



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

02.2021

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

I conti della sanità: consuntivi del 2020 e prospettive future

Autori

Vincenzo Atella e Felice Cincotti

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring

Vincenzo Atella

Indice

Introduzione	5
1. La spesa sanitaria della PA: i risultati del 2020	7
2. I conti del SSN e i divari territoriali	9
3. Le misure sanitarie di contrasto all'epidemia e le prospettive future del settore sanitario	13
4. L'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza nel SSN	20
5. La dinamica della spesa sanitaria privata	23
6. Il nuovo sistema dei conti della sanità	26
7. Conclusioni	30
Bibliografia	31

Introduzione

Come ogni anno, Fondazione Farmafactoring dedica uno dei suoi quaderni all'analisi della spesa sanitaria, guardando al fenomeno sotto diversi punti di vista, sia strutturali che congiunturali. Per il 2020 questo lavoro è particolarmente atteso vista la situazione contingente che si è venuta a verificare a seguito dell'esplosione della pandemia di COVID a febbraio 2020. Come sempre l'obiettivo del Quaderno sui conti della sanità è di dar conto dei risultati economico-finanziari del settore sanitario nell'ultimo anno trascorso (2020) e di offrire indicazioni sulle future dinamiche del settore, anche sulla base delle decisioni di policy adottate. Quest'anno l'analisi è particolarmente interessante visti gli interventi e gli investimenti che si stanno mettendo in atto sia tramite il PNRR, sia tramite interventi strutturali programmati per il rafforzamento del SSN.

La valutazione dei risultati conseguiti nel 2019 e nel 2020 è condotta sulla base di due tipologie di indicatori: la spesa sanitaria dell'intera Pubblica Amministrazione (PA) - quindi non solo degli enti del SSN, che pure ne assorbono una buona parte - e i risultati d'esercizio degli enti del SSN, nel complesso e, soprattutto, nelle sue articolazioni territoriali. Come si potrà vedere, entrambi gli indicatori mostrano che nel periodo in esame il settore ha sostanzialmente confermato i progressi e i miglioramenti registrati negli ultimi anni. La spesa sanitaria della PA continua ad aumentare, particolarmente nel 2020, grazie alla spinta ricevuta per gli interventi messi in campo a seguito della pandemia. Contemporaneamente, sembra proseguire il processo verso la ricomposizione del divario tra Regioni virtuose e quelle impegnate nei Piani di rientro, sebbene per almeno un paio di queste la situazione continua a rimanere problematica.

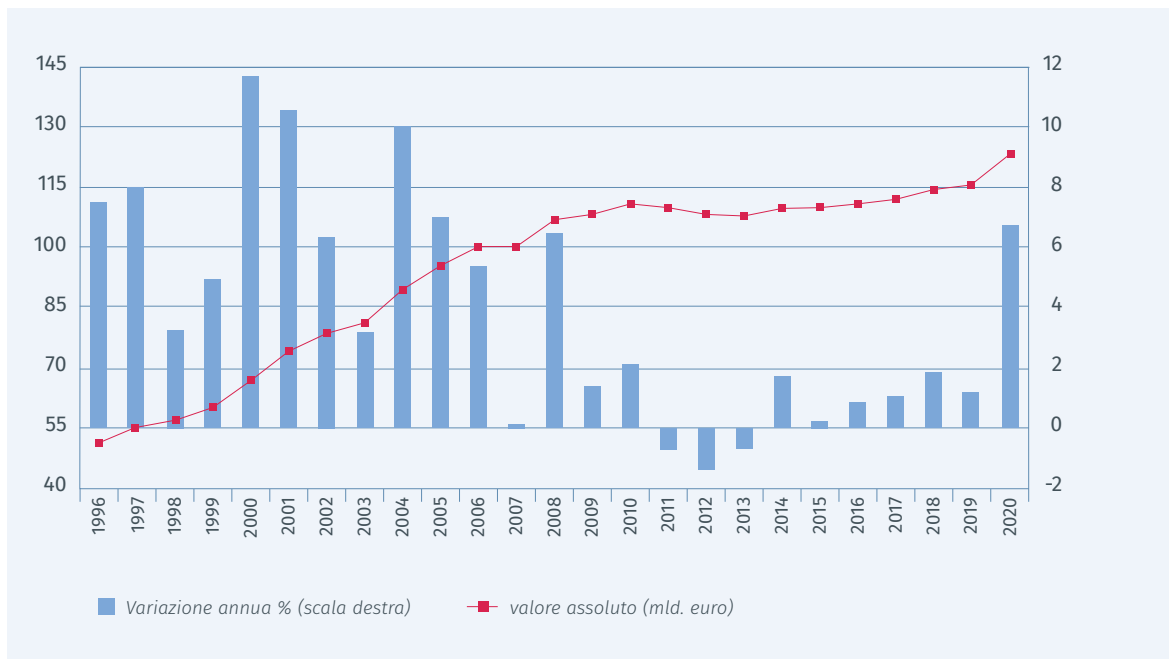
Per le prospettive del settore e del SSN, faremo riferimento al quadro programmatico ufficiale, così come è stato influenzato dagli interventi adottati per contrastare l'epidemia e accrescere nell'immediato la capacità di "risposta", e al programma di rilancio della sanità pubblica contenuto nel PNRR. Daremo conto, infine, della corrispondenza delle prestazioni erogate dal SSN agli standard qualitativi richiesti e della dinamica della spesa sanitaria "privata", ossia di quella sostenuta direttamente dai cittadini e/o intermediata dalle assicurazioni, per trarre indicazioni utili a comprendere se al contenimento della dinamica della spesa sanitaria pubblica abbia comportato uno scadimento delle prestazioni erogate o un loro razionamento.

La spesa sanitaria della PA: i risultati del 2020

Secondo i più recenti dati di contabilità nazionale riportati nella *Figura 1*, nel 2020 la spesa sanitaria complessiva della PA è stata pari a 123,5 miliardi di euro, in crescita del 6,7% rispetto all'anno prima, ben al di sopra dell'aumento registrato in ciascuno degli anni 2014-2019, quando il tasso di crescita medio è stato dell'1,2%.¹ Bisogna ritornare al 2008 per ritrovare un tasso di crescita superiore al 6% (per la precisione 6,4%).

**A causa della
pandemia, la spesa
sanitaria pubblica
è cresciuta nel
2020 del 6,7%**

Figura 1. Dinamica della spesa sanitaria pubblica (1996-2020)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmaceutica su dati Istat (2021a).
La spesa sanitaria rappresentata è elaborata dall'ISTAT, nell'ambito della stima della spesa dell'intera PA, secondo i principi di contabilità economica nazionale (Sec 2010).

Il risultato di quest'anno risente della maggiore spesa necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica (di cui si parlerà più avanti) ed è sostanzialmente imputabile a una crescita più sostenuta di quella "direttamente" riconducibile alle strutture pubbliche, cresciuta complessivamente (considerando, cioè, sia quella per le prestazioni, per i servizi amministrativi e altro) dell'8,7%, circa il triplo dell'incremento di quella sostenuta per l'acquisto di prestazioni presso i cosiddetti operatori *market* (3%).

(1) Cfr. Istat, 2021a. Va precisato che nel corso del 2019 l'Istat ha sottoposto a una revisione generale le serie storiche dei conti nazionali e quindi quelle della PA e della sanità. La revisione ha comportato una riduzione della spesa sanitaria pari all'1,8% in media degli anni 1995-2018. In particolare, si è ridotta la spesa per le prestazioni fornite direttamente dagli operatori pubblici, in media inferiore del 2,6% a quella contabilizzata precedentemente. Hanno pesato la revisione al ribasso degli ammortamenti e l'incremento della produzione dei servizi vendibili e delle vendite residuali, che entrano nella spesa come valore negativo, che più che compensano l'aumento dei consumi intermedi.

A spingere verso l'alto la spesa complessiva delle strutture pubbliche hanno contribuito i consumi intermedi, cresciuti del 12,7%, e la riduzione dei "ricavi" incassati dalle strutture sanitarie, che sono conteggiati dal lato della spesa con segno negativo (-32,9%). Sull'aumento dei consumi intermedi ha pesato la crescita della spesa per prodotti farmaceutici (5,4%) e, soprattutto, degli altri prodotti e servizi (16,3%) il cui acquisto è stato necessario per contrastare l'emergenza epidemiologica.²

La riduzione delle entrate, tra cui quelle relative alla compartecipazione alla spesa da parte degli utenti (*ticket*) è a sua volta largamente imputabile alle misure di contenimento dell'epidemia adottate che hanno portato a una minore erogazione di prestazioni sanitarie. Infine, la spesa per il personale è cresciuta solo dell'1,4%: nonostante la disponibilità di maggiori risorse messe in campo per il contrasto della diffusione dell'epidemia, ciò che ha contribuito a contenerne la dinamica è stata l'erogazione nel 2019 degli arretrati per il rinnovo contrattuale e della dirigenza sanitaria medica e non medica relativi al triennio 2016-2018.³

Per quanto riguarda le prestazioni acquistate presso operatori *market*, è aumentata la spesa per le seguenti prestazioni: assistenza medico generica (+12,7%), altra assistenza (+9,5%) e assistenza medico specialistica (+3,2%). In particolare, per la prima tipologia ha pesato, oltre ai maggiori oneri programmati per far fronte all'emergenza epidemiologica, la contabilizzazione nell'anno dei costi, inclusivi di arretrati, dovuti al rinnovo delle convenzioni per il 2018. Si è, invece, ridotta la spesa per le altre tipologie di prestazioni, tra cui spicca quella dell'assistenza riabilitativa, integrativa e protesica che si è contratta del 4,6%.

Nonostante l'aumento registrato, la spesa sanitaria ha mantenuto inalterata al 15,5% la sua incidenza sulla spesa primaria corrente, ossia al netto degli interessi passivi pagati sui titoli del debito pubblico, mentre l'ha addirittura ridotta rispetto alla spesa primaria complessiva, che è passata dal 14,3% al 13,9%. Su tali risultati pesano gli effetti delle misure adottate per contenere le conseguenze economiche e sociali delle misure di contenimento della diffusione dei contagi, che per una parte considerevole sono state contabilizzate dal lato degli interventi in conto capitale. È aumentata invece l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, che è aumentata di un punto percentuale, dal 6,5% al 7,5%, il valore più alto dal 1995 (e presumibilmente di sempre). Su tale risultato pesa in misura considerevole la forte "caduta" che l'economia italiana ha registrato lo scorso anno con un tasso di crescita del prodotto nominale pari al -7,8%.⁴

La spesa delle strutture pubbliche è cresciuta di più di quella "market"

Nel 2020 è aumentata l'incidenza della spesa sul Pil

(2) Cfr. MEF (2021), p. 41.

(3) Al netto di tali arretrati la crescita della spesa per il personale sarebbe stata nel 2020 più elevata di circa due punti percentuali. Cfr. MEF (2021), p. 41.

(4) Nel 2009 in occasione della recessione mondiale innescata dalla crisi dei mutui *sub-prime* la caduta del prodotto in termini nominali era stata di poco più della metà (-3,7%).

I conti del SSN e i divari territoriali

Le indicazioni necessarie per esaminare le conseguenze della pandemia a livello territoriale e verificare fino a che punto è proseguito il percorso di riassorbimento delle differenze territoriali, possono essere ricavate dai conti economici degli enti del SSN: si tratta di una fonte di dati (Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS) diversa da quella utilizzata nel precedente paragrafo, sia per quello che riguarda l'universo di riferimento che le metodologie di contabilizzazione.⁵

La nostra analisi usuale sui risultati di esercizio del SSN a livello territoriale, che evidenzia il percorso che conduce alla validazione dei risultati e delle modalità di copertura degli eventuali disavanzi di gestione presso il Tavolo Tecnico di verifica degli adempimenti, può essere estesa fino al 2019. Per il 2020 i dati disponibili non si prestano ad un'analoga analisi: i risultati contabili al momento disponibili sono incompleti (soprattutto dal lato dei costi) e richiedono un'ulteriore verifica presso i competenti Tavoli di verifica, a loro volta ancora in una fase iniziale, che scioglia i dubbi sull'appropriato utilizzo e contabilizzazione dei maggiori fondi resi disponibili a causa dell'emergenza epidemiologica.⁶

Nella *Tabella 1* abbiamo riportato i risultati d'esercizio del SSN negli anni 2012-2019.⁷ Come si può vedere, il disavanzo di esercizio prima delle correzioni apportate presso il Tavolo di verifica risultava aumentato di circa 100 milioni di euro nel 2019. In particolare, al peggioramento del saldo d'esercizio nel 2019 contribuivano una crescita dei ricavi (0,9%) di poco più bassa di quella dei costi (1%). In ogni caso, i progressi compiuti dal 2012 sono significativi: il disavanzo nel 2019 è quasi la metà di quello registrato nel 2012 e poco più del 60% di quello del 2013. Gli ulteriori trasferimenti messi a disposizione dalle Regioni a Statuto Speciale (RSS) e le coperture aggiuntive recuperate dalle Regioni in Piano di rientro grazie all'aumento delle aliquote fiscali regionali, sono tali da abbattere significativamente il saldo d'esercizio (saldo d'esercizio post-coperture).

Continua a chiudersi la frattura tra regioni "con" e "senza" Piani di rientro

(5) Vedere Guerrucci (2003) per un dettagliato confronto tra le due fonti.

(6) Vedere Corte dei Conti (2021), pp. 249-250.

(7) Le elaborazioni contenute nella Tabella 1 e nella successiva Figura 2 sono ricavate dai dati riportati in Corte dei Conti (2020), senza tener conto dei parziali aggiornamenti resi disponibili successivamente che, per la loro entità contenuta, non alterano le conclusioni raggiunte.

Tabella 1. I conti del SSN (2012-2019)

Milioni di euro

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ricavi d'esercizio	111.395	110.609	112.834	112.992	114.495	116.117	117.421	118.464
Costi d'esercizio (*)	-113.300	-112.255	-113.612	-113.936	-115.299	-117.010	-118.411	-119.560
Saldo di esercizio	-1.905	-1.646	-778	-944	-804	-893	-990	-1.097
Correzioni Tavolo Verifica	-128	-80	-96	-73	0	-177	0	0
Saldo d'esercizio pre-coperture	-2.033	-1.726	-874	-1.017	-804	-1.070	-990	-1.097
Ulteriori trasf. Regioni Stat. Spec.	994	935	536	244	235	317	401	457
Coperture	1.462	1.263	486	562	655	474	673	582
Saldo d'esercizio post-coperture	422	472	148	-212	86	-279	84	-57
Pregresso e ulteriori coperture	-27	-38	-131	0	-232	275	0	0
Saldo di esercizio Tavolo	395	434	17	-212	-146	-4	84	-57

(*) comprende saldi per mobilità extra CE e internazionale.

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Corte dei Conti (2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020).

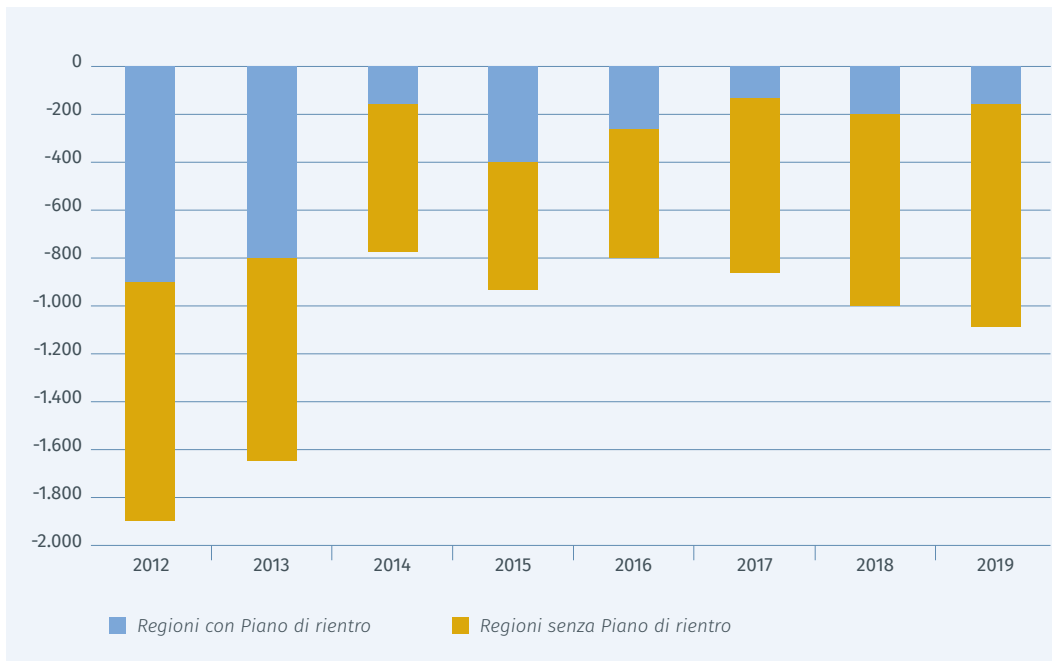
La spesa rappresentata è quella degli enti del SSN ricavata dai modelli di conto economico (CE) del Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS.

Scendendo più nel dettaglio, i dati disponibili mostrano come a partire dal 2014 la spaccatura che negli ultimi anni ha caratterizzato il SSN, tra le Regioni “virtuose” e in “Piano di rientro” (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), sembra essersi ricomposta. Nella [Figura 2](#), prendendo in considerazione il risultato d’esercizio “tout court”, senza ulteriori correzioni e coperture, il suo valore è stato suddiviso tra le due tipologie di Regioni. Dopo essere aumentata nel 2015 al 41,9%, percentuale comunque inferiore a quella del biennio 2012-2013, l’incidenza del disavanzo delle Regioni impegnate nei Piani di rientro sul totale nazionale è ritornata a ridursi negli anni successivi toccando il 21,1% nel 2018 e il 14,1% nel 2019. In particolare, nel 2019 le Regioni in Piano di rientro registravano un disavanzo di 154 milioni di euro (55 milioni di euro in meno rispetto a quello del 2018), mentre le altre un disavanzo di poco più di 940 milioni di euro (oltre 160 milioni di euro in più dell’anno prima). In particolare, le regioni in Piano di rientro hanno sperimentato un aumento dei costi, comprensivi di quelli per la mobilità, dello 0,5%, e dei ricavi dello 0,6%, mentre per le altre ad un aumento dei ricavi dell’1,1% è corrisposto un incremento dei costi dell’1,3%.⁸

(8) La crescita meno sostenuta dei ricavi nelle Regioni con Piani di rientro rispetto alle altre è da ricondurre ad una dinamica più contenuta del finanziamento statale ordinario loro spettante (0,6% nelle prime contro 1,2% nelle seconde), mentre le cosiddette entrate proprie crescono in maniera più sostenuta (0,9% contro 0,5%).

Figura 2. Saldi di esercizio a livello territoriale (2012-2019)

Milioni di euro



Fonte: Corte dei Conti (2020, 2019, 2018, 2017, 2016, 2015 e 2014)

Tuttavia, il miglioramento del complesso delle Regioni con Piani di rientro nasconde il fatto che per alcune permangono serie criticità. Solo Lazio, Campania e Sicilia hanno registrato un risultato di esercizio (prima delle coperture) positivo, mentre Molise e Calabria, come era già accaduto per le verifiche relative al 2018, non avendo raggiunto gli obiettivi previsti nei rispettivi piani, hanno dovuto aumentare le aliquote dell'IRAP e dell'Addizionale regionale all'IRPEF, rispettivamente di 0,15 e 0,3 punti percentuali.⁹

Nella *Tabella 2*, infine, abbiamo riportato i costi e i ricavi che ciascuna Regione ha registrato nel 2020 e i relativi tassi di crescita rispetto all'anno precedente. Nel complesso, i costi sono cresciuti nel 2020 del 3,7%, oltre due punti percentuali in più dell'aumento registrato nel 2019. Tra le Regioni che hanno fatto segnare l'aumento più rilevante spiccano la Valle d'Aosta, la P.A. di Trento, il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Toscana e il Lazio. Per la ragione opposta si segnalano i casi del Molise e della Lombardia che hanno visto una riduzione dei costi, rispettivamente dell'1,9 e dello

In alcune regioni permangono delle criticità

(9) Cfr. Agenzia delle Entrate, Comunicato stampa del 1° luglio 2020.

0,5%. Le entrate a loro volta sono cresciute complessivamente del 4,4% (1,1% era stato l'aumento nel 2019). Le Regioni che registrano l'incremento più elevato sono le stesse che hanno registrato la crescita maggiore dei costi (Valle d'Aosta, P.A. di Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio), mentre quelle che registrano l'incremento più contenuto sono la P.A. di Bolzano e l'Abruzzo (rispettivamente dello 0,5 e dell'1,9%).

Tabella 2. Costi e ricavi del SSN nel 2020

	Milioni di euro		variazione %	
	Costi	Ricavi	Costi	Ricavi
Piemonte	8.810,9	9.045,8	3,6	3,5
Valle d'Aosta	279,2	278,5	6,7	10,5
Lombardia	18.752,6	20.567,8	-0,5	4,4
P.A. Bolzano	1.292,0	1.334,1	3,1	0,2
P.A. Trento	1.300,4	1.157,5	6,5	8,4
Veneto	9.796,0	10.145,2	7,8	5,7
Friuli V.G.	2.546,4	2.711,7	1,1	2,5
Liguria	3.291,0	3.445,7	3,4	3,4
Emilia Romagna	9.826,6	9.834,5	8,7	7,2
Toscana	7.954,4	7.951,3	7,2	4,9
Umbria	1.788,8	1.841,8	3,9	4,4
Marche	2.965,2	3.129,0	2,8	4,0
Lazio	11.162,2	11.957,0	5,9	5,5
Abruzzo	2.490,3	2.652,9	2,5	1,9
Molise	627,3	619,1	-1,9	4,0
Campania	10.034,4	11.383,7	3,6	4,2
Puglia	7.540,3	8.006,8	2,9	3,3
Basilicata	1.041,8	1.161,1	1,0	3,0
Calabria	3.404,9	3.843,6	-0,8	3,9
Sicilia	9.213,7	9.930,5	2,5	3,4
Sardegna	3.253,4	3.389,4	2,3	3,5
Totale	117.371,7	124.387,0	3,7	4,4

Fonte: Elaborazioni Farmafactoring su dati Corte Conti (2021)

Le misure sanitarie di contrasto all'epidemia e le prospettive future del settore sanitario

Per fronteggiare le conseguenze sanitarie dell'emergenza epidemiologica e per mitigare l'impatto negativo sull'economia delle misure di contenimento adottate, a partire dallo scoppio della pandemia nel febbraio del 2020 il Governo italiano ha fatto ricorso a un insieme di interventi sanitari e fiscali contenuti in numerosi provvedimenti che si sono succeduti negli scorsi mesi. Nel paragrafo 3.1 viene quindi fornita una sintetica descrizione delle misure adottate in campo sanitario, insieme alla stima della relativa spesa e dei principali soggetti responsabili. Nello stesso periodo, il governo ha lavorato a un programma di riorganizzazione e sviluppo del sistema sanitario nazionale, nel quadro della strategia delineata a livello europeo per assicurare la ripresa post-pandemica. La descrizione di tale programma, contenuto nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che il governo ha presentato a fine aprile, è contenuta nel paragrafo 3.2 dove si darà conto anche degli importi complessivamente coinvolti. Infine, nel paragrafo 3.3 daremo conto del quadro economico di riferimento della spesa sanitaria nel prossimo quadriennio, secondo le valutazioni ufficiali.

3.1 Gli interventi sanitari di contenimento dell'emergenza epidemica

Secondo la nostra ricostruzione, complessivamente gli interventi programmati per la Sanità comporteranno un incremento della spesa di 8,9 miliardi di euro nel 2020, di 12 miliardi nel 2021, di 3 miliardi nel 2023 e, infine, di meno di 1 nel 2024. Come si può vedere dalla [Tabella 3](#), per ciascuno dei provvedimenti considerati viene riportata la maggiore spesa deliberata per il settore sanitario.¹⁰

(10) La nostra ricostruzione si basa sulle risorse stanziate, indipendentemente dal loro effettivo impiego. Secondo una prima stima, la percentuale delle risorse accantonate dalle Regioni è stata pari al 47,2% delle maggiori risorse attribuite loro direttamente con i primi tre decreti considerati. La percentuale di accantonamento è superiore nel Mezzogiorno (58,3%) rispetto al Nord (47,8%) e al Centro (27,2%). Vedere Corte dei Conti (2021), p. 293.

Tabella 3. Le risorse stanziate per il settore sanitario

Milioni di euro

	2020	2021	2022	2023
DL. 18/2020 - "Cura Italia"	3.149	6	0	0
DL. 34/2020 - "Rilancio"	5.058	945	1.949	0
DL. 104/2020	559	302	2	0
DL. 137/2020 - "Ristori"	100	68	0	0
L. 178/2020 - Legge Bilancio 2021	0	3.233	1.132	871
DL. 41/2021 e DL. 72/2021 - "Sostegni"	0	7.627	58	55
Totale	8.865	12.181	3.141	926

Fonte: elaborazioni Farmafactoring su Relazioni tecniche dei provvedimenti

Le misure contenute nei provvedimenti adottati nei primi mesi dell'emergenza epidemica rispondono alla necessità di sostenere l'urto della diffusione del contagio e contrastarne la diffusione. A tal fine, ci si è mossi per incrementare il personale in servizio e la disponibilità dei dispositivi medici necessari, ricorrendo anche, rispettivamente, al pagamento di straordinari e a forme di reclutamento "eccezionali" e all'erogazione di specifici contributi che ne incentivassero la produzione. A tali interventi il governo ha poi affiancato un programma di rafforzamento strutturale del SSN, ossia una riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata, di quella territoriale e di quella ospedaliera, e di smaltimento delle liste di attesa relative alle prestazioni rinviate a causa dell'epidemia.

Sulla stessa scia si muovono sostanzialmente le misure adottate a partire dalla legge di bilancio 2021. Oltre a incrementare il finanziamento ordinario del SSN, largamente concentrato nel 2021 in modo da consentire l'adozione di ulteriori misure di contrasto dell'emergenza epidemiologica, la legge di bilancio ha destinato una parte consistente delle nuove risorse alla realizzazione della campagna di vaccinazione, ossia per l'acquisto dei vaccini necessari (e dei farmaci per la cura dei pazienti con la stessa patologia) e il reclutamento di personale a tempo determinato necessario per la loro somministrazione. Su questa scia, gran parte delle maggiori risorse messe in campo con i due decreti "Sostegni" si concentra sul rafforzamento della campagna vaccinale, oltre che sullo stanziamento di opportune risorse per affrontare meglio il perdurare dell'emergenza e, in misura più ridotta, per lo smaltimento delle liste di attesa.¹¹

Una parte significativa della maggiore spesa programmata è da ricondurre all'aumento del finanziamento ordinario o *standard* del SSN, pari complessivamente, secondo la nostra ricostruzione, a 3,9 miliardi di euro nel 2020, 3,5 miliardi nel 2021 e 2,8 nel 2022. Le risorse in tal modo mobilitate dovranno servire al rafforzamento del SSN e saranno impiegate in gran parte per le spese relative al personale (reclutamento, pagamento di indennità, straordinari), al riordino della rete di assistenza territoriale e per 345 milioni di euro nel 2021 alla campagna vaccinale (*vedi Tabella 4*).

Un ruolo di primo piano, sia nella gestione dell'emergenza, sia nella riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, è affidato al Commissario straordinario per l'emergenza COVID. In primo luogo, il Commissario oltre a disporre di una "contabilità speciale" ove affluiscono le risorse necessarie per la sua azione, gestisce – insieme al Dipartimento della Protezione civile - il Fondo per le emergenze nazionali, finalizzato all'approvvigionamento di dispositivi medici (ad esempio strumenti di protezione individuale, impianti di ventilazione assistita) anche mediante l'erogazione di specifici contributi che ne incentivino la

Il rafforzamento dell'assistenza sanitaria in risposta all'epidemia

(11) Per i decreti Sostegni non abbiamo considerato nella nostra ricostruzione il credito di imposta concesso alle imprese per le spese sostenute per la sanificazione (200 milioni di euro) e lo stanziamento di 500 milioni di euro per la partecipazione a iniziative internazionali in materia di salute e clima.

produzione e all'implementazione rapida di strutture di assistenza compresa la requisizione di presidi sanitari, medico chirurgici e altri beni mobili e immobili, comprese le strutture alberghiere o simili per gestire le situazioni di quarantena. Il Commissario interviene anche nella definizione dei Piani di riorganizzazione della rete ospedaliera al fine di rafforzare le terapie intensive¹² e gestisce l'implementazione della campagna vaccinale, occupandosi dell'acquisto dei vaccini e della loro somministrazione.

Tabella 4. Le principali misure adottate per il settore sanitario *Milioni di euro*

	2020	2021	2022	2023
Finanziamento ordinario "SSN"	3.851	4.217	2.811	549
Commissario straordinario	4.797	7.356	0	0
- Rafforzamento terapie intensive	1.467	0	0	0
- Campagna vaccinale	180	4.156	0	0

Fonte: elaborazioni Farmafactoring su Relazioni tecniche dei provvedimenti

3.2. Le misure per il settore sanitario nel PNRR

Il 25 aprile 2020 il governo ha presentato il testo definitivo del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), successivamente trasmesso in via ufficiale alla Commissione europea (30 aprile) e al Parlamento italiano (il 4 maggio). Il Piano specifica in modo dettagliato il quadro completo delle riforme e degli interventi che si intende realizzare attuare con le risorse messe a disposizione dall'Europa con il programma di *Next Generation EU* (NGEU), in particolare con il Dispositivo per la ripresa e la resilienza (*Recovery and Resilience Facility* - RRF), che costituisce l'asse principale della strategia comunitaria di ripresa post-pandemica, e con il programma *React-EU*. A queste risorse il PNRR affianca un ulteriore fondo, a carico del bilancio nazionale – il Fondo complementare – mobilitando complessivamente per gli anni 2021-2026 un ammontare di risorse pari a 235 miliardi di euro.

Il PNRR si articola in sei principali linee di intervento, le Missioni, a loro volta suddivise in 16 Componenti, che raggruppano i progetti omogeni di riforme e di interventi ("investimenti" nella terminologia del PNRR). Alla tutela e promozione della Salute sono destinati complessivamente 20,2 miliardi di euro, pari all'8,6% delle risorse complessive previste (vedere *Tabella 5*, dove è riportata anche la ripartizione per fonte di finanziamento). Alle due Componenti in cui si articola il programma

(12) Per l'assistenza ospedaliera, in particolare, si prevede un incremento di 3.500 posti letto di terapia intensiva e una riqualificazione di altri 4 mila dall'area "medica" a quella di terapia intensiva e semi-intensiva, accompagnati da una ridefinizione dei percorsi di accesso alle strutture di cura e da una riorganizzazione della rete dei Pronto Soccorso.

di riorganizzazione della sanità pubblica, “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” e “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN”, spettano rispettivamente 9 e 11 miliardi di euro.

Tabella 5. La Missione "Salute" nel PNRR: Componenti e importi previsti per linee di finanziamento

Miliardi di euro

	RRF	REACT EU	Fondo Complement.	Totale
M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	7,0	1,5	0,5	9,0
M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale	8,6	0,2	2,4	11,2
Totale	15,6	1,7	2,9	20,2
<i>pm. % sul totale PNRR</i>	8,2	13,2	9,4	8,6

Fonte: elaborazione Farmafactoring su dati PNRR

Con riferimento alla parte del Programma collegata all'utilizzo delle risorse “europee”, del RFF in particolare, il PNRR specifica con maggiore precisione gli interventi che si intende realizzare e il relativo “costo” (vedere Tabella 6).

Tabella 6. La Missione "Salute": impiego dei fondi RFF

Miliardi di euro

Componente	Ambiti	Interventi	mld. euro
M6C1	A1: Potenziamento assistenza sanitaria e rete sanitaria territoriale	Case della Comunità e presa in carico della persona	2,0
		Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	4,0
		Sviluppo delle cure intermedie	1,0
M6C2	A1: Aggiornamento tecnologico e digitale	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,1
		Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,6
		Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta dati, elaborazione dati, analisi dati e simulazione	1,7
	A2: Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,5
		Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,7

Fonte: elaborazione Farmafactoring su dati PNRR

Per quanto riguarda la prima Componente, ossia il rafforzamento dell'assistenza territoriale, si prevedono tre differenti tipologie di interventi. Con la prima tipologia, si intende realizzare circa 1.300 "Case della Comunità", ossia strutture sociosanitarie che garantiscono le politiche di prevenzione e di promozione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento e il coordinamento di tutti i servizi offerti ai malati cronici. Con la seconda tipologia, per cui si prevede una spesa di 4 miliardi di euro, si intende:

- a) rafforzare l'assistenza domiciliare, grazie allo sfruttamento delle nuove tecnologie – telemedicina, domotica, digitalizzazione – con l'obiettivo di incrementare le prestazioni fino a prendere in carico nel 2026 il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti;
- b) attivare Centrali operative territoriali che assicurino il coordinamento dei servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, "assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza";
- c) finanziare progetti di telemedicina con l'obiettivo di garantire entro il 2025 l'assistenza di almeno 200 mila persone tramite tale strumento.

Con la terza tipologia di interventi, infine, si intende realizzare 381 Ospedali di Comunità (con una dotazione di posti letto compresa tra 20 e 40) destinati a pazienti che richiedono interventi di bassa-media intensità clinica e a ricoveri di breve durata.

La realizzazione di tali interventi si accompagna a una ridefinizione della strategia relativa al *welfare* comunitario, con la definizione entro la fine del 2021 di *standard* strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale, l'identificazione delle strutture più idonee a realizzarlo e, entro la metà del 2022, la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Gli interventi previsti con la seconda Componente, si dividono a loro volta in due Ambiti. Nel primo sono previsti tre tipologie di interventi:

- a) l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero con cui si intende tra i vari obiettivi acquistare oltre 3 mila nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, angiografi, ecc.) con cui sostituire quelle obsolete e incrementare, sulla scia di quanto già deliberato con il decreto "Rilancio", il numero di posti letto per la terapia intensiva e semi-intensiva;
- b) l'adeguamento alla normativa antisismica di oltre un centinaio di strutture già individuate;
- c) il potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

L'utilizzo delle risorse "europee" per lo sviluppo del SSN: rafforzamento dell'assistenza territoriale e ...

... potenziamento tecnologico e della ricerca

Infine, i due interventi ricompresi nel secondo Ambito mirano rispettivamente a potenziare la ricerca biomedica, accrescendo la capacità di risposta dei centri di eccellenza esistenti in Italia nel settore delle malattie rare e facilitando il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese e accrescere le competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del SSN, mediante il finanziamento di nuove borse di studio per corsi specifici di medicina generale e di nuovi piani di formazione. A tal fine, si prevede di riorganizzare, entro la fine del prossimo anno, la rete degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) con la finalità di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie.¹³

3.3 La previsione di spesa sanitaria pubblica nel 2021-2024

Lo scoppio della pandemia ha ovviamente portato a una radicale revisione delle precedenti stime di spesa sanitaria. Oltre a incorporare una stima più accurata dei “costi” dell’epidemia e di quelli per l’immediato rafforzamento del settore, il nuovo scenario dovrebbe tener conto dei programmi di riorganizzazione di medio-lungo periodo. Si tratta di un esercizio difficile, reso ancor di più complicato dalle regole di contabilità: la spesa sanitaria pubblica, l’indicatore utilizzato, è costituita di sola spesa corrente e potrebbe non “risentire” di una parte delle nuove misure adottate, opportunamente collocate altrove.

Nella *Tabella 7* abbiamo provato a ricostruire un quadro previsivo, correggendo per così dire l’originario scenario ufficiale per l’impatto degli effetti del successivo decreto “Sostegni-bis”, che al momento della sua definizione non erano stati considerati.

Tabella 7. La spesa sanitaria nel quadro tendenziale dei conti pubblici (2020-2024)

	2020	2021	2022	2023	2024
Spesa sanitaria (milioni euro)	123.474	129.338	123.660	126.245	124.420
Quota su Pil (in %)	7,5	7,4	6,7	6,6	6,3
Quota sulla spesa primaria corrente (in %)	15,5	15,4	15,0	15,1	14,8
Spesa sanitaria (variazione in %)	6,7	4,7	-4,4	2,1	-1,4

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati MEF (2021)

(13) La Riforma della *governance* di tali enti mira a migliorarne la gestione strategica e a favorire la loro messa in rete e lo scambio di competenze specialistiche con le altre strutture del SSN.

Secondo questa ricostruzione, la spesa aumenterebbe del 4,7% nel 2021 (nelle previsioni originarie del MEF il tasso di crescita era del 3%), in decelerazione rispetto al 2020. Si ridurrebbe, invece, del 4,4% nel 2022, in gran parte a causa dell'effetto dovuto al venir meno della maggiore spesa "straordinaria" sostenuta nei due anni precedenti per l'emergenza epidemiologica. Avrebbe, poi, un andamento altalenante nei due anni successivi, con un aumento nel 2023 e una riduzione nel 2024. Infine, in percentuale del PIL la spesa sanitaria si attesterebbe al 7,4% nel 2021, appena sotto quella dell'anno prima. A partire dal 2022, l'incidenza è attesa ridursi fino a toccare il 6,3% nel 2024, anche a ragione della dinamica attesa del PIL (nel DEF 2021 il tasso di crescita atteso è pari al 5,2% nel 2021 e del 4,2% in media nel triennio successivo). Si riduce, inoltre, anche l'incidenza sulla spesa corrente primaria che passa dal 15,4% atteso per quest'anno al 14,8% nel 2024.

**Nel quadriennio
2021-2024 la spesa
sanitaria pubblica
torna a ridursi
in % del Pil**

L'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza nel SSN

Una valutazione corretta del funzionamento del SSN richiede che si considerino anche i risultati conseguiti in termini di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni e dei servizi effettivamente erogati. Tale necessità si impone sia per verificare il rispetto nelle diverse Regioni dei principi costituzionali e istitutivi del servizio sanitario di uniformità, qualità, appropriatezza e costo delle prestazioni erogate, ma anche per verificare e eventualmente ricalibrare la politica sanitaria.

Il sistema di valutazione esistente è per sua natura molto complesso. Senza entrare troppo nei dettagli, prevede che le Regioni siano tenute a rispettare una serie di obblighi o adempimenti.¹⁴ Tra questi, oltre a quelli di natura economica e finanziaria (il più importante dei quali è il mantenimento del pareggio di bilancio), ve ne sono altri concepiti per verificare la corrispondenza dei servizi sanitari regionali ai principi di efficacia, appropriatezza e qualità delle cure che ispirano il SSN, il più importante dei quali è costituito da quello definito come Mantenimento dell'erogazione dei LEA (cosiddetto Griglia LEA).¹⁵

La verifica è affidata al cosiddetto "Comitato LEA" (più precisamente, Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse), che si avvale del supporto dell'Age.Na.S. e dell'AIFA. Il mancato rispetto anche di un solo adempimento, pregiudica alla Regione responsabile l'accesso alla cosiddetta quota premiale del finanziamento statale ordinario e richiede, per essere sanato la sottoscrizione di un "Piano di rientro".¹⁶

La "griglia LEA", ossia l'insieme di indicatori utilizzati per monitorare l'erogazione dei LEA nelle Regioni, utilizza un complesso di indicatori (nel 2018 se ne sono utilizzati 33), suddivisi tra i livelli più generali dell'assistenza erogata (prevenzione, distrettuale, ospedaliera e emergenza). In linea con la più recente esperienza, si mantengono due sole classi di valutazione (adempienza e inadempienza), in luogo delle tre utilizzate fino al 2014 (adempienza, adempienza con impegno, inadempienza). La metodologia adottata attribuisce a ciascun indicatore un valore obiettivo e assegna a ciascuna regione un punteggio sulla base dello scostamento rispetto all'obiettivo prefissato. La sommatoria di tali punteggi consente di ottenere la valutazione complessiva, che è pienamente adempiente, se il punteggio ottenuto è maggiore o uguale a 160 o compreso tra 140 e 160, ma senza che alcun indicatore sia "critico", ovvero che non raggiunga un punteggio accettabile, o inadempiente se il punteggio rimane sotto i 140 punti o è compreso tra 140 e 160, ma con almeno un indicatore "critico".

Nella valutazione del SSN contano anche l'appropriatezza, l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate

(14) Agli originari adempimenti stabiliti nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 se ne sono aggiunti altri definiti da leggi, accordi e intese in Conferenza Stato-Regioni e altri atti di programmazione sanitaria definiti in seguito.

(15) Tra gli altri adempimenti si segnalano quelli relativi a determinati obblighi informativi, alla riduzione dei posti letto ospedalieri, alla gestione delle liste di attesa, al rispetto dei tetti sulla spesa farmaceutica, all'adozione di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità ecc...

(16) La quota premiale è pari al 3% del finanziamento della quota cosiddetta indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie. Per le regioni che nell'ultimo triennio sono state adempienti tale quota scende al 2%. Cfr. L. 191/2009, art. 2, c. 68.

Nella *Tabella 8* abbiamo riportato per le Regioni a statuto ordinario, per la Sicilia e, ove disponibili, anche per le altre Regioni a Statuto Speciale e le due Province autonome, i risultati delle valutazioni disponibili fino ad oggi (insieme con i relativi punteggi ottenuti a partire dalla rilevazione per il 2012), compresi quelli più recenti relativi al 2018 e, sebbene ancora provvisori, al 2019. L'aspetto di maggior rilievo è che nel 2018 tutte le Regioni sono risultate adempienti comprese, per la prima volta, la Campania e la Calabria. Le Regioni più virtuose sono state il Veneto, l'Emilia-Romagna e la Toscana. Tra le regioni meridionali si segnalano l'Abruzzo e la Basilicata: la prima sopravanza anche le Marche e il Lazio, mentre la seconda "solo" il Lazio. Tra le Regioni a statuto speciale diverse dalla Sicilia, non sottoposte alla verifica degli adempimenti per l'accesso alle quote premiali del Fondo a causa della loro autonomia speciale, solo il Friuli V. G. e la P.A. di Trento risultano aver conseguito un punteggio almeno accettabile.

Per quanto riguarda, infine, l'esito della verifica per il 2019, i risultati provvisori mostrano un netto peggioramento di Calabria e Molise che risultano inadempienti. Peggiorano in modo rilevante, senza però "cadere" in una condizione di inadempienza il Piemonte e la Basilicata, mentre al contrario il Lazio è la regione che mostra il miglioramento più significativo. Scendendo più nel dettaglio, la rilevazione mostra segnali di miglioramento relativamente alla rete ospedaliera e all'appropriatezza delle prestazioni, ma anche criticità per quanto riguarda la prevenzione, la sicurezza e qualità delle cure, un utilizzo inefficiente delle risorse ospedaliere che si accompagna ad una inadeguatezza della rete territoriale.¹⁷

**L'erogazione dei
LEA: nel 2018 tutte
le regioni risultano
adempienti, mentre
nel 2019 Calabria e
Molise non lo sono**

(17) Per quanto riguarda la prevenzione si segnalano il numero contenuto di *screening* oncologici e di vaccinazioni antiinfluenzali delle persone anziane, mentre per la sicurezza e qualità delle cure l'ancora elevato numero di parti cesarei e, nelle regioni in Piano di rientro, il mancato raggiungimento dell'obiettivo di interventi tempestivi per quelle patologie per cui risulta cruciale che l'operazione sia eseguita nel più breve tempo possibile dal ricovero. Per i rimanenti aspetti si segnalano l'elevato tasso di ospedalizzazione degli *over 75* nel Centro-Nord e la debolezza nelle regioni in Piano di rientro dell'assistenza domiciliare o residenziale di anziani e disabili. Cfr. Corte dei Conti (2021), pp. 268-269.

Tabella 8. Verifica mantenimento erogazione LEA (2008-2019)

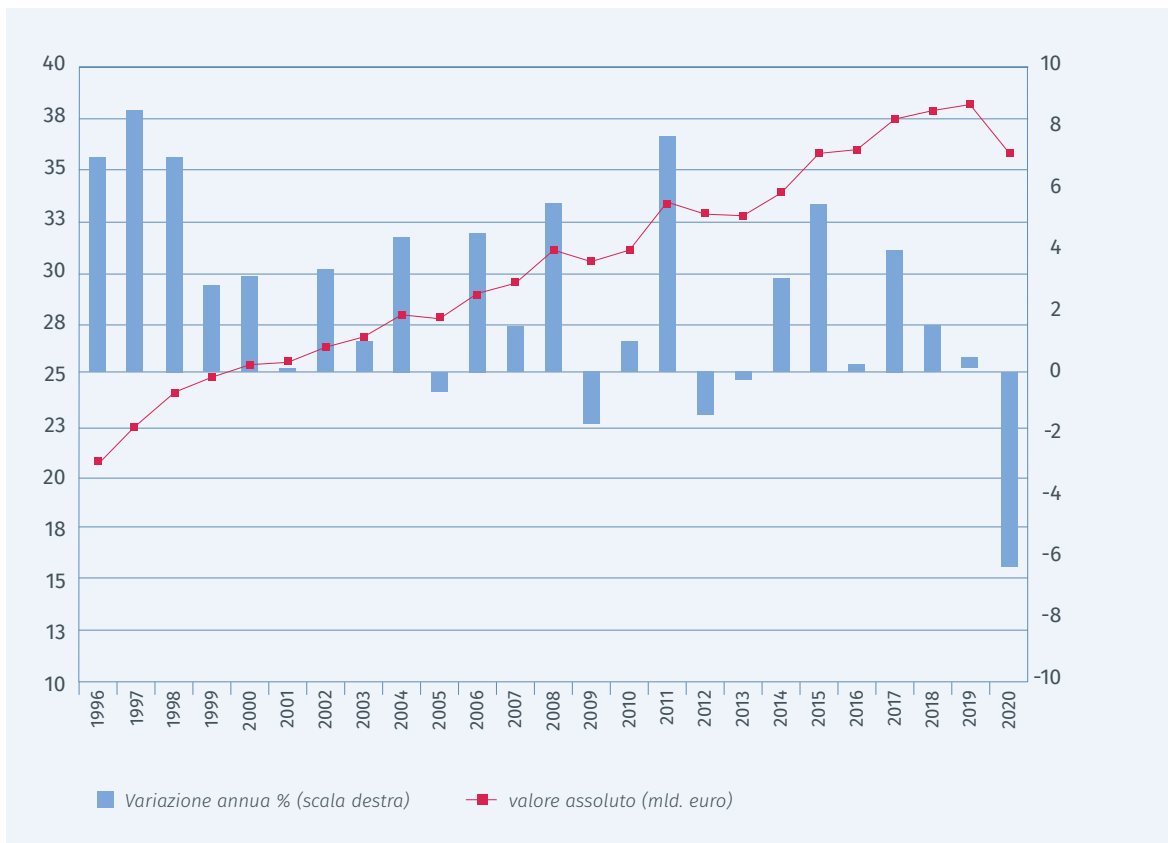
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte					186	201	200	205	207	221	218	188
Valle d'Aosta	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	149	159	nd
Lombardia					184	187	193	196	198	212	215	215
P.A. Bolzano	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	120	142	nd
P.A. Trento	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	185	185	nd
Veneto					193	190	189	202	209	218	222	222
Friuli V.G.	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	193	206	nd
Liguria					176	187	194	194	196	195	211	206
Emilia Romagna					210	204	204	205	205	218	221	221
Toscana					193	214	217	212	208	216	220	222
Umbria					171	179	190	189	199	208	210	211
Marche					168	191	192	190	192	201	206	212
Lazio					167	152	168	176	179	180	190	203
Abruzzo					145	152	163	182	189	202	209	204
Molise					146	140	159	156	164	167	180	150
Campania					117	136	139	106	124	153	170	168
Puglia					140	134	162	155	169	179	189	193
Basilicata					169	146	177	170	173	189	191	172
Calabria					133	136	137	147	144	136	162	125
Sicilia					157	165	170	153	163	160	171	173
Sardegna			nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	140	145	nd

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Ministero della salute (vari anni) e Cortei dei Conti (2021); in verde Regioni pienamente adempienti; in arancione Regioni adempienti con ulteriore impegno; in rosso Regioni inadempienti

La dinamica della spesa sanitaria privata

Nel 2019 la spesa sanitaria diretta delle famiglie è rimasta sostanzialmente stazionaria (un lieve incremento dello 0,6%), attestandosi su un importo di 38,1 miliardi di euro (vedere Figura 4). Nel 2020 invece si è ridotta del 6,2%, in linea con la riduzione dei consumi complessivi, attestandosi su un valore di 35,8 miliardi di euro.

Figura 4. Dinamica della spesa sanitaria privata (1996-2020)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2021b)

Complessivamente dal 1995 la spesa sanitaria diretta delle famiglie si è quasi raddoppiata, crescendo a un tasso medio annuo del 2,5% (fino al 2019 il tasso medio di crescita della spesa sanitaria è del 2,9%). Prima della riduzione fatta segnare lo scorso anno, la spesa sanitaria era cresciuta nei sei anni precedenti del 2,5%.

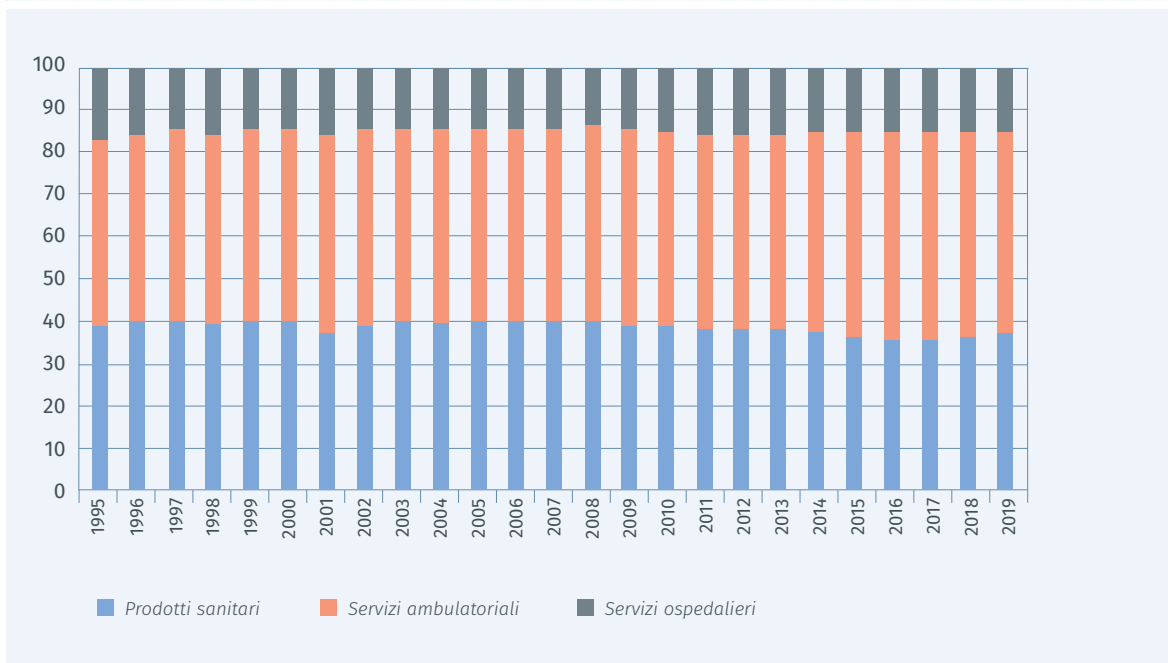
In percentuale dei consumi complessivi (quelli finali interni, ossia quelli effettuati sul territorio nazionale dalle famiglie residenti e non residenti), nel 2020 la spesa sanitaria è stata del 3,7%, due decimi di punti percentuali più alta di quella del 2019 e quattro decimi in più della media dell'intero periodo. In modo analogo, è cresciuta l'incidenza rispetto al PIL che nel 2020 è stata pari al 2,2%, un decimo in più del 2019 e due decimi in più della media dell'intero periodo considerato.

Scendendo più nel dettaglio, nella *Figura 5* abbiamo riportato per il periodo 1995-2019 la ripartizione della spesa tra le principali tipologie che la compongono: prodotti sanitari (medicinali e altri articoli sanitari), servizi ambulatoriali e ospedalieri. La tipologia più rilevante è quella dei servizi ambulatoriali che, in media nell'intero periodo esaminato, ha assorbito il 46,2% della spesa totale. Seguono la spesa per prodotti sanitari e per servizi ospedalieri, pari in media rispettivamente al 38,9 e al 14,9% della spesa totale. Si segnala, infine, come a partire dal 2007 il peso della componente dei prodotti sanitari si sia costantemente ridotto a vantaggio delle altre tipologie e dei servizi ambulatoriali in particolare, sebbene nell'ultimo biennio abbia fatto registrare un aumento di circa 1,5 punti percentuali.

Nel 2020 la spesa sanitaria privata si riduce del 6,2%, ma accresce la sua incidenza sul Pil

I servizi ambulatoriali assorbono in media poco meno dell'intera spesa

Figura 5. Composizione della spesa sanitaria privata (1995-2019)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2021b)

Il nuovo sistema dei conti della sanità

A giugno 2021, l'Istat ha aggiornato le stime del nuovo sistema dei conti della sanità, che ora comprendono il periodo 2012-2019 (Istat, 2021c). Tali stime consentono di avere un quadro più completo del sistema sanitario nazionale, in cui oltre alla spesa sanitaria pubblica e quella privata "diretta" delle famiglie, si considera anche quella finanziata dai cosiddetti "Regimi di finanziamento volontari" (a cui per semplicità ci riferiremo come spesa privata intermediata) che è quella sostenuta mediante gli altri soggetti attivi nel sistema, ossia le assicurazioni, le istituzioni senza scopo di lucro e le imprese.¹⁸ Rimane, tuttavia, esclusa quella intermediata dai fondi sanitari integrativi e, relativamente a quella intermediata dalle imprese di assicurazioni, quella relativa ai rischi di non autosufficienza.

Prima di esaminare i risultati di tali stime, è necessario affrontare alcune questioni metodologiche che riguardano la spesa pubblica e quella privata diretta di cui ai precedenti paragrafi 1 e 5. Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica, le stime in oggetto sono costruite sulla base della stessa metodologia di quelle del paragrafo 1, ma differiscono da queste perché non considerano alcune tipologie di spesa (quelle sostenute per imposte, tasse e premi di assicurazione e quelle relative alle cosiddette contribuzioni diverse, ossia i trasferimenti a enti della PA, famiglie imprese e enti *no profit*), mentre includono quelle sostenute per servizi collettivi (che non sono considerate nell'altra) (vedere Aprile, 2017). Per quanto riguarda la spesa privata diretta, invece, la non coincidenza delle stime del nuovo sistema dei conti sanitari con quelle del paragrafo 5 dipende sostanzialmente da due ragioni: a) dal fatto che le prime si riferiscono ai consumi nazionali (ossia a quelli delle famiglie residenti all'intero del territorio nazionale e all'estero), mentre le seconde a quelli interni (ossia ai consumi sanitari effettuati nel territorio nazionale dalle famiglie residenti e non) e b) dal fatto che nelle prime non è compresa quella parte di spesa successivamente rimborsata dalle assicurazioni private, che è invece ricompresa nelle seconde (vedere Basso, 2017).

Nel 2019 la spesa sanitaria totale ammontava a 155,2 miliardi di euro, circa 13 miliardi di euro in più rispetto a quella del 2012, con un aumento dell'8,8% (Tabella 9). La componente pubblica ne costituiva il 73,9%, 2 punti percentuali in meno rispetto al 2012.¹⁹ È cresciuta, quindi, la componente privata, sia quella diretta che nel 2019 ha raggiunto l'importo di 36,2 miliardi di euro, il 23,3% del totale (1,2 punti percentuali in più rispetto al 2012), che quella intermediata, pari in valore assoluto a 4,3 miliardi di euro e al 2,8% del totale (con un incremento di 7 decimi di punti percentuali). Esaminando meglio la dinamica, si nota come la percentuale della spesa pubblica sia diminuita fino al 2017 e abbia ripreso a crescere nel biennio finale considerato. All'opposto la spesa privata diretta è cresciuta fino al 2017 e si è ridotta nei due anni successivi, mentre quella intermediata è cresciuta in percentuale

Il nuovo sistema dei conti della sanità: alcune questioni metodologiche

(18) Per quanto riguarda la spesa relativa alle imprese ci si riferisce a quella che le imprese sostengono per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (Istat, 2017, pp. 2 e 20).

(19) Nella spesa della PA rientra anche quella relativa alle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria, che fanno capo sostanzialmente all'INAIL. Si tratta di una componente relativamente minore, il cui peso nel 2019 è pari allo 0,2% dell'intera spesa pubblica.

costantemente nell'arco di tempo considerato. Per quanto riguarda la spesa intermediata, quella facente capo alle assicurazioni private, stimata sulla base degli indennizzi pagati, nel 2019 era pari al 75,2% del relativo totale, mentre la restante parte si distribuiva tra quella facente capo alle Istituzioni senza scopo di lucro (7,8%) e alle imprese (16,9%). In particolare, rispetto al 2012, la spesa sostenuta dalle imprese di assicurazioni cresce di poco meno di 1 miliardo di euro, con un aumento del 42,2%). Cresce anche la spesa delle altre due tipologie, rispettivamente del 103% quella delle Istituzioni *no profit* e del 54% quella delle imprese.

**Nel periodo
esaminato
è cresciuta
l'incidenza
della spesa
privata diretta
e intermediata**

Tabella 9. La spesa sanitaria per regime di finanziamento (2012-2019)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>miliardi di euro</i>								
Spesa pubblica	108,3	107,2	108,9	109,1	110,1	111,1	113,5	114,8
Spesa privata intermediata	2,9	2,9	2,9	3,1	3,4	3,7	4,0	4,3
Spesa privata diretta	31,5	31,5	32,5	34,4	34,5	35,9	36,2	36,2
Totale	142,7	141,5	144,3	146,6	148,0	150,7	153,7	155,2
<i>in % del totale</i>								
Spesa pubblica	75,9	75,8	75,4	74,4	74,4	73,7	73,8	73,9
Spesa privata intermediata	2,0	2,0	2,0	2,1	2,3	2,5	2,6	2,8
Spesa privata diretta	22,1	22,2	22,5	23,5	23,3	23,8	23,6	23,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmactoring su dati ISTAT (2021c)

Nella **Tabella 10** abbiamo riportato la ripartizione della spesa sanitaria nel 2019 tra le diverse funzioni di assistenza e i regimi di finanziamento. Cominciamo con l'osservare che la funzione più rilevante dal punto di vista quantitativo è quella di Cura e riabilitazione che assorbe il 54% del totale della spesa complessiva. Seguono l'acquisto di prodotti sanitari (farmaci e altro), la *Long term care* e i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) che assorbono rispettivamente il 20,9, il 10,6 e l'8,1% della spesa totale. Decisamente meno rilevanti, quantitativamente, i servizi di prevenzione e di amministrazione che pesano sul totale della spesa rispettivamente il 4,7 e l'1,6%. Per quanto riguarda la spesa pubblica, poco meno del 75% è assorbito dalle funzioni di cura e riabilitazione e di acquisto di prodotti sanitari. Le medesime funzioni assorbono, una percentuale più alta della spesa privata diretta (80,6%) e una più bassa di quella intermediata (41%). Il 38,5% della spesa

privata diretta è assorbito dall'acquisto di prodotti sanitari, percentuale decisamente superiore a quella che si incontra nelle altre tipologie. Le spese per la prevenzione e per la *governance* e l'amministrazione, infine, assorbono nel caso della spesa privata intermediata poco meno della metà di quella complessiva, percentuale decisamente superiore a quella che si riscontra per le altre tipologie. Nel primo caso, la spesa è di gran lunga concentrata presso le imprese (il 96,9% dell'intera spesa intermediata per prevenzione), mentre nel secondo presso le imprese di assicurazione (il 98,3% del relativo totale).

L'attività di cura e riabilitazione assorbe nel 2019 oltre la metà della spesa complessiva

Tabella 10. La spesa sanitaria nel 2019: ripartizione per funzione di assistenza e Regime di finanziamento

	Spesa pubblica	Spesa privata intermediata	Spesa privata diretta	Totale
<i>milioni di euro</i>				
Cura e riabilitazione	67.105	1.467	15.253	83.825
Long term care	12.345	78	4.060	16.483
Servizi ausiliari	9.357	359	2.880	12.596
Prodotti sanitari	18.258	295	13.933	32.486
Prevenzione	6.493	750	70	7.313
Governance e amministrazione	1.201	1.345	0	2.546
Totale	114.759	4.294	36.196	155.249
<i>in% del totale</i>				
Cura e riabilitazione	58,5	34,2	42,1	54,0
Long term care	10,8	1,8	11,2	10,6
Servizi ausiliari	8,2	8,4	8,0	8,1
Prodotti sanitari	15,9	6,9	38,5	20,9
Prevenzione	5,7	17,5	0,2	4,7
Governance e amministrazione	1,0	31,3	0,0	1,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2021c)

Nella **Tabella 11**, infine, abbiamo riportato la distribuzione della spesa sanitaria nel 2019 tra i diversi regimi di finanziamento e le tipologie di erogatori dei servizi. I dati riportati, mostrano come nel complesso oltre la metà (50,3%) della spesa sanitaria è erogata da ospedali e strutture residenziali a lungo termine. Seguono i servizi ambulatoriali (medici di base, specialisti, ecc...) e di tipo ausiliario (laboratori di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) e le farmacie e le altre attività di vendita al dettaglio di presidi medici, che assorbono rispettivamente il 27,6 e 16,7% del totale.

Decisamente meno rilevante in termini quantitativi la spesa sostenuta presso gli erogatori di servizi per la prevenzione (3,7% del totale) e dei servizi di amministrazione (1,6%). Per quanto riguarda la spesa pubblica, poco meno del 62% è costituito da servizi erogati da ospedali e strutture residenziali a lungo termine. Gli stessi servizi assorbono percentuali decisamente minori della spesa intermediata (8,4%) e di quella privata "out of pocket" (19,2%).

Oltre l'80% della spesa privata diretta è utilizzata per l'acquisto di prestazioni presso gli erogatori di servizi ambulatoriali e ausiliari e le attività di vendita al dettaglio. Le stesse tipologie di spesa assorbono complessivamente poco più della metà (rispettivamente, il 52,9% e il 6,9%) della spesa privata intermediata. Circa un terzo di questa, infine, è utilizzato per l'acquisto presso erogatori di servizi di amministrazione.

Nel 2020 poco più della metà della spesa totale è erogata da ospedali e strutture residenziali a lungo termine

Tabella 11. La spesa sanitaria nel 2019: ripartizione per funzione di assistenza e Regime di finanziamento

	Spesa pubblica	Spesa privata intermediata	Spesa privata diretta	Totale
<i>milioni di euro</i>				
Ospedali e strutture residenz. lungo termine	70.838	360	6.933	78.131
Erogatori servizi ambulatoriali e ausiliari	25.425	2.271	15.126	42.822
Famacie e altri fornitori presidi medici	11.655	295	13.933	25.883
Erogatori servizi prevenzione	5.640	23	70	5.733
Erogatori servizi amministrazione	1.201	1.345	0	2.546
Rrogatori resto del mondo	0	0	134	134
Totale	114.759	4.294	36.196	155.249
<i>in% del totale</i>				
Ospedali e strutture residenz. lungo termine	61,7	8,4	19,2	50,3
Erogatori servizi ambulatoriali e ausiliari	22,2	52,9	41,8	27,6
Famacie e altri fornitori presidi medici	10,2	6,9	38,5	16,7
Erogatori servizi prevenzione	4,9	0,5	0,2	3,7
Erogatori servizi amministrazione	1,0	31,3	0,0	1,6
Rrogatori resto del mondo	0,0	0,0	0,4	0,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmactoring su dati ISTAT (2021c)

Conclusioni

Lo scoppio dell'epidemia di COVID nel 2020 ha provocato un forte incremento della spesa sanitaria pubblica che ha di fatto interrotto il *trend* che aveva caratterizzato il settore negli ultimi dieci anni, a cui aveva fatto seguito una maggiore incidenza della spesa privata diretta e di quella intermediata. Nel 2020 anche la spesa privata *out of pocket* è diminuita, anche se di meno rispetto al totale dei consumi familiari, a causa delle politiche di “confinamento” messe in atto per contrastare la diffusione dell'epidemia.

Nei prossimi anni, la spesa sanitaria pubblica è attesa, attraverso una dinamica altalenante, rientrare su un sentiero di crescita più contenuto, anche se resta da definire con maggiore accuratezza l'impatto che il programma di riorganizzazione definito all'interno del PNRR può avere sui conti del settore. È proseguito, infine, il recupero degli squilibri sanitari “regionali”, anche se per Molise e Calabria (due delle Regioni impegnate nei Piani di rientro) permangono alcune criticità sia sul versante economico, sia su quello dell'adeguatezza delle prestazioni erogate agli *standard* richiesti.

Bibliografia

Aprile R. (2017), I dati SHA nelle previsioni di medio-lungo periodo della spesa sanitaria, Roma, 4 luglio 2017; <https://www.slideshare.net/slideistat/r-aprile-i-dati-sha-nelle-previsioni-di-mediolungo-periodo-della-spesa-sanitaria>

Basso S. (2017), La spesa sanitaria delle famiglie: metodi di stima e risultati, Roma, 4 luglio 2017; <https://www.slideshare.net/slideistat/s-basso-la-spesa-sanitaria-delle-famiglie-metodi-di-stima-e-risultati>

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2012), *Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2014), *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2015), *Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2016), *Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2016), *Audizione sul Documento di Economia e Finanza 2016*, Roma

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2017), *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2018), *Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2019), *Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2020), *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma

Corte dei Conti – Sezioni Riunite in Sede di Controllo (2021), *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma

Guerrucci D. (2003), La spesa sanitaria pubblica in Italia. Raccordo e confronto tra fonti disponibili e metodologie utilizzate nell'ambito della statistica ufficiale, XV Conferenza della Società italiana di economia pubblica

ISTAT (2017), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia. Anni 2012-2016*; <https://www.istat.it/it/archivio/201944>

ISTAT (2021a), *I conti della protezione sociale*, aprile 2021, <http://dati.istat.it/>

ISTAT (2021b), *Spesa per consumi finali delle famiglie*, aprile 2019, <http://dati.istat.it/>

Istat (2021c), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia. Anni 2012-2019*; <http://dati.istat.it/>

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2021), *Documento di Economia e Finanza 2021. Sezione II – Analisi e tendenze della Finanza Pubblica*, Roma

Ministero della Salute (2020), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2018*, Roma, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2970_allegato.pdf

Ministero della Salute (2019), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2017*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf

Ministero della Salute (2018), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2016*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2783_allegato.pdf

Ministero della Salute (2017), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2015*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf

Ministero della Salute (2016a), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2014*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2581_allegato.pdf

Ministero della Salute (2016b), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2014*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2582_allegato.pdf;

Ministero della Salute (2015), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2013*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2174_allegato.pdf

Ministero della Salute (2015), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2013*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2154_allegato.pdf

Ministero della Salute (2014a), *Verifica Adempimenti LEA. Anno 2012*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2174_allegato.pdf

Ministero della Salute (2014b), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2012*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2154_allegato.pdf

Ministero della Salute (2013), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2067_allegato.pdf

Ministero della Salute (2012), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2010*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1829_allegato.pdf

Ministero della Salute (2011), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2009*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1534_allegato.pdf

Ministero della Salute (2010), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2008*, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1475_allegato.pdf

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2021), *Piano nazionale di ripresa e resilienza*, Roma

Numeri precedenti

- 01.2012** Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare
- 01.2013** La Spesa Sanitaria in tempi di Spending Review: il quadro di sintesi dei prossimi anni
- 02.2013** Sanità e salute: la variabile generazionale
- 03.2013** Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti
- 01.2014** La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN
- 02.2014** I conti della sanità: consuntivi e prospettive future
- 03.2014** I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi
- 04.2014** Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia: welfare state e welfare society
- 01.2015** Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia
- 02.2015** Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini di salute e spesa sanitaria
- 03.2015** I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future
- 04.2015** Healthy and active aging e le politiche di LTC in Italia
- 01.2016** La struttura dei costi della sanità in Italia: analisi dei trend e dei differenziali regionali (2004-11)
- 02.2016** La gestione del rischio in sanità: il ruolo dell'organizzazione
- 03.2016** Alla difficile caccia della inappropriata
- 04.2016** I conti della sanità: consuntivi del 2015 e prospettive future
- 01.2017** La salute nel ciclo di vita della popolazione: come sta cambiando e come si può intervenire
- 02.2017** Il Servizio Sanitario Nazionale: un sistema voluto dagli Italiani, ma bisognoso di profonde modifiche
- 03.2017** I conti della sanità: consuntivi del 2016 e prospettive future
- 04.2017** La salute dei migranti in Italia: alcune riflessioni ed evidenze
- 01.2018** La salute nel ciclo di vita della popolazione: la salute dei giovani italiani
- 02.2018** L'allocazione delle risorse in sanità: la situazione in Italia
- 03.2018** Le criticità finanziarie dei comuni italiani: un'analisi ricostruttiva
- 04.2018** I conti della sanità: consuntivi del 2017 e prospettive future
- 05.2018** I costi delle nuove tecnologie sanitarie
- 01.2019** La salute nel ciclo di vita della popolazione: la salute degli italiani nell'età adulta
- 02.2019** I conti della sanità: consuntivi del 2018 e prospettive future
- 03.2019** Governo dell'innovazione e sviluppo sostenibile in sanità
- 01.2020** Il Servizio Sanitario e la gestione della complessità: sostenibilità, pluralità delle piattaforme e loro interazioni
- 02.2020** Genitori sani, figli sani: un'analisi descrittiva della trasmissione intergenerazionale della salute in Italia
- 03.2020** The French health care system: challenges and opportunities
- 01.2021** Socio-economic determinants of health status in Poland

Progetto grafico:
ideogramma.com

Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it