

Gli effetti della pandemia sui bilanci delle Aziende ospedaliere

1. Introduzione e sintesi

Nel 2020 e nel 2021 la diffusione del COVID-19 ha avuto un forte impatto sull'attività e sui bilanci degli ospedali. Basti ricordare che nel 2020 le dimissioni in regime ordinario dovute alla pandemia hanno costituito il 5,5 per cento del totale (portandole a 286.530), mentre i ricoveri diminuivano del 22 per cento rispetto alla media del triennio precedente – principalmente a causa del differimento delle ospedalizzazioni non urgenti – portandosi a 6,5 milioni¹. Inoltre, nel sistema sanitario pubblico si è verificata una riduzione di più di 130 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale².

In questo lavoro ci si sofferma sull'esame dei Conti economici (CE) delle Aziende ospedaliere (AO) nel biennio appena trascorso, mettendoli a confronto con quelli del quinquennio precedente, per

evidenziare le repentine modifiche dei comportamenti di spesa e della struttura delle entrate a seguito della necessità di far fronte al COVID-19. Per comprendere gli andamenti della spesa per il personale, dipendente e non dipendente, si esaminano anche i dati disponibili sull'occupazione.

Dai bilanci delle AO emerge un peggioramento dei conti, evidente soprattutto se si considera, piuttosto che il risultato di esercizio – che risente dell'incremento dei contributi in conto esercizio indistinti ricevuti dalla Regione o Provincia Autonoma (PA) per far fronte alle difficoltà causate dalla pandemia – lo scostamento tra costi e ricavi determinati come remunerazione dell'attività³.

Il peggioramento osservato dello scostamento, particolarmente marcato nel 2020 nel Mezzogiorno e nel 2021 al Centro,

¹ Si veda Istat e Agenas (2022).

² Si veda Corte dei conti (2021).

³ Si tratta di un aggregato individuato dalla legge di stabilità per il 2016 (L. 208/2015 art. 1, c. 524, lett. a) e dal relativo decreto attuativo (Decreto del Ministro

della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, del 21 giugno 2016) proprio per valutare l'inefficienza gestionale delle aziende, che può offrire informazioni interessanti sugli effetti di bilancio dell'emergenza sanitaria.

è dovuto sia alla riduzione dei ricavi, legata principalmente al ridimensionamento delle prestazioni remunerate con tariffa, sia all'aumento dei costi, dovuto all'esigenza di attrezzarsi per affrontare l'emergenza sanitaria, soprattutto attraverso reclutamenti di personale e acquisti di beni e servizi. Entrando più nel dettaglio, nel 2020 l'incremento dello scostamento è stato causato, nel Centro-Sud, soprattutto dalla riduzione dei ricavi. Al Nord, invece, ha influito in maggior misura l'aumento dei costi, in particolare quelli per personale dipendente e per acquisti di beni, rapidamente incrementati per affrontare la crisi pandemica, che ha colpito inizialmente proprio questa macroarea. Nel 2021 l'incremento dei costi ha riguardato soprattutto il Centro e il Mezzogiorno, con tassi di crescita particolarmente elevati per il personale non dipendente, e solo al Centro è continuata la perdita dei ricavi. Nel 2021 in tutte le macroaree sono aumentati in misura rilevante anche i costi per acquisti di altri servizi, che riflettono probabilmente la ripresa dell'attività degli ospedali, compresa quella in *intramoenia*.

La dotazione di personale è aumentata significativamente nell'anno in cui si è diffusa la pandemia (i dati relativi al 2021 non sono ancora disponibili), sia per le

assunzioni a tempo indeterminato (+5,5 per cento, ovvero 8.000 lavoratori in più), sia per il reclutamento di personale "flessibile", compresi dipendenti a tempo determinato e lavoratori in somministrazione (+30 per cento in termini di unità di lavoro annue), sia infine per l'incremento dei contratti per incarichi esterni e collaborazioni (+32 per cento).

2. L'andamento dei disavanzi dei grandi ospedali

Attualmente si dispone, per gli enti sanitari, dei CE di consuntivo 2020 e delle informazioni provvisorie riferite al IV trimestre 2021. Ai fini dell'analisi si utilizza la metodologia prevista dalla legge di stabilità per il 2016 volta a introdurre un nuovo sistema di monitoraggio degli enti sanitari e ad avviare un processo di riequilibrio finanziario e di riqualificazione basato su piani di rientro aziendali. Questa metodologia⁴ prevede, tra l'altro, il calcolo degli scostamenti economici⁵ avvalendosi di una standardizzazione dei ricavi da prestazioni (quelle da ricovero) sulla base delle tariffe nazionali⁶; vengono inoltre esclusi dal computo del saldo i contributi in conto esercizio da Regione o PA indistinti (e altre voci minori)⁷ – frequentemente utilizzati anche per garantire l'equilibrio

⁴ Stabilita in modo dettagliato nel decreto attuativo, si veda nota 3.

⁵ Vengono anche specificati una serie di indicatori di volume, qualità ed esiti da rispettare. Per maggiori dettagli si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2020).

⁶ La standardizzazione dei ricavi è applicata in questo lavoro utilizzando gli appositi coefficienti pubblicati nel decreto attuativo del 21 giugno 2016 e calcolati sull'anno 2014, in quanto non si dispone dei parametri relativi agli altri anni. Ciò può comportare qualche distorsione nel caso di modifiche delle tariffe regionali negli anni successivi. Si ricorda

inoltre che nel 2019 è cambiato il sistema di codifica delle voci di bilancio dei modelli CE (Decreto del Ministro della Salute del 24 maggio 2019). Pertanto si è dovuto operare il raccordo dei dati 2015-18 con quelli 2019-2021. Per ulteriori approfondimenti sugli aspetti metodologici si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2020).

⁷ Si tratta dei contributi da Regione o PA o da aziende sanitarie pubbliche della Regione o PA extra fondo, tranne quelli vincolati e quelli per la copertura di extra-LEA.

contabile⁸ –, sostituiti con una valutazione, anch'essa standardizzata, del finanziamento delle funzioni non tariffabili, pervenendo così al cosiddetto finanziamento per funzioni massimo ammissibile, che viene determinato in proporzione dei ricavi da prestazioni normalizzati. Una condizione da rispettare per evitare che l'azienda dovesse adottare un piano di rientro⁹, fissata dalla L. 232/2016, era uno scostamento inferiore a 7 milioni o al 7 per cento dei ricavi determinati come remunerazione dell'attività¹⁰.

Malgrado l'introduzione del meccanismo sommariamente descritto sia rimasta in sospeso¹¹ e sebbene alcuni enti siano fuoriusciti dal perimetro delle AO per effetto di taluni interventi di riordino operati dalle Regioni¹², la prospettata riforma ha stimolato qualche miglioramento delle dinamiche di bilancio dei grandi ospedali a partire dal 2015, probabilmente dovuto principalmente all'"effetto annuncio", e ha favorito una più corretta e completa contabilizzazione delle voci di bilancio e delle prestazioni fornite, che tende a migliorare la trasparenza dei dati e a facilitare l'analisi delle *performance* delle AO¹³.

Complessivamente, per l'analisi contenuta in questo lavoro sono state considerate 72 AO¹⁴, ovvero quelle sempre presenti dal 2015 al 2021, anche dopo le aggregazioni e

accorpamenti con Aziende sanitarie operanti sul territorio cui si è accennato.

Nei grafici che seguono, si presenta l'andamento dello scostamento economico e delle principali voci di entrata e di spesa a partire dal 2015, in modo da evidenziare come la pandemia abbia alterato il *trend* che si era determinato negli anni precedenti.

La figura 1 mostra come lo scostamento medio, calcolato in percentuale del finanziamento derivante dalla remunerazione delle attività¹⁵, che mostrava una tendenza di lieve miglioramento nei primi anni di osservazione e un limitato peggioramento nel 2019, sia cresciuto significativamente in tutte le macroaree negli anni dell'emergenza sanitaria, soprattutto nel 2020, ma ancora nel 2021.

Nel 2020 la situazione si è aggravata soprattutto nel Mezzogiorno. Invece nel 2021 lo scostamento è aumentato solo lievemente nell'area meridionale del Paese, così come al Nord, a fronte di un incremento più evidente nel Centro. In valore assoluto, lo scostamento complessivo delle AO è

⁸ Si veda Cantù et al. (2017).

⁹ Un'altra condizione era il rispetto di parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

¹⁰ Inizialmente tali soglie erano state indicate dalla L. 208/2015 in 10 milioni o il 10 per cento dei ricavi.

¹¹ A seguito di un ricorso della Regione Veneto, la sentenza della Corte costituzionale 192/2017, depositata il 14 luglio 2017, ha dichiarato l'illegittimità della previsione che il decreto fosse emanato sentita la Conferenza Stato-Regioni, anziché previa intesa. Il decreto è stato dunque nuovamente inviato alla Conferenza Stato-Regioni.

¹² Il Decreto del 21 giugno 2016 individuava inizialmente 104 aziende ospedaliere. La Lombardia ha accorpato la maggior parte delle AO (29 su 34) all'interno di nuove Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), insieme alle ASL (Legge Regionale

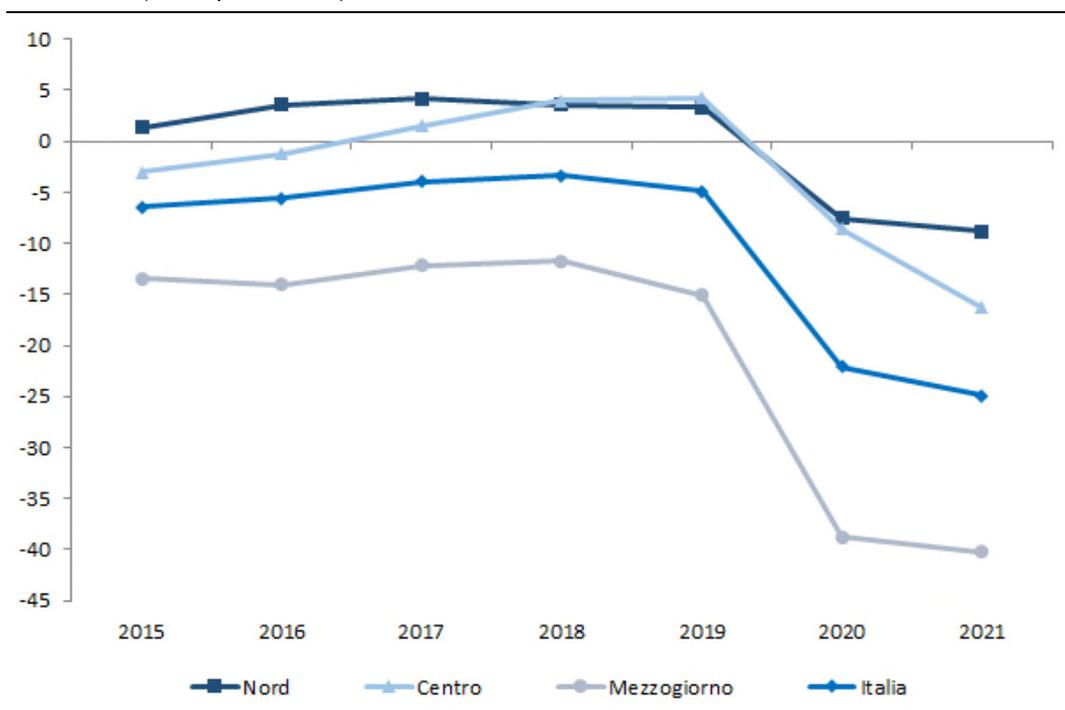
23/2015), e operazioni simili, su scala minore, sono state in seguito realizzate nel Friuli-Venezia Giulia, dove due AO universitarie sono state incorporate in altre Aziende dal maggio 2016, e in Emilia-Romagna, dove nel 2018 una AO è stata integrata in una Azienda Usl-IRCCS.

¹³ Ufficio parlamentare di bilancio (2020).

¹⁴ Nelle AO sono incluse le aziende ospedaliere universitarie, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e gli altri enti pubblici che forniscono prestazioni di ricovero e cura. Non sono compresi gli ospedali minori, dipendenti dalle Aziende sanitarie locali (ASL).

¹⁵ Dato dalla somma dei ricavi da prestazione normalizzati e del finanziamento per funzioni massimo ammissibile.

Fig. 1 – Scostamenti medi percentuali a livello nazionale e per macroarea (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

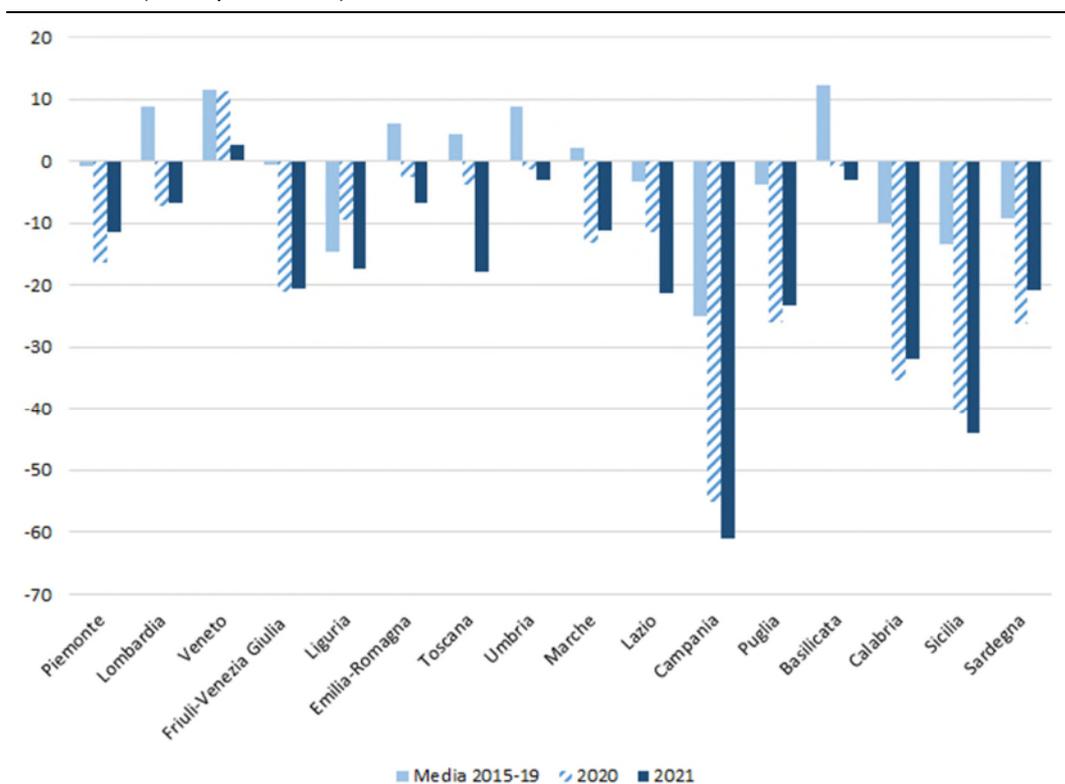
passato da circa 360 milioni nel 2019 a quasi 2,6 miliardi nel 2020 e a più di 3,2 miliardi nel 2021.

Guardando alle singole Regioni, si evidenzia che solo la Liguria è riuscita a evitare il peggioramento dello scostamento medio percentuale nell'anno in cui si è diffusa la pandemia e che il Veneto, nonostante il deterioramento, è riuscito a mantenere un attivo. Gli scostamenti più elevati, nel 2020, si sono avuti in tutte le Regioni meridionali, tranne la Basilicata, con rilevanti incrementi rispetto alla media degli anni precedenti (fig. 2). Nel 2021, invece, l'andamento sfavorevole del Centro è dipeso soprattutto dall'ulteriore crescita dello scostamento medio percentuale in Toscana e nel Lazio; al Nord, il Veneto ha subito una rilevante riduzione dell'attivo, mentre in Liguria ed Emilia-Romagna si è

riscontrato un aumento del passivo, come pure, nel Mezzogiorno, in Campania, Sicilia e Basilicata; alcune Regioni, soprattutto Sardegna e Piemonte, sono riuscite a migliorare il saldo.

Il risultato di esercizio che emerge direttamente dai CE delle Aziende Ospedaliere, rispetto allo scostamento, presenta andamenti generalmente più favorevoli e, in alcuni casi, decisamente migliori (in Campania la differenza arriva a quasi 800 milioni nel 2020 e 700 nel 2021). Fanno eccezione il Lazio e il Veneto (e, con differenze marginali tra i due aggregati, l'Emilia-Romagna e la Liguria nel 2020 e l'Umbria, la Lombardia e le Marche nel 2021) (fig. 3). La principale causa di questo divario risiede nel fatto che sul risultato di esercizio influiscono i contributi in conto esercizio effettivi indistinti da Regione o

Fig. 2 – Scostamenti medi percentuali per Regione
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

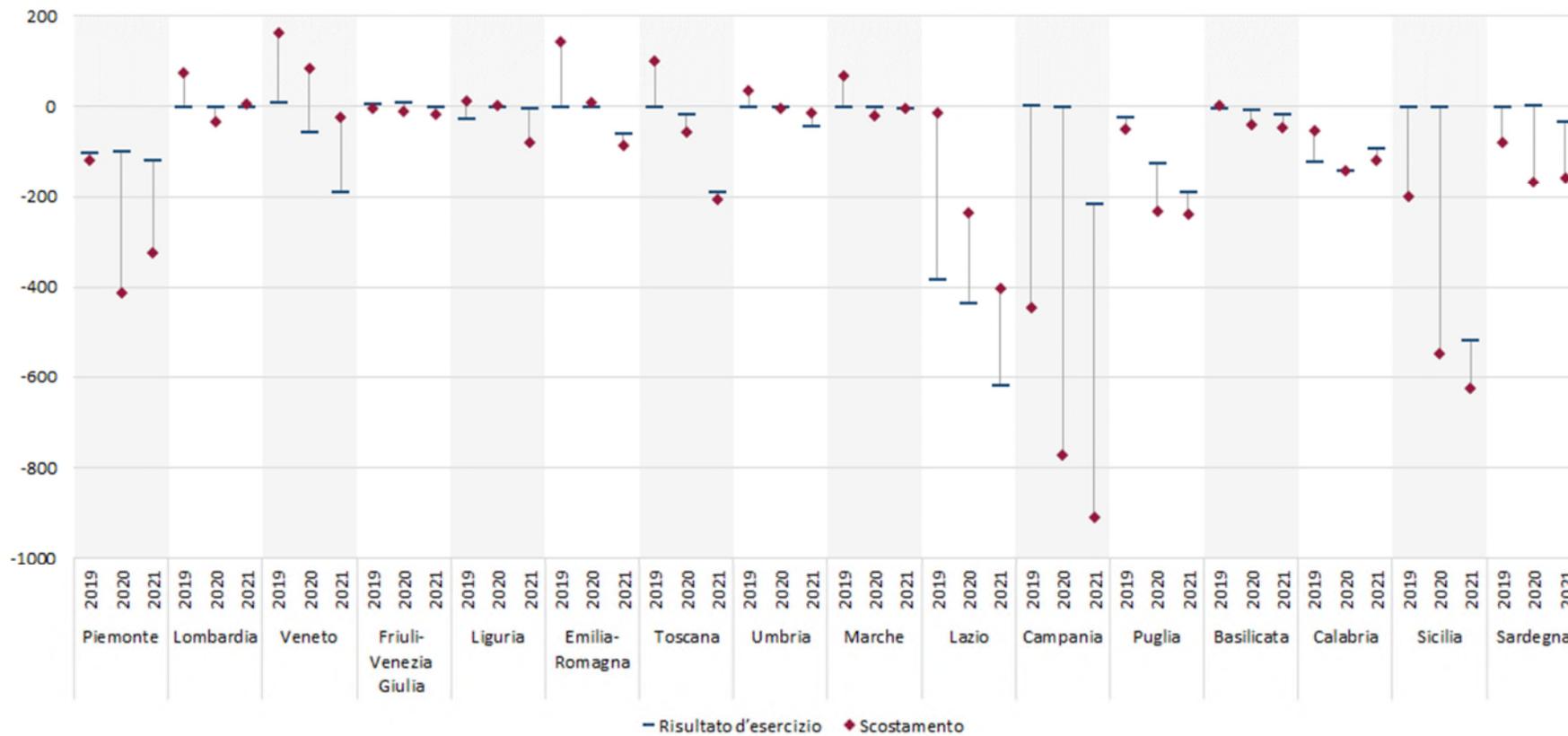
PA, esclusi dal calcolo dello scostamento (dove vengono sostituiti dal finanziamento per funzioni massimo ammissibile, come si è detto), aumentati anche a seguito dell'emergenza sanitaria.

I contributi in conto esercizio effettivi indistinti da Regione o PA, in passato, venivano spesso erogati al fine di compensare i disavanzi di bilancio, ma a seguito dell'approvazione della normativa sui piani di rientro delle AO (e malgrado la sua mancata attuazione) erano stati fortemente ridimensionati, poiché l'attenzione si era spostata sullo scostamento. Come osservato dalla Corte dei Conti¹⁶, nel 2020 i contributi in conto esercizio agli enti del SSN sono aumentati significativamente rispetto al 2019, sia per l'aumento del finanziamento deciso con la legge di bilancio, sia perché hanno veicolato verso le aziende sanitarie i finanziamenti progressivamente concessi per contrastare la pandemia. Per quanto riguarda

specificamente le AO, i contributi indistinti da Regione o PA sono passati da 4,9 a 6,7 miliardi tra il 2019 e il 2020, mentre nel 2021 si sono ridotti a 5,9 miliardi, restando comunque superiori al livello registrato prima dell'emergenza sanitaria. Questo ha consentito di stabilizzare il risultato di esercizio complessivo nel 2020 su livelli non troppo dissimili da quelli del 2019 (862 milioni contro 638), mentre non è stato evitato l'incremento nel 2021 a 2,3 miliardi, in presenza del ridimensionamento dei contributi in conto esercizio e dell'aumento dello scostamento. A livello regionale si può osservare che l'aumento nel 2020 dei contributi in conto esercizio ha riguardato, in valore assoluto, soprattutto le AO di Sicilia, Campania e Piemonte, tre Regioni in cui questa voce già particolarmente elevata nel 2019, è risultata molto più alta del finanziamento per funzioni che la sostituisce nel calcolo dello scostamento nel 2020; al contrario, le AO del Veneto e del Lazio hanno ricevuto contributi in conto esercizio

¹⁶ Corte dei Conti (2021).

Fig. 3 – Scostamento e risultato d’esercizio per Regione
(milioni di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

decisamente inferiori al finanziamento per funzioni (che peraltro in Veneto è lievemente aumentato, a differenza da quasi tutte le altre Regioni).

3. L'evoluzione complessiva dei ricavi e dei costi medi durante la pandemia

Il rilevante incremento dello scostamento che si è verificato a livello nazionale nel 2020 è stato provocato sia dalla riduzione dei ricavi, pari al 5 per cento – che ha interrotto la precedente crescita (2,9 per cento annuo in media dal 2015) – sia da un'accelerazione, rispetto agli anni precedenti, della crescita dei costi, con un aumento del 5,7 per cento, rispetto al 2,3 annuo registrato tra il 2015 e il 2019. Nel 2021, mentre dal lato dei ricavi si è registrato un contenuto recupero (+1,1 per cento), dal lato dei costi è emerso un ulteriore incremento del 4 per cento.

A livello di macroaree, solo nel Nord si è riusciti a stabilizzare i ricavi (+1,3 per cento nel 2021 rispetto al 2019). Questi sono invece diminuiti in entrambi gli anni nel Centro (con una caduta dell'8,1 per cento rispetto al 2019) e solo nel 2020 nel Mezzogiorno (dove la riduzione nel 2021 rispetto al 2019 è stata complessivamente del 7,2 per cento, malgrado il parziale recupero nel 2021). Questi sviluppi hanno interrotto la crescita degli anni precedenti, presumibilmente legata anche a uno sforzo di recupero di capacità produttiva¹⁷ e di attrattività delle AO rispetto al privato e ad

altre aziende sanitarie pubbliche, anche di altre Regioni.

I costi nel 2020 sono aumentati soprattutto al Nord, l'area colpita per prima dalla pandemia (8,3 per cento, contro il 4,8 nel Mezzogiorno e il 2,9 nel Centro), ma nel 2021 principalmente nel Mezzogiorno e nel Centro (fig. 4). Nei due anni, si è verificato un tasso medio annuo di crescita dei costi del 5,5 per cento al Nord (che aveva registrato una variazione media annua del 2,6 per cento tra il 2015 e il 2019), del 4,9 per cento nel Mezzogiorno, dove il trend tuttavia non si è modificato in misura altrettanto incisiva rispetto agli anni precedenti (3,3 per cento), e del 3,8 per cento nel Centro, che nel passato recente aveva controllato meglio l'evoluzione della spesa (0,4 per cento). Nel Centro-Sud la reazione alla situazione di emergenza sanitaria sembra essere stata dunque più lenta e meno intensa.

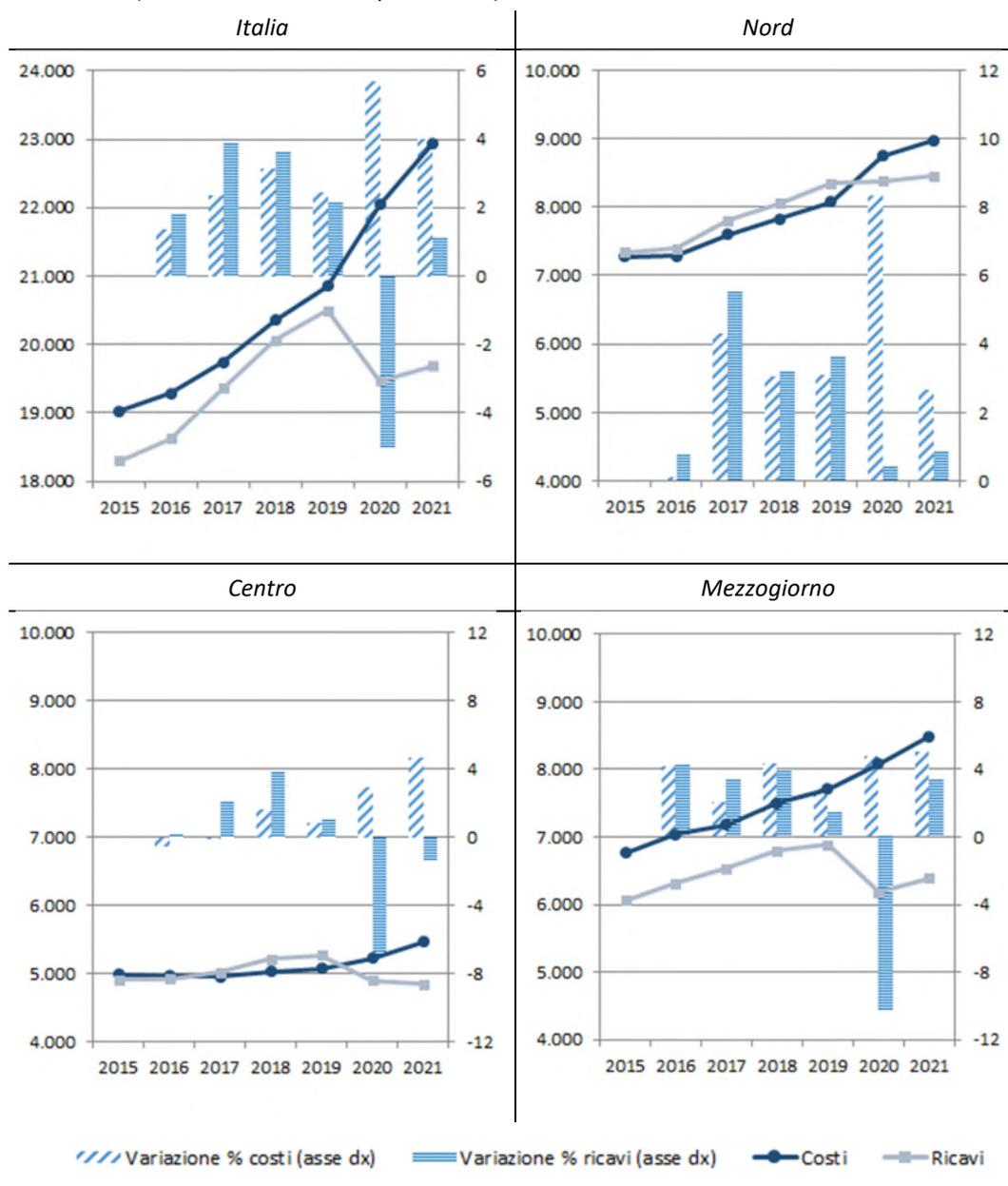
4. Le cause della flessione dei ricavi delle AO

La riduzione dei ricavi nel 2020 è stata determinata dal ridimensionamento dell'attività degli ospedali a seguito dell'emergenza sanitaria. In particolare, sono diminuiti i ricavi da prestazioni e il finanziamento per funzioni. Questi andamenti sono stati in parte compensati da un incremento degli altri ricavi. Al contrario, nel 2021 si è verificato un recupero delle

¹⁷ Nei piani di rientro predisposti da alcune AO si riscontra, tra l'altro, la presenza di misure volte ad accrescere i volumi di offerta (anche con l'obiettivo di migliorare la qualità) e i ricavi, ad esempio aumentando i posti in ricovero ordinario (e riducendo quelli in *day hospital*), incrementando il

numero delle dimissioni chirurgiche e la remunerazione media, eventualmente recuperando interventi specializzati fuori Regione. Per un'analisi più dettagliata dell'evoluzione dei ricavi negli anni 2010-18 si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2020).

Fig. 4 – Costi e ricavi a livello nazionale e per macroarea
(milioni di euro e valori percentuali)



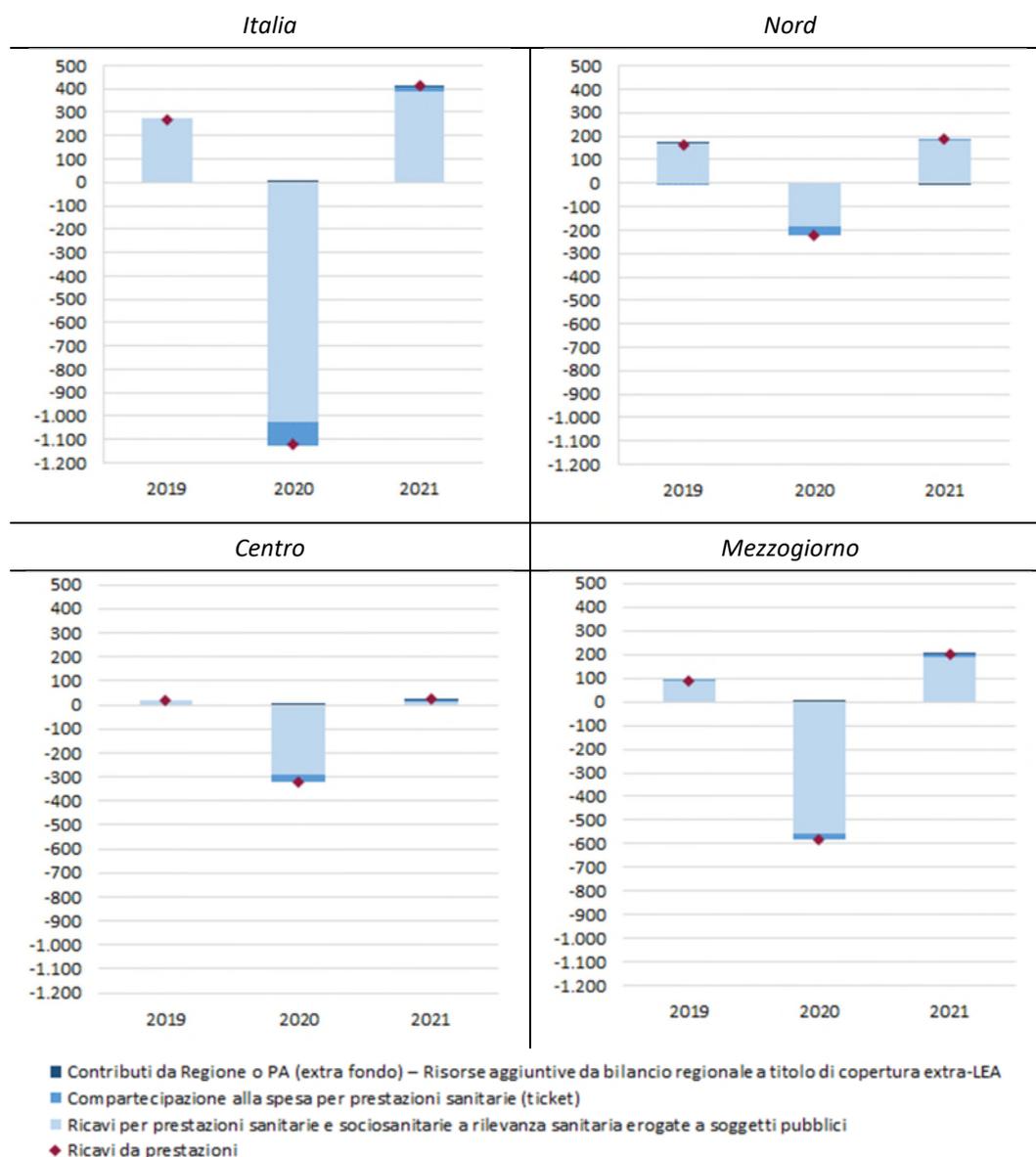
Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

prime due voci di entrata, mentre gli altri ricavi sono diminuiti.

Nel 2020 i ricavi da prestazioni (fig. 5), come ricalcolati in base al Decreto interministeriale del 21 giugno 2016, sono diminuiti dell'8,9 per cento (-1,1 miliardi), per recuperare solo in parte (+3,6 per cento) nel 2021 (0,4 miliardi). Malgrado nel 2020 la pandemia si sia diffusa prima nel

Nord del Paese, è stato il Mezzogiorno a subire la maggiore riduzione dei ricavi da prestazioni (-13,3 per cento), seguito dal Centro (-9,8 per cento) e dal Nord (-4,4 per cento). Nel 2021 invece il Centro si è caratterizzato per una minore capacità di recupero (+0,8 per cento), mentre il Mezzogiorno ha ribaltato i risultati a

Fig. 5 – Variazioni dei ricavi per prestazioni standardizzati a livello nazionale e per macroarea
(milioni di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

proprio favore, ottenendo il tasso di crescita più elevato (+5,3 per cento).

Più in dettaglio, i ricavi da prestazioni comprendono quelli ottenuti dalla

fornitura di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici¹⁸, le compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini e le risorse

¹⁸ Più precisamente, si tratta delle prestazioni erogate ad altre aziende sanitarie pubbliche della Regione e a soggetti pubblici extraregione, mentre la voce minore relativa alle prestazioni erogate ad altri

soggetti pubblici (ricavi e rimborsi per servizi resi a Comuni, Province, Regioni, Enti previdenziali, Amministrazioni statali e altri enti del settore

aggiuntive delle Regioni o PA a titolo di copertura extra-LEA, una voce da tempo di scarso peso.

La prima voce, la più rilevante, è diminuita di circa un miliardo nel 2020, recuperando poco meno di 400 milioni nell'anno successivo. La riduzione nel primo anno della pandemia è dipesa essenzialmente dalla diminuzione dei ricavi per ricoveri (-800 milioni) e per prestazioni ambulatoriali (-200 milioni). Quasi metà della riduzione, sia nel caso dei ricoveri, sia per le prestazioni ambulatoriali, si è verificata nel Mezzogiorno, il resto in misura simile al Nord e al Centro. Infatti, anche se i ricoveri per COVID-19 hanno rappresentato il 2,6 per cento di quelli ordinari nel Mezzogiorno, contro il 4,3 per cento al Centro e il 7,6 per cento nel Nord, la maggiore riduzione delle prestazioni erogate si è verificata nel Sud¹⁹, con una diminuzione del 24,5 per cento delle dimissioni in regime di ricovero ordinario (contro il 20,1 per cento della media nazionale) e del 39,8 per cento dei ricoveri diurni (rispetto al 29,4 per cento della media nazionale)²⁰. Questo può essere dipeso sia da diverse reazioni dal lato della domanda, più o meno ridimensionata dal timore di frequentare gli ambienti ospedalieri durante la pandemia²¹, sia eventualmente da diverse capacità di gestione dell'emergenza sanitaria da parte delle strutture ospedaliere. Ad esempio, secondo

dati Istat sui ricorsi al pronto soccorso, che dovrebbero rispecchiare i comportamenti della domanda, risulta che questi nel 2020 sono diminuiti del 41,1 per cento nel Mezzogiorno, del 39,3 per cento al Nord e del 34,5 per cento al Centro. Altri dati possono contribuire a confermare un quadro complesso, in cui è difficile separare gli effetti della domanda da quelli dell'offerta. Ad esempio, va osservato che nel 2020 la riduzione del volume di ricoveri urgenti²² è stata superiore alla media in undici Regioni, di cui sette meridionali e due centrali, mentre tra le Regioni con livelli inferiori alla media sei, oltre alla Provincia di Trento, sono settentrionali. Per quanto riguarda i ricoveri programmati, invece, solo tre Regioni del Mezzogiorno presentano cadute superiori alla media nazionale, insieme a quattro del Nord e alla provincia di Trento. L'andamento dei ricoveri urgenti dovrebbe essere condizionato soprattutto dalla domanda, tuttavia non si può escludere una minore propensione a effettuare anche tali ricoveri da parte delle strutture con minore capacità di resilienza. Allo stesso tempo, non è certo che la riduzione dei ricoveri programmati vada addebitata completamente ai comportamenti di offerta.

Nel 2021 il Mezzogiorno ha garantito il 64 per cento del recupero sui ricoveri e il 45 per cento sulle prestazioni ambulatoriali, mentre il Centro ha continuato a subire

pubblico allargato e per attività veterinaria e in area socio-sanitaria in favore degli stessi soggetti) viene imputata nella voce residuale degli altri ricavi.

¹⁹ I dati riferiti alle Isole sono tuttavia in linea con la media nazionale.

²⁰ I dati sono tratti da Istat e Agenas (2022).

²¹ Da un'indagine rivolta alle direzioni delle aziende sanitarie pubbliche italiane sulla problematica della gestione delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali durante e dopo la pandemia emerge

che nel 65 per cento dei casi gli sforzi adottati avrebbero prodotto dei risultati, ma questo sarebbe stato favorito da una riduzione della domanda (si veda Academy of Health Care management and Economics, SDA Bocconi – Novartis, 2022, che utilizza dati tratti dal Rapporto OASI 2021).

²² Si veda AGENAS – MeS Scuola Superiore Sant'Anna (2021).

perdite (anche se lievi) sui ricoveri e ha contribuito solo marginalmente al recupero dei ricavi sulle prestazioni ambulatoriali²³. Anche le compartecipazioni, come da attese, dato il ridimensionamento nell'erogazione di prestazioni, sono diminuite nel 2020, per quasi 100 milioni, e ne hanno recuperati soltanto 20 nell'anno successivo. Sull'andamento di quest'ultima voce ha influito anche l'abolizione, dal settembre 2020, del cosiddetto "superticket" di 10 euro per ricetta sull'assistenza specialistica ambulatoriale.

Il finanziamento per funzioni, calcolato in proporzione dei ricavi da prestazioni, presenta evidentemente un identico andamento, generando un'ulteriore perdita di poco meno di 500 milioni nel 2020 e un recupero inferiore a 200 milioni nel 2021.

Tuttavia, poco più di un terzo della perdita dei ricavi da prestazioni e per funzioni nel 2020 è stata coperta da un incremento degli altri ricavi, aumentati del 23,3 per cento. A determinare tale incremento sono stati principalmente i contributi in conto esercizio da altri soggetti pubblici – diversi da Ministero della Salute, Regioni o PA e aziende sanitarie pubbliche della Regione o delle PA – extra fondo²⁴, che hanno registrato una crescita di poco più di 400 milioni, e i rimborsi per acquisto di beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione (circa 100 milioni). Al contrario, gli introiti da prestazioni in regime di *intramoenia* sono diminuiti per più di 100

milioni, a causa dell'emergenza sanitaria, che ha influito anche sulle quantità erogate di questi servizi. Nel 2021 invece gli altri ricavi sono diminuiti del 12,2 per cento, per l'effetto netto di un ritorno delle voci summenzionate verso i livelli del 2019²⁵ e di un incremento dell'utilizzo di fondi per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti, su cui si tornerà più avanti. In particolare, va osservato intanto che la ripresa dell'*intramoenia* è stata probabilmente favorita dalle misure adottate per recuperare le liste di attesa, tra le quali era contemplata la possibilità di richiedere prestazioni aggiuntive ai dirigenti medici e sanitari e al personale del comparto sanità con tariffe maggiorate (DL 104/2020 e DL 73/2021).

5. L'aumento dei costi in seguito all'emergenza sanitaria

L'aumento complessivo dei costi tra il 2019 e il 2021 è stato di quasi 2,1 miliardi, che rappresentano circa il 10 per cento della spesa relativa al 2019 (fig. 6).

Poco meno della metà dell'incremento complessivo è stata determinata dagli oneri per il personale dipendente²⁶. Questi sono cresciuti del 6,9 per cento nel 2020 e ancora del 3,6 per cento nel 2021, contro l'1,8 in media annua tra il 2015 e il 2019.

²³ In questo caso tuttavia il segnale che emerge per il Centro dai dati sui ricorsi al pronto soccorso è quello di una domanda abbastanza stabile, poiché l'ulteriore riduzione del 2021 rispetto al 2020 risulta molto limitata (-5,8 per cento, contro -19,2 per cento al Nord e -16,7 per cento nel Mezzogiorno).

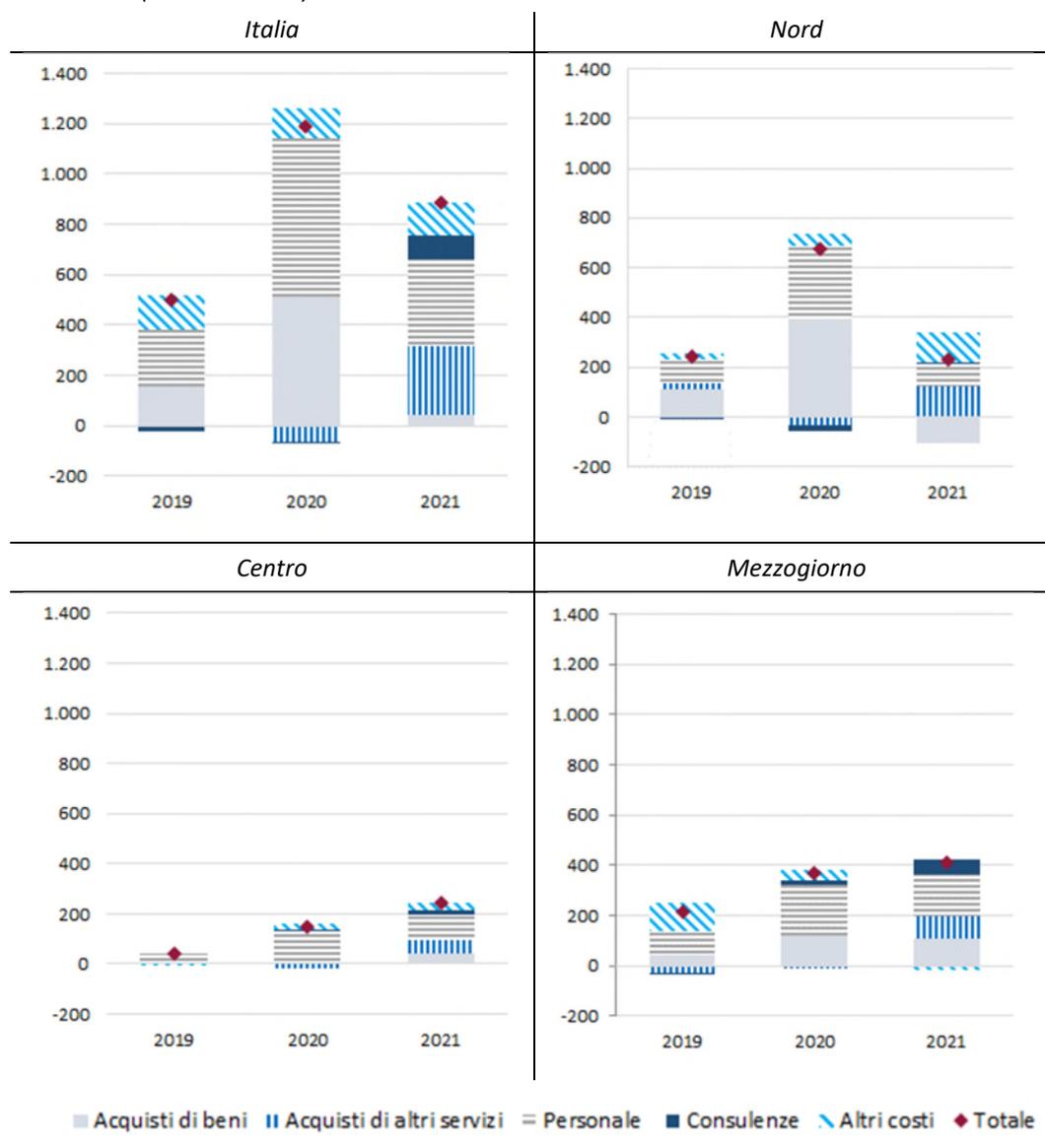
²⁴ Si tratta di fondi assegnati da Amministrazioni statali, Province, Comuni, altri enti del Settore

pubblico allargato, Unione europea. Non comprendono i contributi per ricerca.

²⁵ Nel 2021 ha contribuito alla riduzione anche il ridimensionamento dei concorsi, recuperi e rimborsi da privati.

²⁶ Comprensivi delle indennità al personale universitario e dell'IRAP.

Fig. 6 – Variazione annua dei costi a livello nazionale e per macroarea
(milioni di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

Guardando alle macroaree, l'incremento del biennio in esame varia tra il 10,3 per cento del Centro e l'11,2 per cento del Nord, ma in quest'ultima area si è concentrato maggiormente nel 2020 (8,6 per cento, rispetto a tassi di crescita inferiori al 6 per cento nelle altre due macroaree).

La spesa per il personale non dipendente (consulenze, collaborazioni, interinale,

rimborsi al personale in comando, IRAP sulle collaborazioni), invece, in calo dal 2018 in tutte le macroaree, è marginalmente diminuita anche nel 2020 (meno del 2 per cento) – spinta dalla flessione registrata nel Nord (-14 per cento) – ma è aumentata di quasi il 23 per cento nel 2021, trainata dal Centro (+28 per cento) e soprattutto dal Sud (+38 per cento).

Per meglio comprendere l'evoluzione di queste voci di spesa, si rinvia al paragrafo 6, che presenta alcune informazioni sulla disponibilità di personale.

Quanto alle altre voci di costo, dagli acquisti di beni – principalmente beni sanitari – è derivata un'altra rilevante quota dell'aumento di spesa nel biennio 2020-21, superiore a un quarto del totale. L'incremento si è concentrato nel 2020 ed è stato pari all'8,6 per cento, principalmente a causa della variazione registrata nel Nord (poco meno del 17 per cento) seguita, tuttavia, da una riduzione nel 2021. Nel Mezzogiorno la crescita si è attestata intorno al 5 per cento in entrambi gli anni mentre nel Centro questa voce di spesa è rimasta stabile nel 2020 ed è lievemente cresciuta (meno del 3 per cento) nel 2021.

L'andamento così differenziato per macroarea può dipendere dal diverso combinarsi, nelle Regioni e nelle singole AO, delle maggiori spese per far fronte alla pandemia – diffusasi peraltro in maniera non sempre omogenea nelle diverse aree geografiche del Paese – e dei ridotti acquisti per le prestazioni ordinarie, diminuite consistentemente durante l'emergenza sanitaria. A seconda delle caratteristiche e delle specializzazioni delle singole AO alcuni materiali si sono rivelati più o meno necessari. Ad esempio, nel Centro, dove nell'insieme la spesa per acquisti di beni è rimasta come si è detto quasi stazionaria nel 2020, alcune AO hanno registrato variazioni negative dovute in alcuni casi a una diminuzione sia della spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati sia di quella per dispositivi e, in altri casi, all'effetto combinato di variazioni di segno diverso di queste due voci.

Gli acquisti di altri servizi, diversi dalle consulenze e dalle indennità del personale

universitario, di cui si è già detto, sono lievemente diminuiti nel 2020 in tutte le macroaree (-2,2 per cento a livello nazionale, poco più di 60 milioni in valore assoluto), ma sono aumentati significativamente nel 2021 (+9,6 per cento, 270 milioni), riflettendo la ripresa dell'attività. L'incremento complessivo è attribuibile per i tre quinti agli acquisti di servizi non sanitari (tra cui lavanderia, pulizia, mensa, utenze) e per la rimanente parte a quelli sanitari. Per questi ultimi la crescita è determinata principalmente dalla compartecipazione al personale per attività di *intramoenia* (+25,1 per cento), legata probabilmente alle misure adottate per recuperare le liste di attesa, già citate nel commento sui ricavi.

Gli altri costi presentano un tasso di crescita del 5 per cento circa in entrambi gli anni, malgrado nel 2021 si riscontri una lieve riduzione nel Mezzogiorno, compensata dall'incremento superiore al 10 per cento nel Nord. In questa voce sono compresi gli accantonamenti dell'esercizio. Un fenomeno che emerge dal CE degli enti del SSN a livello nazionale è l'aumento, nel 2020, degli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati (da 1 a 3,1 miliardi), che riflettono l'accumulo di risorse volte a contrastare l'emergenza sanitaria inutilizzate nel 2020 e rinviate all'esercizio successivo²⁷. Per quanto riguarda le AO, tuttavia, si tratta di importi relativamente limitati: gli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati sono aumentati di quasi 180 milioni nel 2020 (rispetto ai 197 milioni del 2019), per poi ridursi per quasi 140 milioni nel 2021. A

²⁷ Pur rientrando nel finanziamento indistinto, tali risorse avevano un vincolo di destinazione e, se non utilizzate nell'esercizio, dovevano essere

accantonate e utilizzate per gli stessi fini nel 2021 (si veda Corte dei Conti, 2021).

queste cifre fa fronte l'incremento nel 2021, cui si è già accennato, dell'utilizzo di fondi per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti, che aumenta di quasi 160 milioni (dai 158 milioni del 2020, un livello simile a quello del 2019).

6. Il personale del SSN

Per comprendere l'andamento dei costi del personale è necessario ricordare che la dotazione di personale del SSN era diminuita in misura consistente nel decennio 2008-2017²⁸, con una riduzione di più di 40.000 dipendenti a tempo indeterminato²⁹. Tale riduzione è stata la conseguenza di una serie di misure di controllo della spesa, quali il blocco del *turn-over* nelle Regioni in piano di rientro e le misure di contenimento delle assunzioni adottate in altre Regioni, anche per rispettare il tetto imposto alla spesa di personale³⁰. In seguito alla presa d'atto delle gravi carenze di personale che si erano venute a determinare, sono state poi allentate alcune misure di contenimento della spesa e sono state introdotte procedure per stabilizzare e assumere lavoratori più rapidamente (allentamento del blocco del *turn-over*, revisione del tetto di spesa, assunzioni straordinarie), ma gli effetti nel biennio 2018-19 sono rimasti limitati, con un aumento dei dipendenti a tempo indeterminato dello 0,2 per cento l'anno (meno di 2.500 unità)³¹. Solo nel

2020, per far fronte all'emergenza sanitaria, si è proceduto a un ampio numero di assunzioni nel SSN, tanto da produrre un aumento di più di 15.000 dipendenti (fig. 7).

Per quanto riguarda le AO, i dipendenti a tempo indeterminato del SSN risultano invece in lieve crescita già dal 2016, con un tasso di variazione sempre molto contenuto prima della diffusione della pandemia, seppure in aumento (dallo 0,7 per cento del 2016 all'1,5 del 2019); nel 2020 si osserva poi un incremento considerevole (5,5 per cento, corrispondente a circa 8.000 dipendenti in più) (fig. 8).

Tra il 2015 e il 2019 il personale è stato rafforzato soprattutto nel Mezzogiorno, dove è collocata la maggior parte delle Regioni che sono state sottoposte a un piano di rientro e che avevano operato maggiori riduzioni negli anni precedenti. Il tasso di crescita medio annuo in questa macroarea è stato pari al 2 per cento negli anni che precedono quello della diffusione della pandemia, contro l'1 per cento nel Nord e lo 0,4 per cento nel Centro. Al contrario, nel 2020 l'occupazione è aumentata soprattutto al Centro e al Nord (con tassi superiori al 6 per cento, contro il 4 per cento del Mezzogiorno).

Guardando alle qualifiche del personale assunto, nel 2020 vi è stato un significativo aumento del numero di infermieri (+6 per

²⁸ La diminuzione non è avvenuta in tutte le Regioni ed è stata più intensa in quelle assoggettate a piano di rientro. Si veda Ragioneria generale dello Stato (2022a) con riferimento al periodo 2011-2020.

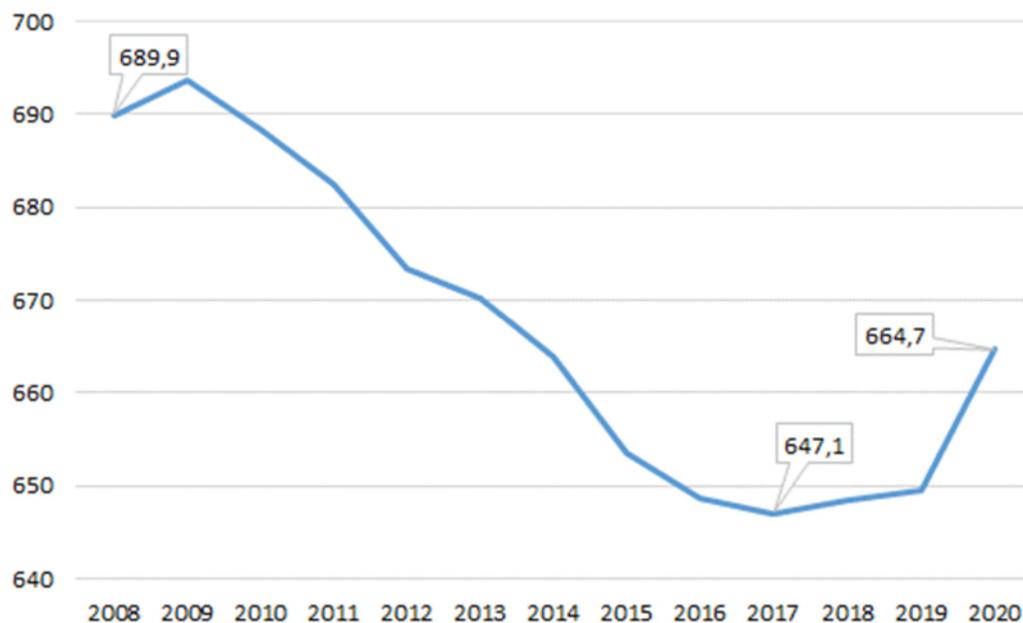
²⁹ Compresi alcuni dirigenti a tempo determinato e una parte del personale contrattista.

³⁰ Per approfondimenti si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2019). Il tetto imposto alla spesa di

personale era pari all'importo registrato nel 2004 ridotto dell'1,4 per cento, al netto degli aumenti contrattuali successivi a tale anno.

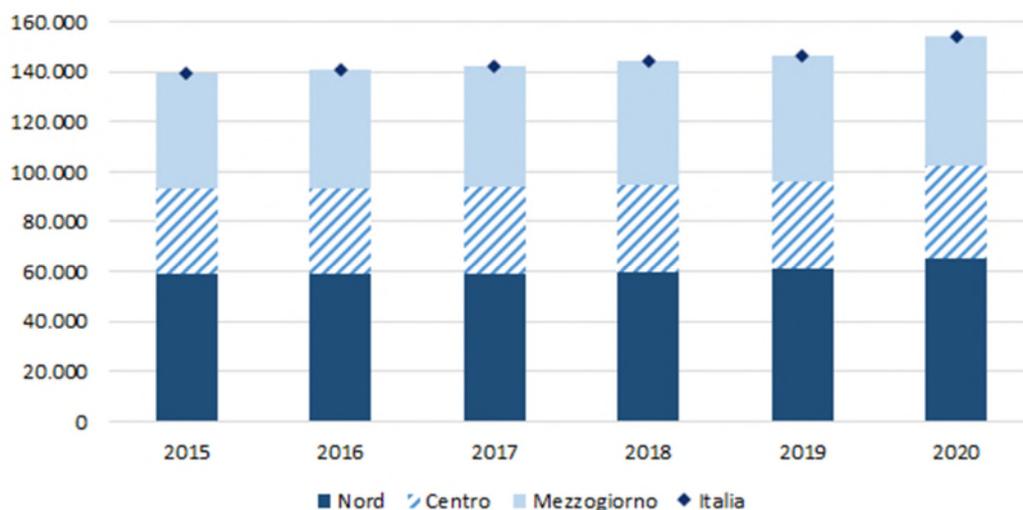
³¹ Questi dati e i successivi sono tratti dal Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, che li rende disponibili fino all'anno 2020.

Fig. 7 – Personale dipendente a tempo indeterminato del comparto Sanità
(valori assoluti in migliaia)



Fonte: elaborazioni su dati del Conto annuale.

Fig. 8 – Personale dipendente a tempo indeterminato delle AO a livello nazionale e per macroarea
(valori assoluti)



Fonte: elaborazioni su dati del Conto annuale.

cento rispetto al 2019, pari a +4.087 unità, a fronte di +2.780 tra il 2016 e il 2019) e di medici (+5,1 per cento, pari a +1.377 unità, contro +2.383 tra il 2016 e il 2019). Anche

il restante personale non dirigente è aumentato molto nel 2020 (+4,9 per cento, pari a +2.322 dipendenti, quasi il doppio rispetto all'incremento del periodo 2016-

19, concentrato essenzialmente sull'ultimo anno). Infine, è stato anche fortemente accresciuto il numero di dirigenti non medici (+6,3 per cento, pari a +234 unità, rispetto a +290 nei quattro anni precedenti) (fig. 9)³².

Per quanto riguarda il personale flessibile³³, misurato in unità annue³⁴, è stato registrato un calo nel 2018 e nel 2019 – legato anche alle stabilizzazioni effettuate e, in generale, all'aumento dei rapporti a tempo indeterminato – e un forte incremento nel 2020, pari a circa il 30 per cento (54 per cento al Nord, 34 al Centro e 19 nel Mezzogiorno), corrispondente a più di 2.800 unità annue (fig. 10). Gli incrementi si sono concentrati dopo i primi mesi dell'anno, a seguito delle misure adottate per consentire al SSN di affrontare la pandemia, anche se l'unità di misura utilizzata non consente di evidenziare questo fenomeno³⁵.

Anche nell'ambito del personale flessibile, gli infermieri rappresentano la categoria con il maggiore aumento in valore assoluto (+1.392 unità, contro una variazione di 829

nette nei quattro anni precedenti) e, in questo caso, anche percentuale (+35 per cento). Elevato è risultato anche l'incremento dell'altro personale non dirigente, l'unica categoria che non presenta riduzioni nei due anni che precedono il 2020 (+34 per cento, +1.174 unità annue). Più limitata resta la crescita dei medici (+11 per cento) e dei dirigenti non medici (+19 per cento) (fig. 11).

Infine, completano il quadro del personale gli incarichi esterni e le collaborazioni³⁶ (fig. 12). Tra il 2015 e il 2019, il numero di contratti si è ridotto dell'8,8 per cento l'anno in media, trainato dalla forte contrazione delle collaborazioni coordinate e continuative (-15,1 per cento), mentre nel 2020 si è registrata una significativa inversione di tendenza, con un aumento di circa 1.800 contratti attivi (+31,7 per cento). Infatti, nel passato sono state adottate diverse norme per limitare il conferimento degli incarichi esterni (L. 244/2007 e DL 112/2008, convertito con L. 133/2008) e per escludere la possibilità, per le Amministrazioni pubbliche,

³² Si tratta in larga misura di dirigenti sanitari (biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi).

³³ Le forme di lavoro flessibile, che hanno come requisito principale la temporaneità, sono: personale a tempo determinato, lavoratori socialmente utili e di pubblica utilità (LSU/LPU), dipendenti con contratto di formazione e lavoro, lavoratori con contratto di somministrazione di lavoro (ex interinali). Si ricorda che nei dati precedentemente analizzati i costi di alcune di queste figure, come i lavoratori dipendenti a tempo determinato, sono contabilizzati nella spesa per il personale dipendente, mentre in altri casi (ad esempio, i lavoratori interinali) sono inclusi in quella per il personale non dipendente.

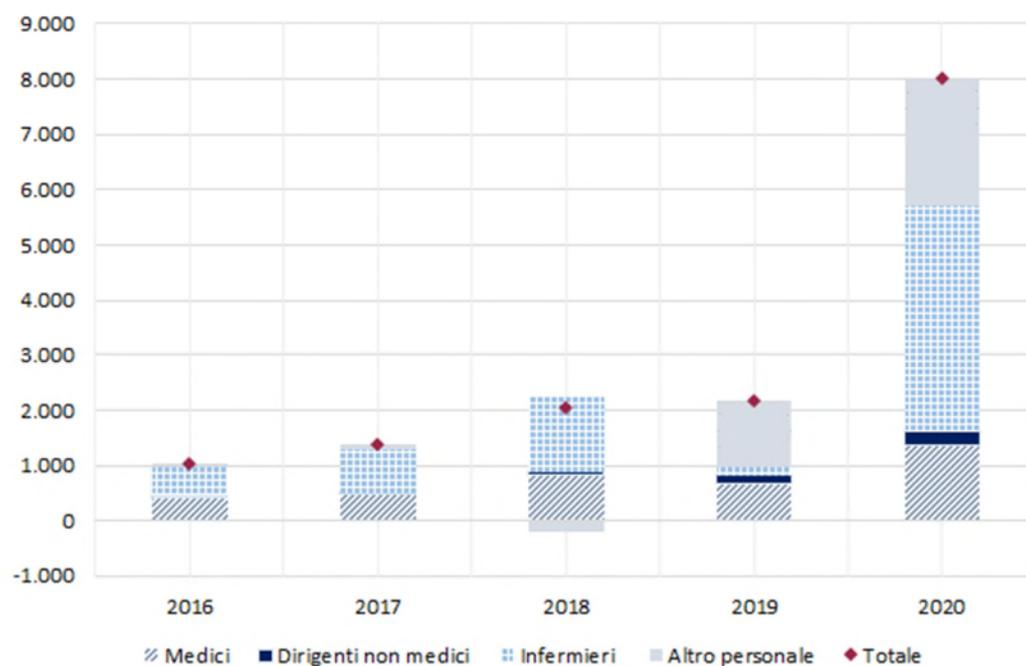
³⁴ Le unità annue si ottengono rapportando i mesi totali lavorati da ciascun individuo ai 12 mesi dell'anno di riferimento. Pertanto il numero di lavoratori coinvolti può essere superiore a quello

delle unità annue, nel caso di rapporti di lavoro di durata inferiore all'anno.

³⁵ Si veda anche Ragioneria generale dello Stato (2022b) in cui, tra le altre cose, si osserva che nel comparto della sanità il personale può fruire di un'aspettativa senza retribuzione presso l'azienda con cui ha un rapporto di lavoro a tempo indeterminato per prestare attività lavorativa, nella stessa azienda o in un'altra, in una diversa posizione con un diverso contratto di lavoro, a tempo determinato, e tale fenomeno riguardava 2.744 dipendenti del SSN alla fine del 2020.

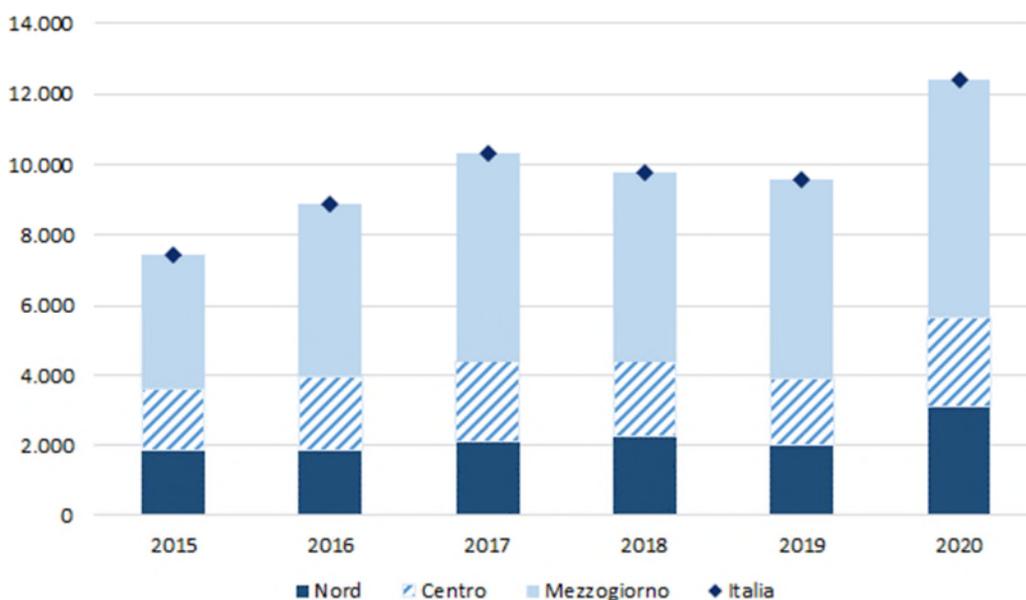
³⁶ Il Conto annuale rileva come "contratti attivi" nell'anno le tipologie dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa, per incarichi libero professionale, di studio, ricerca e consulenza e per prestazioni professionali per la resa di servizi o adempimenti obbligatori per legge; qualora i contratti si sviluppino a cavallo di due anni sono conteggiati sia nel primo anno sia in quello successivo.

Fig. 9 – Variazione del personale dipendente a tempo indeterminato delle AO per qualifica professionale (valori assoluti)



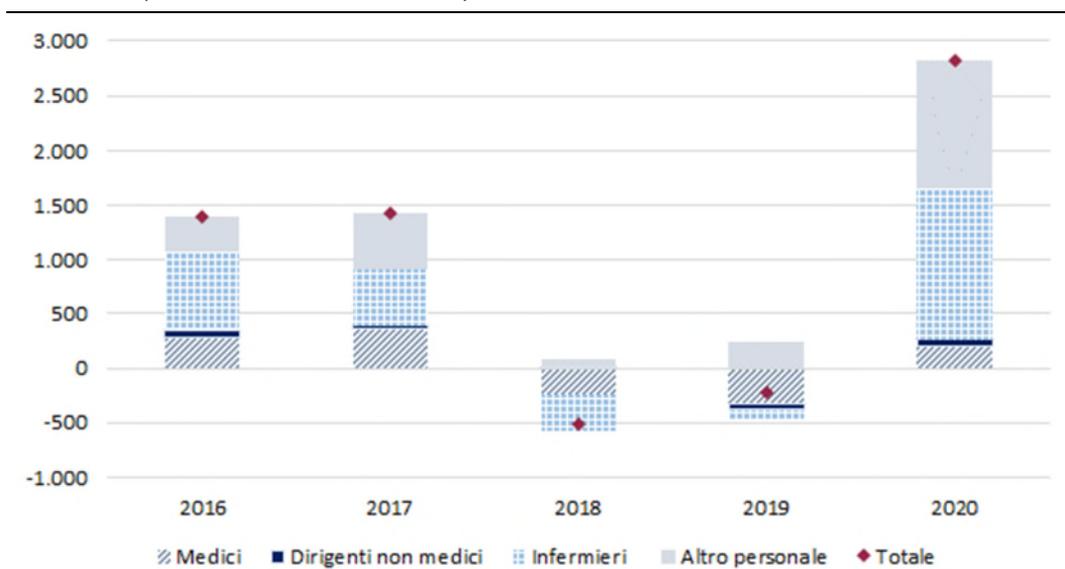
Fonte: elaborazioni su dati del Conto annuale.

Fig. 10 – Personale flessibile delle AO a livello nazionale e per macroarea (valori assoluti in unità annue)



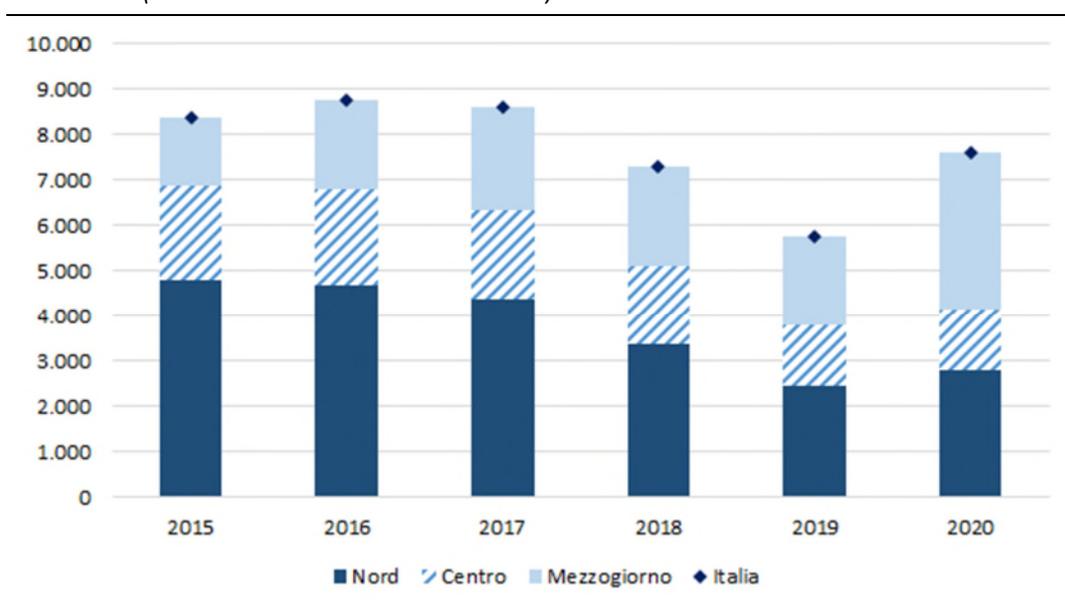
Fonte: elaborazioni su dati del Conto annuale.

Fig. 11 – Variazione del personale flessibile delle AO per qualifica professionale (valori assoluti in unità annue)



Fonte: elaborazioni su dati del Conto annuale.

Fig. 12 – Incarichi e collaborazioni presso le AO a livello nazionale e per macroarea (valori assoluti in numero di contratti)



Fonte: elaborazioni su dati del Conto annuale.

di stipulare contratti di collaborazione coordinata e continuativa (co.co.co) (D.Lgs. 165/2001 e D.Lgs. 75/2017), mentre nel 2020 sono stati assunti interventi emergenziali, ammettendo la possibilità di

conferire incarichi di lavoro autonomo, compresa la collaborazione coordinata e continuativa, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale (DL 18/2020,

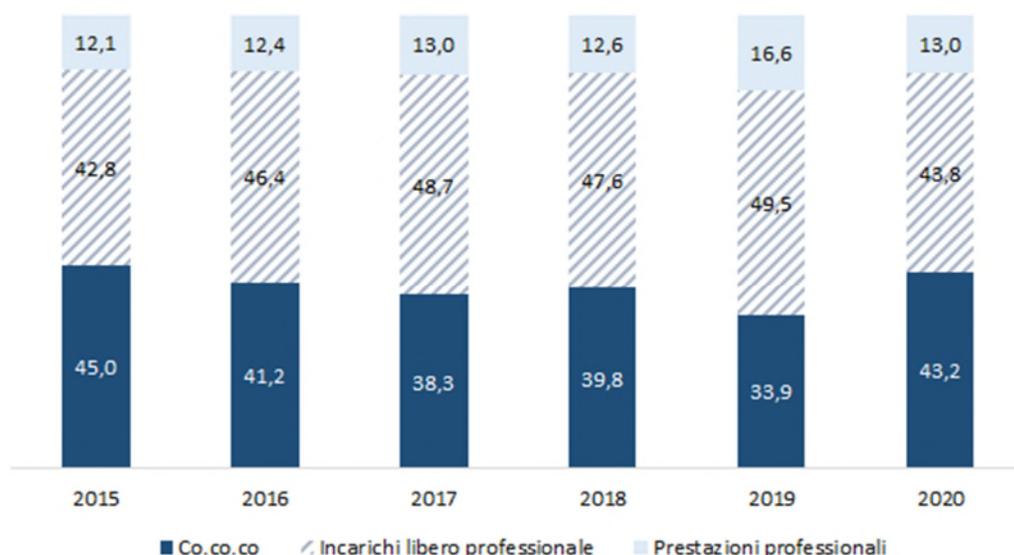
convertito dalla L. 27/2020; DL 34/2020, convertito dalla L. 77/2020; DL 104/2020, convertito dalla L. 126/2020).

Il quadro nazionale è la risultante di andamenti molto divergenti tra le singole macroaree: negli anni precedenti la pandemia, a fronte di una rilevante riduzione nel Nord (-15,4 per cento) e nel Centro (-10,3 per cento), il Mezzogiorno ha registrato un incremento del 7,2 per cento e anche nel 2020 è stata quest'ultima macroarea a mostrare l'incremento maggiore (+76,2 per cento), mentre nel

Centro si è avuta una lieve contrazione (-2,2 per cento).

Il ricorso alle differenti tipologie di incarichi esterni riflette sia gli interventi normativi che si sono susseguiti nel tempo sia i recenti bisogni legati all'emergenza pandemica. Nel 2015, le co.co.co e gli incarichi libero-professionale, studio, ricerca e consulenza rappresentavano la quasi totalità degli incarichi esterni. Gli incarichi professionali, anche per via delle limitazioni sulle co.co.co., erano diventati nel corso degli anni la tipologia di incarico prevalente (rappresentavano il 49,5 per cento nel 2019), ma nel 2020 si è registrata una forte ripresa delle co.co.co, con un incremento della relativa quota di circa 10 punti percentuali (fig. 13).

Fig. 13 – Composizione delle tipologie di incarichi esterni (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati del Conto annuale.

Riferimenti bibliografici

Academy of Health Care management and Economics, SDA Bocconi – Novartis (2022), “Liste e tempi di attesa in sanità”, Egea, Milano.

AGENAS – MeS Scuola Superiore Sant’Anna (2021), “Analisi della capacità di resilienza dei sistemi sanitari regionali”.

Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E. (2017), “Le performances economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei “Piani di Rientro Aziendali””, in Rapporto OASI 2017, a cura di CERGAS-SDA Bocconi.

Corte dei conti (2021), “Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica”, maggio.

Istat e Agenas (2022), “Impatto dell’epidemia covid-19 sul sistema ospedaliero italiano. Anno 2020”, 21 luglio.

Ragioneria generale dello Stato (2022a), “Conto annuale, Analisi e commenti, Focus specifici, Servizio Sanitario Nazionale”, Focus n. 23.

Ragioneria generale dello Stato (2022b), “Conto annuale, Analisi e commenti, Commento ai principali dati del conto annuale del periodo 2011-2020”.

Ufficio parlamentare di bilancio (2019), “Lo stato della sanità in Italia”, Focus n. 6, 2 dicembre.

Ufficio parlamentare di bilancio (2020), “Il monitoraggio delle aziende ospedaliere: gestione economica e indicatori di volumi, qualità ed esiti”, Focus tematico n. 2, 25 giugno.