%	8,93%						
Rapporto max/min	46,2%	40,7%	49,3%	42,2%	44,1%	30,2%	32,5%	34,1%	38,8%	44,7%						

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022) ed ISTAT (2022)

so la dinamica della crescita della popolazione, che ha subito una contrazione nell'ultimo anno (-0,68%) a causa, inter alia, dell'aumentato tasso di mortalità dovuto alla pandemia di COVID-19 (*cfr.* Capitolo 7 del presente Rapporto). Il dato presenta notevoli differenze tra le regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2020 che vanno dallo 0,3% dell'Emilia Romagna all'8,2% della Sardegna. È interessante notare come tutte le regioni abbiano registrato un aumento della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite nel 2021 rispetto al 2020, in parte alimentato da un aumento del finanziamento. L'entità della variazione, significativamente diversa da regione a regione, è segnale di diverse necessità dei territori, ma anche di diverse policy e modelli di governance regionale che portano a esiti diversi rispetto al finanziamento e alla spesa.

Dal 2010, il tasso di crescita della spesa pro-capite risulta mediamente più basso nelle regioni in Piano di Rientro (PdR) (+1,2% contro +1,6%, *cfr.* nota a Tabella 3.7). Tuttavia, se si considerano gli ultimi due anni (2021 e 2020), si osserva un'inversione di tendenza: rispetto al 2020, nel 2021 le Regioni in PdR hanno registrato un tasso di crescita della spesa maggiore delle altre regioni (+4,2% contro +2,8%).

La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione²⁷, nel 2021 è tendenzialmente in linea con quanto registrato nei due anni precedenti.

Guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità (spesa riferita all'utilizzo delle strutture della regione) e al netto della stessa (spesa riferita alla popolazione residente nella regione), si può notare come nel 2021 la variabilità interregionale della spesa (coefficiente di variazione) si riduca una volta tenuto conto della mobilità (8,9% contro 8,3% senza il conteggio della mobilità), mettendo in luce una maggiore omogeneità dei bisogni individuali (tradotti in domanda) (Tabella 3.8).

Nella Figura 3.7 è riportata, per ogni Regione, la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità, il saldo pro-capite della mobilità e la spesa sanitaria pubblica pro-capite al netto della mobilità (vedi anche Figura 3.8). È da notare come, per alcune regioni, il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Calabria e (in positivo) per il Molise, l'Emilia Romagna e la Lombardia.

La Tabella 3.9 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto della mobilità. Il dato è da leggere in una doppia prospettiva. Innanzitutto, è da notare come la variabilità di questo indicatore sia molto superiore rispetto a quella della sola spesa. Il coefficiente di variazione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è pari al 24,7% nel 2020 (in diminuzione rispetto al 27,6% del 2019), mentre si attesta intorno all'8,3% nel caso della spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (Tabella 3.8). Questa evidenza dimostra

²⁷ Calcolato come rapporto tra deviazione standard e media.

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 (2021). 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	2.207	100,9	2.207	103,6	0,1	0,00%
Valle d'Aosta	2.490	113,8	2.568	120,5	-77,9	-3,13%
Lombardia	2.185	99,9	2.126	99,8	58,6	2,68%
Bolzano	2.853	130,4	2.859	134,2	-6,6	-0,23%
Trento	2.531	115,7	2.525	118,5	6,0	0,24%
Veneto	2.233	102,1	2.203	103,4	30,3	1,36%
Friuli VG	2.323	106,2	2.330	109,4	-6,4	-0,27%
Liguria	2.328	106,5	2.358	110,7	-29,6	-1,27%
Emilia R	2.325	106,3	2.254	105,8	71,7	3,08%
Toscana	2.296	105,0	2.280	107,0	16,4	0,71%
Umbria	2.226	101,8	2.233	104,8	-6,9	-0,31%
Marche	2.133	97,5	2.148	100,8	-14,9	-0,70%
Lazio	2.130	97,4	2.134	100,2	-4,1	-0,19%
Abruzzo	2.099	96,0	2.165	101,6	-65,9	-3,14%
Molise	2.455	112,2	2.356	110,6	98,8	4,03%
Campania	2.037	93,2	2.083	97,8	-45,2	-2,22%
Puglia	2.108	96,4	2.144	100,6	-36,1	-1,71%
Basilicata	2.087	95,4	2.174	102,1	-87,6	-4,20%
Calabria	1.971	90,1	2.093	98,3	-122,0	-6,19%
Sicilia	2.098	95,9	2.137	100,3	-39,3	-1,88%
Sardegna	2.306	105,4	2.356	110,6	-50,2	-2,18%
Totale	2.187	100,0	2.130	100,0	56,6	2,59%
<i>Nord</i>	<i>2.255</i>	<i>103,1</i>	<i>2.173</i>	<i>102,0</i>	<i>81,8</i>	<i>3,63%</i>
<i>Centro</i>	<i>2.189</i>	<i>100,1</i>	<i>2.133</i>	<i>100,1</i>	<i>56,9</i>	<i>2,60%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>2.093</i>	<i>95,7</i>	<i>2.071</i>	<i>97,2</i>	<i>21,8</i>	<i>1,04%</i>
Coeff. Var.	8,9%	-	8,3%	-	-	-
Rapporto max/min	44,7%	-	37,3%	-	-	-

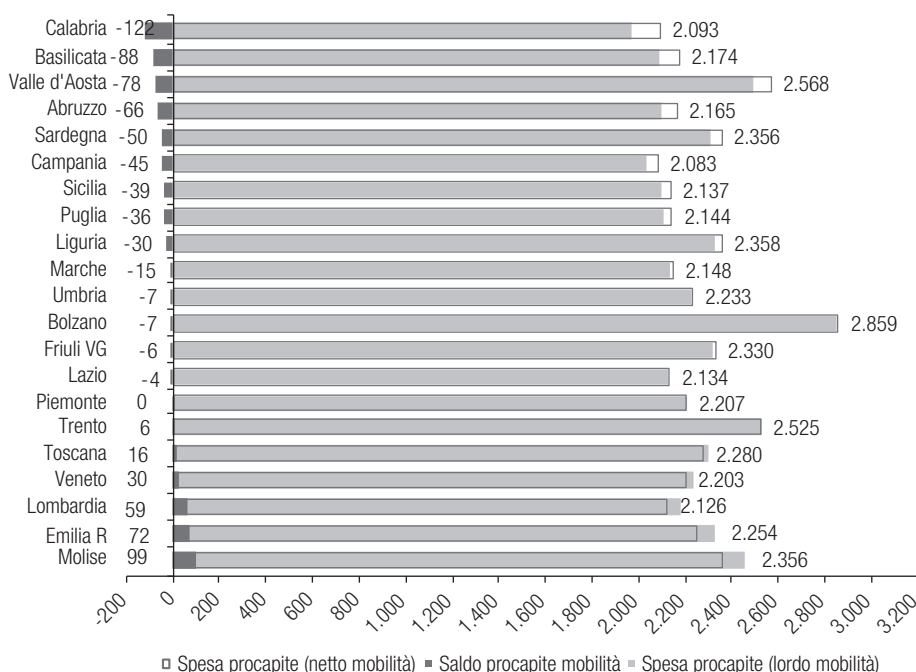
Nota: La mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2021.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022)

che, se l'intensità di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non può dirsi della sua incidenza sul PIL, una misura di assorbimento potenziale²⁸ da parte della sanità pubblica delle risorse generate dal sistema

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'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 (2021)**



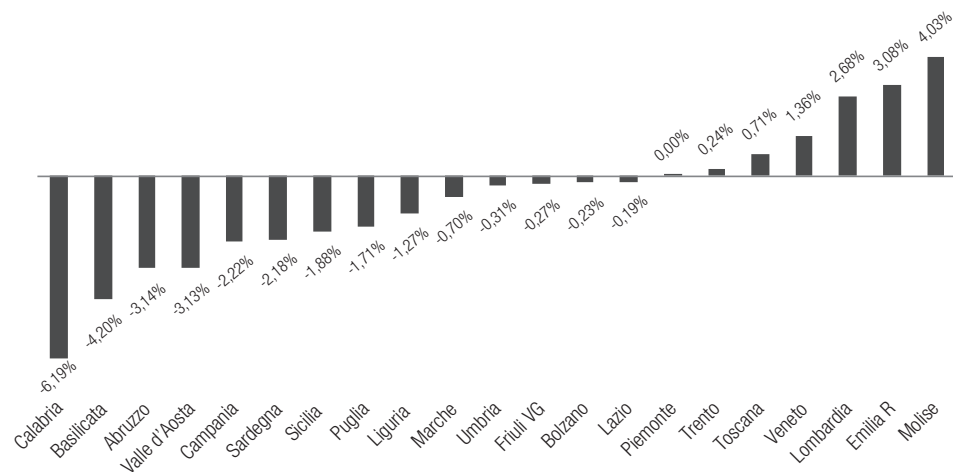
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022)

produttivo di ogni regione. Negli anni, le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee²⁹. Un primo elemento che avrebbe do-

cidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (dal 5,1% in Lombardia e Bolzano fino all'11,7% in Molise) si trasforma 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 alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...);

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) (2020)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022)

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

Nel 2021 continua la serie di risultati di leggero disavanzo sanitario registrati dal 2015, attestandosi a 194 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: Calabria (139 milioni di Euro), Lombardia (30 milioni di Euro), Veneto (23 milioni di Euro), Emilia Romagna

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.

Tabella 3.9 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2010-2020)**

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Piemonte	6,8%	6,6%	6,9%	6,7%	6,7%	6,5%	6,5%	6,3%	6,2%	6,3%	7,2%
Valle d'Aosta	5,8%	5,9%	5,9%	6,1%	5,8%	5,8%	5,8%	5,5%	5,5%	5,5%	6,5%
Lombardia	5,1%	5,2%	5,3%	5,4%	5,4%	5,3%	5,2%	5,2%	5,1%	5,1%	5,9%
Bolzano	5,6%	5,5%	5,5%	5,4%	5,3%	5,2%	5,2%	5,3%	5,2%	5,1%	6,1%
Trento	6,0%	6,2%	6,3%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,1%	5,9%	5,8%	6,6%
Veneto	6,1%	5,9%	6,2%	6,1%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	5,8%	6,9%
Friuli VG	7,0%	7,2%	7,5%	7,3%	7,0%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	7,3%
Liguria	7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	6,7%	6,6%	6,7%	6,6%	7,4%
Emilia R	6,1%	5,9%	6,4%	6,2%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	6,9%
Toscana	6,7%	6,6%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,5%	6,3%	7,5%
Umbria	7,4%	7,5%	7,8%	7,9%	8,0%	7,9%	7,9%	7,9%	7,8%	7,7%	8,7%
Marche	7,1%	7,0%	7,2%	7,2%	7,1%	7,1%	7,1%	7,0%	7,0%	7,0%	7,9%
Lazio	6,0%	5,9%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,7%	5,6%	5,6%	5,5%	6,4%
Abruzzo	7,6%	7,3%	7,5%	7,5%	7,7%	7,6%	7,8%	7,7%	7,7%	7,7%	8,5%
Molise	10,0%	9,8%	10,5%	11,8%	11,4%	10,8%	11,0%	10,5%	10,3%	11,6%	11,6%
Campania	9,7%	9,6%	9,6%	9,6%	9,8%	9,7%	9,6%	9,6%	9,6%	9,5%	10,9%
Puglia	10,4%	10,0%	9,9%	10,2%	10,4%	10,2%	10,2%	10,1%	10,0%	10,0%	11,2%
Basilicata	9,5%	9,3%	9,3%	9,0%	9,5%	8,8%	8,8%	8,9%	8,4%	8,5%	9,8%
Calabria	10,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,8%	10,7%	10,7%	10,5%	10,8%	11,0%	12,0%
Sicilia	9,7%	9,8%	9,9%	10,1%	10,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,6%	10,5%	11,8%
Sardegna	9,6%	9,8%	9,9%	10,1%	10,3%	9,9%	10,2%	9,7%	9,7%	9,6%	10,7%
Totale	6,9%	6,8%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	6,7%	6,7%	6,7%	7,6%
Coef. di variazione	23,5%	23,1%	22,7%	24,8%	25,7%	25,0%	26,1%	25,5%	26,1%	27,6%	24,7%

Nota: La mobilità interregionale dal 2016 è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto, e quella consuntiva per gli anni precedenti.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022), ISTAT (2022)

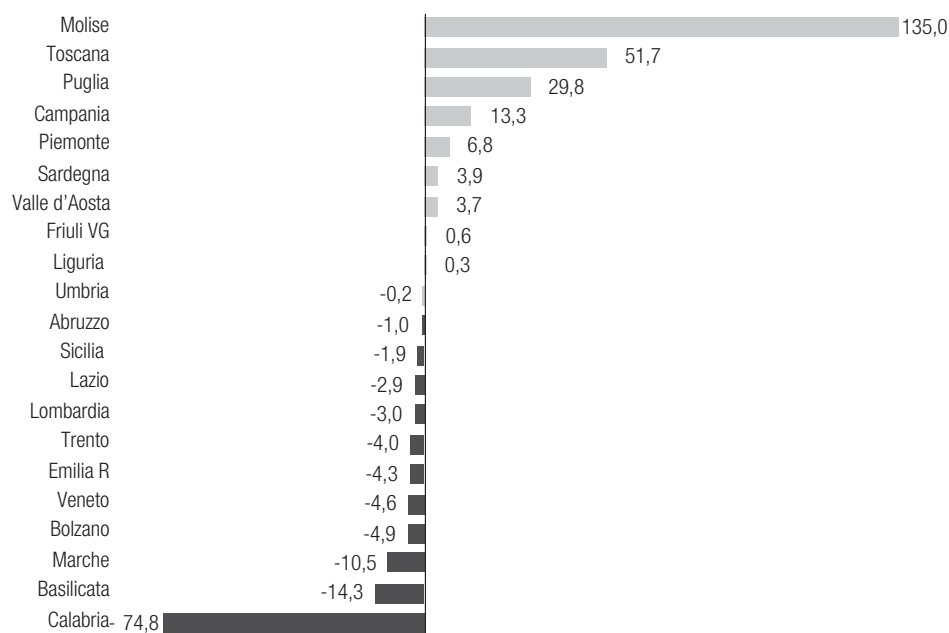
(19 milioni di Euro), Lazio (16 milioni di Euro), Marche (16 milioni di Euro), Sicilia (9 milioni di Euro), Basilicata (8 milioni di Euro), Bolzano (3 milioni di Euro), Trento (2 milioni di Euro), Abruzzo (1 milioni di Euro), Umbria (0,2 milioni di Euro). Nel 2021, Toscana, Puglia e Campania registrano i livelli di disavanzo più elevati (191, 117 e 75 milioni di Euro rispettivamente), incidendo sul disavanzo annuale complessivo per l'83%. Le regioni in PdR³⁰ nel 2021 hanno complessivamente registrato un disavanzo sanitario, pari a 65 milioni di Euro. I valori di avanzo/disavanzo sono riportati anche come valore pro-capite per ciascuna regione nella Figura 3.9.

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 di quello ordinario.

Tabella 3.10 Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001 -2021)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	2	5	-21	-13	-57	-6	-52	-17	-1	-2	-48	29
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	-2	-1	-7	-3	50	-0	-2	-1	-4	-4	0
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-20	-14	-2	-10	-6	-15	-6	25	-6	-6	-11	-30
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	42	5	-11	422	-22	-13	-8	-28	-27	-3
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	190	-2	-1	-25	-1	-1	-2	-2	-2	-2
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-10	-162	-42	-46	-56	-8	-17	-42	-22	-29	-6	-23
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-14	-17	62	-16	-23	-31	-0	30	-3	-9	-22	1
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	13	78	64	95	64	61	52	54	-0	1
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-28	-55	10	-1	-14	8	2	13	-1	-1	-1	-19
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	2	25	-8	26	39	-24	18	13	92	191
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-20	-7	-10	-5	-7	-0	-4	-0	-0	-0
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	3	-21	-50	-61	-62	-66	-25	4	-1	-1	-0	-16
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	-16
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-48	-53	-7	0	37	46	-0	12	15	-1
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	33	70	40	26	-0	1	16	117	23	40
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	479	245	-148	-63	-183	-76	-51	-38	-36	-38	-28	75
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	323	108	-4	5	-5	-10	27	8	46	38	24	117
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	29	31	-7	-2	-1	7	-10	-3	-2	-1	-4	-8
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	-44	-76	-41	-43	0	9	97	122	20	-139
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	29	13	-324	-120	-55	-15	-7	-5	-3	-8	-14	-9
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	143	173	-18	-10	216	339	306	85	-22	-11	-28	6
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	-106	194
Nord	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	27	-122	250	-11	-107	489	-34	54	8	-27	-121	-45
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	7	159
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	9	80

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

Figura 3.9 **Disavanzo sanitario regionale pro-capite: Euro (2021)**

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022)

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.

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 classificabile come per fattori della produzione interni (personale e beni e servizi) alle aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). Queste regioni presentano, infatti, valori per quanto riguarda i servizi accreditati (assistenza ospedaliera, specialistica e altra assistenza) tendenzialmente superiori alla media nazionale. È, inoltre, interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente nel 2021, Lombardia, Lazio, Molise e Campania presentino incidenze decisamente 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. Nel paragrafo 3.5.3 gli stessi dati verranno invece presentati nella prospettiva aziendale, analizzando i dati

Tabella 3.11 Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2021)

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di euro)
Piemonte	31,6%	39,3%	5,6%	5,3%	5,2%	3,0%	10,0%	9.459
Valle d'Aosta	40,7%	42,2%	5,4%	4,3%	2,3%	0,7%	4,5%	308
Lombardia	24,6%	37,6%	4,3%	6,2%	9,7%	5,0%	12,6%	21.619
Bolzano	46,9%	32,5%	5,5%	2,6%	2,4%	0,9%	9,1%	1.521
Trento	34,8%	33,0%	4,7%	4,7%	4,3%	2,3%	16,2%	1.351
Veneto	27,3%	44,5%	5,5%	4,2%	5,4%	3,6%	9,5%	10.978
Friuli VG	35,3%	41,5%	5,1%	5,2%	2,6%	2,2%	8,1%	2.823
Liguria	31,6%	39,4%	4,8%	5,1%	5,9%	3,3%	9,8%	3.538
Emilia R	32,4%	39,6%	5,3%	4,3%	6,1%	2,3%	9,9%	10.549
Toscana	34,2%	41,3%	5,7%	5,0%	3,4%	2,1%	8,2%	8.323
Umbria	33,9%	43,3%	5,6%	6,0%	2,0%	1,6%	7,6%	1.932
Marche	33,1%	38,7%	5,6%	6,0%	3,7%	2,0%	10,9%	3.194
Lazio	24,9%	33,8%	5,4%	6,4%	13,2%	4,8%	11,5%	11.892
Abruzzo	30,3%	41,6%	6,1%	6,8%	4,9%	1,8%	8,5%	2.689
Molise	23,6%	41,1%	6,9%	5,2%	9,7%	5,7%	7,9%	715
Campania	25,5%	39,1%	6,1%	6,6%	7,9%	7,6%	7,3%	11.467
Puglia	27,9%	37,3%	6,9%	6,4%	8,9%	3,8%	8,6%	8.190
Basilicata	32,7%	38,1%	7,5%	7,2%	0,9%	3,9%	9,8%	1.123
Calabria	31,5%	37,4%	7,1%	7,4%	4,4%	3,3%	9,0%	3.639
Sicilia	28,5%	36,9%	6,4%	5,9%	7,7%	5,2%	9,4%	10.246
Sardegna	34,1%	40,3%	5,3%	6,1%	3,2%	3,7%	7,2%	3.633
Italia	29,1%	38,7%	5,6%	5,7%	7,1%	4,0%	9,9%	129.190
Nord	29,2%	39,5%	5,0%	5,2%	6,8%	3,6%	10,8%	62.146
Centro	29,7%	37,6%	5,6%	5,9%	7,9%	3,3%	10,1%	25.342
Sud e isole	28,5%	38,3%	6,4%	6,4%	7,0%	5,0%	8,4%	41.702

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2022)

di bilancio e riclassificando diverse voci di conto economico con risultati parzialmente diversi rispetto a quelli presentati in questa sede.

3.5 Le performance delle aziende: analisi dei costi e dei ricavi

A completamento dell'analisi riguardante la prospettiva nazionale e regionale del finanziamento e spesa del SSN, proponiamo una lettura degli stessi temi e fenomeni al livello aziendale, attingendo ai dati di Conto Economico (CE) delle singole aziende. Prima di presentare i dati sono necessarie alcune precisazioni metodologiche che chiariscono l'approccio usato e le modalità di aggregazione dei dati.

La fonte utilizzata sono i CE di tutte le aziende pubbliche per gli anni 2019, 2020 (consuntivi definitivi) e 2021 (chiusura provvisoria al IV trimestre³¹). I dati sono stati analizzati a dapprima a livello delle singole aziende, poi aggregati per regione e per macrotipologia distinguendo tra Aziende Ospedaliere (categoria che racchiude tutte le aziende che potremmo definire prevalentemente dedicate alla produzione ovvero AO, Policlinici, AO Universitarie, I.R.C.C.S., I.N.R.C.A e simili) e Aziende Territoriali (categoria che racchiude tutte le aziende che svolgono prevalentemente o esclusivamente attività di committenza – ASL, Aziende Uniche, ATS e ASST lombarde). Sono state escluse dall'analisi tutte le aziende che non ricadevano nell'una o nell'altra categoria³² così come i CE delle Gestioni Sanitarie Accentrate (GSA). La lettura incrociata dei dati regionali e quelli delle macrotipologie di aziende permette infatti di osservare trend e fenomeni secondo una prospettiva aziendale e consentendo anche confronti a livello nazionale grazie al livello di aggregazione identificato. Le aziende parte dell'analisi si distribuiscono per tipologia e per regione come specificato nella Tabella 3.12. Le aziende uniche sono state classificate nella categoria Aziende Territoriali. Per la Regione Lombardia si è scelto di collocare sia ATS che ASST nella categoria Aziende Territoriali, rappresentando nella categoria Aziende Ospedaliere i Policlinici, I.R.C.C.S e I.N.R.C.A. La tabella riporta i valori riferiti al 2019, negli anni successivi (2020, 2021) alcune regioni hanno proceduto a delle riorganizzazioni interne per cui la numerosità delle due classi è lievemente diminuita.

Le elaborazioni sono state realizzate seguendo la tecnica dell'analisi di bi-

³¹ Dato disponibile al momento in cui si scrive, settembre 2022.

³² Ovvero sono state esplicitamente escluse le Aziende Regionali di Emergenza Urgenza (AREU per Lombardia e AREUS per Sardegna) e agenzie regionali (Agenzia del Controllo Sociosanitario per Lombardia e ARCS per Friuli Venezia Giulia). Oltre a queste sono state escluse a monte altre aziende regionali (come la veneta Azienda Zero o la Ligure ALISA) che non rientrano nelle codifiche ministeriali tra le aziende ministeriali (e sono assimilate nella codifica alla GSA).

Tabella 3.12 **Distribuzione delle aziende per tipologia e per regione**

Regioni	AO	Azienda Territoriale	Totale
Abruzzo		4	4
Basilicata	1	3	4
Calabria	5	5	10
Campania	10	7	17
Emilia Romagna	5	8	13
Friuli Venezia Giulia	2	5	7
Lazio	8	10	18
Liguria	2	5	7
Lombardia*	5	35	40
Marche	3	1	4
Molise		1	1
Piemonte	6	12	18
Prov. Auton. Bolzano		1	1
Prov. Auton. Trento		1	1
Puglia	4	6	10
Sardegna	3	1	4
Sicilia	9	9	18
Toscana	4	3	7
Umbria		4	4
Valle D'Aosta		1	1
Veneto	3	9	12
Totale complessivo	70	131	201

Per regione Lombardia è stata operata la scelta metodologica di inserire le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) nel gruppo qui denominato Aziende Territoriali in virtù della loro particolare caratteristica di aziende impegnate sia rispetto alla committenza che alla erogazione diretta.

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

lancio³³ che prevede di riclassificare i dati di CE al fine di ottenere dei macro-aggregati significativi e rappresentativi delle dinamiche aziendali. I macro-aggregati riclassificati sono poi utilizzati per calcolare indicatori. Partendo dai CE delle aziende pubbliche si è proceduto a riclassificare costi e ricavi seguendo la logica della produzione interna e della produzione esterna (o anche committenza) come proposto da Anessi Pessina e Sicilia (2009). Con questo scopo sono state aggregate come “Ricavi per la produzione interna” tutte le voci di CE afferenti ai ricavi (della macro-classe Valore della Produzione) che esprimono risorse collegate direttamente all'erogazione di servizi (o altre attività direttamente svolte dalle aziende). Diversamente sono state aggregate sotto la categoria “Contributi” tutte le risorse ottenute dalle aziende (in questo caso

³³ 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.

da soggetti terzi, pubblici o privati) senza un vincolo di utilizzo e senza alcun legame con specifiche attività. Similmente, la stessa logica è stata utilizzata per i costi della produzione che sono stati suddivisi e classificati come “Costi per la produzione interna” che aggrega tutte le voci per costi sostenuti per l'erogazione diretta dei servizi, e “Costi per la produzione esterna” che aggrega tutti i costi sostenuti per l'acquisizione di servizi da soggetti diversi dall'azienda stessa (sia altri soggetti pubblici, mobilità, che privati, accreditamenti e convenzionamenti, ma anche prestazioni professionali e servizi di supporto come la farmaceutica). A questi macro-aggregati si aggiungono quelli riferiti alle gestioni non ordinarie, ovvero la gestione finanziaria, la gestione straordinaria e la gestione tributaria, che completano il quadro fornito dal CE. La Tabella 3.13 presenta il dettaglio degli aggregati utilizzati.

I dati così ottenuti sono stati usati per calcolare alcuni indicatori utili per esaminare le performance economiche delle aziende. Gli indicatori proposti sono stati scelti rispetto ai seguenti obiettivi:

Tabella 3.13 **Composizione degli aggregati di CE utilizzati per l'analisi**

Aggregato	Descrizione	Principali Voci di CE incluse
Ricavi per la produzione interna	Comprende le voci di ricavo collegate all'erogazione di servizi e la compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie ovvero i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria. Comprende anche le quote di contributi in conto esercizi vincolate a specifico utilizzo ovvero il finanziamento regionale per funzioni, i contributi extra fondo (esclusa la voce “altro”), quelli per ricerca e l'utilizzo di fondi vincolati da esercizi precedenti. Include anche gli incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni e gli altri ricavi e proventi.	A.1.A.1.3) Contributi in c/esercizio – Funzioni A.1.A.1.4) Quota finalizzata per il Piano aziendale di cui all'art. 1, comma 528, L. 208/2015 A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo) (al netto delle componenti indicate come Altro ovvero le voci: A.1.B.1.4; A.1.B.2.2; A.1.B.3.4) A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni A.9) Altri ricavi e proventi
Contributi	Comprende i finanziamenti indistinti al netto delle quote destinate ad investimento, i contributi da privati e le sterilizzazioni. Comprende anche le quote di contributi extra fondo per i quali non si indica una specifica destinazione.	A.1.A.1.1) Finanziamento indistinto A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti A.1.A.1.2) Finanziamento indistinto finalizzato da Regione A.1.D) Contributi c/esercizio da privati A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio

Tabella 3.13 (segue)

Aggregato	Descrizione	Principali Voci di CE incluse
Costi per la produzione interna	Comprende i costi per beni e servizi (non sanitari) al netto dei ricavi per concorsi, recuperi e rimborsi; i costi del personale al netto di IRAP e dei ricavi per concorsi, recuperi e rimborsi e considerando anche la medicina di base e le consulenze e le collaborazioni; i costi per godimento beni di terzi; gli ammortamenti, le svalutazioni; la variazione delle rimanenze e gli accantonamenti dell'esercizio.	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi B.1) Acquisti di beni B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata) B.4) Godimento di beni di terzi B.5) Personale del ruolo sanitario B.6) Personale del ruolo professionale B.7) Personale del ruolo tecnico B.8) Personale del ruolo amministrativo 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 B.14) Accantonamenti dell'esercizio
Costi per la produzione esterna	Includono i costi per servizi sanitari esclusa la medicina di base, le consulenze e le collaborazioni, la compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia), i rimborsi, assegni e contributi sanitari	B.2.A) Acquisti servizi sanitari
Gestione finanziaria	Include oneri e proventi finanziari	C.1) Interessi attivi C.2) Altri proventi C.3) Interessi passivi C.4) Altri oneri
Gestione straordinaria	Include oneri e proventi straordinari e le rettifiche di valore delle attività finanziarie	D.1) Rivalutazioni D.2) Svalutazioni E.1) Proventi straordinari E.2) Oneri straordinari

1. Analizzare la composizione dei ricavi come fonti di finanziamento (proprie e da terzi) delle aziende e come queste contribuiscano al raggiungimento dell'equilibrio di bilancio (rispondendo quindi alle domande: quali sono le fonti più rilevanti per le aziende? Esistono differenze inter-regionali? Che risultato economico determinano?);
2. Analizzare la composizione dei costi della produzione al fine di comprendere le scelte aziendali e gestionali e verificare la presenza di diverse strategie e modalità operative di perseguimento degli obiettivi delle aziende;

3. Analizzare trend e dinamiche regionali rispetto a specifici fenomeni rilevanti nel contesto attuale di PNRR e post pandemia.

Questi obiettivi integrano e completano quanto già presentato nel quadro nazionale e regionale (si vedano i paragrafi precedenti). È bene precisare che, in termini di risultanze, la fotografia fornita dal livello aziendale rispetto ai ricavi e alla composizione della spesa (o dei costi come più appropriato per questo livello) può differire da quella nazionale e regionale perché utilizza dati a consuntivo della contabilità economico patrimoniale. Tali dati sono registrati con una logica diversa da quella di stanziamento e spesa del governo centrale e degli enti locali e segue la logica dei principi di bilancio finalizzati a rappresentare gli avvenimenti aziendali, e non le scelte di policy. Questo può quindi portare a un disallineamento tra i dati, ma consente allo stesso tempo di aggiungere una vista complementare alle analisi. I dati di bilancio delle singole aziende ci permettono, infatti, di comprendere come le scelte di policy dei livelli superiori (Ministero, regione) trovino traduzione nelle pratiche aziendali e dunque nei servizi erogati dalle aziende. Questo è particolarmente significativo negli anni 2020-2021, anni per cui si presentano di seguito i dati e che testimoniano le difficoltà gestionali dovute alla pandemia COVID-19. Come mostreranno i dati presentati, la prospettiva aziendale permette di illustrare quanto accaduto nei singoli servizi, aggiungendo una prospettiva utile alla discussione circa la necessità di incrementare il finanziamento e le modifiche intervenute nella struttura della spesa negli anni della pandemia.

3.5.3 I dati di finanziamento e spesa, costi e ricavi nella prospettiva aziendale

Prima di passare alla presentazione delle analisi basate su indicatori illustriamo i valori di finanziamento e spesa come rilevati nei ricavi e costi al livello aziendale. Di seguito (Tabella 3.14) si riporta aggregando per regione, per tipologia di azienda e per anno il valore in Euro delle due componenti del valore della produzione (ovvero Contributi e Ricavi per la Produzione interna) e dei costi della produzione (Costi per la Produzione interna e Costi per la Produzione esterna).

Complessivamente, nel 2021 i ricavi registrati dalle aziende sono stati 140 Mld di Euro nel 2021, con un incremento significativo rispetto al 2019 (quando erano 136 Mld di Euro, +2,86%). Di questi, il totale dei Contributi ricevuti dalle aziende sanitarie pubbliche italiane è di 107,6 Mld di Euro (+4,86% rispetto al 2019) e il totale dei Ricavi per la Produzione interna 32,4 Mld di Euro (-3,28% rispetto al 2019). Spostando l'attenzione sui costi della produzione, notiamo come questi ammontino a 155,1 Mld nel 2021 e siano complessivamente aumentati rispetto al 2019 del 5,95%. Tale incremento è principalmente trai-

nato da un trend di crescita dei costi della produzione esterna che è iniziato nel 2020 e proseguito nel 2021 (segnando +10,57% rispetto al 2019 e +5,94% rispetto al 2020), facendo registrare un totale di 98 Mld di Euro nel 2021. I costi per la produzione interna delle aziende, invece, si attestano a 57 Mld di Euro nel 2021 e registrano un trend meno costante (+4,97% rispetto al 2020 ma -1,15% rispetto al 2019). Questo dato rafforza la necessità di interpretare separatamente i dati con riferimento ad aziende territoriali, che segnalano un progressivo spostamento dell'affidamento di servizi a erogatori privati accreditati, e aziende ospedaliere, i cui dati mostrano una riduzione della spesa per servizi e prestazione erogati direttamente. I due elementi confermano una progressiva modifica del ruolo delle aziende pubbliche, che sono sempre più soggetti intermedi che fanno riferimenti a terzi per l'erogazione dei servizi, e sempre meno soggetti coinvolti direttamente nella gestione in senso stretto.

Questi dati riguardano solo una parte del CE delle aziende³⁴ e non possono essere utilizzati per calcolare o commentare l'equilibrio dei diversi sistemi regionali o in senso più ampio dell'SSN. Segnalano però un trend importante: a livello aggregato la pandemia sembra aver avviato per le aziende un periodo di importante crescita dei costi non compensata dall'aumento (per il momento in via straordinaria) dei ricavi. La componente maggiormente in crescita è quella legata alla produzione esternalizzata (si fa riferimento alle categorie logiche presentate in Tabella 3.13), sia verso altri soggetti pubblici che verso soggetti privati. Sono, infatti, gli acquisti di servizi sanitari a trascinare la crescita dei costi della produzione. Questo è segnaletico di diversi fenomeni: da un lato cambiamenti negli assetti di governance regionali che tendono ad inserire modelli che distinguono produzione e committenza facendo aumentare il peso (e l'entità relativa) degli acquisti di servizi; dall'altro l'effetto della pandemia che ha portato ad una riprogrammazione e ridefinizione delle attività che (soprattutto dopo il primo anno di pandemia) ha spostato su alcune aziende o contesti territoriali quote di attività erogata. Specularmente questo è leggibile anche nell'andamento dei ricavi della produzione interna, che diminuiscono in valore assoluto nel 2021 (e già nel 2020) segnalando una diminuzione dell'attività erogata direttamente, a fronte di un importante aumento dei contributi indistinti (si veda sopra la definizione proposta).

Passando invece a commentare i risultati di esercizio delle aziende (ovvero il risultato finale di CE, considerando in questo caso tutte le componenti di ricavo e costo e non solo quelle operative) emerge un complessivo peggioramento delle performance aziendali. Nel 2021³⁵ il numero delle aziende che presenta-

³⁴ Si basano infatti solo sulla riclassificazione della componente operativa e non includono la gestione straordinaria, finanziaria e tributaria).

³⁵ Si specifica che per l'anno 2021 i dati utilizzati per le analisi riguardano la chiusura del IV trimestre e non sono dati definitivi. Questi potrebbero dunque subire variazioni, da una analisi a campione svolta su quattro Regioni circa il 10% delle aziende ha presentato a bilancio definitivo

Tabella 3.14 **Andamento 2019-2021 delle componenti del valore della produzione (ricavi) e dei costi della produzione**

	RICAVI			Tendenza Triennio	Variazione 2020-2021	Variazione 2019-2021
	2.019,00	2.020,00	2.021,00			
ITALIA - Totale	136.118.152.199 €	136.088.436.300 €	140.006.494.140 €		2,88%	2,86%
da contributi	102.621.159.900 €	106.448.461.483 €	107.606.777.797 €		1,09%	4,86%
da produzione interna	33.496.992.300 €	29.639.974.817 €	32.399.716.343 €		9,31%	-3,28%
LOMBARDIA	24.401.613.187 €	23.498.096.767 €	25.144.770.886 €		7,01%	3,05%
da contributi	16.916.418.173 €	16.900.851.912 €	18.086.922.354 €		7,02%	6,92%
da produzione interna	7.485.195.014 €	6.597.244.855 €	7.057.848.532 €		6,98%	-5,71%
LAZIO	13.080.662.493 €	13.090.141.795 €	13.155.270.926 €		0,50%	0,57%
da contributi	9.739.357.858 €	9.896.655.287 €	9.747.158.204 €		-1,51%	0,08%
da produzione interna	3.341.304.635 €	3.193.486.507 €	3.408.112.722 €		6,72%	2,00%
CAMPANIA	12.264.658.518 €	12.359.482.103 €	12.283.909.866 €		-0,61%	0,16%
da contributi	9.683.081.151 €	10.289.537.928 €	10.079.997.169 €		-2,04%	4,10%
da produzione interna	2.581.577.367 €	2.069.944.175 €	2.203.912.697 €		6,47%	-14,63%
EMILIA ROMAGNA	10.700.025.612 €	11.176.360.076 €	11.211.079.704 €		0,31%	4,78%
da contributi	7.849.905.367 €	8.405.733.704 €	8.266.227.683 €		-1,66%	5,30%
da produzione interna	2.850.120.245 €	2.770.626.372 €	2.944.852.020 €		6,29%	3,32%
VENETO	10.619.279.878 €	10.599.105.337 €	10.801.556.870 €		1,91%	1,72%
da contributi	8.168.640.296 €	8.286.604.972 €	8.297.350.179 €		0,13%	1,58%
da produzione interna	2.450.639.582 €	2.312.500.366 €	2.504.206.691 €		8,29%	2,19%
PIEMONTE	10.205.201.200 €	10.170.185.325 €	10.726.186.635 €		5,47%	5,11%
da contributi	7.146.661.625 €	7.543.527.645 €	7.739.000.877 €		2,59%	8,29%
da produzione interna	3.058.539.576 €	2.626.657.680 €	2.987.185.758 €		13,73%	-2,33%
SICILIA	10.488.383.661 €	10.611.768.987 €	10.475.885.237 €		-1,28%	-0,12%
da contributi	8.174.158.733 €	8.632.137.888 €	8.238.232.898 €		-4,56%	0,78%
da produzione interna	2.314.224.929 €	1.979.631.099 €	2.237.652.339 €		13,03%	-3,31%
TOSCANA	8.613.149.947 €	8.826.490.458 €	8.789.600.086 €		-0,42%	2,05%
da contributi	6.429.897.008 €	6.762.730.642 €	6.783.615.117 €		0,31%	5,50%
da produzione interna	2.183.252.939 €	2.063.759.816 €	2.005.984.969 €		-2,80%	-8,12%
PUGLIA	8.250.353.845 €	8.155.597.342 €	8.692.582.788 €		6,58%	5,36%
da contributi	6.979.224.129 €	7.055.471.283 €	7.390.191.217 €		4,74%	5,89%
da produzione interna	1.271.129.716 €	1.100.126.059 €	1.302.391.571 €		18,39%	2,46%
CALABRIA	4.113.682.017 €	4.064.082.074 €	4.023.104.071 €		-1,01%	-2,20%
da contributi	3.392.395.604 €	3.519.480.788 €	3.436.486.071 €		-2,36%	1,30%
da produzione interna	721.286.413 €	544.601.886 €	586.618.000 €		7,72%	-18,67%
SARDEGNA	3.748.101.761 €	3.712.632.488 €	3.950.714.679 €		6,41%	5,41%
da contributi	2.789.871.955 €	3.118.995.503 €	2.975.665.909 €		-4,60%	6,66%
da produzione interna	958.229.806 €	593.636.984 €	975.048.770 €		64,25%	1,76%
LIGURIA	3.416.204.340 €	3.485.638.635 €	3.937.165.752 €		12,95%	15,25%
da contributi	2.458.877.176 €	2.546.412.430 €	2.956.971.357 €		16,12%	20,26%
da produzione interna	957.327.164 €	939.226.205 €	980.194.395 €		4,36%	2,39%
MARCHE	3.506.563.302 €	3.512.766.840 €	3.601.134.048 €		2,52%	2,70%
da contributi	2.725.459.588 €	2.835.291.847 €	2.858.499.315 €		0,82%	4,88%
da produzione interna	781.103.715 €	677.474.993 €	742.634.734 €		9,62%	-4,92%
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.947.880.982 €	2.827.941.409 €	2.909.750.650 €		2,89%	-1,29%
da contributi	2.237.285.659 €	2.298.245.200 €	2.326.482.020 €		1,23%	3,99%
da produzione interna	710.595.323 €	529.696.208 €	583.268.630 €		10,11%	-17,92%
ABRUZZO	2.847.858.436 €	2.878.113.681 €	2.901.250.584 €		0,80%	1,87%
da contributi	2.382.826.563 €	2.488.307.465 €	2.537.618.795 €		1,98%	6,50%
da produzione interna	465.031.873 €	389.806.215 €	363.631.789 €		-6,71%	-21,80%

Tabella 3.14 (segue)

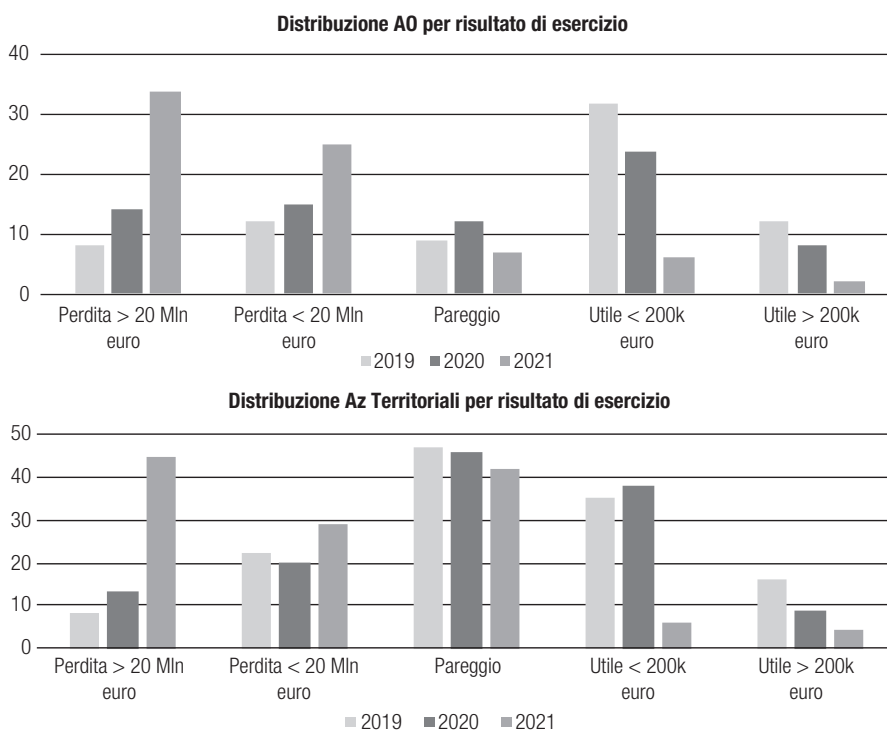
RICAVI						
	2.019,00	2.020,00	2.021,00	Tendenza Triennio	Variazione 2020-2021	Variazione 2019-2021
UMBRIA	2.112.104.736 €	2.125.774.198 €	2.217.893.279 €		4,33%	5,01%
da contributi	1.620.138.228 €	1.708.527.749 €	1.627.363.082 €		-4,75%	0,45%
da produzione interna	491.966.508 €	417.246.449 €	590.530.197 €		41,53%	20,03%
PROV. AUTON. BOLZANO	1.349.380.012 €	1.456.656.217 €	1.550.874.527 €		6,47%	14,93%
da contributi	1.248.211.240 €	1.292.034.798 €	1.346.040.064 €		4,18%	7,84%
da produzione interna	101.168.772 €	164.621.419 €	204.834.463 €		24,43%	102,47%
PROV. AUTON. TRENTO	1.315.020.273 €	1.365.500.021 €	1.429.761.506 €		4,71%	8,73%
da contributi	998.073.895 €	1.078.002.300 €	1.114.021.095 €		3,34%	11,62%
da produzione interna	316.946.378 €	287.497.722 €	315.740.411 €		9,82%	-0,38%
BASILICATA	1.351.267.363 €	1.349.150.947 €	1.362.088.410 €		0,96%	0,80%
da contributi	972.385.902 €	1.038.553.396 €	1.042.227.890 €		0,35%	7,18%
da produzione interna	378.881.461 €	310.597.551 €	319.860.520 €		2,98%	-15,58%
MOLISE	497.576.134 €	512.006.442 €	523.898.659 €		2,32%	5,29%
da contributi	472.790.112 €	500.168.880 €	502.734.121 €		0,51%	6,33%
da produzione interna	24.786.022 €	11.837.562 €	21.164.538 €		78,79%	-14,61%
VALLE D'AOSTA	289.184.502 €	310.944.559 €	318.014.978 €		2,27%	9,97%
da contributi	235.499.639 €	251.189.868 €	253.972.380 €		1,11%	7,84%
da produzione interna	53.684.863 €	59.754.691 €	64.042.598 €		7,18%	19,29%

COSTI						
	2.019,00	2.020,00	2.021,00	Tendenza Triennio	Variazione 2020-2021	Variazione 2019-2021
ITALIA - Totale	146.405.686.633 €	146.915.531.175 €	155.115.542.732 €		5,58%	5,95%
da produzione interna	57.707.351.031 €	54.343.906.862 €	57.042.717.253 €		4,97%	-1,15%
da produzione esterna	88.698.335.602 €	92.571.624.313 €	98.072.825.479 €		5,94%	10,57%
LOMBARDIA	25.683.162.582 €	24.856.428.468 €	26.510.200.085 €		6,65%	3,22%
da produzione interna	13.656.327.026 €	12.522.498.938 €	13.282.966.156 €		6,07%	-2,73%
da produzione esterna	12.026.835.556 €	12.333.929.530 €	13.227.233.929 €		7,24%	9,98%
LAZIO	14.217.289.890 €	14.264.283.913 €	15.050.498.337 €		5,51%	5,86%
da produzione interna	6.981.648.590 €	6.780.522.016 €	7.035.144.171 €		3,76%	0,77%
da produzione esterna	7.235.641.300 €	7.483.761.897 €	8.015.354.165 €		7,10%	10,78%
CAMPANIA	13.115.290.208 €	13.225.428.804 €	13.742.218.075 €		3,91%	4,78%
da produzione interna	5.560.720.282 €	5.224.163.567 €	5.443.878.494 €		4,21%	-2,10%
da produzione esterna	7.554.569.926 €	8.001.265.237 €	8.298.339.581 €		3,71%	9,85%
EMILIA ROMAGNA	11.507.566.251 €	11.934.813.507 €	12.533.478.881 €		5,02%	8,92%
da produzione interna	3.847.442.190 €	3.581.106.917 €	3.825.456.113 €		9,62%	2,03%
da produzione esterna	7.660.124.061 €	8.353.706.590 €	8.608.022.768 €		3,04%	12,37%
VENETO	11.449.911.597 €	11.746.231.469 €	12.488.351.570 €		6,32%	9,07%
da produzione interna	3.894.775.493 €	3.800.093.088 €	3.991.040.594 €		5,02%	2,47%
da produzione esterna	7.555.136.105 €	7.946.138.381 €	8.497.310.977 €		6,94%	12,47%
PIEMONTE	11.129.339.058 €	11.165.741.950 €	11.912.956.618 €		6,69%	7,04%
da produzione interna	4.260.375.785 €	3.974.198.395 €	4.238.837.227 €		6,66%	-0,51%
da produzione esterna	6.868.963.274 €	7.191.543.555 €	7.674.119.391 €		6,71%	11,72%
SICILIA	11.301.913.721 €	11.452.804.166 €	12.211.300.113 €		6,62%	8,05%
da produzione interna	4.452.843.589 €	4.246.681.855 €	4.398.197.867 €		3,57%	-1,23%
da produzione esterna	6.849.070.132 €	7.206.122.311 €	7.813.102.246 €		8,42%	14,08%
TOSCANA	9.190.683.350 €	9.500.347.587 €	9.826.113.661 €		3,43%	6,91%
da produzione interna	2.663.528.153 €	2.563.277.458 €	2.586.966.970 €		0,92%	-2,87%
da produzione esterna	6.527.155.197 €	6.937.070.129 €	7.239.146.691 €		4,35%	10,91%

Tabella 3.14 (segue)

	COSTI					
	2.019,00	2.020,00	2.021,00	Tendenza Triennio	Variazione 2020-2021	Variazione 2019-2021
ITALIA - Totale	146.405.686.633 €	146.915.531.175 €	155.115.542.732 €		5,58%	5,95%
<i>da produzione interna</i>	<i>57.707.351.031 €</i>	<i>54.343.906.862 €</i>	<i>57.042.717.253 €</i>		4,97%	-1,15%
<i>da produzione esterna</i>	<i>88.698.335.602 €</i>	<i>92.571.624.313 €</i>	<i>98.072.825.479 €</i>		5,94%	10,57%
PUGLIA	8.941.412.378 €	8.945.367.119 €	9.524.649.005 €		6,48%	6,52%
<i>da produzione interna</i>	<i>3.104.726.546 €</i>	<i>2.883.006.856 €</i>	<i>2.966.636.111 €</i>		2,90%	-4,45%
<i>da produzione esterna</i>	<i>5.836.685.832 €</i>	<i>6.062.360.263 €</i>	<i>6.558.012.894 €</i>		8,18%	12,36%
CALABRIA	4.567.894.469 €	4.474.990.522 €	4.491.522.648 €		0,37%	-1,67%
<i>da produzione interna</i>	<i>1.643.624.911 €</i>	<i>1.567.692.773 €</i>	<i>1.551.237.131 €</i>		-1,05%	-5,62%
<i>da produzione esterna</i>	<i>2.924.269.558 €</i>	<i>2.907.297.749 €</i>	<i>2.940.285.517 €</i>		1,13%	0,55%
SARDEGNA	3.973.679.251 €	3.950.996.228 €	4.209.157.534 €		6,53%	5,93%
<i>da produzione interna</i>	<i>1.202.461.777 €</i>	<i>1.152.334.116 €</i>	<i>1.232.013.896 €</i>		6,91%	2,46%
<i>da produzione esterna</i>	<i>2.771.217.474 €</i>	<i>2.798.662.113 €</i>	<i>2.977.143.639 €</i>		6,38%	7,43%
LIGURIA	3.728.745.568 €	3.748.777.050 €	4.213.416.657 €		12,39%	13,00%
<i>da produzione interna</i>	<i>1.246.978.363 €</i>	<i>1.206.511.088 €</i>	<i>1.331.025.176 €</i>		10,32%	6,74%
<i>da produzione esterna</i>	<i>2.481.767.205 €</i>	<i>2.542.265.962 €</i>	<i>2.882.391.481 €</i>		13,38%	16,14%
MARCHE	3.782.272.593 €	3.785.564.175 €	3.931.336.649 €		3,85%	3,94%
<i>da produzione interna</i>	<i>1.274.576.021 €</i>	<i>1.218.448.297 €</i>	<i>1.285.499.545 €</i>		5,50%	0,86%
<i>da produzione esterna</i>	<i>2.507.696.572 €</i>	<i>2.567.115.879 €</i>	<i>2.645.837.105 €</i>		3,07%	5,51%
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.150.260.089 €	3.017.452.693 €	3.200.331.559 €		6,06%	1,59%
<i>da produzione interna</i>	<i>833.927.476 €</i>	<i>667.848.753 €</i>	<i>724.190.633 €</i>		8,44%	-13,16%
<i>da produzione esterna</i>	<i>2.316.332.612 €</i>	<i>2.349.603.940 €</i>	<i>2.476.140.926 €</i>		5,39%	6,90%
ABRUZZO	3.111.562.682 €	3.163.097.613 €	3.248.486.074 €		2,70%	4,40%
<i>da produzione interna</i>	<i>974.206.420 €</i>	<i>950.169.040 €</i>	<i>943.727.466 €</i>		-0,68%	-3,13%
<i>da produzione esterna</i>	<i>2.137.356.262 €</i>	<i>2.212.928.573 €</i>	<i>2.304.758.608 €</i>		4,15%	7,83%
UMBRIA	2.289.110.709 €	2.279.809.500 €	2.395.406.354 €		5,07%	4,64%
<i>da produzione interna</i>	<i>771.715.473 €</i>	<i>700.580.479 €</i>	<i>772.053.025 €</i>		10,20%	0,04%
<i>da produzione esterna</i>	<i>1.517.395.235 €</i>	<i>1.579.229.021 €</i>	<i>1.623.353.330 €</i>		2,79%	6,98%
PROV. AUTON. BOLZANO	1.414.739.206 €	1.544.084.588 €	1.655.588.536 €		7,22%	17,02%
<i>da produzione interna</i>	<i>235.002.377 €</i>	<i>237.344.896 €</i>	<i>241.513.678 €</i>		1,76%	2,77%
<i>da produzione esterna</i>	<i>1.179.736.829 €</i>	<i>1.306.739.692 €</i>	<i>1.414.074.857 €</i>		8,21%	19,86%
PROV. AUTON. TRENTO	1.435.153.245 €	1.469.383.590 €	1.521.839.057 €		3,57%	6,04%
<i>da produzione interna</i>	<i>414.363.255 €</i>	<i>409.605.103 €</i>	<i>422.056.435 €</i>		3,04%	1,86%
<i>da produzione esterna</i>	<i>1.020.789.990 €</i>	<i>1.059.778.488 €</i>	<i>1.099.782.622 €</i>		3,77%	7,74%
BASILICATA	1.462.413.395 €	1.451.536.913 €	1.467.487.751 €		1,10%	0,35%
<i>da produzione interna</i>	<i>516.436.776 €</i>	<i>492.426.958 €</i>	<i>493.795.248 €</i>		0,28%	-4,38%
<i>da produzione esterna</i>	<i>945.976.619 €</i>	<i>959.109.955 €</i>	<i>973.692.502 €</i>		1,52%	2,93%
MOLISE	644.699.589 €	610.095.301 €	639.617.104 €		4,84%	-0,79%
<i>da produzione interna</i>	<i>121.557.788 €</i>	<i>112.868.429 €</i>	<i>122.903.332 €</i>		8,89%	1,11%
<i>da produzione esterna</i>	<i>523.141.800 €</i>	<i>497.226.872 €</i>	<i>516.713.773 €</i>		3,92%	-1,23%
VALLE D'AOSTA	308.586.804 €	328.296.016 €	341.586.463 €		4,05%	10,69%
<i>da produzione interna</i>	<i>50.112.743 €</i>	<i>52.527.839 €</i>	<i>53.577.986 €</i>		2,00%	6,91%
<i>da produzione esterna</i>	<i>258.474.061 €</i>	<i>275.768.177 €</i>	<i>288.008.477 €</i>		4,44%	11,43%

Figura 3.10 **Distribuzione delle aziende in base al risultato di esercizio, anni 2019-2021, tutte le regioni**



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

no un CE con una perdita di esercizio è molto significativo e pari a 133 su 200. Nel 2019 queste erano 50 e nel 2020 62. Da un lato certamente questo dato sconta il fatto che i dati 2021 non siano ancora definitivi e, soprattutto per la parte non operativa del bilancio (ovvero le gestioni straordinaria, finanziaria e tributaria) necessitano di integrazioni e revisioni. Dall'altro è espressivo di un trend iniziato con la pandemia che racconta di una difficoltà sempre maggiore delle aziende a raggiungere l'equilibrio auspicato (pareggio) senza interventi straordinari degli enti sovraordinati. Anche l'entità del risultato di esercizio (sia positivo che negativo) è significativa e rappresentativa delle dinamiche sopra rappresentate. Coerentemente sono diminuite drasticamente le aziende che presentano utili significativi (maggiori di 200 mila Euro). Ritornando infatti a commentare i dati riguardanti il valore e costi della produzione si riscontra che, già nel 2019 la differenza tra il valore della produzione e i costi della produzione aggregato di tutte le aziende italiane mostrava una differenza di

dati diversi rispetto alle risultanze del IV trimestre 2021.

-10,2 Mld di Euro. Nel 2021 lo stesso valore ammonta a -15,1 Mld di Euro segnalando la necessità di importanti interventi straordinari a risanamento delle situazioni aziendali.

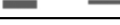
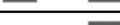
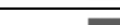
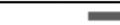
Il risultato di esercizio può essere rapportato al totale del Valore della Produzione che viene utilizzato in questo caso come proxy delle dimensioni aziendali, in quanto corrispondente al totale dei finanziamenti raccolti a vario titolo. Notiamo anche in questo caso un generale peggioramento dell'indicatore sia per le Aziende Territoriali (Tabella 3.15) che per le AO (Tabella 3.16). Più l'indicatore in questione è alto, tanto più l'entità della perdita (o dell'utile) è rilevante in rapporto al valore della produzione (se il CE è in pareggio l'indicatore è pari a zero). Oltre a permetterci di confrontare le singole aziende l'indicatore così costruito permette anche di confrontare quanto accade nei contesti regionali e nel tempo. La media nazionale per le Aziende Territoriali è peggiorata, passando da -1,39% nel 2019 a -2,11% nel 2021, coerentemente con quanto già osservato sopra rispetto all'aumentare dell'entità delle perdite. Per le AO il peggioramento è decisamente più rilevante: il dato medio passa da -4,43% a -9,9% segnalando una situazione particolarmente preoccupante per le AO di

Tabella 3.15 **Incidenza del risultato di esercizio sul totale del Valore della Produzione, Aziende Territoriali**

Regione	Az Territoriale			Andamento
	2019	2020	2021	
BASILICATA	0,28%	1,01%	2,05%	
SARDEGNA	0,29%	0,77%	0,70%	
PROV. AUTON. BOLZANO	2,05%	1,86%	0,06%	
UMBRIA	0,00%	0,01%	0,00%	
LOMBARDIA	0,00%	0,00%	0,00%	
PROV. AUTON. TRENTO	0,00%	0,00%	0,00%	
PUGLIA	-0,21%	0,00%	0,00%	
VALLE D'AOSTA	0,00%	1,27%	-0,14%	
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,05%	0,60%	-0,16%	
LIGURIA	-1,12%	0,00%	-0,22%	
MARCHE	0,00%	0,00%	-1,07%	
EMILIA ROMAGNA	0,00%	0,01%	-1,97%	
ITALIA	-1,39%	-0,77%	-2,11%	
CAMPANIA	-0,32%	-0,30%	-2,69%	
TOSCANA	-0,19%	-1,05%	-3,26%	
PIEMONTE	-0,59%	-2,68%	-3,36%	
SICILIA	0,02%	0,02%	-3,61%	
CALABRIA	-4,61%	-2,37%	-3,72%	
ABRUZZO	-2,18%	-2,88%	-3,95%	
LAZIO	0,00%	0,00%	-3,98%	
VENETO	-0,54%	-2,91%	-7,38%	
MOLISE	-22,07%	-9,64%	-11,55%	

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

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

Regione	AO			Andamento
	2019	2020	2021	
FRIULI VENEZIA GIULIA	3,45%	5,01%	0,17%	
UMBRIA	0,01%	0,04%	0,00%	
LOMBARDIA	0,00%	0,01%	0,00%	
LIGURIA	-6,30%	0,00%	-0,53%	
MARCHE	0,00%	0,00%	-0,64%	
BASILICATA	-0,29%	1,37%	-2,06%	
EMILIA ROMAGNA	0,02%	0,01%	-2,54%	
SARDEGNA	0,06%	0,33%	-5,11%	
PIEMONTE	-1,86%	-5,63%	-7,07%	
CAMPANIA	0,10%	0,08%	-8,78%	
ITALIA	-4,43%	-4,95%	-9,90%	
PUGLIA	-5,29%	-17,12%	-12,04%	
VENETO	0,88%	-3,23%	-13,59%	
TOSCANA	0,02%	-0,96%	-14,02%	
CALABRIA	-35,35%	-31,37%	-17,26%	
SICILIA	0,04%	0,04%	-34,68%	
LAZIO	-26,41%	-27,75%	-40,27%	

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

Puglia, Veneto, Toscana, Calabria, Sicilia e Lazio. Anche in questo torniamo a rimarcare come l'anno 2020 e 2021 sia stato particolarmente significativo rispetto all'impatto circa l'erogazione diretta di servizi da parte delle aziende. Le regioni le cui aziende esprimono indicatori più elevati della media nazionale sono quelle che maggiormente dovranno intervenire a risanamento delle situazioni aziendali. Si segnala, inoltre, che alcune regioni (Lombardia su tutte) fissano il raggiungimento del pareggio di bilancio come obiettivo delle direzioni generali da norma regionale, sancendo di fatto ogni anno l'obbligo di chiusura dei conti economici con risultati pari a zero.

3.5.4 Il finanziamento alle aziende: composizione dei ricavi di aziende territoriali e aziende ospedaliere

Dopo aver osservato l'andamento dei valori e commentato l'entità della spesa e dei finanziamenti ricevuti dalle aziende, è interessante confrontare la composizione interna dei ricavi per commentare i diversi posizionamenti regionali. Con riferimento ai dati che seguono si ricorda che si usa il termine finanziamento con riferimento al totale dei ricavi indicati nei CE delle aziende, corrispondente al Valore della Produzione. Si considera quindi l'insieme delle possibili fonti che aggregiamo in due macro-componenti principali: i Ricavi della produzione interna (ciò che le aziende ricevono a fronte di prestazioni specifiche,

oltre ai ricavi propri raccolti autonomamente) e i Contributi (definiti come tutti i contributi indistinti correnti ricevuti da enti pubblici e da privati). Prima di presentare i dati si ricorda che le evidenze relative alle aziende di Regione Lombardia derivano dal fatto che tutte le ASST e ATS sono state incluse nel gruppo delle Aziende Territoriali e sono presentate nel gruppo AO solo Policlinici, I.R.C.C.S. e I.N.R.C.A.

Guardando al peso relativo dei Contributi (Tabella 3.17) la media nazionale per le Aziende Territoriali si assesta al 92% confermando l'incremento della rilevanza di questa fonte rispetto al pre pandemia (la media nel 2019 era infatti di 89,97%). Lo stesso trend vale anche per le AO, su una incidenza pari al 42% nel 2021, inferiore rispetto al dato 2020 (44,6%) ma superiore al dato 2019 (33,6%). Ancora una volta questo è indicativo della maggior necessità di contributi da parte delle aziende dopo la pandemia a fronte di una riduzione dei volumi di attività. Analizzando ulteriormente i contributi, prevalgono in entrambi i casi e in tutti gli anni quelli indistinti: considerando solo questi la loro incidenza rispetto al valore della produzione sarebbe di 85,3% per le Aziende Territoriali (86,7% nel 2020 e 84,3% nel 2019) e di 18,4% per le AO (23% nel 2020 e 12% nel 2019). Anche in questo caso si riconosce l'effetto di COVID-19 differenziato tra le due tipologie di azienda. Nel caso delle Aziende Territoriali si nota infatti come l'entità dei contributi indistinti, sebbene aumentata rispetto al 2019, abbia visto un crescita solo marginale nel periodo pandemico, durante il quale invece l'entità dei contributi vincolati è aumentata molto significativamente in funzione delle peculiarità del momento vissuto. Per le AO invece si riscontra un picco di quest'indicatore nel 2020, confermando la rilevanza che i contributi indistinti hanno avuto nel 2020 per garantire gli equilibri aziendali e di sistema. Rispetto ai contributi è necessario considerare poi anche la quota dei contributi non utilizzati nell'anno di riferimento (in quanto accantonati per quote inutilizzate o rettificati per allocazione ad investimenti). Guardando quindi al valore netto dei contributi (Tabella 3.19) gli indicatori rimangono pressochè immutati per le Aziende Territoriali, segnalando mediamente una scarsa rilevanza del fenomeno, mentre sono significativi per le AO. Escludendo quote inutilizzate e rettifiche l'indicatore scende nel 2021 al 39% (era 39,9% nel 2020) segnalando che mediamente l'entità dei contributi non utilizzati durante l'anno è pari al 3% nel 2021 (e 4,7% nel 2020, 3,1% nel 2019).

I ricavi relativi alla produzione interna vedono per le Aziende Ospedaliere un crollo nel biennio 2020-2021. In tutte le regioni senza eccezioni si registra una variazione di diversi punti percentuali: a livello nazionale, nel 2020 mediamente le AO hanno visto ridurre di 9,26% i loro ricavi propri rispetto al 2019, con il picco delle aziende calabresi che hanno visto una diminuzione del 16,4%. Nel 2021 il primato va alle aziende liguri che a fine del IV trimestre (ricordiamo che i dati presentati non sono ancora definitivi) registrano una diminuzione

Tabella 3.17 **Incidenza contributi in conto esercizio (sia vincolati che indistinti) sul totale del valore della produzione, Aziende Territoriali***

Regione	Az Territoriale			Andamento
	2019	2020	2021	
LOMBARDIA	47,99%	58,10%	55,32%	
ABRUZZO	87,31%	89,71%	89,33%	
VENETO	89,17%	90,73%	90,20%	
LAZIO	89,46%	91,50%	90,85%	
EMILIA ROMAGNA	89,69%	92,07%	91,01%	
PIEMONTE	90,04%	92,49%	91,02%	
PROV. AUTON. TRENTO	90,37%	92,74%	91,04%	
ITALIA	89,87%	92,87%	92,20%	
FRIULI VENEZIA GIULIA	85,96%	92,36%	92,48%	
TOSCANA	91,16%	93,17%	93,49%	
PROV. AUTON. BOLZANO	92,42%	95,80%	93,65%	
CAMPANIA	92,19%	94,61%	93,66%	
UMBRIA	92,04%	94,67%	93,78%	
LIGURIA	92,24%	94,34%	94,19%	
VALLE D'AOSTA	88,21%	92,72%	94,79%	
SICILIA	94,59%	96,62%	95,05%	
PUGLIA	94,16%	96,26%	95,46%	
MARCHE	93,56%	95,62%	95,55%	
BASILICATA	93,27%	95,52%	96,95%	
MOLISE	97,23%	100,46%	98,68%	
CALABRIA	97,65%	99,76%	98,96%	
SARDEGNA	98,54%	101,00%	100,72%	

* Si ricorda che per regione Lombardia, tutte le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) sono state collocate nel gruppo Aziende Territoriali, sebbene svolgano in modo importante attività di produzione ed erogazione diretta. Questo determina il posizionamento nettamente diverso di regione Lombardia rispetto alle altre Regioni per questo indicatore.

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

media del 25,8% (a fronte di una media nazionale del 8,15%).

3.5.5 La composizione dei costi della produzione: fattori produttivi e prospettiva aziendale

Rispetto ai costi della produzione, si è già commentato come questi siano aumentati, in particolare sotto la spinta dei costi per produzione esterna. Se questo è vero in valori assoluti, osservando la composizione interna delle diverse componenti di costo e la loro incidenza rispetto al valore della produzione è possibile apprezzare le differenze tra regioni e tra aziende. Si ricorda che la composizione della spesa dell'SSN è già stata commentata nel paragrafo 3.4, quando è stata presentata l'incidenza di diverse categorie di spesa facendo riferimento a dati medi regionali. Tali dati non sono confrontabili con quanto si presenta di seguito per tre diverse ragioni:

Tabella 3.18 **Incidenza contributi in conto esercizio (sia vincolati che indistinti) sul totale del valore della produzione, AO**

Regione	AO			Andamento
	2019	2020	2021	
VENETO	24,68%	25,83%	22,44%	
EMILIA ROMAGNA	24,04%	37,61%	31,27%	
UMBRIA	27,42%	35,04%	31,99%	
TOSCANA	27,76%	36,11%	34,06%	
MARCHE	25,92%	40,08%	37,02%	
PIEMONTE	31,45%	42,13%	37,67%	
BASILICATA	28,80%	37,85%	37,98%	
CALABRIA	24,67%	42,48%	38,58%	
SICILIA	42,45%	58,58%	40,07%	
PUGLIA	37,52%	47,40%	41,68%	
ITALIA	33,69%	44,65%	42,06%	
LAZIO	32,68%	45,53%	42,39%	
SARDEGNA	41,36%	54,06%	45,63%	
FRIULI VENEZIA GIULIA	49,61%	54,52%	50,24%	
LOMBARDIA	29,47%	48,00%	53,96%	
CAMPANIA	50,90%	62,93%	60,25%	
LIGURIA	40,35%	46,27%	67,71%	

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

Tabella 3.19 **Incidenza contributi in conto esercizio netti di accantonamenti per quote inutilizzate e rettifiche per destinazione a investimenti sul valore della produzione, AO**

Regioni	2019	2020	2021	Andamento
VENETO	18,30%	19,39%	18,92%	
EMILIA ROMAGNA	22,31%	35,30%	29,24%	
UMBRIA	25,55%	34,15%	30,58%	
TOSCANA	26,60%	32,96%	33,31%	
BASILICATA	25,56%	31,90%	34,57%	
MARCHE	24,84%	37,44%	35,42%	
PIEMONTE	29,95%	39,62%	35,81%	
CALABRIA	23,69%	40,38%	36,54%	
SICILIA	40,22%	53,46%	37,62%	
Italia	30,58%	39,95%	39,08%	
LAZIO	30,52%	41,12%	40,01%	
PUGLIA	35,32%	42,28%	40,71%	
FRIULI VENEZIA GIULIA	40,80%	43,97%	42,92%	
SARDEGNA	40,26%	51,97%	44,04%	
LOMBARDIA	24,33%	38,64%	47,30%	
CAMPANIA	46,58%	56,98%	55,42%	
LIGURIA	34,49%	39,70%	62,92%	

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

Tabella 3.20 **Incidenza dei ricavi per prestazioni e ticket (inclusa intramoenia), AO**

Regioni	2019	2020	2021	Andamento
LIGURIA	59,02%	54,55%	33,14%	
CAMPANIA	48,85%	38,86%	40,22%	
LOMBARDIA	68,23%	54,30%	47,46%	
FRIULI VENEZIA GIULIA	53,53%	50,61%	51,78%	
SARDEGNA	56,82%	45,12%	53,07%	
PUGLIA	59,53%	52,06%	53,76%	
LAZIO	62,81%	53,12%	53,96%	
Italia	64,34%	55,09%	56,20%	
SICILIA	55,10%	41,63%	56,24%	
MARCHE	70,93%	58,35%	60,53%	
PIEMONTE	66,63%	57,04%	60,81%	
BASILICATA	69,28%	63,54%	61,00%	
CALABRIA	73,42%	57,02%	61,61%	
TOSCANA	68,55%	61,05%	61,66%	
UMBRIA	70,74%	62,35%	66,13%	
EMILIA ROMAGNA	72,27%	60,10%	66,16%	
VENETO	73,74%	71,67%	71,59%	

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

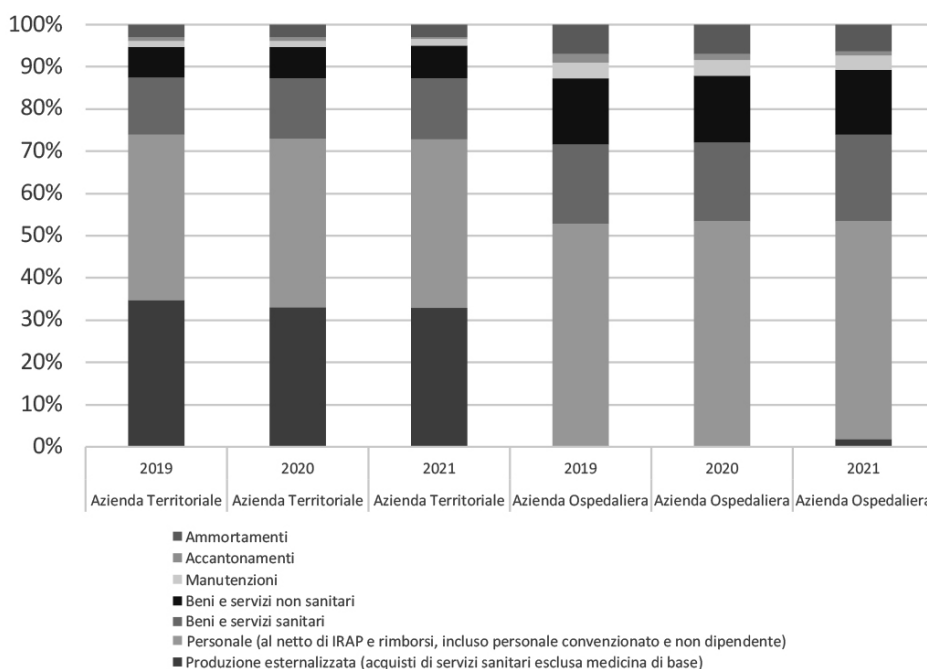
- La fonte è diversa, in quanto nel caso della prospettiva regionale sono stati utilizzati dati ministeriali già aggregati per regione mentre rispetto alla prospettiva aziendale si utilizzano i CE delle aziende, con i criteri di inclusione ed esclusione menzionati sopra;
- La metodologia di calcolo è diversa in quanto per la prospettiva aziendale si è utilizzato il metodo della riclassificazione che unisce più voci di CE e non solo quelle esplicitamente assegnate alle macro-categorie utilizzate, ad esempio per il personale non si usano solo le voci riferite esplicitamente al personale ma si imputa anche IRAP, costi legati alla medicina generale, recuperi e rimborsi, collaborazioni, etc., seguendo un criterio di coerenza. Gli indicatori utilizzati sono poi diversi, infatti la Tabella 3.21, Tabella 3.22, Tabella 3.23 fanno riferimento all'incidenza rispetto al valore della produzione e non al totale dei costi per fattori produttivi come invece la Tabella 3.11.
- La finalità è diversa in quanto nella prospettiva regionale si vogliono confrontare modelli di SSR, mentre nella prospettiva aziendale si vuole verificare il contributo delle diverse voci alla performance aziendale nonché l'assorbimento delle risorse a finanziamento.

Con queste premesse, la Figura 3.11 mostra la diversa articolazione dei costi tra Aziende Territoriali e AO. Per le prime nel 2021 si nota una prevalenza di co-

sto del personale (40%) seguito dai costi per l'acquisto di servizi sanitari (33%) e di beni sanitari (14%). Per le seconde, sempre nel 2021, si nota ugualmente il primato del costo del personale (corrispondente al 52% del totale dei costi per fattori produttivi), seguito da costi per l'acquisto di beni sanitari (20%) e di beni e servizi non sanitari (15%). Nonostante l'avvento di COVID-19, la struttura interna dei costi delle aziende, sia territoriali che ospedaliere, risulta immutata nel triennio di riferimento, segnalando come l'aumento in valore assoluto delle diverse componenti non abbia inciso sulla rilevanza interna delle diverse componenti di costo. Questo conferma come nel breve periodo, nonostante l'impatto di COVID-19, l'assetto interno delle aziende (per lo meno per quanto riguarda le macro componenti) non abbia subito modifiche sostanziali. Questo sarà da riverificare sui dati definitivi 2021 e 2022, rispetto ai quali ci si aspetta una modifica della rilevanza di alcuni fattori produttivi.

Guardando invece agli indicatori che rapportano l'entità delle diverse componenti di costo al totale del valore della produzione è possibile comprendere il

Figura 3.11 **Articolazione dei costi della produzione, produzione interna ed esterna***



* La classificazione di produzione interna ed esterna è stata presentata in Tabella 3.13. Si propone questa articolazione dei costi per dare una chiave interpretativa rispetto alle funzioni svolte dalle aziende e alle relative macro-categorie riferite alle tipologie di attività, non per tipologia di servizio erogato (come nel caso dei dati regionali) ma per aggregati di costi.

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

legame tra finanziamento e spesa delle aziende, cogliendo quali siano le aree di attività (tipologia di spesa o costi) che assorbano maggiori risorse considerato il finanziamento alle aziende nella sua totalità (valore della produzione). L'auto (principalmente contributi indistinti) ha fatto sì che l'incidenza dei primi sul totale del valore della produzione rimanesse stabile nel triennio considerato (37% nel 2021, 36% nel 2020, 38% nel 2019). Rispetto a questo indicatore è interessante invece segnalare l'ampia differenziazione regionale che arriva fino a 30 punti percentuali (escludendo dal calcolo le regioni con posizionamenti "estremi" dovuti all'esistenza di aziende uniche o con modelli di governance che sovrappongono la funzione di committenza e produzione).

L'incidenza del costo del personale rispetto al valore della produzione segnala invece per le aziende (territoriali ed ospedaliere) di numerose regioni un aumento nel 2021, sia rispetto al 2020 che al 2019. Il dato medio nazionale è del 44,6% nel caso delle aziende territoriali e 60,79% nel caso delle aziende ospedaliere. In entrambi i casi il delta di anno in anno è di circa l'1% in aumento.

Tabella 3.21 **Incidenza del costo per produzione esterna sul totale del valore della produzione, Aziende Territoriali**

Regioni	2019	2020	2021	Andamento
PROV. AUTON. BOLZANO	0,17	0,16	0,16	—
VALLE D'AOSTA	0,17	0,17	0,17	—
LOMBARDIA	0,22	0,22	0,21	—
MOLISE	0,24	0,22	0,23	—
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,31	0,27	0,28	—
PROV. AUTON. TRENTO	0,32	0,30	0,30	—
ABRUZZO	0,34	0,33	0,32	—
LIGURIA	0,39	0,37	0,35	—
TOSCANA	0,37	0,35	0,35	—
Italia	0,38	0,36	0,37	—
PUGLIA	0,40	0,38	0,37	—
VENETO	0,38	0,37	0,39	—
SARDEGNA	0,40	0,39	0,39	—
EMILIA ROMAGNA	0,44	0,41	0,43	—
MARCHE	0,45	0,43	0,44	—
BASILICATA	0,47	0,45	0,44	—
CALABRIA	0,46	0,44	0,44	—
SICILIA	0,46	0,44	0,44	—
UMBRIA	0,46	0,43	0,45	—
PIEMONTE	0,48	0,45	0,45	—
LAZIO	0,55	0,53	0,54	—
CAMPANIA	0,57	0,53	0,56	—

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

Tabella 3.22 **Incidenza costo del personale (al netto di IRAP e rimborsi, incluso personale convenzionato e non dipendente) sul valore della produzione, Aziende Territoriali**

Regione	2019	2020	2021	Andamento
CAMPANIA	31,07%	31,74%	33,62%	—
LAZIO	31,05%	31,88%	33,76%	—
BASILICATA	38,39%	38,43%	38,86%	—
MARCHE	39,39%	40,10%	39,49%	—
PIEMONTE	38,02%	39,94%	39,68%	—
UMBRIA	39,09%	39,59%	40,12%	—
EMILIA ROMAGNA	39,60%	39,94%	41,45%	—
PUGLIA	40,03%	41,05%	41,65%	—
SARDEGNA	41,99%	43,61%	42,75%	—
CALABRIA	40,33%	40,24%	42,82%	—
VENETO	40,73%	42,20%	43,50%	—
LIGURIA	42,69%	43,38%	43,70%	—
SICILIA	40,97%	41,62%	43,91%	—
Italia	43,17%	43,78%	44,60%	—
ABRUZZO	42,02%	42,71%	44,80%	—
TOSCANA	42,19%	43,64%	44,95%	—
PROV. AUTON. TRENTO	46,99%	47,13%	45,53%	—
FRIULI VENEZIA GIULIA	45,62%	47,62%	48,72%	—
LOMBARDIA	49,99%	51,30%	49,38%	—
MOLISE	56,48%	54,43%	55,90%	—
VALLE D'AOSTA	59,65%	58,30%	59,80%	—
PROV. AUTON. BOLZANO	60,17%	60,43%	62,12%	—

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

3.6 Conclusioni

Nelle conclusioni al capitolo 3 del Rapporto OASI 2021 era stata proposta una riflessione circa la necessità di distinguere, nell'analisi dei dati di finanziamento e spesa sanitaria, gli effetti transitori della pandemia dalle misure strutturali. Più in generale, si faceva riferimento al fatto che la maggior parte delle misure visibili dai dati 2020 non erano da considerarsi destinate ad incrementare in modo strutturale il finanziamento di sistema. Al netto dell'emergenza, infatti, già dai dati 2020 appariva evidente la tendenza a destinare la maggior parte del finanziamento incrementale a misure urgenti o comunque transitorie. Se questo era in qualche modo comprensibile nel 2020 poiché gli effetti della pandemia hanno iniziato a manifestarsi a valle della programmazione, per il 2021 è interessante (e non rassicurante) notare come dei circa 3 miliardi aggiuntivi allocati *ex ante* e in corso di anno, 1,79 miliardi siano relativi a misure per la gestione dell'emergenza, altri 500 milioni rappresentino il contributo alle misure emergenziali contenute nel DL 34/2020, 369 milioni in più rispetto al 2020

Tabella 3.23 **Incidenza costo del personale (al netto di IRAP e rimborsi, incluso personale convenzionato e non dipendente), AO**

Regione	2019	2020	2021	Andamento
LIGURIA	66,01%	62,74%	45,65%	
LOMBARDIA	57,22%	57,92%	48,91%	
FRIULI VENEZIA GIULIA	53,94%	54,24%	55,37%	
UMBRIA	56,30%	56,57%	56,61%	
MARCHE	58,43%	59,96%	57,23%	
VENETO	50,75%	55,01%	57,44%	
EMILIA ROMAGNA	54,87%	53,26%	57,64%	
BASILICATA	58,42%	57,49%	59,53%	
CAMPANIA	53,56%	54,65%	60,57%	
Italia	58,78%	59,55%	60,79%	
SARDEGNA	60,78%	60,95%	62,32%	
PIEMONTE	60,43%	63,10%	62,56%	
PUGLIA	59,05%	64,42%	63,66%	
TOSCANA	56,02%	57,22%	64,47%	
CALABRIA	66,40%	67,35%	65,84%	
LAZIO	68,20%	70,28%	76,54%	
SICILIA	60,15%	57,58%	78,22%	

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

compensino la soppressione del superticket e 100 milioni riguardino l'indennità tutela malato e promozione salute OSS. A fronte di queste misure legate alla gestione della pandemia e dei relativi piani (come la somministrazione dei vaccini), le iniziative volte, ad esempio, al rinnovamento della struttura dell'offerta sono rappresentate dai 25 milioni assegnati alla sperimentazione di strutture di prossimità. Il 2021 si conferma quindi un anno difficoltoso al pari del 2020 e in cui l'aspettativa di interventi non emergenziali e relativi finanziamenti da intraprendere con una visione di lungo periodo "oltre" la pandemia, è rimandata ancora una volta al futuro, con il PNRR. L'aumento di risorse destinate alla sanità leggibile nei dati è quindi in larga misura un incremento "obbligato" e di conseguenza "apparente". "Obbligato" perché legato al momento emergenziale e in gran parte conseguenza di strategie non solo sanitarie. La campagna vaccinale, ad esempio, sebbene costituita nell'atto da una prestazione sanitaria, andrebbe considerata come una misura di governo più ampia che integra la dimensione della tutela della salute con quella assistenziale, sociale, economica a sostegno della produzione e della mobilità. In altri termini, la strategia di governo complessivo del Paese ha comportato un'allocazione straordinaria e transitoria di fondi al servizio sanitario nazionale per diverse azioni *una tantum*. Ma da questo punto di vista, il maggior finanziamento è anche "apparente" perché non è realmente destinato, se non in parte marginale, al recupero del ritardo di dotazione che già avevamo discusso nei Rapporti OASI negli

anni precedenti alla pandemia. Il sistema salute ha, attualmente, bisogno di rifocalizzarsi sulle sfide lasciate a inizio 2020, che il COVID-19 ha lasciato pressoché intatte o più urgenti.

Per andare oltre gli effetti della pandemia, un'analisi della dimensione economica del nostro SSN non può prescindere, perciò, da alcune considerazioni:

1. Il livello di finanziamento per la sanità pubblica del nostro Paese è basso. I ricavi destinati alla gestione corrente (inclusi quelli per l'emergenza) non superano il 7,3% del PIL, in diminuzione rispetto al 2020. Questo vuol dire che il "rimbalzo" di crescita dell'economia (+7,2%) è stato superiore a quello relativo al finanziamento della sanità (+2,4%).
2. Anche il livello di spesa sanitaria corrente pubblica (e totale) è basso. Il sistema, come dato aggregato, non presenta più problemi di disavanzo complessivo, dato che ormai dal 2012 il valore di spesa a consuntivo si scosta pochissimo (in positivo o in negativo) dal finanziamento complessivo, che peraltro può essere corretto in corso di anno. Come incidenza sul PIL, quindi, anche la spesa pubblica ha un livello del 7,3%, circa tre punti in meno di Francia e Germania (stesso scarto sulla spesa totale, in Italia pari al 9,5%). Questo dato, peraltro, ritornerebbe ai livelli del 2019 (inferiore al 7%) escludendo le voci relative all'emergenza sanitaria. L'Italia è, quindi, un sistema che appare in equilibrio, ovvero che spende ciò che finanzia: in entrambi i casi, poco. Su tali premesse, la sfida non è più contenere il disavanzo complessivo, ma studiare il modo (se esiste) con cui il nostro sistema possa mantenersi al passo per output, qualità e outcome, con altri sistemi come Francia e Germania che investono quasi il 30% in più come incidenza sul PIL (e con un PIL più alto).
3. L'apparire in equilibrio complessivo non corrisponde ad una omogenea performance gestionale a livello delle aziende. Il risultato d'esercizio è, al contrario, un campanello di allarme dello stato di salute degli enti nella prospettiva aziendale. Il trend triennale riportato nel capitolo mette in luce un graduale peggioramento dei risultati d'esercizio aziendali soprattutto nel caso delle AO più orientate alla produzione. Naturalmente, i dati sul 2021 sono provvisori e soggetti a possibili variazioni, ma le prime verifiche sui dati definitivi non fanno emergere differenze sensibili e confermano il trend di peggioramento rispetto alla situazione pre-pandemia. Ci troviamo, pertanto, in una condizione di disallineamento tra quanto osserviamo a livello aggregato e al livello locale: da un lato abbiamo l'equilibrio generale del SSN, osservato attraverso gli aggregati regionali e nazionali e positivo grazie agli stanziamenti aggiuntivi erogati in corso d'anno, dall'altro riscontriamo la difficoltà crescente delle aziende sanitarie (territoriali e ospedaliere) a raggiungere l'equilibrio economico. Si assiste, infatti, ad una crescente sofferenza delle singole aziende, dovuta all'aumento dei costi della produzione

e ad una maggiore dipendenza da contributi da enti sovraordinati, non legati direttamente alla produzione. Maggiore capacità di lettura di un trend simile sarà possibile nei prossimi anni, al termine della pandemia e superato l'impatto economico di questa. Già oggi però deve risuonare l'allarme riguardo alle difficoltà crescenti del livello aziendale nel recepire i corretti incentivi dal finanziamento per output, e quindi a ritenerlo un sistema credibile. Se confermata, tale tendenza richiederebbe un ripensamento delle modalità di finanziamento anche con riferimento al modello di governance del sistema, aprendo una discussione sulle leve e spazi di manovra disponibili ai diversi livelli istituzionali. L'autonomia aziendale, e in parte anche quella regionale, è efficace nella misura in cui esiste uno spazio strategico sufficientemente ampio per valutare scelte alternative di impiego delle risorse e di produzione. Se, al contrario, la produzione risulta sempre più obbligata e (in parte come conseguenza) il finanziamento è sempre più legato agli input che all'output (per non parlare della quasi totale assenza di finanziamento per outcome) allora l'autonomia aziendale corre il rischio di diventare più formale che sostanziale (Vendramini *et al.*, 2017), soprattutto nei contesti meno dinamici (e per certi versi più propensi all'immobilismo e all'isomorfismo) e in cui il management tende ad agire solo formalmente gli spazi di autonomia aziendali, percependosi come "imprigionato" da scelte di policy e di finanziamento sempre più vincolanti, che fanno apparire il dato aggregato in equilibrio ma che nascondono più di una difficoltà a livello dell'erogatore.

Non sono, attualmente, previsti interventi di aumento strutturale del finanziamento e, di conseguenza, della spesa sanitaria corrente pubblica. Del resto, un aumento dell'incidenza sul PIL che porti l'Italia ai livelli di Francia e Germania richiederebbe circa 50 miliardi all'anno (+40% circa rispetto all'attuale livello di finanziamento) ed è chiaramente un'ipotesi poco concreta nel breve termine. Tuttavia, anche obiettivi meno ambiziosi (ad esempio di allineamento al dato di incidenza registrato in Spagna, 7,8%) richiederebbe un'allocazione di circa 9 miliardi in più all'anno al SSN. L'entità di queste differenze e il delta di risorse che si registra, rende fragile (o quanto meno non più sufficiente) l'argomento efficientista secondo cui il SSN italiano è e sarà sempre in grado di produrre ottimi risultati con molte meno risorse degli altri Paesi, e rende urgente la riflessione sul livello concreto di obiettivi credibili che si possono raggiungere. A tal proposito, la proiezioni presentate nella recente Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza (NADEF) 2022 confermano uno scenario non confortante: nel biennio 2023-2024 la spesa sanitaria tornerà a subire una contrazione, per poi stabilizzarsi solo nel corso del 2025, grazie alla presenza di minori oneri connessi alla gestione dell'emergenza epidemiologica.

Abbiamo discusso poi fino ad ora del rapporto tra finanziamento e funzionamento ordinario del SSN, ma considerazioni simili possono essere introdotti

te anche rispetto agli investimenti. Già prima del 2020 si segnalava la necessità di sostenere gli enti dell'SSN rispetto a investimenti sempre più necessari ed urgenti per adeguare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche. Successivamente (e grazie) alla pandemia si apre una stagione di grandi investimenti che seguono, anche in questo caso, la logica dei trasferimenti da enti sovra-ordinati e dei contributi finalizzati. La realizzazione e lo sfruttamento futuro di tali opere avrà però ripercussioni anche sulle attività aziendali e (in alcuni casi) modificherà la struttura produttiva con conseguenze gestionali e di impatto sui costi. Le singole aziende e i policy maker ai diversi livelli devono interrogarsi da subito sul tema e sviluppare analisi di scenario serie in termini di impatto futuro delle scelte odierne di investimento, anche al livello locale. In assenza di questo 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 reali meccanismi di funzionamento di queste. Oltre che un tema di equilibri finanziari ed economici, apre poi anche il discorso circa il rischio che universalità, uguaglianza ed equità (i principi fondamentali del SSN) più che essere tre dimensioni correlate dello stesso valore, diventino obiettivi in parte alternativi tra loro (e alternativi alla qualità) a causa del vincolo di risorse crescente. I meccanismi di finanziamento dovrebbero però tenere conto anche delle tendenze in atto rispetto ai modelli organizzativi delle aziende oltre che di incentivi orientati a tutelare le partite considerate strategiche, sia in parte corrente che capitale.

In chiusura non si può fare a meno di ricordare che rispetto all'anno 2022 si aggiungono anche le considerazioni e le criticità legate alla crisi geo-politica ed energetica in corso. Questa ha un impatto notevole sull'SSN, in particolare rispetto ai costi sostenuti per beni e servizi. L'aspettativa è che i risultati 2022 siano in peggioramento rispetto agli anni precedenti, rendendo ancora più urgente le riflessioni sull'entità e modalità del finanziamento dell'SSN. L'aspettativa (secondo il documento NADEF) è che questo accadrà nonostante le (ennesime) misure straordinarie che si stanno definendo e in forza di un aumento travolgente dei costi. Solo i dati dei prossimi anni potranno confermare o meno queste aspettative.

3.7 Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in Cergas (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», in Cergas (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, Egea.

- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in Cergas (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 (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 (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea.
- Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E. (2015), «L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche», in Cergas (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda: logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.
- Fondo Monetario Internazionale (2022), *World Economic Outlook. Countering the Cost-of-Living Crisis*.
- Intesa, ai sensi dell'art.115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2021 (Rep. Atti n. 152/CSR del 4 agosto 2021).
- ISTAT (2022), «I.Stat» (database) (ultimo accesso, 1 agosto 2022).
- 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 (2022), «OECD Health Data: Health care resources», *OECD Health Statistics* (database) (ultimo accesso, 30 luglio 2022).
- Van Doorslaer E., Masseria 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*.
- Vendramini E.A., Armeni P., Lecci F., & Ricci A. (2017), «Starve the beast to let it back to the iron cage: do budget constraints increase isomorphism?», in *Sviluppo, sostenibilità e competitività delle aziende. Il contributo degli economisti aziendali*, (pagg. 207-221).

**La realizzazione del Rapporto OASI 2022 è stata possibile
grazie ai contributi incondizionati di**



ASSOLOMBARDA



Dedalus



VIATRIS