

3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

di Patrizio Armeni, Arianna Bertolani, Ludovica Borsoi, Francesco Costa¹

3.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati di spesa, finanziamento e performance economica del SSN italiano, integrandoli con un confronto internazionale e con approfondimenti regionali. Sulla base dei dati ministeriali riferiti al 2020 è possibile un commento, seppur iniziale, sugli impatti dell'emergenza COVID così come appaiono dai documenti contabili. Tali impatti, pur letti con ritardo rispetto all'analisi delle azioni intraprese (osservabili invece in tempo reale), 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 sulla struttura economica del sistema.

Per quanto riguarda la parte internazionale, si rimanda al capitolo 3 del Rapporto OASI 2018 (Armeni, Bertolani, Borsoi, Costa, 2018) per gli approfondimenti metodologici. Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria italiana, invece, si rimanda all'allegato del Capitolo 3 del Rapporto 2009 (Armeni, 2009). Per questo capitolo, la fonte dei dati di spesa sanitaria pubblica è il Ministero della Salute. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL), Corte dei Conti (commento alle variazioni degli aggregati di spesa e analisi dell'avanzamento dei PdR, riportate nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2020).

Il capitolo è così strutturato: nel §3.2 si analizzano i dati di spesa sanitaria di 29 Paesi europei ed extra europei, con particolare riferimento all'incidenza economica dell'assistenza sanitaria sul settore pubblico e sui cittadini²; nel §3.3

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

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

sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e risorse complessivamente disponibili³) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il §3.4 è, invece, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa. Nel §3.5 è analizzata l'evoluzione della performance economica a livello regionale e sono riportate le principali misure attivate per la copertura dei disavanzi. Infine, nel §3.6 sono riportate le conclusioni.

3.2 La spesa sanitaria: un confronto internazionale⁴

La spesa sanitaria nei 29 Paesi considerati⁵ riflette l'eterogeneità degli assetti istituzionali e si caratterizza per livelli, composizioni e dinamiche altamente differenziate (Tabella 3.1 e Figura 3.1).

Analizzando i livelli complessivi di spesa pro-capite sulla base dei differenti assetti istituzionali, si osserva come il sistema comunemente considerato tra i modelli di welfare come quello più vicino al mercato, gli Stati Uniti, presenti, in media, livelli di spesa nettamente più elevati. Nel 2019, infatti, il livello medio di spesa sanitaria complessiva pro-capite negli Stati Uniti risulta più alto del 142% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (ad esempio, Francia, Germania, Olanda) e del 143% rispetto a quella dei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale o locale (ad esempio, Italia, Regno Unito, Svezia). Ovviamente, è fondamentale interpretare i livelli di spesa di un Paese in funzione dell'insieme di servizi offerti, della loro organizzazione e gestione,

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

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

⁵ Si tratta dei principali Paesi europei (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera), a cui sono stati aggiunti Australia, Stati Uniti, Canada, Giappone e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina). Si segnala che il Regno Unito viene riportato tra i Paesi dell'Unione Europea in quanto i dati presentati in questo capitolo risultano precedenti alla Brexit (avvenuta il 1 febbraio 2020).

Tabella 3.1 **Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000, 2005, 2010-2019)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UE (15)												
Austria	2.803	3.476	4.261	4.345	4.588	4.767	4.858	4.944	5.196	5.315	5.545	5.705
Belgio	2.297	3.117	3.922	4.065	4.244	4.436	4.588	4.654	5.004	5.136	5.359	5.458
Danimarca	2.345	3.015	4.164	4.170	4.315	4.456	4.536	4.673	4.850	5.083	5.317	5.478
Finlandia	1.876	2.573	3.429	3.598	3.786	3.933	3.956	3.992	4.104	4.215	4.380	4.561
Francia	2.686	3.265	4.047	4.162	4.299	4.550	4.631	4.670	4.922	4.995	5.136	5.274
Germania	2.894	3.430	4.425	4.567	4.745	4.951	5.151	5.296	5.671	5.960	6.291	6.518
Grecia	1.418	2.194	2.608	2.290	2.146	2.067	2.017	2.081	2.221	2.245	2.291	2.319
Irlanda	1.829	3.093	4.053	4.198	4.359	4.300	4.197	4.295	4.537	4.683	4.898	5.083
Italia	2.030	2.504	3.106	3.098	3.072	3.043	3.037	3.089	3.274	3.376	3.522	3.653
Lussemburgo	3.410	4.881	5.628	4.830	4.424	4.637	4.707	4.692	4.864	4.989	5.221	5.414
Olanda	2.646	3.583	4.477	4.567	4.782	4.924	4.935	4.927	5.076	5.254	5.538	5.739
Portogallo	1.642	2.184	2.581	2.457	2.421	2.504	2.538	2.636	2.815	2.906	3.153	3.347
Spagna	1.523	2.212	2.738	2.734	2.729	2.764	2.858	3.019	3.149	3.321	3.444	3.600
Svezia	2.195	2.811	3.433	4.460	4.680	4.732	4.866	5.004	5.128	5.219	5.457	5.552
Regno Unito	1.893	2.736	3.390	3.452	3.587	3.691	3.780	3.832	3.989	4.096	4.289	4.500
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	1.026	1.523	2.003	2.042	2.090	2.449	2.565	2.545	2.671	2.873	3.174	3.417
Repubblica Slovacca	690	1.191	2.012	1.975	2.097	2.154	2.010	2.059	2.040	1.974	2.049	2.189
Polonia	604	835	1.424	1.497	1.579	1.671	1.687	1.819	1.959	2.063	2.123	2.289
Ungheria	906	1.464	1.667	1.756	1.767	1.822	1.864	1.891	2.000	2.000	2.103	2.170
Altri Paesi europei												
Norvegia	2.793	3.741	4.779	4.965	5.210	5.486	5.707	5.727	5.904	6.234	6.537	6.745
Svizzera	3.325	4.106	5.092	5.260	5.565	5.924	6.159	6.466	6.808	6.866	6.978	7.138
Altri Paesi non europei												
Australia	2.154	2.872	3.595	3.809	3.854	4.093	4.190	4.384	4.625	4.659	4.793	4.919
Stati Uniti	4.536	6.443	7.880	8.081	8.348	8.533	8.950	9.399	9.777	10.106	10.528	10.948
Canada	2.451	3.292	4.155	4.226	4.333	4.425	4.533	4.631	5.040	5.138	5.331	5.370
Giappone	1.851	2.471	3.170	3.741	3.971	4.308	4.328	4.516	4.296	4.413	4.559	4.691
Russia	447	704	1.205	1.204	1.338	1.410	1.479	1.434	1.406	1.521	1.714	1.850
India	n.d.	n.d.	n.d.	160	179	208	209	216	224	238	257	n.d.
Cina	n.d.	n.d.	n.d.	439	509	562	596	635	668	730	811	n.d.

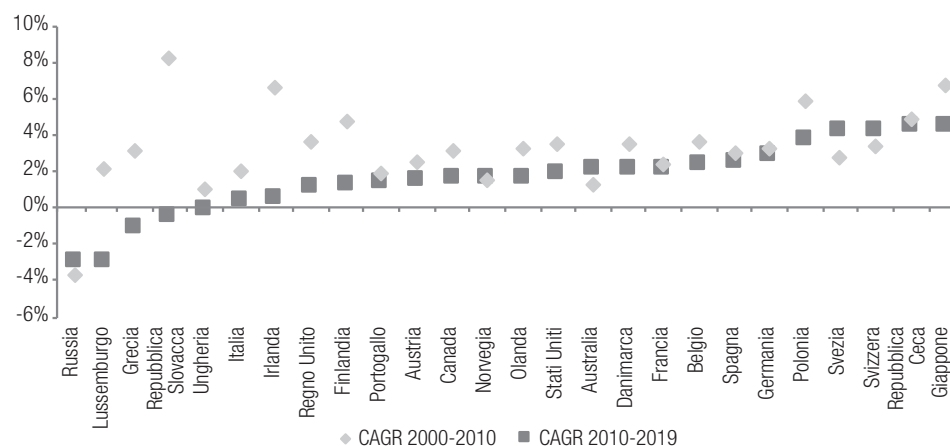
Nota: Non risultano più disponibili sul sito dell'OECD i dati di spesa nominale per il Brasile, che è stato quindi escluso dalla tabella.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2021.

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).

L'analisi dell'evoluzione della spesa sanitaria totale pro-capite in diversi intervalli temporali (Figura 3.1) mostra, tra il 2010 e il 2019, un aumento medio dei

Figura 3.1 **Tasso di crescita medio annuo (CAGR) della spesa sanitaria totale pro-capite in termini reali (2000-2010 e 2010-2019)**



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

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2021.

coefficienti di crescita⁶ misurati in termini reali pari all'1,6% nei Paesi considerati, inferiore rispetto all'aumento rilevato nel periodo 2000-2010 (3,2%). Nell'ultimo periodo analizzato (2010-2019), si rilevano solamente cinque Paesi (Lussemburgo, Russia, Grecia, Repubblica Slovacca e Ungheria) con tassi di crescita negativi. L'Italia presenta un tasso di crescita della spesa sanitaria reale quasi nullo (+0,4%) e inferiore rispetto a quello registrato nel decennio 2000-2010 (2,0%).

Una dimensione importante della spesa sanitaria è la sua composizione rispetto ai soggetti pagatori. Essendo un settore critico di ogni Paese sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza sempre per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione variabili. La Tabella 3.2 mostra la percentuale di spesa sanitaria coperta dal finanziamento pubblico e dagli schemi assicurativi sanitari obbligatori previsti *ex-lege* (sociali e privati). La componente pubblica e assicurativa obbligatoria della spesa sanitaria è molto elevata e superiore al 60% in tutti i Paesi considerati⁷, ad eccezione della Grecia. Nonostante la prevalenza

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

⁷ Il sostanziale incremento della componente di spesa sanitaria coperta dal finanziamento pubblico e dagli schemi assicurativi sanitari obbligatori registrato dagli Stati Uniti nel periodo 2010-2019 (pari al 34,0%) è diretta conseguenza dell'Affordable Care Act (ObamaCare), che dal 2014 impone ai cittadini americani, o alle imprese per conto dei propri dipendenti, la stipula obbligatoria di uno schema assicurativo.

Tabella 3.2 **Copertura della spesa sanitaria attraverso finanziamento pubblico e schemi assicurativi sanitari obbligatori (%) (2000, 2005, 2010-2019)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2019
UE (15)														
Austria	75,5	74,0	74,6	74,6	74,7	74,0	74,0	74,1	74,0	74,0	74,8	75,2	-0,9	0,6
Belgio	74,6	74,5	76,1	76,1	76,6	76,1	76,4	75,9	77,3	77,4	76,9	76,8	1,5	0,7
Danimarca	83,1	83,7	83,9	83,6	84,0	84,3	84,2	84,1	84,0	83,9	83,3	83,3	0,8	-0,6
Finlandia	74,1	76,2	77,1	77,6	78,2	78,0	78,0	76,9	76,2	76,4	76,9	77,8	3,0	0,7
Francia	78,9	78,7	76,3	76,0	76,1	76,2	76,5	76,6	83,0	83,2	83,5	83,7	-2,6	7,5
Germania	78,1	75,3	83,2	83,1	83,0	83,8	84,2	84,2	84,3	84,5	84,5	84,6	5,1	1,4
Grecia	61,6	60,8	68,9	65,7	66,1	61,7	57,7	57,6	60,7	60,5	58,4	59,8	7,3	-9,1
Irlanda	77,5	78,9	76,2	71,9	71,7	70,6	71,0	72,0	72,7	73,0	74,1	74,6	-1,3	-1,6
Italia	72,6	77,5	78,5	77,0	75,9	75,8	75,4	74,4	74,4	73,7	73,8	73,9	5,8	-4,5
Lussemburgo	82,0	83,2	84,9	83,2	82,8	83,1	83,5	83,7	83,6	84,0	84,1	85,0	2,9	0,0
Olanda	69,0	68,4	83,4	82,7	82,1	81,1	81,1	81,4	81,1	81,7	82,1	82,6	14,3	-0,7
Portogallo	69,8	70,9	66,6	64,6	61,3	62,3	61,8	61,7	61,7	61,2	61,2	61,0	-3,2	-5,6
Spagna	71,4	71,6	74,4	73,5	72,1	71,0	70,3	71,3	71,6	70,5	70,3	70,6	3,1	-3,8
Svezia	85,5	82,3	82,5	84,5	84,2	84,0	84,0	84,0	84,3	84,7	84,8	84,9	-3,1	2,4
Regno Unito	76,3	80,8	81,7	81,4	80,7	79,3	79,4	79,4	79,6	78,9	78,5	78,5	5,4	-3,2
UE (nuovi Paesi)														
Repubblica Ceca	89,8	86,8	83,3	83,9	83,7	83,6	82,7	82,4	82,0	82,1	83,0	81,8	-6,5	-1,5
Repubblica Slovacca	89,2	75,3	71,9	73,8	72,2	74,2	80,2	79,7	80,4	79,9	80,1	79,8	-17,3	7,9
Polonia	68,9	68,7	71,7	70,9	70,0	70,7	70,7	69,7	69,3	69,3	71,5	71,8	2,8	0,1
Ungheria	69,6	70,7	67,1	66,5	65,5	66,6	67,1	68,2	68,1	68,8	69,9	68,3	-2,6	1,2
Altri Paesi europei														
Norvegia	81,7	83,1	84,7	84,4	84,8	85,0	85,3	85,5	85,4	85,1	85,7	85,8	3,0	1,1
Svizzera	58,1	63,1	64,3	64,8	66,2	67,0	66,1	66,2	65,5	65,9	65,7	66,8	6,2	2,5
Altri Paesi non europei														
Australia	68,4	68,4	68,6	69,2	67,5	65,0	64,7	65,8	66,0	66,3	66,6	68,7	0,3	0,1
Stati Uniti	44,4	45,4	48,7	48,8	48,7	49,4	82,6	82,7	82,6	82,6	82,8	82,7	4,3	34,0
Canada	70,0	69,9	69,9	70,2	70,4	70,7	70,6	70,6	69,7	69,8	70,2	70,2	-0,1	0,3
Giappone	80,4	81,2	81,9	83,7	83,9	84,3	84,1	84,1	84,0	84,2	83,8	83,9	1,5	2,0
Russia	59,4	61,1	61,4	62,7	63,7	62,4	61,8	58,7	57,0	57,1	59,5	61,2	2,0	-0,2
India	22,6	21,2	25,5	28,0	27,1	22,1	22,9	25,8	27,0	27,5	27,2	n.d.	3,0	1,7*
Cina	22,0	32,8	51,9	53,7	55,7	57,1	58,4	60,2	58,1	56,7	56,6	n.d.	29,9	4,7*

*Differenza calcolata utilizzando l'ultimo anno disponibile (2018).

Nota: Non risultano più disponibili sul sito dell'OECD i dati di spesa per il Brasile, che è stato quindi escluso dalla tabella.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2021.

di tale copertura sulle altre componenti di spesa, il finanziamento pubblico ha subito una contrazione nel periodo 2010-2019 (o ultimo anno disponibile) in dieci Paesi considerati, inclusa l'Italia (-4,5%). 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.

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 prestazioni⁸. 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 sui consumi privati) in quanto presenta dinamiche proprie e non banalizzabili con una semplice lettura "per differenza" rispetto alla copertura pubblica.

Nei Paesi analizzati, la componente *out-of-pocket* registra una notevole variabilità nell'ultimo anno di rilevazione disponibile (2019), dal 9,3% della Francia al 35,2% della Grecia e 36,6% della Russia (Figura 3.2). Considerando i differenti assetti istituzionali, si registra una percentuale di spesa *out-of-pocket*

⁸ Il concetto di equità potrebbe essere declinato in diverse prospettive. Ad esempio, un sistema altamente redistributivo è funzionale a una maggiore equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi, ma è meno equo rispetto alla quantità di contribuzione. In questo contesto si fa riferimento all'equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi. Tuttavia, è opportuno sottolineare che per valutare una dimensione come l'equità non è sufficiente soffermarsi sulla composizione della spesa totale, perché essa prescinde dalla sua distribuzione tra i cittadini e non considera la tipologia di servizi erogati e la loro qualità.

superiore nei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (19,1%) rispetto ai Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (18,7%) e agli Stati Uniti (11,3%). In termini assoluti, tuttavia, la spesa *out-of-pocket* negli Stati Uniti risulta la più elevata dopo la Svizzera (Figura 3.2). L'Italia presenta un dato relativamente elevato, 23,3%, a testimonianza del fatto che circa un quarto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricade direttamente sull'individuo nel momento del consumo, mentre si mantiene marginale la percentuale di spesa per premi assicurativi obbligatori⁹ (0,2%) e quella intermediata dalle assicurazioni private (2,8%). Il ruolo delle compartecipazioni potrebbe assumere particolare rilevanza nei Paesi in cui la spesa pubblica è sempre più soggetta a vincoli di budget e dove, come tendenza generalizzata, si è ridotta la copertura pubblica negli ultimi anni. In tali circostanze, e tenendo conto delle diverse determinanti di scelte di consumo pubblico e privato, infatti, la compartecipazione può evolvere concettualmente da semplice sostituto della spesa pubblica a contributo per un *upgrade* qualitativo dei servizi. In tal senso, invece che rappresentare uno strumento iniquo che porta alla rinuncia alle cure, la compartecipazione potrebbe rappresentare uno dei primi *driver* della diffusione di nuovi servizi e tecnologie, liberando così risorse pubbliche per i servizi essenziali e prioritari.

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

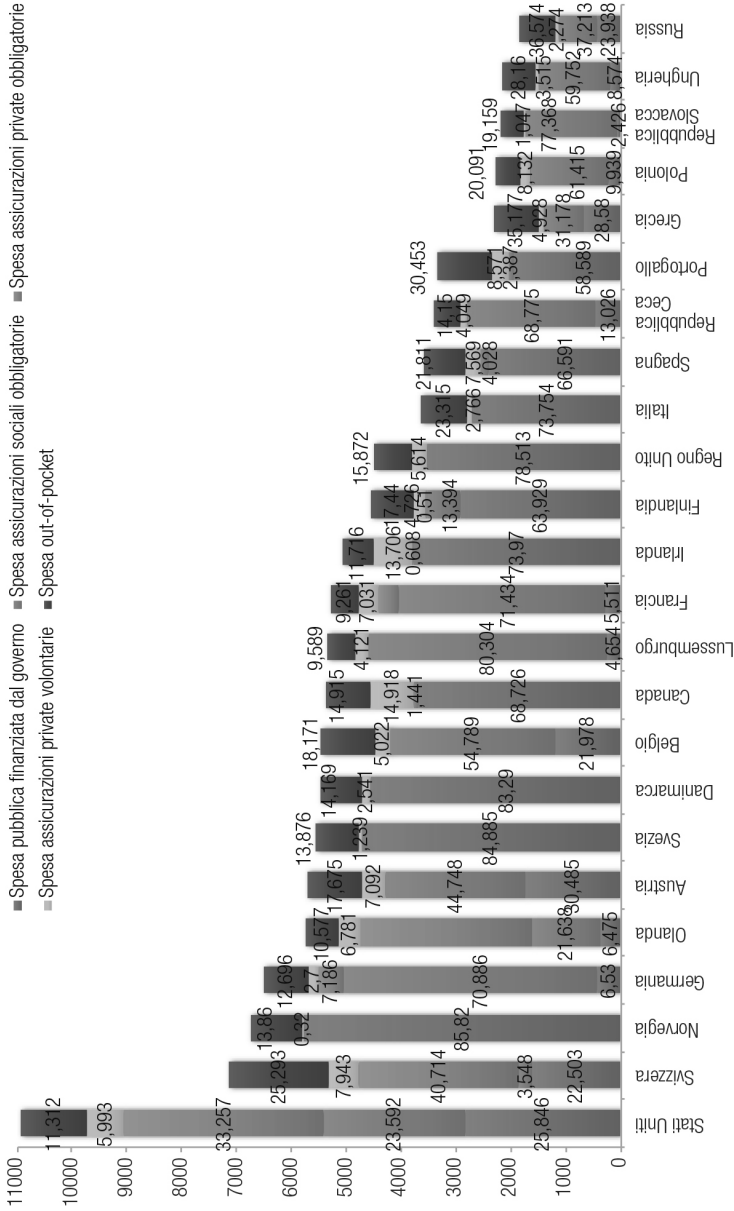
La spesa sanitaria come percentuale del PIL (Tabella 3.3) indica la quota dell'economia di un Paese che è relativa ai servizi sanitari, ovvero la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi¹⁰.

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 tuttavia 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 16,8% (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. Inoltre, sistemi diversamente strutturati hanno costi di funzionamento potenzialmente differenti. Nei sistemi europei con assicurazione obbligatoria, l'incidenza per-

⁹ 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.

¹⁰ Non si parla di settore sanitario in generale in quanto quest'ultimo comprende anche altri attori, come le imprese fornitrici, la cui dimensione economica non è inclusa in questo indicatore, se non nei limiti delle operazioni di acquisto (cfr. Del Vecchio, 2012).

Figura 3.2 **Composizione della spesa sanitaria pro-capite: finanziata dal governo, per premi assicurativi obbligatori (sociali e privati), per assicurazioni private volontarie e out-of-pocket (2019) (\$PPA e %)**



Note: I valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la percentuale di spesa rispetto al totale del Paese. Non sono riportati i dati relativi ad Australia, Giappone, Brasile, India e Cina in quanto incompleti o mancanti. Inoltre, si segnala che, nella presente figura, la spesa pro-capite in termini assoluti del Lussemburgo è lievemente inferiore rispetto a quella riportata nella Tabella 3.1 in quanto sono stati esclusi gli schemi finanziari per i non residenti (pari all'1,3% della spesa sanitaria pro-capite).

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2021.

Tabella 3.3 **Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL (2000, 2005, 2010-2019)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2019
UE (15)														
Austria	9,2	9,6	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4	10,3	10,4	1,0	0,2
Belgio	8,0	9,3	10,2	10,4	10,5	10,6	10,6	10,4	10,8	10,8	10,8	10,7	2,2	0,4
Danimarca	8,1	9,1	10,3	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,1	10,0	10,1	10,0	2,2	-0,4
Finlandia	7,1	8,3	9,1	9,2	9,6	9,8	9,8	9,6	9,4	9,1	9,0	9,2	2,0	0,0
Francia	9,6	10,2	11,2	11,2	11,3	11,4	11,5	11,4	11,5	11,3	11,2	11,1	1,6	-0,1
Germania	9,9	10,3	11,1	10,8	10,9	11,0	11,0	11,2	11,2	11,3	11,5	11,7	1,2	0,6
Grecia	7,2	8,6	9,6	9,2	8,9	8,4	7,9	8,1	8,3	8,1	8,0	7,8	2,4	-1,8
Irlanda	5,9	7,6	10,5	10,7	10,7	10,3	9,5	7,3	7,4	7,1	6,9	6,7	4,6	-3,8
Italia	7,6	8,3	8,9	8,8	8,8	8,8	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,7	1,3	-0,2
Lussemburgo	5,9	7,2	7,0	6,1	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,3	5,3	5,4	1,1	-1,7
Olanda	7,7	9,1	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1	10,0	10,2	2,4	0,0
Portogallo	8,6	9,7	10,0	9,7	9,7	9,4	9,3	9,3	9,4	9,3	9,4	9,5	1,4	-0,5
Spagna	6,8	7,7	9,1	9,2	9,2	9,1	9,1	9,1	9,0	9,0	9,0	9,1	2,3	0,0
Svezia	7,3	8,2	8,3	10,4	10,7	10,9	10,9	10,8	10,9	10,8	10,9	10,9	1,0	2,6
Regno Unito	7,2	8,4	9,8	9,8	9,9	10,0	10,0	9,9	9,9	9,8	9,9	10,2	2,6	0,3
UE (nuovi Paesi)														
Repubblica Ceca	5,7	6,3	6,9	6,9	7,0	7,7	7,6	7,2	7,1	7,1	7,5	7,8	1,2	1,0
Repubblica Slovacca	5,3	6,6	7,7	7,3	7,5	7,5	6,9	6,8	7,0	6,8	6,7	7,0	2,4	-0,8
Polonia	5,3	5,8	6,4	6,2	6,2	6,4	6,3	6,4	6,5	6,6	6,3	6,5	1,1	0,0
Ungheria	6,8	8,0	7,5	7,5	7,4	7,2	7,1	6,9	7,0	6,8	6,5	6,4	0,7	-1,1
Altri Paesi europei														
Norvegia	7,7	8,3	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,6	10,3	10,0	10,5	1,2	1,6
Svizzera	9,1	10,0	9,9	10,0	10,2	10,5	10,6	11,0	11,3	11,5	11,2	11,3	0,8	1,3
Altri Paesi non europei														
Australia	7,6	8,0	8,4	8,5	8,7	8,8	9,0	9,3	9,2	9,3	9,2	9,4	0,8	1,0
Stati Uniti	12,5	14,6	16,3	16,2	16,2	16,1	16,3	16,5	16,8	16,8	16,7	16,8	3,8	0,5
Canada	8,2	9,0	10,7	10,4	10,5	10,4	10,2	10,7	11,0	10,8	10,8	10,8	2,4	0,1
Giappone	7,2	7,8	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,8	10,9	11,0	2,0	1,9
Russia	5,0	4,8	5,0	4,8	4,9	5,1	5,2	5,3	5,3	5,4	5,3	5,6	-0,1	0,6
India	4,2	3,9	3,4	3,2	3,3	3,7	3,6	3,6	3,5	3,6	3,6	n.d.	-0,8	0,2*
Cina	4,5	4,2	4,2	4,3	4,6	4,7	4,8	5,0	5,0	5,0	5,1	n.d.	-0,3	1,0*

Nota: *Differenza calcolata utilizzando l'ultimo anno disponibile (2018)

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2021.

centuale della spesa sanitaria sul PIL è pari in media al 9,1% nel 2019, variando dal 5,4% del Lussemburgo all'11,7% della Germania. Stesso dato medio si registra per i Paesi europei con Servizio Sanitario Nazionale, passando dal 6,4% dell'Ungheria al 10,9% della Svezia. In Italia, la spesa sanitaria complessiva sul PIL mostra un'incidenza dell'8,7% nel 2019, tendenzialmente stabile dal 2010 con oscillazioni massime di 0,2 punti percentuali.

Per quanto riguarda l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL nel tempo, la maggioranza dei Paesi considerati mostra, tra il 2010 e il 2019 (o ultimo anno disponibile), una variazione uguale o inferiore ad 1 punto percentuale. Nello stesso periodo, i Paesi che hanno registrato una variazione più elevata in positivo e negativo, rispettivamente, sono la Svezia (+2,6%) e l'Irlanda (-3,8%). Di converso, nel decennio 2000-2010, tutti i Paesi ad eccezione dei BRIC registravano un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL in significativa crescita. Questo fenomeno rispecchiava la tendenza dei bisogni e dei costi della sanità a superare la dinamica della crescita economica generale, determinando forti preoccupazioni per la sostenibilità. Tali preoccupazioni hanno portato molti Paesi, nell'ultimo periodo, ad adottare misure di contenimento e di monitoraggio della spesa sanitaria, in particolare della spesa pubblica. Il risultato è evidente dai dati riferiti al periodo 2010-2019 (o ultimo anno disponibile), in cui, come esposto sopra, la maggior parte dei Paesi fa registrare una diminuzione o sostanziale stabilità dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, malgrado nello stesso periodo i tassi di crescita del PIL fossero tra i più bassi mai registrati. Questa tendenza al contenimento è, peraltro, riscontrabile in modo trasversale tra le varie tipologie di sistema sanitario.

L'analisi della percentuale di spesa pubblica destinata alla sanità (Tabella 3.4) consente, invece, di valutare l'importanza relativa dell'assistenza sanitaria rispetto all'insieme degli ambiti d'intervento pubblico. Un elevato valore di questo indicatore può derivare da due fenomeni. Innanzitutto, in alcuni Paesi (es. Stati Uniti), la quota di spesa pubblica destinata alla sanità può apparire elevata perché il settore pubblico circoscrive il proprio intervento a livelli minimi in molti settori o lo dirige verso pochi settori, tra cui la sanità. Diversamente, in Paesi dove l'intervento pubblico è estensivo, lo stesso valore può derivare da una priorità elevata assegnata dallo Stato all'assistenza sanitaria rispetto ad altri ambiti. Nell'ultimo periodo considerato (2010-2018), il peso della spesa sanitaria sulla spesa pubblica risulta piuttosto stabile, con riduzioni marcate solo in Grecia (-4,0%) e Lussemburgo (-3,0%) ed incrementi significativi, superiori a 3 punti percentuali, negli Stati Uniti, in Giappone, Svezia e Irlanda.

Negli Stati Uniti, la spesa sanitaria pubblica, sebbene non sia associata ad una copertura universale, rappresenta quasi il 23% della spesa totale del settore pubblico. Il dato deriva anche dalla filosofia generale d'intervento pubblico meno estensiva che nella maggior parte dei contesti europei, per cui la percentuale risulta più alta data la minore estensione degli ambiti di spesa pubblica. I dati 2018 mostrano come i sistemi europei ad assicurazione sanitaria obbligatoria e con Servizio Sanitario Nazionale spendano nella sanità in media il 13,6% e il 15,7% rispettivamente delle risorse del settore pubblico. Tra i sistemi europei con assicurazione sanitaria obbligatoria gli estremi opposti sono rappresentati dalla Germania (20,0% della spesa pubblica complessiva) e dalla Grecia (8,5%). Tra i Paesi con Servizio Sanitario Nazionale, l'Irlanda presenta

Tabella 3.4 **Spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa pubblica complessiva (2000, 2005, 2010-2018)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2019
UE (15)													
Austria	13,4	13,7	14,0	14,3	14,5	14,4	14,3	14,7	15,0	15,3	15,5	0,6	1,5
Belgio	12,1	13,3	14,4	14,3	14,2	14,3	14,2	14,7	14,7	15,2	15,0	2,4	0,6
Danimarca	12,8	14,9	15,3	15,0	14,8	15,4	15,5	15,8	16,3	16,6	16,6	2,5	1,4
Finlandia	11,2	13,2	13,3	13,6	13,8	13,7	13,6	13,4	13,1	13,3	13,3	2,1	0,0
Francia	13,5	13,9	13,9	14,0	13,9	14,1	14,3	14,6	14,8	14,8	14,8	0,4	0,9
Germania	16,2	16,7	17,5	18,0	18,2	18,7	19,2	19,5	19,6	19,9	20,0	1,3	2,5
Grecia	9,6	11,4	12,5	11,0	10,0	8,1	8,9	8,5	8,7	8,8	8,5	2,9	-4,0
Irlanda	14,8	18,1	12,3	16,6	18,3	18,1	18,3	18,2	19,4	20,0	20,2	-2,5	7,9
Italia	11,8	13,7	14,0	13,7	13,2	13,1	13,2	13,1	13,3	13,2	13,2	2,2	-0,8
Lussemburgo	13,0	13,9	13,7	12,2	10,6	10,7	10,9	10,7	10,8	10,6	10,7	0,7	-3,0
Olanda	12,6	14,7	14,3	14,7	15,1	15,3	15,6	15,1	15,1	15,3	15,4	1,7	1,1
Portogallo	13,8	14,4	13,2	12,9	12,5	12,2	11,5	12,3	12,9	12,6	13,4	-0,6	0,2
Spagna	12,6	14,4	14,8	14,6	13,6	14,1	14,2	14,8	15,1	15,3	15,2	2,2	0,4
Svezia	11,7	12,8	13,6	17,7	17,8	17,8	18,1	18,4	18,4	18,6	18,6	2,0	5,0
Regno Unito	15,8	16,8	17,4	17,9	17,9	18,2	18,5	18,8	19,1	19,0	19,2	1,5	1,9
UE (nuovi Paesi)													
Repubblica Ceca	12,4	12,9	13,2	13,6	13,2	15,3	14,9	14,3	14,8	15,2	15,5	0,9	2,3
Repubblica Slovacca	8,9	12,3	13,1	13,0	13,2	13,1	12,7	11,7	13,3	12,9	12,7	4,2	-0,5
Polonia	8,6	9,0	10,0	10,1	10,1	10,5	10,5	10,6	11,0	11,0	10,8	1,4	0,8
Ungheria	9,9	11,4	10,2	10,1	9,8	9,6	9,4	9,2	10,1	9,9	9,9	0,3	-0,3
Altri Paesi europei													
Norvegia	14,9	16,3	16,6	16,8	17,2	17,1	17,2	17,6	17,6	17,4	17,4	1,8	0,8
Svizzera	7,9	9,5	10,1	10,4	10,8	10,4	10,5	10,6	10,6	11,0	11,0	2,2	0,9
Altri Paesi non europei													
Australia	15,9	17,2	17,1	17,6	17,1	16,5	16,6	17,2	17,5	17,7	17,9	1,2	0,8
Stati Uniti	16,2	17,9	18,4	18,9	19,7	20,4	21,5	22,3	22,5	22,5	22,5	2,3	4,1
Canada	14,8	17,1	18,1	18,3	18,9	19,2	19,7	19,8	19,8	19,6	19,6	3,3	1,4
Giappone	15,3	17,8	18,9	21,7	22,3	22,3	22,6	23,2	23,2	23,4	23,7	3,6	4,7
Brasile	10,1	8,4	9,0	9,2	9,0	9,5	9,6	9,9	10,0	10,3	10,3	-1,1	1,3
Russia	9,7	9,9	8,6	9,0	9,2	9,2	9,2	8,8	8,2	8,8	9,8	-1,1	1,2
India	3,3	3,0	3,1	3,4	3,4	3,2	3,3	3,4	3,4	3,4	3,4	-0,2	0,3
Cina	6,1	7,5	8,8	8,6	9,0	9,4	9,6	9,4	9,1	9,1	8,9	2,7	0,1

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2021.

la percentuale più elevata di spesa sanitaria sulla spesa pubblica complessiva (20,2%), mentre l'Ungheria la percentuale più ridotta (9,9%). L'Italia registra un dato inferiore alla media dei Paesi con SSN, con una spesa sanitaria pubblica che rappresenta il 13,2% della spesa pubblica complessiva, in diminuzione rispetto al 2010 (-0,8%).

3.3 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

3.3.1 Il finanziamento del SSN

Per «finanziamento del SSN» si fa riferimento, in genere, a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria: si tratta, quindi, di una voce di preventivo. Il secondo concetto, invece, fa riferimento alle risorse complessivamente disponibili per il SSN (riportate nei conti ministeriali con la dicitura “ricavi del SSN”) che vengono rilevate a consuntivo. Nella voce “finanziamento del SSN” rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN¹¹ e i trasferimenti da soggetti privati. È in relazione a questo secondo concetto di finanziamento che viene calcolato il disavanzo. Rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di Legge di Stabilità, di Patto per la Salute e di Conferenza Stato-Regioni, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare, infatti, differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ▶ ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e delle Province Autonome, stanziati a titolo di ripiano dei disavanzi o integrative del finanziamento per i LEA e/o per interventi in campo sanitario previsti da successive norme di legge;
- ▶ ulteriori trasferimenti di altri enti pubblici e privati¹²;
- ▶ eventuali correzioni all'ammontare delle assegnazioni, dovute a provvedimenti assunti in corso di esercizio;
- ▶ maggiori o minori ricavi ed entrate proprie.

Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato

Per l'anno 2020 il livello di finanziamento complessivo cui ha concorso ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, era stato inizialmente definito in 116.439 milioni di euro (L. 145/2018). Tale valore è stato successivamente incrementato, soprattutto per fronteggiare la pandemia dovuta al virus SARS-CoV-2, nella misura dei seguenti importi:

- ▶ 10 milioni di euro per finanziare l'attivazione di ulteriori borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (L. 145/2018);

¹¹ Soprattutto ticket e proventi per le attività intramoenia.

¹² 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.

- ▶ 25,2 milioni di euro per l'attività di compilazione e trasmissione per via telematica, da parte dei medici e delle strutture sanitarie competenti del SSN, dei certificati medici di infortunio e malattia professionale, e per le finalità previste dai commi 527 e 528 della stessa L. 145/2018 (L. 145/2018);
- ▶ 185 milioni di euro per finanziare l'abolizione, dal 1 settembre 2020, della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (L. 160/2019);
- ▶ 2 milioni di euro per il finanziamento dello screening neonatale di cui alla legge 19 agosto 2016, n. 167 (DL. 162/2019);
- ▶ 1.410 milioni di euro per il finanziamento degli interventi in ambito sanitario per combattere l'emergenza sanitaria COVID (DL. 18/2020 e DL 14/2020). Tale voce di finanziamento comprende le voci 2.12, 2.13, 2.14, 2.15 e 2.16 della Tabella 3.5;
- ▶ 1.257 milioni di euro per rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2 (art. 1, ai cc. da 2 a 9 della L. 77/2020);
- ▶ 431 milioni di euro per giungere ad un riordino della rete ospedaliera garantendo l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus SARS-CoV-2, ed in particolare per le specifiche finalità relative alla spesa per il personale (art. 2, cc. 6, lettera a), 5, terzo periodo e 7 della L. 77/2020);
- ▶ 105 milioni di euro per aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici di cui all'art. 37 del DL 368/1999 (art 5, c 1, della L. 77/2020);
- ▶ 170 milioni di euro relativi all'impatto sulla spesa del SSN conseguente all'emersione di rapporti di lavoro irregolari ed al rilascio di permessi di soggiorno temporanei (art. 103, c. 24, della L. 77/2020);
- ▶ 5 milioni di euro quale tetto della spesa destinata all'erogazione degli ausili, ortesi e protesi degli arti inferiori e superiori, a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinati a persone con disabilità fisica (art. 104, c. 3-bis, della L. 77/2020);
- ▶ 479 milioni di euro per far fronte alle spese per il personale al fine di corrispondere in tempi brevi alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, ed in particolare allo scopo di ridurre le liste di attesa (art. 29, c. 8, della L.126/2020).

A fronte di tali incrementi, per il 2020 sono stati previsti, inoltre, 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);
- ▶ 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 lo stanziamento iniziale è stato quantificato in 119,9 miliardi di euro, con un incremento assoluto di 3,4 miliardi di euro rispetto al livello di stanziamento inizialmente previsto.

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

1. finanziamento indistinto: 113,3 miliardi di euro¹³. Questo valore, comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate nei precedenti riparti, è ottenuto come differenza tra lo stanziamento totale, da una parte, e, dall'altra, la somma di stanziamenti vincolati e programmati per Regioni e Province Autonome, stanziamenti vincolati per altri enti e accantonamenti (di cui sotto). Tale finanziamento è destinato alla copertura del fabbisogno c.d. indistinto, genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
2. finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.: 5,6 miliardi di euro¹⁴;

¹³ Tale voce, rispetto al 2019, è aumentata: i) di 49 milioni di euro destinati all'incremento dei fondi contrattuali della dirigenza medica e delle professioni sanitarie (art. 1, cc.435 e 435 bis della L. 2015/2017); ii) di 185 milioni di euro quale finanziamento per la copertura di parte del minor gettito derivante dalla soppressione del superticket (ai sensi dell'art. 1, cc. 446 e 447, della L. 160/2019), importo distribuito tra le regioni in proporzione al gettito che detta quota di compartecipazione ha garantito ai diversi sistemi sanitari regioni e in coerenza con quanto contenuto nella proposta formulata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome con nota n. 1818/C7SAN del 12 marzo 2020.

¹⁴ Tale voce, rispetto al 2019, è incrementata di i) 1.257 milioni di euro per rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, ed in particolare per le finalità di cui all'art. 1, ai cc. da 2 a 9 della L. 77/2020; ii) 431 milioni di euro per giungere ad un riordino della rete ospedaliera garantendo l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus SARS-CoV-2, ed in particolare per le specifiche finalità relative alla spesa per il personale disposte all'art. 2, cc. 6, lettera a), 5, terzo periodo e 7 della L. 77/2020; iii) 105 milioni di euro per aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici di cui all'art. 37 del DL 368/1999 (art 5, c 1, della L. 77/2020); iv) 170 milioni di euro relativi all'impatto sulla spesa del SSN conseguente all'emersione di rapporti di lavoro irregolari ed al rilascio di permessi di soggiorno temporanei (art. 103, c. 24, della L. 77/2020); v) 5 milioni di euro quale tetto della spesa destinata all'erogazione degli ausili, ortesi e protesi degli arti inferiori

3. finanziamento vincolato per altri enti: 734,6 milioni di euro;
4. accantonamenti: 295,2 milioni di euro¹⁵.

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2020 e le variazioni rispetto al 2019 sono contenute nella Tabella 3.5.

Per il 2020, i sub-livelli assistenziali sono stati determinati¹⁶ come segue:

- ▶ prevenzione: 5%;
- ▶ distrettuale: 51%;
 - ◀ medicina di base: 7,00%;
 - ◀ farmaceutica: 11,76%¹⁷;

e superiori, a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinati a persone con disabilità fisica (art. 104, c. 3-bis, della L. 77/2020); vi) 479 milioni di euro per far fronte alle spese per il personale al fine di corrispondere in tempi brevi alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, ed in particolare allo scopo di ridurre le liste di attesa (art. 29, c. 8, della L.126/2020).

¹⁵ L'accantonamento è pari allo 0,25% del livello del finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2020, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'art. 2, comma 67-bis L. 191/2009 e s.m.i., in cui è prevista l'assegnazione di forme premiali per le regioni che abbiano istituito una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un importo predeterminato e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'art. 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e s.m.i. L'accertamento delle condizioni per l'accesso regionale alle forme premiali è effettuato nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali.

¹⁶ Il D.lgs 68/2011 prevede che a partire dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato secondo i costi e fabbisogni medi standard regionali. Lo stesso decreto legislativo prevede che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sia chiamato ad individuare le cinque migliori Regioni che:

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

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

¹⁷ 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.

Tabella 3.5 **Articolazione delle risorse finanziarie stanziato dallo Stato per il 2020 e variazione 2019-2020 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2020	Variazione 2019-2020	Anno 2019
1. Finanziamento indistinto di cui	113.258	1,96%	111.079
1.1 Ospedale Bambin Gesù	241	11,10%	217
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	43	8,26%	40
1.3 Finanziamento finalizzato	914	34,44%	680
1.3.1 Rinnovo convenzioni SSN	69	0,00%	69
1.3.2 Emersione extracomunitari	200	0,00%	200
1.3.3 Gioco d'azzardo	50	0,00%	50
1.3.4 Vaccini NPNV	186	0,00%	186
1.3.5 Stabilizzazione Personale	150	0,00%	150
1.3.6 Trasmissione certificati telematicamente ed altro	25	0,80%	25
1.3.7 Fondi contrattuali dirigenza medica e professioni sanitarie	49	–	–
1.3.8 Copertura soppressione superticket	185	–	–
1.3.9 Finanziamento screening neonatale	2	–	–
2. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.	5.566	206,69%	1.815
2.1 Obiettivi PSN	1.500	0,00%	1.500
2.2 Emergenza veterinaria	40	0,00%	40
2.3 Borse di studio triennali medici medicina generale	49	-0,01%	49
2.6 Attività di medicina penitenziaria	7	0,00%	7
2.7 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	0,00%	165
2.8 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	54	0,01%	54
2.10 Emersione rapporti lavoro irregolari e permessi soggiorno	170	–	–
2.11 Erogazione di ausili, ortesi e protesi	5	–	–
2.12 Assunzione personale, Specialistica ambulatoriale interna, USCA (L. 14/2020 art. 1, 2, 5, 8)	660	–	–
2.13 Straordinari (L. 18/2020 art. 1, comma 1)	250	–	–
2.14 Assunzioni personale (L. 18/2020 art. 1, comma 3)	100	–	–
2.15 Prestazioni da privato accreditato e autorizzato (L. 18/2020 art. 3, commi 1 e 2)	240	–	–
2.16 Personale, beni e servizi da privati autorizzati (L. 18/2020 art. 3, commi 3)	160	–	–
2.17 Rafforzamento offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale (COVID)	1.257	–	–
2.18 Personale per riordino rete ospedaliera	431	–	–
2.19 Personale per ridurre liste di attesa	478	–	–
3. Finanziamento vincolato per altri enti	735	16,68%	630
3.1 Borse di studio specializzandi	328	47,08%	223
3.2 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	0,00%	266
3.3 Croce Rossa Italiana	123	0,00%	123
3.4 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	13	0,00%	13
3.5 Mutui CC.DD.PP.	3	0,00%	3
3.6 Centro Nazionale Trapianti	2	0,00%	2
4. Accantonamenti	295	3,14%	286
TOTALE	119.853	5,31%	113.810

Fonte: Elaborazioni da dati Ministero della Salute (2021)

- ◀ specialistica: 13,30%¹⁸;
- ◀ territoriale: 18,94%¹⁹;
- ▶ ospedaliera: 44%

Tali percentuali risultano variare rispetto all'anno precedente soltanto per i sub-livelli «farmaceutica» e «territoriale». Nello specifico, la farmaceutica distrettuale passa dall'11,63% del 2019 all'11,76% del 2020, mentre la territoriale subisce un leggero decremento (dal 19,07% nel 2019 al 18,94% nel 2020).

Nell'ultimo documento di riparto si è rispettato quanto disposto dall'art. 27 del D.lgs 68/11, che prevede che la quota percentuale assicurata alla migliore Regione benchmark non possa essere inferiore a quella già assegnata alla stessa Regione l'anno precedente al netto delle variazioni di popolazione. L'utilizzo dei costi pro-capite, pesati per i livelli di assistenza delle Regioni *benchmark*, rende la quota di accesso del Piemonte (prima Regione) per l'anno 2020 pari al 7,39%²⁰.

Le risorse complessivamente disponibili del SSN

Le risorse complessivamente disponibili per il SSN (indicate nelle tabelle ministeriali come ricavi) per l'anno 2020 (Tabella 3.6), al netto dei proventi della gestione straordinaria²¹ e di quelli dell'intramoenia, che sono portati in detrazione al livello di spesa, ammontano complessivamente a 126,3 miliardi di euro, di cui 125,8 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 Stato²².

Tali valori includono, oltre ai fondi messi a disposizione dal livello centrale, le risorse proprie regionali (derivanti ad esempio dalle addizionali d'imposta IRPEF e IRAP²³), le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN

¹⁸ Questa voce comprende tutte le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale.

¹⁹ Questa voce comprende i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), le strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

²⁰ La ripartizione delle quote premiali relative all'anno 2020 da assegnare alle regioni ed alle province autonome è riportata nell'Allegato A del Decreto 1 luglio 2020 del Ministro della salute in concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

²¹ 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.

²² 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).

²³ IRPEF: Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRAP: Imposta regionale sulle attività produttive.

Tabella 3.6 **Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2020 e variazione 2019-2020**

Ricavi	Miliardi di Euro (2020)	Variazione 2019-2020
1. Regioni e PPAA.	125,80	5,18%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	29,24	-3,93%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	69,18	4,60%
1.3 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	13,85	15,33%
1.4 Riparto quota premiale	0,30	3,14%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	2,34	-23,82%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	9,30	67,59%
1.7 Costi capitalizzati	2,07	1,43%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	-0,49	-873,49%
2. Altri enti del SSN	0,63	0,00%
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,63	0,00%
TOTALE	126,43	5,16%

Fonte: Nostra elaborazione della delibera CIPE di riparto delle risorse per il SSN per l'anno 2020 e dei dati del Ministero della Salute, NSIS (dati del IV trimestre 2020 aggiornati alla data del 3 agosto 2021)

(ticket e intramoenia), i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati²⁴.

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 LEA²⁵.

Le voci che concorrono alla definizione delle risorse complessivamente a disposizione del SSN nel 2020 e le variazioni rispetto al 2019 sono riportate nella Tabella 3.6. Nel 2020, il rapporto tra ricavi netti²⁶ del SSN e PIL è aumentato rispetto al 2019 di un punto percentuale (7,7%) (Tabella 3.7), mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 2.120 euro (+5,8% rispetto al 2019). Complessivamente, si registra un incremento del 5,2% delle risorse totali rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare, rispetto al 2019, si registra un incremento delle seguenti voci: i) ricavi riferiti al fabbisogno ex D.lgs

²⁴ 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.

²⁵ In precedenza, il trattamento contabile di queste risorse era eterogeneo, con alcune Regioni che lo includevano tra i ricavi come nel caso dell'Emilia-Romagna, altre (come ad esempio, il Lazio) come copertura perdite. A partire dal consuntivo 2012 le risorse raccolte dall'extra gettito IRPEF e IRAP devono essere contabilizzate come ricavi (per una più dettagliata spiegazione si rimanda al capitolo 4 del Rapporto OASI 2014).

²⁶ Vedi nota a Tabella 3.7.

56/00 (IVA ed accise) (+4,60%), ii) entrate relative ad ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato (+15,33%), iii) finanziamento relativo al Fondo Sanitario Nazionale (FSN) (+67,59%), iv) ricavi relativi al riparto della quota premiale (+3,14%) e v) costi capitalizzati (+1,43%)²⁷.

Hanno, invece, mostrato una variazione negativa i valori riferiti ai ricavi ed entrate proprie varie (-23,82%), alle entrate legate alle addizionali IRPEF ed IRAP (-3,93%) e alle rettifiche ed utilizzo fondi (-873,49%). Infine, è da notare che, a partire dall'anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i costi capitalizzati²⁸ (2,07 miliardi di euro per il 2020) e il riparto della quota premiale^{29,30} (0,30 miliardi di euro per il 2020). Tale quota sarà ripartita tra le Regioni sulla base di diversi criteri legati al conseguimento di determinati obiettivi, quali l'adempimento dei LEA, l'introduzione di una centrale regionale per gli acquisti e l'introduzione di misure atte a garantire l'equilibrio di bilancio.

3.3.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), aggiornati al 3 agosto 2021 (flusso del 4° trimestre 2020³¹) e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN³² è stata pari a 126,7 miliardi di euro ed ha subito, nel 2020, un aumento del 5,3% rispetto al 2019 (Tabella 3.7 e Figura 3.3), pari 6,4 miliardi in più rispetto al 2019. L'incremento di spesa sanitaria contrasta una contrazione del PIL come conseguenza dell'emergenza sanitaria da COVID -7,8% rispetto al 2019). Quindi, il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL aumenta passando dal 6,7% nel 2019 al 7,7% nel 2020.

La spesa privata corrente mostra un forte decremento rispetto al 2019 (-6,2%) attestandosi a 35,8 miliardi di euro. Complessivamente, la spesa sani-

²⁷ Per maggiori approfondimenti si rimanda al capitolo 17 del Rapporto OASI 2017 (Anessi *et al.*).

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

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

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

³¹ Per il 2019 i dati sono aggiornati alla data del 7 aprile 2021.

³² Regioni, Province Autonome e altri enti.

Tabella 3.7 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (2010-2020) (milioni di Euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tasso crescita medio			
												'90/'20	'95/'01	'01/'10	'10/'20
Spesa SSN (corrente)	111.331	112.810	113.964	112.900	114.260	114.578	115.904	117.678	119.074	120.340	126.669	3,8%	8,1%	4,1%	1,3%
- variazione %	1,0%	1,3%	1,0%	-0,8%	1,2%	0,3%	1,2%	1,5%	1,2%	1,1%	5,3%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	78,2%	77,2%	77,7%	77,4%	77,1%	76,2%	76,3%	75,9%	75,8%	75,9%	78,0%				
- % sul PIL	6,9%	6,8%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	7,7%				
Ricavi netti	109.135	111.548	114.547	113.233	114.484	113.909	115.628	117.524	118.964	120.232	126.433	4,4%	7,5%	4,4%	1,5%
- variazione %	2,1%	2,2%	2,7%	-1,1%	1,1%	-0,5%	1,5%	1,6%	1,2%	1,1%	5,2%				
- % sul PIL	6,8%	6,8%	7,1%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	7,7%				
Avanzo/disavanzo	-2.196	-1.262	583	333	224	-669	-276	-154	-110	-107	-237				
- variazione %	-34,7%	-42,5%	-146,2%	-42,8%	-32,8%	-398,4%	-58,7%	-44,1%	-28,7%	-2,6%	120,9%				
- % sui ricavi netti	-2,0%	-1,1%	0,5%	0,3%	0,2%	-0,6%	-0,2%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	-0,2%				
Spesa sanitaria privata corrente	30.964	33.254	32.765	32.899	33.918	35.807	35.911	37.341	37.922	38.148	35.787	4,8%	6,8%	2,1%	1,5%
- variazione %	1,1%	7,4%	-1,5%	0,4%	3,1%	5,6%	0,3%	4,0%	1,6%	0,6%	-6,2%				
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	21,8%	22,8%	22,3%	22,6%	22,9%	23,8%	23,7%	24,1%	24,2%	24,1%	22,0%				
Totale spesa sanitaria corrente	142.285	146.065	146.730	145.798	148.178	150.385	151.814	155.019	156.996	158.488	162.456	4,0%	7,7%	3,6%	1,3%
- variazione %	1,0%	2,7%	0,5%	-0,6%	1,6%	1,5%	1,0%	2,1%	1,3%	1,0%	2,5%				
- % sul PIL	8,8%	8,9%	9,0%	9,0%	9,1%	9,1%	9,0%	8,9%	8,9%	8,8%	9,8%				
PIL	1.611.280	1.648.756	1.624.358	1.612.750	1.627.406	1.655.355	1.695.787	1.736.594	1.771.567	1.790.942	1.651.595	2,8%	4,7%	2,4%	0,2%
- variazione %	2,2%	2,3%	-1,5%	-0,7%	0,9%	1,7%	2,4%	2,4%	2,0%	1,1%	-7,8%				

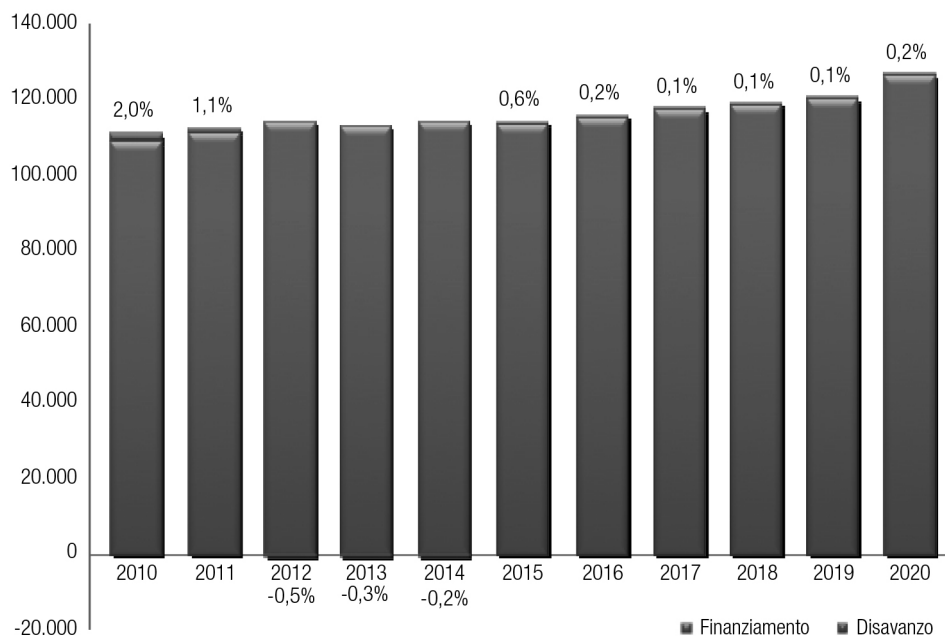
Tabella 3.7 (segue)

Note:

- Dati del NSIS: di consuntivo per tutti gli anni. • Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedaliera accreditata». È esclusa la svalutazione di crediti e attività finanziarie e, fino al 2010, sono esclusi anche gli ammortamenti. A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti e nel finanziamento i costi capitalizzati, che consentono la sterilizzazione degli ammortamenti in termini di performance economica, secondo le regole definite dal Tavolo di verifica nella riunione del 24 marzo 2011 concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale. Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati. Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.
- Dal 2013, poiché nel riparto compare la mobilità internazionale, essa è stata considerata nel conteggio della spesa. È valorizzata, però, in base ai modelli CE, in termini di saldo tra attiva e passiva.
- Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti.
- La voce «Ricavi netti» comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse, dal 2012, le risorse aggiuntive stanziata dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie. Dal 2011 sono considerati i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rettifiche e utilizzo fondi.
- I dati relativi al PIL sono di fonte International Monetary Fund (IMF). Il PIL 2020 è una stima IMF.
- La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021), ISTAT (2021), IMF (2021)

Figura 3.3 **Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (2010-2020) (milioni di euro)**



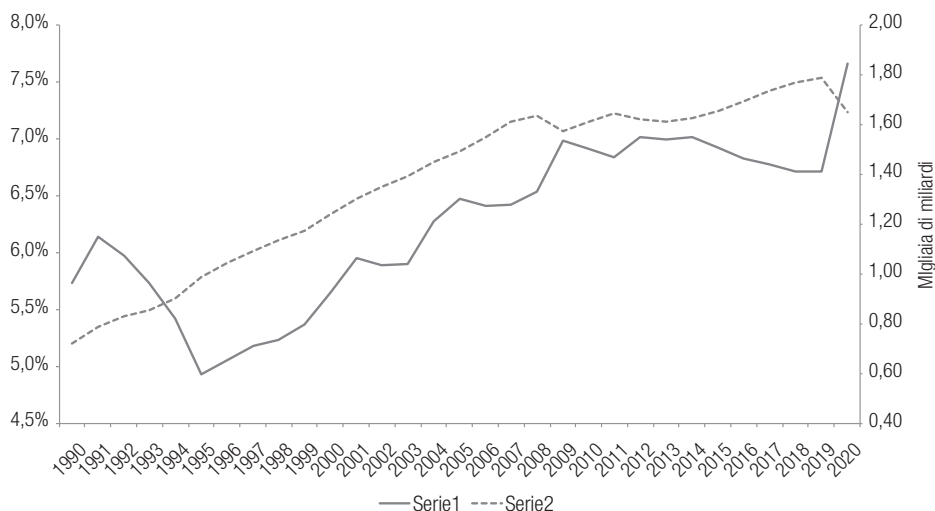
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021)

taria totale corrente (pubblica³³ e privata) è aumentata del 2,5% nel 2020 (162 miliardi di euro pari al 9,8% del PIL, Tabella 3.7).

A fronte della spesa pubblica, le risorse nette complessive del SSN (vedi *supra* §3.3.1) nel 2020 sono state pari a 126,4 miliardi di euro, in aumento del 5,2% rispetto al 2019. Il disavanzo, quindi, contenuto grazie all'azione di maggior finanziamento predisposta a fronte dell'emergenza da COVID si attesta nel 2020 a 237 milioni di euro (0,2% della spesa sanitaria pubblica corrente), valore relativamente contenuto se rapportato alla crescita della spesa. Già nei precedenti rapporti abbiamo sottolineato la 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 aggravanti dalla non attribuzione al conto della sanità delle extra-risorse provenienti dalle misure di maggiorazione delle aliquote fiscali). È utile ribadire, tuttavia, che questa considerazione sul contenimento del disavanzo riguarda esclusivamente la tenuta economica dei conti e non rappresenta, in alcun mo-

³³ Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

Figura 3.4 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1995-2020)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021), IMF (2021)

do, 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 3.4). Per una lettura dei trend storici, si rimanda al capitolo 4 del Rapporto OASI 2018 (Armeni, Bertolani, Borsoi, Costa, 2018) e al rapporto OASI 2020 (Armeni, Bertolani, Borsoi, Costa, 2020). Per il 2020 è evidente una tendenza anticiclica, dovuta alla contemporanea contrazione del PIL e all'aumento della spesa sanitaria pubblica.

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 3.8 mostra come nel 2020 la sanità assorba una quota di spesa del 21%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (66,6%). L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità cresca meno rispetto alla spesa per assistenza³⁴ e previdenza³⁵ (CAGR +7,2% e +2%, rispettivamente). Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta, nel 2020, dell'8,8%.

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la «classificazione del

³⁴ 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.

³⁵ 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.

Tabella 3.8 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (2010-2020) (milioni di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tasso crescita medio			
												'90/'20	'95/'01	'01/'10	
Sanità															
spesa (milioni Euro)	104.447	103.550	101.903	101.042	102.718	102.922	103.815	104.868	107.184	108.551	115.944	3,7%	7,9%	4,5%	1,0%
% sul totale	23,8%	23,3%	22,6%	22,1%	22,1%	21,8%	21,8%	21,7%	21,7%	21,4%	21,0%				
var. %	2,3%	-0,9%	-1,6%	-0,8%	1,7%	0,2%	0,9%	1,0%	2,2%	1,3%	6,8%				
Previdenza															
spesa (milioni Euro)	300.998	308.085	314.612	321.028	319.652	322.747	325.001	329.803	336.170	345.357	367.785	4,6%	4,5%	4,2%	2,0%
% sul totale	68,5%	69,3%	69,9%	70,3%	68,8%	68,5%	68,3%	68,2%	68,1%	68,1%	66,6%				
var. %	3,3%	2,4%	2,1%	2,0%	-0,4%	1,0%	0,7%	1,5%	1,9%	2,7%	6,5%				
Assistenza															
spesa (milioni Euro)	34.167	33.150	33.430	34.520	41.912	45.789	47.229	48.574	50.287	53.448	68.252	6,1%	4,0%	6,4%	7,2%
% sul totale	7,8%	7,5%	7,4%	7,6%	9,0%	9,7%	9,9%	10,1%	10,2%	10,5%	12,4%				
var. %	-3,0%	-3,0%	0,8%	3,3%	21,4%	9,3%	3,1%	2,8%	3,5%	6,3%	27,7%				
Totale	439.612	444.785	449.945	456.590	464.282	471.458	476.045	483.245	483.641	507.356	551.981	4,5%	5,2%	4,4%	2,3%
var. %	2,6%	1,2%	1,2%	1,5%	1,7%	1,5%	1,0%	1,5%	2,2%	2,8%	8,8%				

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT (2021)

conto economico»³⁶ (Tabella 3.9 e Figura 3.5), ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta che alcuni dati sono aggregati e non è possibile analizzare alcuni importanti voci di spesa che necessitano di un maggior grado di dettaglio, quali ad esempio la spesa per assistenza in regime di ricovero nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera a carico del SSN in Italia. Solo riclassificando le voci di dettaglio dai conti della protezione sociale (ISTAT, 2021) è possibile ricavare l'incidenza di alcune funzioni di spesa. Ad esempio, l'assistenza ospedaliera in strutture pubbliche, nel 2020, ha rappresentato il 36,1% delle uscite per la sanità (fonte ISTAT) e, insieme alla spesa pubblica per assistenza ospedaliera in case di cura private accreditate (8,2% del totale), rappresenta il 44,3% della spesa complessiva.

Nella Tabella 3.9 e nella Figura 3.5 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni ed esterni alle aziende sanitarie. I beni e servizi, ovvero l'insieme degli acquisti delle aziende sanitarie, rappresentano una componente di costo collegata alle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie pubbliche (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o erogati tramite distribuzione diretta). Sono, quindi, classificati come fattori interni, insieme al personale. Al contrario, le prestazioni convenzionate/accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti del SSN (MMG, Specialisti, ospedali e ambulatori privati accreditati, Farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti fattori esterni. Il saldo delle voci economiche («Altri costi») è stato escluso, mentre gli accantonamenti sono stati accorpati, in linea con il Ministero della Salute, ai «Beni e servizi» e, quindi, ai fattori interni, anche se in parte si riferiscono a specialisti convenzionati con il SSN (personale SUMAI e MMG). Come emerge dalla Figura 3.5, nel 2020 il 66,5% della spesa è assorbito dai fattori interni di produzione, mentre il restante 33,5% è rappresentato dai fattori esterni.

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia tendenzialmente più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 3.9), in particolare alle azioni di contenimento. Nel periodo analizzato (2010-2020) si può osservare come la spesa relativa al personale sia rimasta stabile, mentre quella per l'acquisto di beni e servizi risulti in aumento (+3,7%), confermando ancora una volta l'inversione del peso relativo delle due voci sul totale della spesa per fattori interni osservata a partire dal 2012, come riportato nei precedenti Rapporti OASI (Tabella 3.9).

³⁶ È importante rilevare che, a partire dall'anno 2008, i conti del SSN sono effettuati attraverso un nuovo modello di Conto Economico (CE) molto più analitico del precedente. Attraverso il nuovo modello, oltre ad essere più agevole il consolidamento a livello regionale e –successivamente– a livello nazionale, è possibile isolare meglio alcune tipologie di ricavo e di costo. Ulteriori revisioni al modello CE sono avvenute nel 2011, nel 2015 e nel 2019.

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

Valori assoluti (milioni Euro)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tasso crescita medio				
												'90/'20	'95/'01	'01/'10	'10/'20	
Personale (a)	36.674	36.101	35.585	35.090	34.779	34.608	34.330	34.296	34.802	35.376	36.536	2,7%	4,7%	4,7%	3,5%	0,0%
Beni e servizi (b)	33.103	34.423	35.620	35.559	37.202	37.909	39.192	41.389	42.182	42.346	47.735	6,4%	10,5%	7,8%	7,8%	3,7%
Medicina gen. conv.	6.541	6.626	6.647	6.609	6.614	6.619	6.633	6.637	6.642	6.620	6.882	3,4%	7,9%	4,2%	4,2%	0,5%
Farmaceutica conv.	10.913	9.862	8.891	8.616	8.390	8.235	8.100	7.592	7.553	7.549	7.305	0,0%	14,6%	-0,7%	-3,9%	-0,4%
Ospedialiera accreditata	8.849	8.641	8.525	8.538	8.712	8.757	8.697	8.710	8.804	8.882	8.482	2,5%	6,6%	0,9%	0,9%	-0,4%
Spec. conv.	4.504	4.668	4.755	4.679	4.572	4.553	4.622	4.702	4.792	4.904	4.879	3,3%	12,3%	6,8%	0,8%	0,8%
Altra ass. conv.	10.177	10.261	10.533	10.821	11.013	11.298	11.590	11.835	12.039	12.271	12.320	6,6%	11,4%	6,0%	1,9%	1,9%
Altri costi (c)	7	34	202	-212	-255	-520	-317	-527	-874	-742	-557	n.d.	6,9%	-39,7%	n.d.	n.d.
Altri enti (d)	563	641	647	592	633	653	653	653	653	630	630	7,4%	-7,5%	3,9%	1,1%	1,1%
Ammortamenti (e)	n.d.	1.553	2.559	2.502	2.528	2.452	2.392	2.378	2.392	2.410	2.440	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale	111.331	112.810	113.964	112.795	114.186	114.564	115.891	117.664	118.985	120.245	126.653	3,8%	8,1%	4,1%	1,3%	1,3%
Totale al netto di (c) e (d): (f)	110.761	112.135	113.115	112.415	113.809	114.431	115.555	117.538	119.206	120.358	126.580	3,8%	8,2%	4,2%	1,3%	1,3%
Fattori interni (a+b)	69.777	70.524	71.205	70.649	71.980	72.517	73.522	75.685	76.984	77.722	84.271	4,3%	6,7%	5,3%	1,9%	1,9%
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	40.984	41.611	41.911	41.766	41.828	41.914	42.033	41.854	42.222	42.636	42.309	3,0%	10,6%	2,5%	0,3%	0,3%
Variazione percentuale	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020					
Personale (a)	1,3%	-1,6%	-1,4%	-1,4%	-0,9%	-0,5%	-0,8%	-0,1%	1,5%	1,7%	3,3%					
Beni e servizi (b)	0,8%	4,0%	3,5%	-0,2%	4,6%	1,9%	3,4%	5,6%	1,9%	0,4%	12,7%					
Medicina gen. conv.	2,8%	1,3%	0,3%	-0,6%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	-0,3%	4,0%					
Farmaceutica conv.	-0,8%	-9,6%	-9,8%	-3,1%	-2,6%	-1,8%	-1,6%	-6,3%	-0,5%	0,0%	-3,2%					
Ospedialiera accreditata	0,3%	-2,4%	-1,3%	0,1%	2,0%	0,5%	-0,7%	0,1%	1,1%	0,9%	-4,5%					
Spec. conv.	10,4%	3,6%	1,9%	-1,6%	-2,3%	-0,4%	1,5%	1,7%	1,9%	2,3%	-0,5%					
Altra ass. conv.	3,6%	0,8%	2,7%	2,7%	1,8%	2,6%	2,6%	2,1%	1,7%	1,9%	0,4%					
Altri costi (c)	-98,5%	364,5%	485,4%	-205,0%	20,5%	103,6%	-39,0%	66,1%	65,7%	-15,0%	-25,0%					

Tabella 3.9 (segue)

Valori assoluti (milioni Euro)	Tasso crescita medio														
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	'90/'20	'95/'01	'01/'10	'10/'20
Altri enti (d)	1,3%	13,9%	1,0%	-8,5%	6,9%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	-3,6%	0,0%				
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	64,7%	-2,2%	1,0%	-3,0%	-2,4%	-0,6%	0,6%	0,7%	1,3%				
Totale	1,1%	1,3%	1,0%	-1,0%	1,2%	0,3%	1,2%	1,5%	1,1%	1,1%	5,3%				
Totale al netto di (c), (d) ed (e); (f)	1,5%	1,2%	0,9%	-0,6%	1,2%	0,5%	1,0%	1,7%	1,4%	1,0%	5,2%				
Fattori interni (a+b)	1,1%	1,1%	1,0%	-0,8%	1,9%	0,7%	1,4%	2,94%	1,72%	0,96%	8,43%				
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	2,2%	1,5%	0,7%	-0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	-0,43%	0,88%	0,98%	-0,77%				

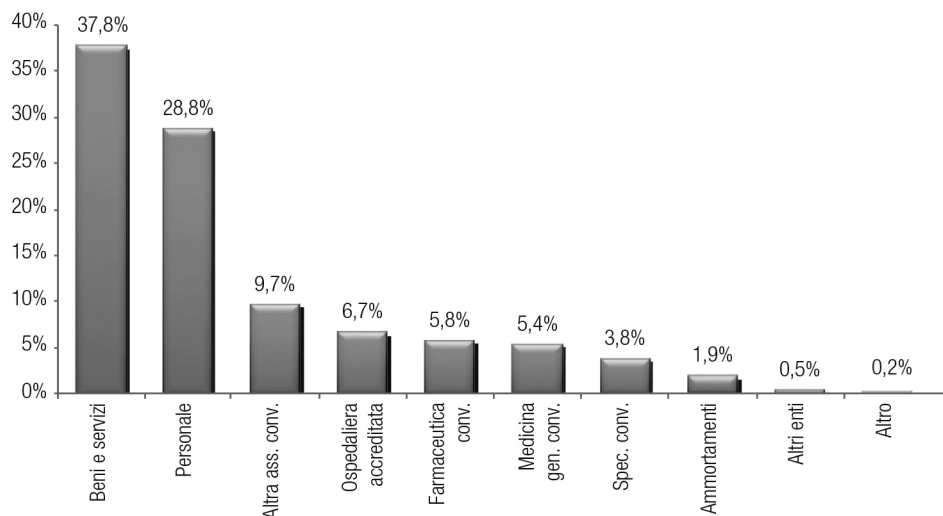
La voce "Beni e servizi" è composta dalle seguenti voci: Beni (BA0010-BA0062-BA0090-BA0360-AA0910-AA0921); Accantonamenti tipici (BA2690); Compartecipazioni per intramoenia (BA1210+BA1220+BA1230+BA1260); Altri servizi sanitari e non sanitari (BA1280+BA1350-BA1420+BA1490+BA1880+BA1750-BA1810+BA1570-BA1680-BA1650-BA1660-BA1670+BA1910 +BA0360+BA1990+BA1660+BA1670+BA1680+BA2530); Interessi passivi e oneri finanziari (CA0110+CA0150); Imposte e tasse (BA2510+YZ9999).

La voce "Personale" è composta dalle seguenti voci BA2090+BA1420+BA2230+BA2320+ BA2410+BA1810.

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021)

Figura 3.5 **Composizione della spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica (2020)**



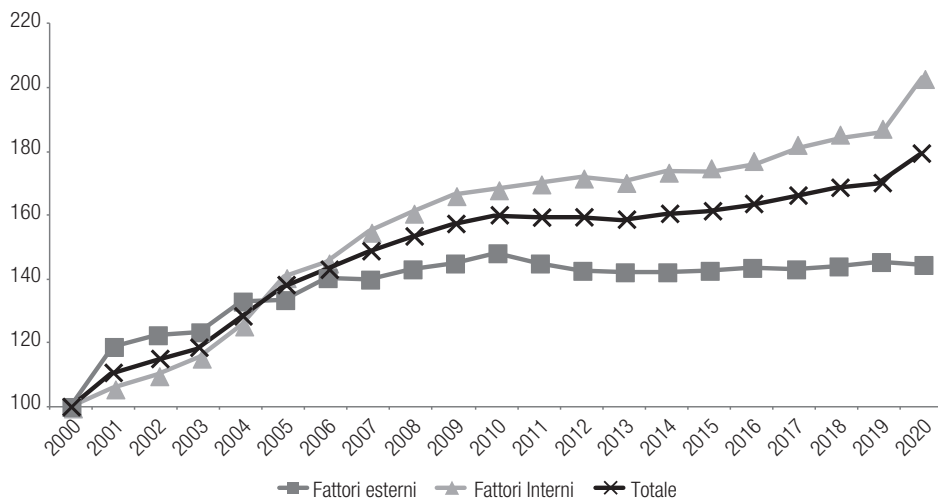
Nota: Le prime due colonne dell'istogramma (Beni e servizi; Personale) rappresentano i fattori interni alla produzione.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021)

Lo stesso fenomeno, tuttavia, può essere anche letto invertendo – in parte – il senso di causalità. Infatti, oltre a notare come la politica sanitaria sia stata particolarmente attenta al contenimento della spesa su alcuni fattori esterni, ad esempio attraverso l'istituzione di tetti di spesa per la farmaceutica³⁷, è da considerare l'azione proattiva di molte Regioni nel ricondurre nell'insieme dei fattori interni alcune voci di spesa, al fine di generare rilevanti economie (ad esempio attraverso la distribuzione diretta e in nome e per conto dei farmaci). Il dato appare evidente dalla Figura 3.6, in cui si nota come la spesa per fattori interni cresca ad un tasso più sostenuto. Accanto al trend di lungo periodo, è interessante osservare la dinamica degli ultimi otto anni. In particolare, dal 2010 al 2013 il tasso di crescita medio dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni (+0,42% annuo contro +0,63%); il tasso di crescita dei fattori interni torna poi ad essere superiore nel quinquennio 2014-2020 (+2,66% contro +0,19%). Nel 2020, in particolare, si è registrato come per l'anno precedente un incremento della spesa per personale (+3,3% rispetto al 2019), mentre rispetto al 2019 si osserva un incremento sostanziale della spesa per beni e servizi (+12,7%), determinando un tasso di crescita dei fattori interni pari allo 8,43% contro il -0,77% relativo ai fattori esterni (Tabella 3.9). Da notare, tuttavia, che nel 2020, le azioni a sostegno dell'azione straordinaria

³⁷ Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (acquisto di farmaci).

Figura 3.6 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000-2020, numeri indice: 2000=100**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021)

richiesta al SSN abbiano riguardato soprattutto i fattori interni, con una spesa per il personale aumentata di 1,1 miliardi di euro e la spesa per acquisto di beni e servizi anch'essa in crescita di 5,4 miliardi di euro.

Come riportato nella Tabella 3.9, la voce più importante tra i costi della produzione è l'acquisto di beni e servizi, pari a 47,7 miliardi di euro nel 2020 (37,7% sul totale della spesa del SSN). Si tratta della voce di spesa con l'andamento più variabile ma che negli ultimi anni è stata in crescita. Nel 2020 questa voce di spesa fa registrare un sostanziale incremento (+12,7%), in linea con il trend in aumento registrato a partire dal 1990 (con l'eccezione del 1995 e del 2013). A questo aggregato di spesa contribuiscono circa una decina di componenti: acquisizione di beni propriamente detti; servizi sanitari e non; servizi non sanitari appaltati; manutenzioni e riparazioni; godimento di beni di terzi; oneri diversi di gestione ed imposte e tasse; accantonamenti tipici; interessi passivi ed oneri finanziari.

Come riportato nel Rapporto 2021 sul Coordinamento della Finanza Pubblica, tutte le componenti di spesa per beni e servizi hanno fatto registrare, nel 2020, una forte accelerazione della crescita. Tra le componenti che determinano questa crescita è innanzitutto da menzionare la spesa per acquisto di beni, che fa registrare una variazione nel complesso dell'11,4%, rispetto al 2019. Più nel dettaglio, la spesa per farmaci al lordo dei *payback* è cresciuta del 46,5%, ed è aumentata del 6,4% anche la spesa per dispositivi medici. In particola-

re, anche a causa dell'evidente sforzo diagnostico imposto dalla pandemia, la spesa per dispositivi diagnostici in vitro mostra una sostanziale crescita pari al 29,9% (di gran lunga superiore a quella relativa agli altri dispositivi (+1,5%)), mentre subisce una importante contrazione (pari al 15,3%) la spesa per dispositivi impiantabili attivi. Nella lettura dei risultati va considerato che, a causa della situazione di emergenza sanitaria, l'articolo 13 del d.l. 14/2020 ha previsto la possibilità di rimodulare o sospendere le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, incluse quelle erogate in regime di libera professione intramuraria. Tale sospensione può aver determinato un minor consumo di alcune tipologie di dispositivi medici, in particolare di quelli impiantabili attivi, seppure bilanciato dall'incremento dei diagnostici in vitro. Nel 2020, la spesa totale per dispositivi medici, in media, ha superato del 30% il tetto previsto. Il tetto, pari al 4,4% del FSN, è rispettato solamente in Lombardia, Lazio e Calabria (il Lazio e la Calabria eccedono il tetto per importi marginali). È da rilevare che nei flussi utilizzati dal Ministero per il monitoraggio della spesa per dispositivi medici non è inclusa la componente relativa alle prestazioni in mobilità. La L. 125/2015 ha determinato le percentuali di *payback* relative allo sfondamento di questo tetto di spesa. In particolare, in caso di superamento del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici, la compartecipazione delle imprese fornitrici è determinata in misura pari al 40% dello sfondamento nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% a decorrere dal 2017 (art. 9-ter, comma 9)³⁸.

³⁸ Come riportato nel Rapporto 2021 sul Coordinamento della Finanza Pubblica: «Non è stata ancora conclusa nel 2020 la procedura per il ripiano del superamento dei tetti dei dispositivi medici relativi agli anni 2015-2018. Nel corso del 2019, raggiunto l'Accordo Stato-Regioni sui meccanismi di recupero nel caso di superamento del tetto sui dispositivi medici ai sensi dell'articolo 9-ter del d.l. 78/2015, sono stati sottoscritti due accordi: uno riguardante la spesa per i dispositivi medici per gli anni 2015–2018, l'altro il tetto ai dispositivi per il 2019. Il primo definisce i criteri di individuazione dei tetti di spesa regionali per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 per l'acquisto dei dispositivi medici, dei dispositivi impiantabili attivi e dei dispositivi medico diagnostici in vitro. Inoltre, definisce le modalità procedurali di individuazione del superamento dei tetti di spesa regionale. L'eventuale superamento del tetto di spesa, fissato nella misura del 4,4 per cento dei fabbisogni sanitari regionali, è calcolato sulla base dei dati di costo rilevati a consuntivo, per ciascuno dei predetti anni, e risultanti dal modello CE consolidato regionale. Devono ancora essere definite, tuttavia, le modalità procedurali del ripiano su proposta del Ministero della salute con apposito accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni. In attuazione dell'articolo 9-ter del decreto-legge 78/2015, sono stati predisposti relativamente agli anni 2015-2018, lo schema di decreto che certifica il superamento del tetto di spesa per gli anni 2015-2018 e lo schema di Accordo per la definizione delle modalità di ripiano dello sfondamento, relativamente agli anni 2015-2018. Lo schema di Accordo, invece, deve ancora essere trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni per l'acquisizione dell'Intesa. Riguardo allo scostamento registrato lo scorso anno, si deve considerare che a partire dal 2019, la norma ha previsto che i dati di spesa riguardanti i dispositivi medici siano rilevati dalle fatture elettroniche. Al fine di dare applicazione alla norma, è stata predisposta una nuova circolare a firma congiunta Ragioniere Generale dello Stato e Segretario generale del Ministero della salute in cui sono state fornite agli assessorati regionali

La spesa per servizi sanitari e non sanitari mostra un andamento diversificato. In particolare, si osserva una sostanziale crescita pari al 14,6% rispetto al 2019 per quanto riguarda i primi e un incremento più moderato per quanto riguarda i secondi (+5,9%). Nell'aggregato servizi sanitari rientrano le spese relative a consulenze, lavoro interinale ed ex articolo 55, comma 2 del contratto nazionale di lavoro su cui molto ha contato la risposta sanitaria all'emergenza. Nel complesso la spesa è cresciuta rispetto 2019 di oltre 386 milioni. In aumento del 45%, ad esempio, il dato delle regioni Emilia e Abruzzo contro variazioni comprese tra il 10 e il 18 % nelle altre grandi regioni. In flessione invece la spesa in Campania, Basilicata e Calabria. Poco meno di 1/5 della maggiore spesa è riferibile all'Emilia-Romagna, che vede aumentare il ricorso a consulenze e lavoro interinale di oltre l'80%. Particolarmente significativi gli aumenti anche in Lombardia e in Veneto (in termini assoluti). Più limitato l'incremento dovuto a consulenze da privato, 125 milioni, di cui 44 sempre riconducibili alla regione Emilia-Romagna. Frena come era da attendersi in relazione alle difficoltà organizzative connesse alla pandemia, la spesa per formazione, ridottasi nell'anno del 19,3% con flessioni anche superiori al 40% in molte regioni (Veneto, Friuli, Liguria, Molise, Campania e Sardegna). Una flessione del tutto comprensibile in una fase come l'attuale ma che rappresenta anch'essa una eredità negativa della crisi destinata a ripercuotersi sui prossimi esercizi.

Più limitata la variazione dei servizi non sanitari (+5,9%) legata alle consulenze, collaborazione e al lavoro interinale per prestazioni non sanitarie. Anche in questo caso, il dato complessivo è frutto di andamenti molto differenziati con gli incrementi più significativi in Piemonte, Lombardia, Emilia, Veneto e Toscana e, soprattutto, Lazio e Campania che presentano variazioni superiori al 23%.

Si segnala, inoltre, un aumento della spesa per manutenzioni e riparazioni (+6,3%) e della spesa per godimento di beni di terzi (+5,6%).

La spesa per oneri finanziari è in forte diminuzione rispetto all'anno precedente (-31,5%), con sostanziali differenze tra Regioni in PdR (-40,6%) e Regioni non in PdR (-5,4%).

le indicazioni operative cui le aziende sanitarie devono attenersi per assicurare la correttezza dei dati provenienti dalle fatture elettroniche, al fine della determinazione del tetto di spesa per dispositivi medici e dell'eventuale suddivisione della quota di payback a carico delle imprese fornitrici. Per l'anno 2019, nelle more dell'applicazione delle indicazioni fornite con la circolare, si è reso necessario avviare presso gli Assessorati una ricognizione dei dati riferiti al fatturato dei dispositivi medici per gli acquisti da parte degli enti del SSR, seguita da un contraddittorio con le regioni al fine di verificare la correttezza dei dati trasmessi. È ora in corso la predisposizione del decreto interministeriale di calcolo dello scostamento della spesa rispetto al tetto per l'anno 2019».

La spesa per il personale³⁹, pari a 36,5 miliardi di euro nel 2020, mostra un incremento superiore al 3% rispetto al 2019, in linea con i dati del biennio precedente ed in contrasto con il trend in diminuzione registrato nel periodo 2011-2017⁴⁰. L'inversione di tendenza è dovuta principalmente alle misure volte a rendere meno stringente il tetto di spesa per il personale, destinate nel tempo a promuovere un finanziamento del personale basato sul fabbisogno e non sul tetto di spesa. Nel 2020 le necessità connesse all'emergenza COVID hanno notevolmente amplificato questo trend già parzialmente in atto. Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti, in coerenza con la forte incidenza della crisi (almeno nella prima parte dell'anno) nel Nord del Paese, l'aumento è superiore nelle regioni non in Piano (+3,4%) rispetto a quelle in Piano (+2,7%). A livello nazionale, l'andamento della spesa risulta diversificato a seconda dei ruoli: la spesa per il personale amministrativo ha registrato un leggera flessione (-0,7%), mentre la spesa per il ruolo professionale (+6,5%), tecnico (+5,5%) e sanitario (+3,1%) registra un aumento. Sull'incremento della voce relativa al personale di ruolo sanitario ha rivestito un peso rilevante il reclutamento degli infermieri (31.990 unità) che ha costituito il 38,5% del totale delle unità di personale reclutate a vario titolo dall'inizio della emergenza sanitaria (83.180 unità). I dati relativi al costo per ruoli consentono di esaminare le variazioni intervenute in base alle caratteristiche del rapporto di lavoro distinguendo fondamentalmente tra tempo indeterminato e determinato. Particolarmente evidenti risultano

³⁹ Per personale si intendono i contratti delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere, delle aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici per i ruoli sanitario, professionale, amministrativo e tecnico. È anche compreso il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario. All'interno di tale voce di spesa sono stati contabilizzati, nel 2020, tutte le forme di contratti atipici registrati a livello regionale nel modello CE. In particolare come previsto dalla Legge 27/2020 (art. 2-bis, c. 1, lettera a) e c. 5, 2-ter, 2-sexies e 4-bis del DL 18/2020), nel corso del 2020 sotto tale voce si ricomprende il reclutamento di personale anche attraverso contratti di lavoro autonomo di tipo occasionale, libero-professionale o di collaborazione coordinata e continuativa. In particolare, nel costo dei modelli CE sono ricomprese tutte le attività che hanno riguardato nel periodo emergenziale il rafforzamento dei reparti ospedalieri, in particolare per far fronte all'elevatissimo flusso di pazienti ricoverati in concomitanza con l'assenza dal servizio del personale sanitario (a sua volta assente per COVID). Sono, inoltre, comprese anche le attività di consulenza e collaborazione che hanno riguardato le attività sul territorio e la sorveglianza sanitaria e le assunzioni del personale a tempo determinato necessario per predisporre strutture di cura adeguate a fronteggiare un'ondata epidemica, incrementando la recettività delle strutture ospedaliere. I costi sostenuti per il reclutamento del personale come indicato dall'articolo 2-bis, c. 1, lettera a) e c. 5 e 2-ter sono stati contabilizzati nelle specifiche voci CE.

⁴⁰ Su tale trend negativo hanno inciso: i) il blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro sia a seguito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa sia nell'ambito della procedura sanzionatoria di cui all'articolo 1, comma 174 della legge 311/2004; ii) le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto dalle Regioni non in piano di rientro; iii) gli automatismi introdotti nella rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale (DL 78/2010).

le differenze per aree territoriali. Nelle aree del Nord e del Centro, seppur in misura inferiore, l'aumento dei costi dell'area sanitaria è in prevalenza riconducibile a contratti a tempo indeterminato. Nel Sud l'aumento è invece solo per il 16% riferibile a forme permanenti; di converso, l'incremento dei costi è per l'83% riconducibile a posizioni a tempo determinato. Nelle Isole, infine, si registra una sostanziale sostituzione di oneri permanenti con esborsi per contratti a tempo determinato. La necessità di far fronte con immediatezza alla crisi sanitaria e di rispondere ad un fabbisogno prevalentemente straordinario e reversibile, hanno portato ad una forte crescita nel ricorso a contratti libero professionali e a rapporti individuali o a tempo determinato. Ciò fa sì che detti rapporti siano destinati, man mano che la fase emergenziale si riduce, ad essere riassorbiti. Diverso è l'andamento negli altri ruoli. Nell'area di Nord-ovest, sia per il ruolo tecnico che per quello professionale, l'incremento si divide tra le due posizioni, mentre solo il 3% della variazione della spesa è riferibile al lavoro dipendente a tempo indeterminato. Nelle Regioni del Nord-est e del Centro, invece, la crescita della spesa è prevalentemente per contratti a tempo indeterminato; in alcuni casi essa è diretta anche a riassorbire alcune posizioni a tempo determinato. Nel Sud gli incrementi segnano una prevalenza degli oneri per lavoro a tempo indeterminato (tra il 66% del ruolo professionale e il 56 di quello tecnico), mentre solo quello amministrativo segna un riassorbimento di oneri finora a tempo determinato. Nelle Isole fatta eccezione per il ruolo professionale in cui la variazione è tutta determinata da posizione a tempo indeterminato, negli altri ruoli prevale ampiamente la variazione dei contratti a tempo determinato.

La spesa per la medicina generale convenzionata, pari a 6,9 miliardi di euro, è in aumento del 3,8% rispetto al 2019.

La spesa farmaceutica convenzionata al netto del *payback* mostra un calo del 3,2%, portandosi a 7,3 miliardi di euro. Un calo che quest'anno è strettamente legato alla lunga fase di emergenza che incidendo sulla mobilità si è accompagnata ad una riduzione dei consumi (come emerge anche dal report dell'Aifa relativo al 2020); un andamento che ha accompagnato, rafforzandoli, i risultati più contenuti dovuti a diversi fattori (farmaci generici, sconti a carico di grossisti e farmacisti) e ha compensato le riduzioni nelle misure di compartecipazione alla spesa dei cittadini attuate in diverse regioni.

Su questo andamento, ormai consolidato nel tempo, hanno avuto influenza, inoltre, diverse misure adottate nel corso del tempo, tra cui le principali sono:

- la riduzione del prezzo medio dei farmaci, per effetto dell'inserimento nel prontuario di nuovi farmaci generici e, in parte, della rinegoziazione dei prezzi dei farmaci con effetti dall'ultimo trimestre del 2015;

- ▶ la diffusione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni;
- ▶ la quota di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino;
- ▶ il potenziamento della distribuzione diretta e in nome e per conto – soprattutto nelle Regioni soggette a PdR – che ha determinato lo spostamento verso di essa di parte dei consumi dal canale convenzionale, con il conseguente risparmio dato dalla minore remunerazione della filiera distributiva;
- ▶ la rimodulazione del tetto relativo alla spesa farmaceutica territoriale, che assume la denominazione di tetto della spesa farmaceutica convenzionata, nella misura del 6,96% del FSN (cfr. §3.4).

È da sottolineare che la cifra di 7,3 miliardi di euro per la farmaceutica convenzionata differisce dal dato riportato nei monitoraggi AIFA per la stessa (7,94 miliardi di euro al netto del ticket) in quanto i dati da modello di conto economico sottraggono all'ammontare della spesa per acquisti di servizi sanitari per farmaceutica (da convenzione e da pubblico come mobilità intraregionale) tutte le entrate per rimborsi da parte delle aziende farmaceutiche a titolo di *payback*. Quest'ultima voce include un insieme di *payback* (es. *payback* da riduzione prezzo, da accordi di prezzo-volume, da *managed entry agreement* ecc.) che l'AIFA, nel suo monitoraggio, separa e imputa a diversi aggregati ai fini della verifica del rispetto dei tetti di spesa.

La spesa per assistenza specialistica convenzionata, pari 4,9 miliardi di euro nel 2020, rimane sostanzialmente invariata (-0,02%) rispetto all'anno precedente. Il rallentamento della crescita, registrato negli ultimi anni è da riferirsi essenzialmente all'effetto derivante dall'adozione di strumenti di governo da parte delle Regioni (tetti agli erogatori, penalizzazioni tariffarie in caso di inappropriatazza).

La spesa per assistenza ospedaliera accreditata, che comprende le prestazioni acquistate da ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate, ha subito il blocco delle attività dovuto all'emergenza sanitaria in atto ed è pari a 8,5 miliardi di euro, in decrescita rispetto al 2019 (-3,9%). Tale flessione è di poco inferiore al 9% nelle regioni non in Piano mentre conferma una crescita intorno al 2% nelle altre. Sul risultato delle prime pesa in misura significativa la forte riduzione della Lombardia (-15,7%), regione maggiormente colpita almeno nella prima fase dalla pandemia, che più che compensa i risultati in crescita del Friuli e dell'Umbria (rispettivamente +9,8 e +11,6%). Tra le regioni in Piano, sono gli aumenti del Lazio e della Sicilia (rispettivamente +6,6 e +18,9%) a più che compensare le flessioni che, pur con intensità molto differenziata, caratterizzano gli altri enti.

La spesa per «altra assistenza» è cresciuta nel 2020 dello 0,5%. Nel dettaglio,

gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture private accreditate registrano una decrescita pari al 3%, maggiore nelle Regioni non in PdR (-4,3%). La spesa per l'assistenza integrativa e protesica comprende le prestazioni che comportano l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare e dei prodotti destinati alle persone con patologia diabetica, nonché l'erogazione di protesi ed ausili monouso e tecnologici inclusi in appositi elenchi. La spesa per queste prestazioni, pari a circa 1,8 miliardi di euro nel 2020 (-5,2% rispetto al 2019), registra un lieve aumento dell'integrativa compensato dal calo della protesica.

Infine, la spesa per l'aggregato «altre prestazioni» (cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza agli alcolisti, assistenza ai disabili, e comunità terapeutiche) ammonta a 8,8 miliardi di euro, in aumento del 2,4% rispetto al 2019 (Corte dei Conti, 2021).

3.4 I dati di spesa regionali

Nel 2020 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (+5,5% rispetto al 2019, Tabella 3.10) è di poco superiore al tasso di crescita della spesa complessiva (+5,2%). Questa differenza si spiega attraverso la dinamica della crescita della popolazione (-0,3% nell'ultimo anno). Il dato di spesa sanitaria pubblica pro-capite presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2019 che vanno dal -7,5% del Molise al +9,7% della PA di Bolzano. Tali disomogeneità nel 2020 sono probabilmente legate anche al diverso impatto della pandemia a livello delle varie regioni, con una prima ondata di contagi che ha interessato principalmente le regioni del Nord. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa pro-capite negli ultimi 10 anni risulti mediamente più basso nelle Regioni in PdR (+1,0% contro +1,5%, cfr. nota a Tabella 3.10). I tassi di crescita medi annui per area geografica sono, tendenzialmente, molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2020, si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Centro, mentre dal 1995 al 2001 sono le Regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Dal 2001 al 2010 si è assistito, invece, ad una riduzione del tasso di crescita medio annuo in tutta Italia, con il Nord e il Centro che si attestano al +3,3% e il Sud al +3,6%. Infine, nell'ultimo periodo (2010-2020) si registra un'ulteriore contrazione del tasso di crescita (+1,3%), e sono nuovamente le Regioni del Centro a registrare la crescita minore (+0,9%). La variabilità inter-regionale, misurata dal coefficiente di variazione⁴¹, utilizzando i dati ad oggi

⁴¹ Calcolato come rapporto tra deviazione standard e media.

Tabella 3.10 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (2010-2020)**

Valori assoluti (Euro)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tasso crescita medio				
												2020/ 2019	'90/'20	'95/'01	'01/'10	'10/'20
Piemonte	1.924	1.917	1.939	1.892	1.893	1.878	1.917	1.936	1.966	2.011	2.129	5,9%	3,8%	9,3%	3,5%	1,0%
Valle d'Aosta	2.188	2.255	2.263	2.251	2.127	2.130	2.104	2.080	2.107	2.169	2.358	8,7%	3,9%	9,7%	4,1%	0,8%
Lombardia	1.842	1.905	1.898	1.901	1.942	1.941	1.948	1.994	2.030	2.049	2.143	4,6%	3,8%	7,6%	3,6%	1,5%
Bolzano	2.196	2.248	2.322	2.301	2.290	2.290	2.325	2.410	2.454	2.457	2.695	9,7%	4,5%	9,2%	3,0%	2,1%
Trento	2.102	2.224	2.262	2.233	2.221	2.167	2.196	2.269	2.268	2.297	2.452	6,7%	4,1%	9,2%	3,6%	1,6%
Veneto	1.806	1.804	1.839	1.824	1.836	1.851	1.886	1.942	1.961	1.997	2.124	6,4%	3,5%	8,0%	3,2%	1,6%
Friuli VG	1.993	2.094	2.115	2.077	2.001	1.979	2.011	2.069	2.123	2.199	2.235	1,6%	3,8%	7,8%	4,3%	1,2%
Liguria	2.036	2.074	2.031	2.012	2.042	2.066	2.085	2.110	2.136	2.170	2.259	4,1%	3,3%	7,8%	3,4%	1,0%
Emilia R	1.945	1.953	2.070	2.014	2.009	2.033	2.053	2.092	2.117	2.133	2.319	8,7%	3,4%	6,5%	3,5%	1,8%
Toscana	1.911	1.926	1.980	1.937	1.973	1.994	2.021	2.063	2.057	2.095	2.242	7,0%	3,5%	8,0%	3,4%	1,6%
Umbria	1.839	1.876	1.897	1.888	1.872	1.905	1.937	1.993	2.036	2.031	2.134	5,1%	3,5%	8,0%	3,3%	1,5%
Marche	1.810	1.811	1.821	1.794	1.811	1.817	1.860	1.886	1.916	1.953	2.036	4,2%	3,0%	7,4%	3,3%	1,2%
Lazio	2.030	2.023	1.999	1.934	1.923	1.927	1.922	1.916	1.916	1.934	2.079	7,5%	3,3%	8,6%	3,7%	0,2%
Abruzzo	1.760	1.769	1.801	1.775	1.826	1.814	1.876	1.917	1.936	1.958	2.005	2,4%	3,5%	10,5%	2,7%	1,3%
Molise	2.098	2.069	2.146	2.249	2.146	2.094	2.158	2.131	2.134	2.476	2.291	-7,5%	4,1%	10,2%	4,7%	0,9%
Campania	1.724	1.713	1.694	1.675	1.713	1.728	1.756	1.789	1.820	1.845	1.936	4,9%	3,5%	9,8%	3,2%	1,2%
Puglia	1.769	1.726	1.719	1.724	1.765	1.779	1.820	1.841	1.875	1.916	1.987	3,7%	3,7%	7,7%	4,2%	1,2%
Basilicata	1.816	1.839	1.829	1.814	1.837	1.851	1.862	1.930	1.926	1.928	2.003	3,9%	4,1%	9,0%	4,9%	1,0%
Calabria	1.750	1.730	1.732	1.708	1.741	1.746	1.787	1.798	1.854	1.912	1.935	1,2%	4,1%	9,7%	3,8%	1,0%
Sicilia	1.687	1.714	1.721	1.725	1.753	1.758	1.800	1.850	1.902	1.909	2.016	5,6%	3,6%	9,0%	3,4%	1,8%
Sardegna	1.892	1.955	1.985	1.962	2.002	2.006	2.048	2.008	2.041	2.079	2.203	6,0%	3,9%	7,0%	4,4%	1,5%

Tabella 3.10 (segue)

Valori assoluti (Euro)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2020/ 2019	Tasso crescita medio			
													'90/'20	'95/'01	'01/'10	'10/'20
Totale	1.856	1.871	1.885	1.863	1.883	1.889	1.916	1.948	1.976	2.005	2.115	5,5%	3,6%	8,2%	3,6%	1,3%
<i>Nord</i>	1.897	1.929	1.955	1.933	1.947	1.950	1.972	2.015	2.045	2.074	2.194	5,8%	3,7%	7,8%	3,5%	1,5%
<i>Centro</i>	1.948	1.953	1.962	1.913	1.920	1.932	1.946	1.964	1.969	1.994	2.128	6,7%	3,3%	8,2%	3,5%	0,9%
<i>Sud e Isole</i>	1.750	1.749	1.750	1.741	1.776	1.784	1.822	1.850	1.886	1.918	1.998	4,1%	3,7%	9,0%	3,6%	1,3%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>	1.822	1.815	1.812	1.789	1.809	1.813	1.843	1.853	1.882	1.911	2.003	4,8%	n.d.	n.d.	n.d.	1,0%
<i>Altre regioni</i>	1.887	1.922	1.952	1.931	1.950	1.959	1.981	2.012	2.038	2.068	2.188	5,8%	3,7%	8,2%	3,7%	1,5%
<i>Coefficiente Variazione</i>	7,95%	9,05%	9,66%	9,93%	8,29%	7,82%	7,51%	7,63%	7,42%	8,41%	8,63%					
<i>Rapporto max/min</i>	30,2%	31,6%	37,1%	37,4%	33,7%	32,5%	32,4%	34,7%	34,9%	34,2%	39,3%					

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 (2021) ed ISTAT (2021)

più aggiornati per il 2020 è tendenzialmente in linea con quanto registrato nel 2019 (8,63% e 8,41%, rispettivamente). Nella lettura dei dati si deve tenere presente che gli stessi potranno essere soggetti ad aggiornamenti successivi.

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 2020 la variabilità interregionale della spesa (coefficiente di variazione) si riduca una volta tenuto conto della mobilità (8,5% contro 7,5% senza il con-

Tabella 3.11 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2020). Valori assoluti e numeri indice**

Regioni	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità	Saldo procapite mobilità/ spesa procapite
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	percentuale
Piemonte	2.129	100,7	2.132	100,8	-3,0	-0,14%
Valle d'Aosta	2.358	111,5	2.395	113,3	-37,1	-1,57%
Lombardia	2.143	101,4	2.069	97,9	73,9	3,45%
Bolzano	2.695	127,5	2.691	127,3	4,0	0,15%
Trento	2.452	116,0	2.451	115,9	1,1	0,04%
Veneto	2.124	100,4	2.095	99,1	29,1	1,37%
Friuli VG	2.235	105,7	2.241	106,0	-5,3	-0,24%
Liguria	2.259	106,8	2.291	108,3	-32,3	-1,43%
Emilia R	2.319	109,7	2.246	106,2	73,1	3,15%
Toscana	2.242	106,0	2.204	104,2	38,5	1,72%
Umbria	2.134	100,9	2.141	101,3	-7,5	-0,35%
Marche	2.036	96,3	2.056	97,2	-20,5	-1,01%
Lazio	2.079	98,3	2.086	98,6	-7,3	-0,35%
Abruzzo	2.005	94,8	2.078	98,3	-73,2	-3,65%
Molise	2.291	108,4	2.175	102,9	116,0	5,06%
Campania	1.936	91,5	1.993	94,2	-56,7	-2,93%
Puglia	1.987	93,9	2.035	96,2	-48,3	-2,43%
Basilicata	2.003	94,7	2.085	98,6	-82,0	-4,09%
Calabria	1.935	91,5	2.082	98,4	-146,2	-7,55%
Sicilia	2.016	95,3	2.061	97,5	-45,0	-2,23%
Sardegna	2.203	104,2	2.256	106,7	-53,5	-2,43%
Totale	2.115	100,0	2.115	100,0	0,0	0,00%
<i>Nord</i>	<i>2.194</i>	<i>103,8</i>	<i>2.153</i>	<i>101,8</i>	<i>41,3</i>	<i>1,88%</i>
<i>Centro</i>	<i>2.128</i>	<i>100,7</i>	<i>2.123</i>	<i>100,4</i>	<i>5,3</i>	<i>0,25%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.998</i>	<i>94,5</i>	<i>2.057</i>	<i>97,3</i>	<i>-59,5</i>	<i>-2,98%</i>
Coeff. Var.	8,6%	-	7,6%	-	-	-
Rapporto max/min	39,3%	-	35,1%	-	-	-

Nota: La mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2020.

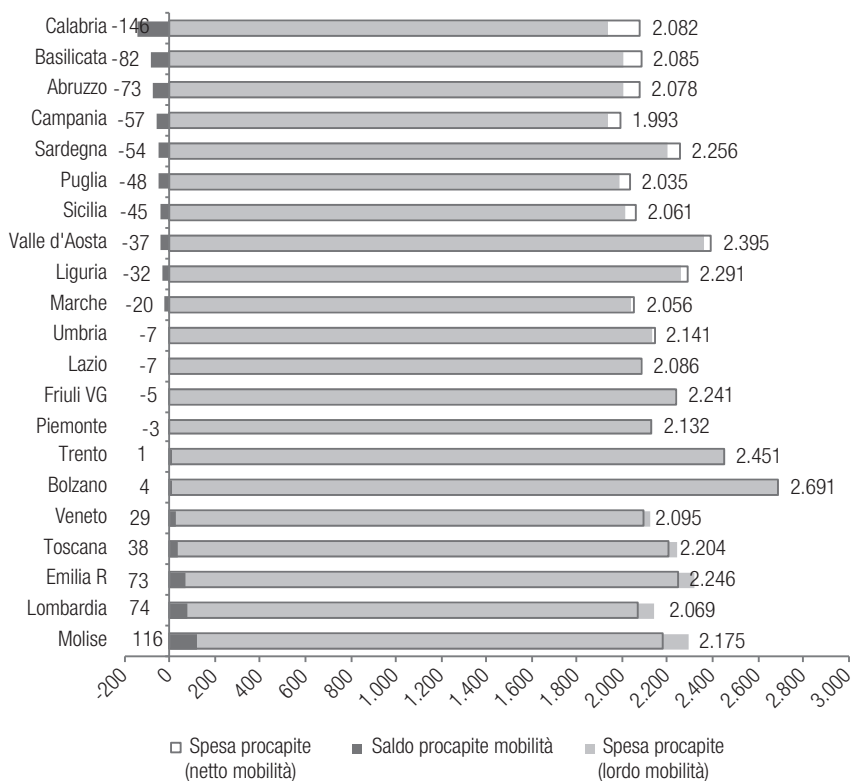
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021)

teggio della mobilità), mettendo in luce una maggiore omogeneità dei bisogni individuali (tradotti in domanda) (Tabella 3.11). Tali risultati testimoniano che anche durante il periodo emergenziale legato alla pandemia da COVID l'erogazione di prestazioni in mobilità ha avuto un peso rilevante sulla spesa sanitaria sostenuta nel 2020.

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

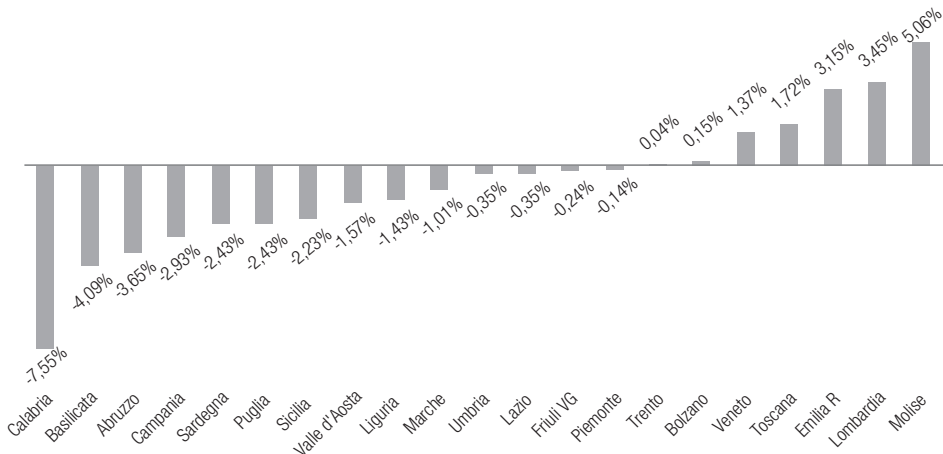
La Tabella 3.12 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto

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 (2020)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021)

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 (2021)

della mobilità⁴², in coerenza con quanto riportato nel precedente Rapporto OASI (Armeni *et al.*, 2018). Il dato è da leggere in una doppia prospettiva. Innanzitutto, è da notare come la variabilità tra le Regioni di questo indicatore sia molto superiore rispetto a quella della sola spesa. Il coefficiente di variazione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è pari al 27,4% nel 2019 (in aumento rispetto al 26,1% del 2018), mentre si attesta intorno al 7,1% nel caso della spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (Tabella 3.11). Questa evidenza dimostra 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 potenziale da parte della sanità pubblica delle risorse generate dal sistema produttivo di ogni Regione. Si parla di assorbimento potenziale perché la spesa sanitaria pubblica assorbe solo in parte le risorse generate dai sistemi produttivi regionali. Infatti, i meccanismi di perequazione fanno sì che l'assorbimento reale sia livellato sul territorio, al fine di evitare che la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (dal 5,1% in Lombardia e Bolzano fino all'11,7% in Molise) si trasformi in un ostacolo insormontabile per alcune Regioni nell'erogazione dei servizi essenziali. Tale variabilità, infatti, se non fosse livellata tramite il meccanismo perequativo, comporterebbe un'ac-

⁴² Come specificato in nota alla Tabella 3.11, per il 2019 sono stati utilizzati i dati di mobilità interregionale programmata, come riportati nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2019.

Tabella 3.12 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2010-2019)**

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	6,8%	6,6%	6,9%	6,7%	6,7%	6,5%	6,5%	6,3%	6,2%	6,3%
Valle d'Aosta	5,8%	5,9%	5,9%	6,1%	5,8%	5,8%	5,8%	5,5%	5,5%	5,6%
Lombardia	5,1%	5,2%	5,3%	5,4%	5,4%	5,3%	5,2%	5,2%	5,1%	5,1%
Bolzano	5,6%	5,5%	5,5%	5,4%	5,3%	5,2%	5,2%	5,3%	5,2%	5,1%
Trento	6,0%	6,2%	6,3%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,1%	5,9%	5,9%
Veneto	6,1%	5,9%	6,2%	6,1%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	5,9%
Friuli VG	7,0%	7,2%	7,5%	7,3%	7,0%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	6,9%
Liguria	7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	6,7%	6,6%	6,7%	6,7%
Emilia R	6,1%	5,9%	6,4%	6,2%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%
Toscana	6,7%	6,6%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,5%	6,5%
Umbria	7,4%	7,5%	7,8%	7,9%	8,0%	7,9%	7,9%	7,9%	7,8%	7,7%
Marche	7,1%	7,0%	7,2%	7,2%	7,1%	7,1%	7,1%	7,0%	7,0%	7,0%
Lazio	6,0%	5,9%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,7%	5,6%	5,6%	5,6%
Abruzzo	7,6%	7,3%	7,5%	7,5%	7,7%	7,6%	7,8%	7,7%	7,7%	7,7%
Molise	10,0%	9,8%	10,5%	11,8%	11,4%	10,8%	11,0%	10,5%	10,3%	11,7%
Campania	9,7%	9,6%	9,6%	9,6%	9,8%	9,7%	9,6%	9,6%	9,6%	9,7%
Puglia	10,4%	10,0%	9,9%	10,2%	10,4%	10,2%	10,2%	10,1%	10,0%	10,0%
Basilicata	9,5%	9,3%	9,3%	9,0%	9,5%	8,8%	8,8%	8,9%	8,4%	8,3%
Calabria	10,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,8%	10,7%	10,7%	10,5%	10,8%	10,9%
Sicilia	9,7%	9,8%	9,9%	10,1%	10,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,6%	10,5%
Sardegna	9,6%	9,8%	9,9%	10,1%	10,3%	9,9%	10,2%	9,7%	9,7%	9,7%
Totale	6,9%	6,8%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	6,7%	6,7%	6,7%
Coeff. di variaz.	23,51%	23,14%	22,70%	24,75%	25,73%	24,96%	26,06%	25,54%	26,11%	27,40%

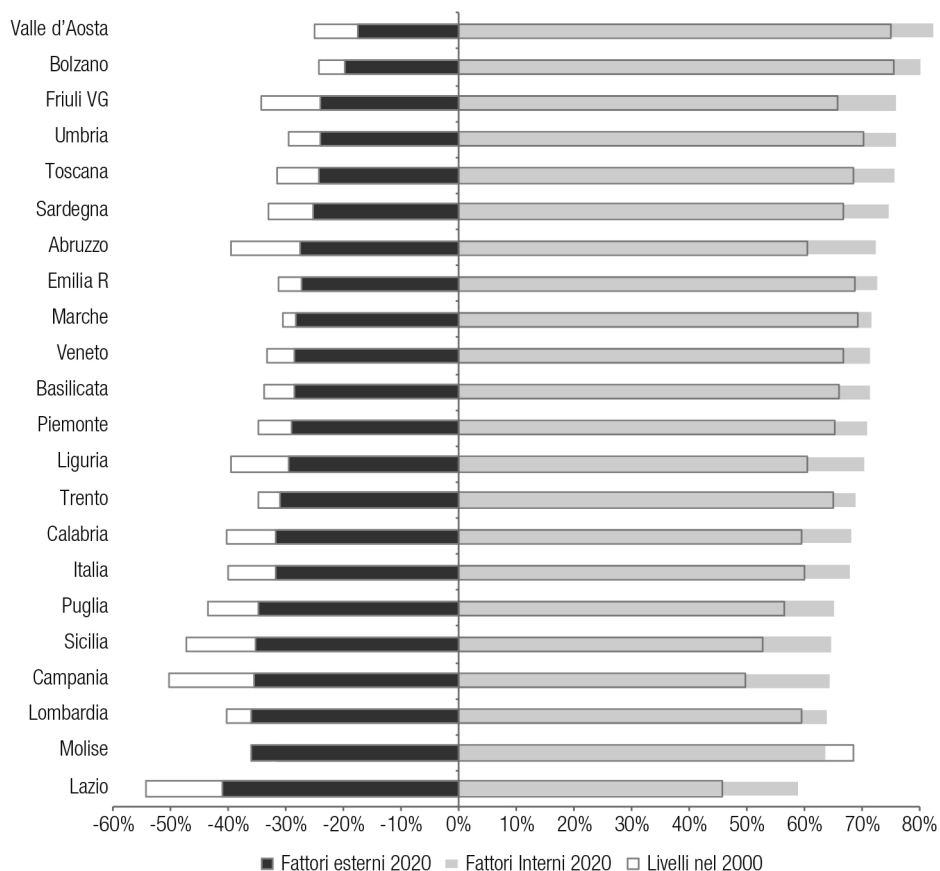
Nota: La mobilità interregionale dal 2016 è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto, e quella consuntiva per gli anni precedenti.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021), ISTAT (2021)

centuazione 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.

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie, si evidenziano rilevanti differenze a livello regionale. La Figura 3.9 illustra l'evoluzione del dato tra il 2000 e il 2020. La Tabella 3.13 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

Figura 3.9 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente regionale, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) (2000; 2020 – l'anno 2000 è stato utilizzato come riferimento per il calcolo delle differenze percentuali)**



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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021)

Le differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare, al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: ad esempio, Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). Queste Regioni presentano, infatti, valori per quanto riguarda i servizi accreditati (assistenza

Tabella 3.13 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2020)**

Regione	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)	Fattori Interni	Fattori esterni
Piemonte	32,0%	39,0%	5,4%	5,4%	5,0%	3,0%	10,1%	9.213	71,0%	29,0%
Valle d'Aosta	42,5%	40,0%	5,6%	4,8%	1,9%	0,6%	4,5%	292	82,6%	17,4%
Lombardia	24,8%	39,1%	4,1%	6,4%	8,9%	4,6%	12,0%	21.311	64,0%	36,0%
Bolzano	46,5%	33,8%	4,9%	2,5%	2,0%	0,8%	9,5%	1.448	80,3%	19,7%
Trento	35,0%	33,9%	4,5%	4,6%	4,3%	2,0%	15,6%	1.345	69,0%	31,0%
Veneto	28,3%	43,2%	5,6%	4,5%	5,2%	3,4%	9,8%	10.372	71,5%	28,5%
Friuli VG	37,1%	39,0%	5,2%	5,5%	2,5%	2,0%	8,7%	2.658	76,0%	24,0%
Liguria	32,5%	38,1%	4,7%	5,1%	6,0%	3,4%	10,2%	3.436	70,5%	29,5%
Emilia R	31,8%	40,9%	5,4%	4,3%	5,7%	2,2%	9,9%	10.318	72,7%	27,3%
Toscana	34,0%	41,7%	5,7%	4,9%	3,5%	2,0%	8,2%	8.116	75,7%	24,3%
Umbria	34,9%	41,1%	5,7%	6,3%	2,4%	1,6%	8,1%	1.849	76,0%	24,0%
Marche	34,6%	37,2%	5,8%	5,9%	3,7%	1,9%	10,9%	3.052	71,8%	28,2%
Lazio	24,2%	34,8%	5,3%	6,5%	12,6%	5,3%	11,3%	11.663	58,9%	41,1%
Abruzzo	30,6%	41,8%	6,1%	7,0%	4,3%	1,7%	8,4%	2.570	72,4%	27,6%
Molise	24,4%	39,4%	6,9%	5,6%	9,8%	5,7%	8,2%	681	63,8%	36,2%
Campania	25,4%	39,2%	6,1%	6,8%	7,9%	7,3%	7,4%	10.887	64,5%	35,5%
Puglia	27,8%	37,4%	6,9%	6,7%	8,7%	3,8%	8,7%	7.770	65,2%	34,8%
Basilicata	33,6%	37,7%	7,4%	6,8%	1,0%	3,5%	9,9%	1.094	71,3%	28,7%
Calabria	30,9%	37,4%	6,9%	7,2%	5,2%	3,3%	9,2%	3.609	68,2%	31,8%
Sicilia	29,7%	35,1%	6,4%	6,3%	7,4%	5,5%	9,6%	9.679	64,8%	35,2%
Sardegna	34,7%	40,0%	5,6%	6,5%	2,7%	3,5%	7,1%	3.472	74,7%	25,3%
Italia	29,3%	38,8%	5,5%	5,9%	6,8%	3,9%	9,9%	124.833	68,1%	31,9%
<i>Mord</i>	29,5%	39,8%	4,9%	5,3%	6,4%	3,4%	10,7%	60.392	69,3%	30,7%
<i>Canito</i>	29,5%	37,8%	5,5%	5,9%	7,7%	3,5%	10,0%	24.680	67,3%	32,7%
<i>Sud e isole</i>	28,8%	37,9%	6,4%	6,7%	6,8%	5,0%	8,5%	39.761	66,6%	33,4%

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2021)

ospedaliera, specialistica e altra assistenza) tendenzialmente superiori alla media nazionale. È, inoltre, interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente nel 2020 (Tabella 3.13), Lombardia, Lazio, Molise e Campania presentino incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre la Sicilia, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzia valori di poco superiori alla media nazionale⁴³.

Per quanto concerne la spesa farmaceutica (Tabella 3.14), con la L. 233/2016 (Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno 2017) sono stati definiti i due nuovi tetti a partire dall'anno 2017. Pur mantenendo invariate le risorse complessive, pari al 14,85% del FSN, i nuovi tetti di spesa si distinguono da quelli in vigore dal 2013 sia per le voci di spesa che li compongono, sia per i rispettivi livelli di finanziamento⁴⁴. In particolare:

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

Le percentuali identificate nella L. 233/2016 rimarranno in vigore fino al 31 dicembre 2020.

Da segnalare che la L. 190/2014 (Legge di Stabilità 2015) ha previsto l'istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (soprattutto nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C cronica dispensati direttamente dalle strutture sanitarie) pari a 500 milioni di euro rispettivamente per il 2015 e il 2016. Successivamente la Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) stabilisce che ogni eccedenza del fondo ad hoc destinato per gli anni 2015 e 2016 per l'acquisto dei farmaci innovativi con-

⁴³ Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo 4 sugli erogatori privati accreditati del presente Rapporto.

⁴⁴ Il tetto di spesa del 7,96% è riferito alla spesa farmaceutica convenzionata, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta e delle compartecipazioni in quota fissa regionale, al netto degli sconti a carico degli attori della filiera diversi dalle imprese produttrici e di tutti i payback. Il tetto di spesa del 6,89% è riferito alla spesa farmaceutica per acquisti diretti e gas medicinali che è calcolato a partire dal dato di tracciabilità del farmaco (acquisti da parte delle aziende sanitarie) al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione in nome e per conto e al netto delle voci come previste dalla «Spending Review» (spesa per farmaci in classe C e C-bis erogati in setting ospedaliero), della spesa sostenuta per farmaci innovativi (oncologici e non) coperta dai fondi ad hoc e di tutti i payback.

corre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica territoriale. Inoltre, la L. 232/2016 (Legge di Stabilità 2017) rinnova il fondo di 500 milioni di euro annui per i medicinali innovativi ed introduce, a partire dal 1° gennaio 2017, un ulteriore fondo di 500 milioni di euro annui per l'acquisto di farmaci oncologici innovativi. Viene inoltre ulteriormente specificato che, a partire dal 2017, la spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi concorrerà al raggiungimento del nuovo tetto della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei fondi⁴⁵. Il DM del 16 febbraio 2018, all'articolo 4 cita che «per l'anno 2017, il Ministero della salute concorre a rimborsare alle Regioni a statuto ordinario e alla Regione Sicilia (in coerenza con la quota di compartecipazione statale al finanziamento derivante da quanto disposto dalla Legge di stabilità per il 2017) sulla base: (i) della spesa regionale di competenza sostenuta per i residenti delle Regioni limitatamente alle risorse del Fondo e (ii) della quota regionale di competenza». La Legge di stabilità per l'anno 2021 (L.178/2020) introduce un elemento estremamente importante per la programmazione della spesa farmaceutica italiana. Infatti, seppur mantenendo la somma dei due tetti pari al 14,85% del FSN, la Legge di stabilità recita che «Sulla base dell'andamento del mercato dei farmaci e del fabbisogno assistenziale, tali percentuali (quelle dei due tetti) potranno essere rideterminate annualmente, in sede di predisposizione del disegno di legge di bilancio, su proposta del Ministero della salute, sentita l'Aifa, e di concerto con il MEF». Per quanto riguarda il 2021, la stessa Legge fissa: i) il tetto sulla spesa farmaceutica convenzionata al 7% del FSN; ii) il tetto sugli acquisti diretti al 7,85% del FSN (di cui lo 0,2% riservato ai Gas medicinali).

Nel 2020 la spesa farmaceutica convenzionata al netto del *payback* a carico delle imprese⁴⁶ è stata pari a 7.939 milioni di euro (6,64% del FSN), al di sotto delle risorse assegnate da tetto. Il dettaglio regionale fornito dal monitoraggio della spesa farmaceutica AIFA (consuntivo 2020, CdA 28/07/2021) evidenzia che tutte le realtà regionali rispettano il tetto del 7,96%, facendo attestare l'incidenza media della spesa farmaceutica convenzionata (al netto del *payback*) sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) è del 6,64%, dove l'Emilia Romagna e P.A. di Bolzano mostrano i livelli più bassi (5,18% e 4,62%), mentre la Lombardia registra l'incidenza più alta attestandosi al 7,48% probabilmente dovuto ad un minore ricorso alle forme alternative di distribuzione dei farmaci (DD/DPC) rispetto alle altre Regioni italiane.

La spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto dei gas medicinali, del

⁴⁵ L. 232/2016 (Legge di Stabilità 2017), comma 406.

⁴⁶ *Payback* della sospensione della riduzione dei prezzi del 5% (settembre 2006), *payback* dell'1,83% sulla spesa farmaceutica convenzionata, *payback* legato allo sfondamento dei tetti di prodotto, *payback* relativo alle condizioni negoziali da applicarsi in ragione della scadenza degli effetti degli accordi stipulati ai sensi dell'art. 11, comma 1, del DL n 158/2012.

Tabella 3.14 **La spesa farmaceutica pubblica: convenzionata e acquisti diretti (2020) milioni di euro**

Regione	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA				SPESA FARMACEUTICA PER ACQUISTI DIRETTI (AL NETTO DEI GAS MEDICINALI)			
	Tetto (7,96%)	Farmaceutica convenzionata netto pay-back	Sfondamento (segno positivo)	% Incidenza su FSR	Tetto (6,69%)	Farmaceutica acquisti diretti netto payback e netto spesa tutti i farmaci innovativi coperta da fondo	Sfondamento (segno positivo)	% Incidenza su FSR
Piemonte	700,97	516,44	-184,52	5,86	589,13	782,62	193,49	8,89%
Valle d'Aosta	19,81	14,10	-5,71	5,67	16,65	17,90	1,25	7,19%
Lombardia	1.584,47	1.488,91	-95,56	7,48	1.331,67	1.450,34	118,67	7,29%
Bolzano	80,16	46,50	-33,65	4,62	67,37	91,55	24,18	9,09%
Trento	83,17	60,83	-22,35	5,82	69,90	81,82	11,92	7,83%
Veneto	774,36	532,07	-242,29	5,47	650,81	810,00	159,19	8,33%
Friuli VG	192,22	153,84	-38,39	6,37	161,56	255,73	94,17	10,59%
Liguria	262,62	200,39	-62,23	6,07	220,72	314,14	93,43	9,52%
Emilia R	710,21	462,53	-247,68	5,18	596,90	849,52	252,62	9,52%
Toscana	600,17	431,77	-168,39	5,73	504,41	754,17	249,76	10,00%
Umbria	142,56	119,96	-22,60	6,70	119,82	188,43	68,62	10,52%
Marche	244,08	198,07	-46,01	6,46	205,14	318,33	113,20	10,38%
Lazio	921,30	811,47	-109,83	7,01	774,31	1.023,53	249,23	8,84%
Abruzzo	208,06	190,76	-17,30	7,30	174,86	277,86	103,00	10,63%
Molise	49,56	41,07	-8,49	6,60	41,66	60,34	18,68	9,69%
Campania	894,24	834,72	-59,52	7,43	751,56	1.117,83	366,27	9,95%
Puglia	629,57	579,18	-50,40	7,32	529,13	792,93	263,81	10,03%
Basilicata	90,57	81,04	-9,54	7,12	76,12	114,27	38,15	10,04%
Calabria	303,15	279,26	-23,89	7,33	254,78	371,02	116,24	9,74%
Sicilia	770,96	667,88	-103,08	6,90	647,96	810,71	162,76	8,37%
Sardegna	255,83	228,94	-26,89	7,12	215,01	351,89	136,87	10,95%
Italia	9.518,04	7.939,72	-1.578,32	6,64	7.999,46	10.768,43	2.768,97	9,01%

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

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

Fonte: Dati Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2020, consuntivo. Riunione CdA AIFA del 28 luglio 2021.

*payback*⁴⁷ a carico delle imprese e al netto della spesa per i farmaci innovativi e innovativi oncologici coperta dai fondi, è pari a 10.768 milioni di euro e assorbe il 9,01% delle assegnazioni (destinate ai farmaci, 6,69% del FSN)

⁴⁷ *Payback* della sospensione della riduzione dei prezzi del 5% (settembre 2006), *payback* legato allo sfondamento dei tetti di prodotto ed eccedenza degli accordi Negoziati P/V, *payback* dovuti a fronte delle note di credito relative agli accordi negoziali, *payback* versati dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, in applicazione di procedure rimborsabilità condizionata, *payback* relativo alle condizioni negoziali da applicarsi in ragione della scadenza degli effetti degli accordi stipulati ai sensi dell'art. 11, comma 1, del DL n 158/2012.

per il 2020. Lo sfondamento complessivo registrato per il 2020 è quindi pari a 2.768 milioni di euro, dove tutte le Regioni registrano sfondamenti del tetto del 6,69%. Le Regioni che hanno mostrato livelli di incidenza della spesa sul FSR più bassi sono state la Lombardia e la Valle d'Aosta (7,29% e 7,19% rispettivamente). Le Regioni che hanno fatto registrare una maggiore incidenza sul FSR sono state l'Abruzzo e la Sardegna (10,63% e 10,95% rispettivamente).

3.5 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari⁴⁸. Con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle Leggi Finanziarie per gli anni successivi.

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

Nel 2020 continua la serie di risultati di leggero disavanzo sanitario registrati dal 2015, attestandosi a 237 milioni di euro (Tabella 3.15 e Tabella 3.7). A livello regionale si rileva tuttavia eterogeneità, con tredici Regioni che registrano risultati di avanzo: Lazio (49 milioni di euro), Marche (22 milioni), Sicilia (20 milioni), Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Basilicata (9 milioni), Campania (6 milioni), Emilia Romagna (5 milioni), Calabria (4 milioni), PA di Bolzano, Valle d'Aosta e PA di Trento (1 milione) e Umbria (0,03 milioni) (Tabella 3.15). Nel 2020, Piemonte, Toscana Veneto e Liguria registrano i livelli di disavanzo più elevati (133, 64, 49 e 47 milioni di euro rispettivamente), incidendo sul di-

⁴⁸ In particolare l'art. 4 stabilisce che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati (...) sono coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...); variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».

Tabella 3.15 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2010-2020)**

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Piemonte	2	5	-21	-13	-57	-6	-52	-17	-1	-2	133
Valle d'Aosta	4	-2	-1	-7	-3	50	-0	-2	-1	-4	-1
Lombardia	-20	-14	-2	-10	-6	-15	-6	25	-6	-6	-9
Bolzano	-8	-17	42	5	-11	422	-22	-13	-8	-28	-1
Trento	12	-2	190	-2	-1	-25	-1	-1	-2	-2	-1
Veneto	-10	-162	-42	-46	-56	-8	-17	-42	-22	-29	49
Friuli VG	-14	-17	62	-16	-23	-31	-0	30	-3	-9	-9
Liguria	90	143	13	78	64	95	64	61	52	54	47
Emilia R	-28	-55	10	-1	-14	8	2	13	-1	-1	-5
Toscana	16	-14	2	25	-8	26	39	-24	18	13	64
Umbria	-9	-12	-20	-7	-10	-5	-7	-0	-4	-0	-0
Marche	3	-21	-50	-61	-62	-66	-25	4	-1	-1	-22
Lazio	1.025	775	-204	-31	-0	-3	1	18	-6	-108	-49
Abruzzo	6	-52	-48	-53	-7	0	37	46	-0	12	12
Molise	58	37	33	70	40	26	-0	1	16	117	16
Campania	479	245	-148	-63	-183	-76	-51	-38	-36	-38	-6
Puglia	323	108	-4	5	-5	-10	27	8	46	38	37
Basilicata	29	31	-7	-2	-1	7	-10	-3	-2	-1	-9
Calabria	67	110	-44	-76	-41	-43	0	9	97	122	-4
Sicilia	29	13	-324	-120	-55	-15	-7	-5	-3	-8	-20
Sardegna	143	173	-18	-10	216	339	306	85	-22	-11	14
Totale	2.194	1.273	-583	-333	-224	669	276	154	110	107	237
<i>Nord</i>	27	-122	250	-11	-107	489	-34	54	8	-27	202
<i>Centro</i>	1.035	728	-272	-74	-80	-47	7	-2	6	-97	-7
<i>Sud e Isole</i>	1.133	666	-561	-248	-36	228	302	103	96	231	41

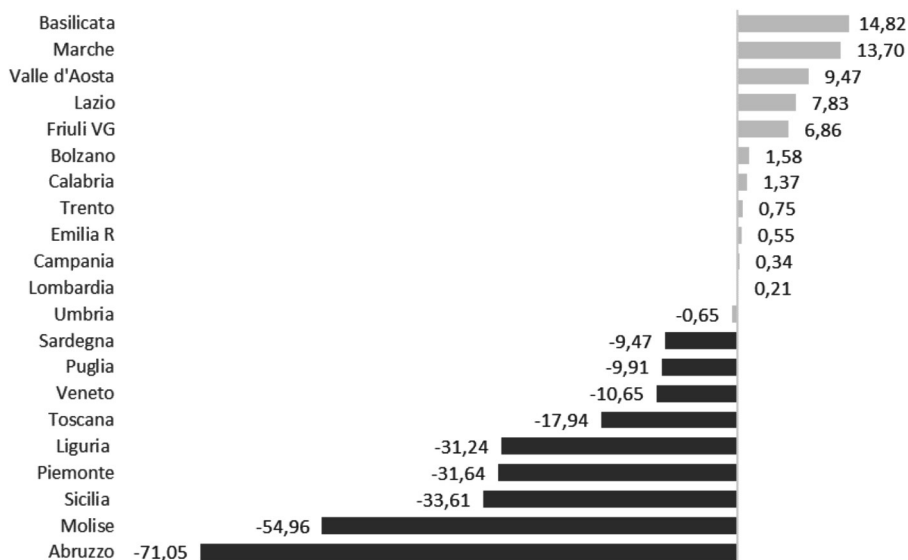
savanzo annuale complessivo per il 79%. Le Regioni in PdR⁴⁹ nel 2020 hanno complessivamente registrato un avanzo sanitario, grazie ai risultati particolarmente positivi realizzati da Lazio e Sicilia che hanno bilanciato il sostanziale disavanzo di Molise e Puglia⁵⁰. I valori di avanzo/disavanzo sono riportati anche come valore pro-capite per ciascuna Regione nella Figura 3.10.

Piani di Rientro e forme di copertura a livello regionale

Per quelle Regioni che, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, fanno registrare un disavanzo a fronte del quale non siano stati adottati i necessari

⁴⁹ Tra le Regioni in PdR ricompriamo le Regioni che hanno avviato il PdR nel periodo 2007-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia. Viene compresa anche l'unica Regione con PdR «leggero»: Puglia, che a partire dall'anno 2010 è sottoposta a un piano con un livello di gravosità minore da quello ordinario.

⁵⁰ I valori sono tratti dai flussi ministeriali, più aggiornati rispetto a quelli riportati nel rapporto della Corte dei Conti.

Figura 3.10 **Disavanzo sanitario regionale procapite: milioni di Euro (2020)**

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 (2021)

provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati sufficienti), le LL. 311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 2005 ed il 2006) hanno istituito una procedura di diffida e sottoscrizione dei PdR. Si rimanda al Capitolo 12 del Rapporto OASI 2019 per ulteriori approfondimenti.

Con riferimento alle forme di copertura previste dalla L. 405/2001 e dall'accordo tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2004, un primo provvedimento è rappresentato dalle misure fiscali, ed in particolare dalle addizionali IRPEF, IRAP e Bollo auto. Per quanto concerne l'addizionale regionale all'IRPEF l'aliquota base è pari a 1,23% (0,9%, a cui è stato aggiunto un aumento dello 0,33% nel 2012⁵¹). Per le Regioni sottoposte a PdR che non raggiungono gli obiettivi fissati nei rispettivi piani, scatta l'applicazione automatica di un ulteriore incremento dello 0,30% (art. 2, comma 6 D.lgs 120/2013)⁵².

⁵¹ Ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del D.lgs 201/2011 convertito nella L. 214/2011, a decorrere dall'anno di imposta 2011, l'aliquota base è aumentata di 0,33 punti percentuali, passando da 0,9% a 1,23%. Tale aliquota (1,23%) può essere innalzata dalle Regioni fino ad un massimo dell'1,73%. Il D.lgs 76/2013 inoltre prevede per le Regioni a statuto speciale, a decorrere dall'anno 2014, la possibilità di aumentare fino a un massimo dell'1% l'aliquota base dell'IRPEF.

⁵² L'art. 2, comma 6 del D.lgs 120/2013 ha integrato l'art. 2, comma 80, L.191/2009 e, a decorrere dal 2013, consente alle Regioni che presentano in ciascuno degli ultimi tre anni d'esecuzione del

Tabella 3.16 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2020-2021)**

Regioni	2020		2021	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	fino a 15.000,00	1,62	fino a 15.000,00	1,62
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,13
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75	da 28.000,01 a 55.000,00	2,75
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32	da 55.000,01 a 75.000,00	3,32
	oltre 75.000,00	3,33	oltre 75.000,00	3,33
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	1,23	fino a 15.000,00	–
			oltre 15.001,00	1,23
Lombardia	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23
	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58	da 15.500,01 a 28.000,00	1,58
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72	da 28.000,01 a 55.000,00	1,72
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73
	oltre 75.000,00	1,74	oltre 75.000,00	1,74
Bolzano	per tutti i redditi	1,23	fino a 75.000,00	1,23
			oltre 75.000,00	1,73
Trento	per tutti i redditi	1,23	fino a 55.000,00	1,23
			oltre 55.000,00	1,73
Veneto	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23
Friuli Venezia Giulia	fino a 15.000,00	0,70	fino a 15.000,00	0,70
	oltre 15.000,00	1,23	oltre 15.000,00	1,23
Liguria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,81
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31	da 28.000,01 a 55.000,00	2,31
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32	da 55.000,01 a 75.000,00	2,32
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,93
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03	da 28.000,01 a 55.000,00	2,03
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23	da 55.000,01 a 75.000,00	2,23
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33
Toscana	fino a 15.000,00	1,42	fino a 15.000,00	1,42
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73
Umbria	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,63
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68	da 28.000,01 a 55.000,00	1,68
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73
	oltre 75.000,00	1,83	oltre 75.000,00	1,83
Marche	fino a 15.000,00	1,23	fino a 15.000,00	1,23
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,53
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70	da 28.000,01 a 55.000,00	1,70
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73

Regioni	2020		2021	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Lazio	fino a 15.000,00	1,73	fino a 15.000,00	1,73
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,73	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,73
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,93	da 28.000,01 a 55.000,00	2,93
	da 55.000,01 a 75.000,00	3,23	da 55.000,01 a 75.000,00	3,23
	oltre 75.000,00	3,33	oltre 75.000,00	3,33
Abruzzo	per tutti i redditi	1,73	per tutti i redditi	1,73
Molise	fino a 15.000,00	2,03	fino a 15.000,00	2,03
	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,23	tra 15.001,00 e 28.000,00	2,23
	da 28.000,01 a 55.000,00	2,43	da 28.000,01 a 55.000,00	2,43
	da 55.000,01 a 75.000,00	2,53	da 55.000,01 a 75.000,00	2,53
	oltre 75.000,00	2,63	oltre 75.000,00	2,63
Campania	per tutti i redditi	2,03	per tutti i redditi	2,03
Puglia	fino a 15.000,00	1,33	fino a 15.000,00	1,33
	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43	tra 15.001,00 e 28.000,00	1,43
	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71	da 28.000,01 a 55.000,00	1,71
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72	da 55.000,01 a 75.000,00	1,72
	oltre 75.000,00	1,73	oltre 75.000,00	1,73
Basilicata	da 15.000,00 a 55.000,00	1,23	da 15.000,00 a 55.000,00	1,23
	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73	da 55.000,01 a 75.000,00	1,73
	oltre 75.000,00	2,33	oltre 75.000,00	2,33
Calabria	per tutti i redditi	2,03	per tutti i redditi	2,03
Sicilia	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23
Sardegna	per tutti i redditi	1,23	per tutti i redditi	1,23

Nota: le Regioni Molise e Calabria hanno modificato l'aliquota nel 2021 rispetto all'anno precedente

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2021)

Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF superiori alla minima dell'1,23% sono attualmente presenti in 16 Regioni⁵³, di cui 7 mostrano l'aliquota minima dell'1,23% per la fascia di reddito più bassa che progressivamente aumenta in funzione del reddito. Le uniche variazioni intervenute nel 2021 rispetto al 2020 (Tabella 3.16) riguardano la riduzione delle aliquote per tutte le fasce di reddito in Molise e Calabria.

Tutte le Regioni hanno adottato un'aliquota progressiva, ad eccezione di Veneto, Abruzzo, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna, che hanno adottato un'aliquota unica. Rispetto all'entità delle addizionali, nel 2020 il Piemonte e il Lazio registrano il livello più alto, pari al 3,33% (aliquota per i redditi superiori ai 75.000 euro in entrambe le Regioni).

Per quanto riguarda l'IRAP, le Regioni del Centro-Sud fanno registrare nel

PdR o PO un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, la riduzione delle maggiorazioni (IRPEF e IRAP).

⁵³ Informazione aggiornata a settembre 2021.

2021 aliquote superiori all'aliquota base per effetto dei disavanzi pregressi (Tabella 3.15).

Infine, sul fronte delle entrate fiscali, le Regioni sottoposte a PdR possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto. Si rimanda al capitolo 3 del Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009) per il dettaglio dei provvedimenti normativi.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero ticket sul pronto soccorso, specialistica e farmaceutica. Rispetto al ticket sul pronto soccorso, non si registrano alcune variazioni rispetto a quanto riportato nel Rapporto 2019 (Armeni *et al.*, 2019). Riguardo alle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale, la normativa nazionale prevedeva un ticket massimo sulle prestazioni pari a 36,15 euro e una quota fissa di 10 euro (superticket)⁵⁴. La L. 160/2019 ha previsto l'abolizione del superticket a livello nazionale a partire dal 1° settembre 2020. Sono, invece, rimasti attivi i ticket sulla specialistica ambulatoriale il cui valore è pari alla tariffa della prestazione, fino ad un tetto massimo di 36,15 euro per ricetta (fatti salvi gli assistiti che godono di esenzione). Le tariffe nazionali di riferimento in vigore sono quelle individuate dal DM del 22 luglio 1996, ma molte regioni hanno adottato proprie tariffe, massimali ed esenzioni.

Riguardo alle compartecipazioni alla spesa farmaceutica si segnala che a settembre 2021 (data di aggiornamento del presente Rapporto) non viene applicato alcun ticket in quota fissa regionale in Piemonte, Sardegna, Marche, Umbria, Toscana, PA di Trento e Friuli-Venezia Giulia. Le compartecipazioni in quota fissa regionale (ticket) si aggiungono alle compartecipazioni, attive a livello nazionale, che ogni cittadino deve sostenere, in caso di acquisto di un farmaco branded, come differenza rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci inseriti nella lista di trasparenza dell'AIFA.

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

La Tabella 3.17 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni⁵⁵.

⁵⁴ Introdotta con la L. 111/2011.

⁵⁵ Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consip, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e

Tabella 3.17 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate**

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

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

3.6 Conclusioni

L'emergenza COVID e le misure di contrasto adottate traspaiono anche dai dati economici, sebbene l'analisi di quanto avvenuto nel 2020 non copra l'intero corso degli eventi e delle azioni intraprese (ad esempio, manca ancora una lettura della campagna vaccinale, concentrata soprattutto nel 2021).

Nel commento incluso nel rapporto precedente si era posta la domanda sul grado di transitorietà delle misure adottate per fare fronte all'emergenza CO-

specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le Regioni, e l'applicazione puntuale del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle Regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).

VID. Infatti, tra le principali cause dello stress aggiuntivo che ha investito il sistema vi era senza dubbio un sottodimensionamento operativo. Lo «snellimento» (leggibile anche come un progressivo depauperamento) delle strutture e – soprattutto – del personale ha consentito negli anni di raggiungere risparmi rilevanti, ma ha mostrato il suo prezzo nel momento in cui il sistema non ha potuto reggere l'impatto della pandemia se non grazie a misure urgenti e all'impiego particolarmente intenso delle risorse già presenti. In altri termini, un sistema che lavora con una dotazione strutturale e umana ridotta al minimo ha mostrato comunque ottimi risultati (in termini di output e di outcome) finché non vi sono state emergenze, ma non ha potuto nascondere il suo limite evidente nel momento in cui l'emergenza si è verificata. Le misure adottate, quindi, sono da leggere in parte come reazione ad un evento comunque eccezionale, che anche i sistemi più solidi e ricchi in termini di dotazione hanno dovuto affrontare come emergenza, e in parte come contributo al recupero di dotazione basale. Il bilanciamento tra queste due nature dell'extra-finanziamento (6,2 miliardi nel 2020) permette di comprendere la volontà, e non solo la possibilità, di rileggere le necessità strutturali di un servizio sanitario tra i migliori al mondo, che però era stato portato ad operare al di sotto della soglia adeguata di dotazione. Le riflessioni che è possibile fare alla luce dei dati del 2020 sono eterogenee. A livello complessivo è possibile sottolineare una prevedibile anticiclicità della spesa sanitaria pubblica poiché la pandemia, oltre a richiedere un maggiore sforzo del sistema salute, ha provocato anche un importante diminuzione del PIL. Ciò nondimeno, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è aumentata solo dal 6,7% del 2019 al 7,7% del 2020 (9,8% includendo anche la spesa privata), il che ci posiziona ancora al di sotto del livello di altri Paesi europei (ad esempio in Francia e in Germania, l'incidenza della spesa totale sul PIL superava l'11% già prima della pandemia). Quindi, quand'anche tutte le risorse aggiuntive fossero dedicate ad interventi di ridimensionamento strutturale non transitori, comunque non sarebbero sufficienti a riallineare l'Italia a livelli di dotazione comparabili a quelli, ad esempio, di Francia e Germania⁵⁶. Per di più, non tutte queste risorse aggiuntive sembrano inserirsi nel quadro di una revisione strutturale profonda. Infatti, dei 6,4 miliardi di euro spesi in più rispetto al 2019, la maggior parte è relativa ad una crescita della spesa per beni e servizi, e tra questi soprattutto farmaci e diagnostici in vitro, voci particolarmente correlate con l'andamento della pandemia (è crollata invece, ad esempio, la spesa per dispositivi impiantabili attivi). La spesa per il personale è anch'essa aumentata di 1,1 miliardi di euro, e questo dato rappresenta senz'altro una circostanza da valutare con favore. Ma scendendo a livello regionale, questa «buona notizia» assume toni molto

⁵⁶ Bisogna tenere presente che il confronto tra questi dati è parzialmente influenzato dalla diversa natura del sistema di copertura pubblica della spesa tra Italia, Francia e Germania.

differenti. Infatti nelle regioni del Nord, e più in generale nelle regioni non in piano di rientro, l'incremento è relativo ad assunzioni a tempo indeterminato soprattutto nel ruolo sanitario, mentre al Sud solo il 16% dei nuovi contratti del ruolo sanitario è a tempo indeterminato (ma si assiste a maggiore stabilizzazione sul ruolo amministrativo). Quindi, senz'altro, anche nelle regioni del Sud e in quelle in piano di rientro (categorie in buona parte sovrapposte) la spesa per il personale è aumentata, ma all'insegna della transitorietà, mentre al Nord e nelle regioni non in piano di rientro, la variazione della spesa soprattutto per il ruolo sanitario segnala la volontà/possibilità di rendere la dotazione strutturale di personale permanentemente più ricca. Questa riflessione non può che condurre alla raccomandazione, per il livello centrale, a non limitarsi all'assegnazione di maggiori risorse complessive ma di esercitare una ancora più incisiva azione di coordinamento (e governo, ove necessario) affinché le maggiori risorse che si rendono disponibili come conseguenza dell'emergenza COVID contribuiscano a ridurre le disuguaglianze sul nostro territorio e non a generarne di nuove o ad esacerbare l'inequivocabile differenza di velocità tra sistemi sanitari regionali diversi.

3.7 Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. e Sicilia M. (2010), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2011), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Bertolani A., Costa F., Otto M., Jommi C (2018), «L'acquisto di farmaci in Italia: l'effetto di approcci selettivi», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2018*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Ferré F., Lorenzoni L. e Sommariva S. (2013), «Il confronto dei si-

- stemi sanitari in una prospettiva internazionale», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Bertolani A. e Costa F. (2017), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Bertolani A., Borsoi L. e Costa F. (2018), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2018*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Bertolani A., Borsoi L. e Costa F. (2019), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2019*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Bertolani A., Borsoi L. e Costa F. (2020), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2020*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Costa F., e Furnari A. (2017), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E. (2015), «L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, Milano, EGEA.
- Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E. (2017), «Le performance economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei Piani di Rientro Aziendali», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- CIPE (2021), Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2020. Richiesta di intesa alla conferenza Stato Regioni.
- Corte dei Conti (2019), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2019.
- Corte dei Conti (2015), Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2015.
- Del Vecchio M. (2012). Settore, sistema e azienda: logiche di governance in sanità, Milano, EGEA.
- Fondo Monetario Internazionale (2021). «World Economic Outlook Database» (ultimo accesso, 30 luglio 2021).
- OECD (2021), «OECD Health Data: Health care resources», OECD Health Statistics (database) (ultimo accesso, 30 luglio 2021).
- ISTAT (2021), *Statistiche demografiche*, <http://demo.istat.it/popres/index.php?anno=2020&lingua=ita> (ultimo accesso, 10 settembre 2021).
- ISTAT (2021), *Conti nazionali*, <http://www.istat.it/it/conti-nazionali> (ultimo accesso, 10 settembre 2021).

- ISTAT (2021), *Rapporto annuale 2020 – La situazione del Paese*, <https://www.istat.it/it/archivio/244848> (ultimo accesso, 10 settembre 2021).
- Jommi C. e Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L' aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2018), *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 5*.
- Monitoraggio della Spesa farmaceutica Regionale Gennaio – Dicembre 2020, consuntivo. Riunione CdA AIFA del 28 luglio 2021
- WHO (2021). «World Health Statistics». Global Health Observatory database (ultimo accesso, 30 luglio 2021).