

5 L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende

di Eugenio Anessi Pessina e Mariafrancesca Sicilia*

5.1 Introduzione

Il capitolo analizza i bilanci consolidati dei sistemi regionali di aziende sanitarie pubbliche per l'anno 2007, proponendo inoltre alcuni dati relativi al periodo 2002-06, nonché alle singole aziende.

Nel Rapporto OASI 2002 (Anessi Pessina 2002) l'analisi era stata interamente riferita alle aziende nella convinzione, propria dell'approccio economico-aziendale, «che la funzionalità complessiva del sistema dipenda dai livelli di funzionalità di ogni azienda e dall'interazione tra le aziende stesse». Nel Rapporto 2004 (Anessi Pessina 2004) i processi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni, accentramento regionale e riassetto istituzionale avevano invece suggerito di spostare l'attenzione sul livello regionale. L'opportunità di tale scelta è stata confermata dalle successive evoluzioni del sistema. Le ultime edizioni del Rapporto OASI, per esempio, hanno costantemente messo in primo piano il fenomeno della regionalizzazione, nella duplice accezione di differenziazione interregionale e di accentramento in capo alla regione di decisioni strategiche e funzioni amministrative¹. L'assoggettamento di alcune regioni ai piani di rientro e i successivi provvedimenti di commissariamento, inoltre, hanno dato concretezza al principio di responsabilità finanziaria delle regioni. Un'ulteriore forte spinta verso l'autonomia e la responsabilità delle regioni verrà inoltre dalla recente L. 42/09 di «delega al governo in materia di federalismo fiscale».

* Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 5.1, 5.2 e 5.9 sono attribuiti a Eugenio Anessi Pessina, gli altri a Mariafrancesca Sicilia.

¹ Significativo è anche il frequente riferimento normativo alla responsabilità regionale sull'operato e sull'equilibrio economico-finanziario delle «proprie» aziende sanitarie pubbliche. Si veda per esempio l'Intesa Stato-Regioni del 23/03/05 (art. 6 – *Obbligo di garantire l'equilibrio economico-finanziario*): «Le Regioni si impegnano a [...] garantire [...] l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con riferimento alle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico».

D'altra parte, i Rapporti OASI hanno continuato a cogliere evidenze di un'incomprimibile autonomia aziendale, anche su tematiche fortemente regolamentate o apparentemente appannaggio dei livelli istituzionali sovraordinati. Pertanto, come già nel Rapporto 2005 (Anessi Pessina 2005), anche quest'anno si privilegia l'attenzione al consolidato regionale, ma si dedica una breve analisi anche al livello aziendale, soprattutto nell'ottica di investigare la variabilità interaziendale all'interno della medesima regione.

Il capitolo è così organizzato. Il § 5.2 illustra dati e metodi. Il § 5.3 presenta i risultati economici regionali per il 2007 e ne analizza le determinanti. I §§ 5.4, 5.5 e 5.6 approfondiscono questi risultati in tre diverse direzioni: l'evoluzione temporale 2002-07; la relazione tra risultati economici e fabbisogni di finanziamento; la ponderazione dei dati di popolazione. Il § 5.7 sintetizza i risultati economici aziendali, mentre il § 5.8 ne indaga la variabilità infraregionale. Il § 5.9, infine, propone alcune considerazioni conclusive.

5.2 Dati e metodi

L'analisi si fonda sui valori di conto economico per gli esercizi 2002-07 come raccolti, rettificati e consolidati dal Ministero della Salute attraverso il modello CE. Sono quindi esclusi dall'analisi lo stato patrimoniale, la nota integrativa, la relazione sulla gestione ed eventuali altri allegati al bilancio, sebbene si riconosca che (Anessi Pessina 2004):

- ▶ L'analisi di bilancio non dovrebbe limitarsi alla redditività² aziendale, ma dovrebbe estendersi anche a liquidità e solidità, che però sono valutabili solo disponendo dello stato patrimoniale riclassificato secondo il criterio finanziario.
- ▶ Anche i tradizionali indici di redditività (ROE, ROA, ROI) pongono al denominatore valori desumibili dallo stato patrimoniale.
- ▶ La nota integrativa ha un «ruolo fondamentale e insostituibile [...] per l'analista esterno e [...] la sua lettura rappresenta il momento iniziale della metodologia di analisi» (Teodori 2000: 17).
- ▶ La relazione «non è parte integrante del bilancio così come definito dalla normativa civilistica, ma risulta elemento fondamentale del sistema informativo contabile» (Teodori 2000: 17).

Per quanto riguarda i conti economici consolidati regionali, i dati CE (codici

² Il termine «redditività» è chiaramente inadeguato al contesto sanitario pubblico. Viene però mantenuto perché, nel linguaggio dell'analisi di bilancio, identifica in modo univoco un ambito di indagine e un sottosistema di indici. Battaglia e Zavattaro (1997) propongono la denominazione di «indici di efficienza e di efficacia».

999)³ sono stati verificati e rettificati in base alla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP, edizioni 2005, 2006, 2007). Le rettifiche, analoghe a quelle proposte nel Rapporto 2005, sono presentate nel Riquadro 5.1.

I conti economici sono stati successivamente riclassificati secondo lo schema proposto nel Riquadro 5.2 (Anessi Pessina 2002; 2004; 2005). Tale schema si caratterizza come segue⁴:

Riquadro 5.1 **Rettifiche ai CE consolidati regionali**

1. La voce «A0020 – Contributi in c/esercizio da regione e provincia autonoma per quota FSR», relativa alla «quota del Fondo sanitario regionale che ciascuna regione e provincia autonoma attribuisce alle proprie aziende sanitarie», è stata sostituita dalle «quote di finanziamento assegnate a ciascuna regione e provincia autonoma per l'anno di competenza con delibera CIPE». Ciò «anche a fronte dei diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione delle suddette voci di bilancio adottati da ciascuna regione e provincia autonoma», al fine di «annullare tali disomogeneità e di uniformare le situazioni economiche territoriali, rendendole confrontabili anche nel tempo» (RGSEP 2007, vol. II: 322). In particolare, le quote di finanziamento in oggetto sono rappresentate da: **(a)** «IRAP e addizionale regionale IRPEF» (RGSEP 2007, tabella SA.7); **(b)** «fabbisogno sanitario ex Dlgs 56/2000 – IVA e accise» (RGSEP 2007, tabella SA.8); **(c)** «FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato» (RGSEP 2007, tabella SA.13); **(d)** «partecipazione delle regioni a statuto speciale», determinata come differenza tra quanto riportato nella RGSEP 2007, tabella SA.10 (ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e dal settore privato), che comprende «le quote di partecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome» (RGSEP 2007, vol. II: 329) e quanto calcolato come somma delle voci CE «A0030 – Contributi in conto esercizio da enti pubblici per ulteriori trasferimenti» e «A0040 – Contributi in conto esercizio da enti privati» (come nella tabella SA.9 per il 2007).
2. Le voci CE relative alla mobilità interregionale (A0090, B0223, B0233, B0270, B0320, B0370, B0420, B0453) sono state sostituite da: **(a)** «saldo mobilità sanitaria interregionale» (RGSEP 2007, tabella SA.3); **(b)** «mobilità verso Bambin Gesù e SMOM», calcolata come differenza tra il totale dei costi sostenuti dalla regione (RGSEP 2007, tabella SA.3) e la somma delle singole voci di costo (RGSEP 2007, tabella App SA.1). Peraltro, questo procedimento porta a ignorare eventuali «ricavi per prestazioni sanitarie ad altri [ossia, diversi da ASL e AO] soggetti pubblici extra regione», che confluiscono nella voce A0090 unitamente ai proventi per mobilità attiva extraregionale «perché non scindibili» (RGSEP 2007, vol. II: 333).
3. Le voci CE relative alla mobilità infraregionale, anche se non nulle, sono state omesse. Tali voci si riferiscono a operazioni infragrupo e nel consolidamento regionale dovrebbero annullarsi.
4. Poiché il lavoro di analisi ha interessato l'arco temporale 2002-07, le suddette modifiche sono state apportate utilizzando la RGSEP contenente il dato più aggiornato per i diversi anni. In particolare, per il 2002 si è fatto riferimento alla RGSEP 2005, per il 2003 alla RGSEP 2006, per gli anni 2004-07 alla RGSEP 2007 (al momento della redazione del capitolo, la RGSEP 2008 non era ancora stata pubblicata).

³ Nella codifica ministeriale, i modelli CE delle singole aziende sono contrassegnati dai relativi codici azienda; il modello relativo alle attività gestite direttamente dalla regione e quello consolidato regionale sono invece contraddistinti rispettivamente dai codici 000 e 999.

⁴ Il Riquadro 5.2 si riferisce ai consolidati regionali. Lo schema è peraltro facilmente adattabile ai conti economici aziendali. Le principali differenze riguardano i finanziamenti regionali di parte corrente, che possono essere così organizzati: (i) la quota capitaria delle ASL nell'aggregato A; (ii) la mobilità attiva delle ASL e il finanziamento a tariffa delle AO nell'aggregato C; (iii) il finanziamento per funzioni anch'esso nell'aggregato C, in quanto correlato a specifici servizi offerti dall'azienda, seppur ritenuti non tariffabili; (iv) il cosiddetto finanziamento «straordinario» (es. fondi di riequilibrio) nella gestione straordinaria, se non addirittura nell'area di riconciliazione, ossia dopo il risultato

- ▶ Lo schema distingue tra le due modalità fondamentali con cui le ASL svolgono la funzione di tutela della salute: produzione diretta di servizi oppure affidamento a terzi tramite contratti (principalmente mobilità passiva verso altre aziende sanitarie pubbliche o private accreditate) e convenzioni (principalmente medicina generale e assistenza farmaceutica).
- ▶ Lo schema evidenzia inoltre le cinque principali determinanti dell'equilibrio economico dei SSR: finanziamento attribuito (A); capacità di conseguire proventi aggiuntivi (C); capacità di contenere i costi della produzione diretta (D) e di quella affidata a terzi (B); contributo delle gestioni non caratteristiche (E).
- ▶ Nell'aggregato B, gli «altri soggetti pubblici» sono prevalentemente IRCCS e Policlinici pubblici. L'integrazione di questi soggetti nei SSR (cfr. nota 1), tuttavia, ne comporta l'inserimento nel perimetro di consolidamento. Per molte regioni, pertanto, le voci B3 e B5 saranno nulle.
- ▶ Nell'aggregato C, tra gli altri proventi caratteristici, potrebbero confluire contributi finanziati da risorse aggiuntive stanziare dalle regioni a carico dei propri bilanci. Queste risorse non trovano infatti adeguata esplicitazione né nei modelli CE, né nelle RGSEP.
- ▶ Nell'aggregato D, la voce «costi del personale» (D2) comprende la relativa quota di IRAP.

Riquadro 5.2 Schema di riclassificazione del conto economico consolidato regionale

A) FINANZIAMENTO ATTRIBUITO ALLA REGIONE

- B1. medicina generale
- B2. assistenza farmaceutica convenzionata
- B3. assistenza ospedaliera da altri soggetti pubblici della regione
- B4. assistenza ospedaliera da privato
- B5. altra assistenza da altri soggetti pubblici della regione
- B6. altra assistenza da privato
- B7. saldo mobilità interregionale

B) COSTI PER PRESTAZIONI AFFIDATE ALL'ESTERNO

FINANZIAMENTO TRATTENUTO (FT=A-B)

- C1. Proventi per prestazioni sanitarie ad altri soggetti pubblici e privati
- C2. Proventi da libera professione
- C3. Proventi da ticket
- C4. Altri proventi caratteristici
- C5. Incremento delle immobilizzazioni per lavori interni

C) ALTRI PROVENTI GESTIONE CARATTERISTICA

netto e insieme alla sterilizzazione degli ammortamenti, in quanto indipendente dai servizi offerti dall'azienda e per molti versi assimilabile a trasferimenti di capitale per ripiano delle perdite. Naturalmente, i conti economici aziendali conterranno non solo la mobilità interregionale, ma anche quella interaziendale all'interno della medesima regione. Potendo disporre dei relativi dati (ma questo vale anche per i consolidati regionali), inoltre, al saldo di mobilità è opportuno sostituire i valori disaggregati di mobilità attiva (aggregato C) e passiva (aggregato B).

RISORSE PER LA PRODUZIONE INTERNA (RPI=A-B+C)

- D1. Costi per beni e servizi
- D2. Costi del personale
- D3. Ammortamenti
- D4. Accantonamenti

D) COSTI PER LA PRODUZIONE INTERNA**RISULTATO OPERATIVO GESTIONE CARATTERISTICA (ROGECA= A-B+C-D)**

- E1. Risultato gestione accessoria
- E2. Risultato gestione finanziaria
- E3. Risultato gestione straordinaria
- E4. Risultato gestione tributaria

E) RISULTATO GESTIONI EXTRACARATTERISTICHE**RISULTATO NETTO D'ESERCIZIO (RN=A-B+C-D+E)****F) STERILIZZAZIONE AMMORTAMENTI****RISULTATO DI BILANCIO (RB=A-B+C-D+E+F)**

MARGINE OPERATIVO LORDO (MOL) =A-B+C-D1-D2**FABBISOGNO FINANZIARIO CORRENTE DELLA GESTIONE CARATTERISTICA (FFC) = B+D1+D2**

- Va segnalata la distinzione tra risultato netto e risultato di bilancio (cfr. per esempio Teodori 2000: 46). In questa accezione, il risultato di bilancio è il risultato economico dell'esercizio come riportato nei bilanci aziendali e ripreso nei modelli CE. Il risultato netto è invece il risultato economico dell'esercizio che si ritiene opportuno utilizzare nell'analisi. Per arrivare al risultato netto, si depura il risultato di bilancio da alcuni valori che nella sostanza si ritiene non rappresentino veri costi e ricavi. Questi valori sono accolti nella cosiddetta «area di riconciliazione» per spiegare la differenza tra i due risultati. Nello schema proposto per la sanità pubblica, in particolare, l'area di riconciliazione (aggregato F) accoglie la «sterilizzazione degli ammortamenti», ossia le quote dei contributi in conto capitale progressivamente stornate a conto economico. Concettualmente, infatti, la sterilizzazione si giustifica solo sottolineando la terzietà della regione rispetto alle aziende sanitarie pubbliche, così da sostenere che l'investimento finanziato dal trasferimento di capitale non è un costo per l'azienda e non deve influenzarne il risultato economico⁵. Questa posizione, comunque indebolita dal progressivo rafforzamento del ruolo della regione come capogruppo⁶ (Lega e

⁵ L'opportunità di sterilizzare l'ammortamento dei cespiti finanziati da contributi in conto capitale, in generale e con riferimento specifico alle aziende pubbliche, è comunque un tema ampiamente dibattuto nella letteratura italiana e internazionale (cfr. per esempio Anthony 1978: 64-75; 1989: 139-47; Santesso e Sostero 1999).

⁶ Secondo i Principi Contabili Internazionali per il Settore Pubblico, «when an entity recognizes an increase in net assets as a result of a nonexchange transaction, it recognizes revenue». Tuttavia, «if an inflow of resources satisfies the definition of contributions from owners, it is not recognized as [...] revenue» (IPSAS 23, § 46).

Longo 2002; Longo 2002; Lega 2003; Longo, Carbone e Cosmi 2003; Anessi Pessina e Cantù 2005; Cantù 2006; Anessi Pessina e Macinati 2008), è evidentemente inapplicabile al bilancio consolidato dei SSR.

- ▶ Tra le configurazioni di risultato economico, particolare rilevanza assume il margine operativo lordo (MOL), sia per l'importanza che il settore pubblico attribuisce alle dinamiche finanziarie (il MOL approssima il flusso di CCN generato dalla gestione caratteristica corrente), sia per i limiti di attendibilità e confrontabilità di ammortamenti e accantonamenti (a loro volta riconducibili sia alle stime su cui si è fondata la redazione degli stati patrimoniali iniziali, sia all'eterogeneità delle indicazioni regionali e delle politiche aziendali in materia di accantonamenti: Anessi Pessina 2003).

La Tabella 5.1 mette a confronto lo schema utilizzato con altre proposte formulate in letteratura. Il Riquadro 5.3 presenta un quadro di raccordo del risultato economico dell'esercizio (nella terminologia del Riquadro 5.2, risultato netto e risultato di bilancio) con l'avanzo / disavanzo riportato nella RGSEP, che notoriamente esclude alcune «voci introdotte dalla contabilità economica». In particolare, il risultato netto presentato in questo capitolo sarà sistematicamente peggiore dell'avanzo / disavanzo riportato nella RGSEP perché, a differenza di quest'ultimo, comprende tra i costi anche le quote di ammortamento.

I risultati economici, peraltro, sono condizionati dai livelli di finanziamento, che presentano forti differenze interregionali, in parte necessarie per riflettere i diversi livelli di bisogno, ma in parte correlate alla spesa storica o derivanti da elementi inevitabilmente soggettivi (per esempio i criteri di ponderazione della quota capitaria utilizzati per il riparto dei fondi tra le regioni). I fondi attribuiti a ciascuna regione, inoltre, sono destinati a finanziare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), lasciando alle singole regioni la responsabilità di coprire con risorse proprie gli eventuali disavanzi derivanti da maggiori costi di produzione per l'erogazione dei LEA, dall'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli essenziali, dall'adozione di particolari modelli organizzativi: i disavanzi possono quindi derivare non solo da *performance* insoddisfacenti, ma anche da esplicite scelte regionali. Di qui l'opportunità di analizzare i bilanci dei SSR anche in termini di «fabbisogno di finanziamento corrente della gestione caratteristica» (FFC). L'analisi del fabbisogno non si contrappone a quella dei risultati economici e delle loro determinanti, ma la integra. L'analisi dei risultati economici approfondisce la capacità dei SSR di operare nei limiti delle risorse garantite dal sistema nazionale di finanziamento dei LEA. L'analisi del fabbisogno approfondisce invece la capacità dei SSR di contenere i costi e quindi il ricorso ai finanziamenti istituzionali (riparto nazionale ed eventuali risorse aggiuntive regionali) e ai ricavi propri delle aziende. Nel capitolo viene peraltro offerta anche una terza prospettiva: come cambierebbero i risultati economici se si modificassero i criteri di ponderazione della quota capitaria attualmente utilizzati per il riparto dei fondi tra le regioni?

Tabella 5.1 **Schema sinottico di raffronto delle proposte di riclassificazione formulate in letteratura per il conto economico delle aziende sanitarie pubbliche**

	Riferimento alle «gestioni» (caratteristica, accessoria, finanziaria, straordinaria, tributaria)	Schema base per la classificazione della gestione caratteristica	Risultati intermedi all'interno della gestione caratteristica	Evidenziazione delle «risorse trattenute» dopo aver sottratto dai proventi i costi per la produzione affidata a terzi	Esclusione della «sterilizzazione degli ammortamenti» dal risultato netto
Grandis (1996)	X	Margine di contribuzione	Margine di contribuzione		
Battaglia e Zavattaro (1997)	X	Valore della produzione e valore aggiunto	Margine operativo lordo	X	
Tieghi (2000)	X	Valore della produzione e valore aggiunto	Valore aggiunto lordo e netto	X	
Sforza (2002) (*)	X	Ricavi e costo del venduto Valore della produzione e valore aggiunto Margine di contribuzione	Margine sanitario lordo Valore aggiunto, margine operativo lordo Margine di contribuzione sanitario e totale		
Cinquini et al. (2005)	X	Valore della produzione e valore aggiunto	Valore aggiunto, margine operativo lordo		X
Gelmetti (2005)	X	Valore della produzione e valore aggiunto	Valore aggiunto, margine operativo lordo		
Poli (2005)	X			X	X
Pascarella et al. (2007)	X	Valore della produzione e valore aggiunto	Valore aggiunto, margine operativo semilordo, margine operativo lordo	X	
Bergamaschi et al (2008) (**)	X	Valore della produzione e valore aggiunto	Valore aggiunto, margine operativo lordo		

(*) Per le ASL, solo margine di contribuzione

(**) Riferito solo alle AO

Riquadro 5.3 **Quadro di raccordo tra risultato economico e avanzo / disavanzo RGSEP**

+ Risultato di bilancio

- Costi capitalizzati da utilizzo contributi in c/capitale (sterilizzazione ammortamenti)

= Risultato netto

+ Ammortamento delle immobilizzazioni immateriali

+ Ammortamento dei fabbricati

+ Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali

+ Svalutazione dei crediti

+ Svalutazione di attività finanziarie

- Capitalizzazione di costi sostenuti in economia (incremento immobilizzazioni per lavori interni)

- Rivalutazione di attività finanziarie

= Avanzo / Disavanzo RGSEP

Quanto ai quozienti, data la frequente indisponibilità o inattendibilità dei valori patrimoniali, una soluzione semplice ma efficace è il riferimento alla popolazione residente, eventualmente ponderata per riflettere le differenze regionali nei livelli di bisogno. La spesa pro-capite, infatti, è l'indicatore di spesa sanitaria più classico e diffuso anche a livello internazionale. In particolare, il risultato netto pro-capite può essere scomposto in due sistemi alternativi di indici (Riquadro 5.4). Nel sistema additivo, ogni voce di conto economico è rapportata alla popolazione. Nel sistema moltiplicativo, il risultato netto pro-capite è espresso come prodotto di due fattori, rispettivamente rappresentativi della produzione affidata a terzi e di quella svolta internamente (oltre al contributo delle gestioni non caratteristiche – aggregato E). Questo permette di evidenziare che i costi per la produzione interna (D) vanno commisurati alle risorse che residuano dopo aver

Riquadro 5.4 **Sistemi di indici**

Sistema additivo

$$\frac{RN}{POP} = \frac{MOL}{POP} - \frac{D3+D4}{POP} + \frac{E}{POP} =$$

$$\left(\frac{A}{POP} - \frac{B}{POP} + \frac{C}{POP} - \frac{D1+D2}{POP} \right) - \frac{D3+D4}{POP} + \frac{E}{POP}$$

Sistema moltiplicativo

$$\frac{RN}{POP} = \frac{RPI}{POP} \cdot \frac{RN}{RPI} = \left(\frac{A}{POP} - \frac{B}{POP} + \frac{C}{POP} \right) \cdot \left(1 - \frac{D1+D2}{RPI} - \frac{D3+D4}{RPI} + \frac{E}{RPI} \right)$$

remunerato gli erogatori esterni ($RPI=A-B+C$), riconoscendo così che i SSR con maggiori risorse per la produzione interna (grazie all'elevato finanziamento, ai limitati costi per la produzione affidata a terzi, e/o a elevati proventi caratteristici propri delle aziende sanitarie) possono permettersi più elevati costi pro-capite di produzione interna senza pregiudicare l'equilibrio economico.

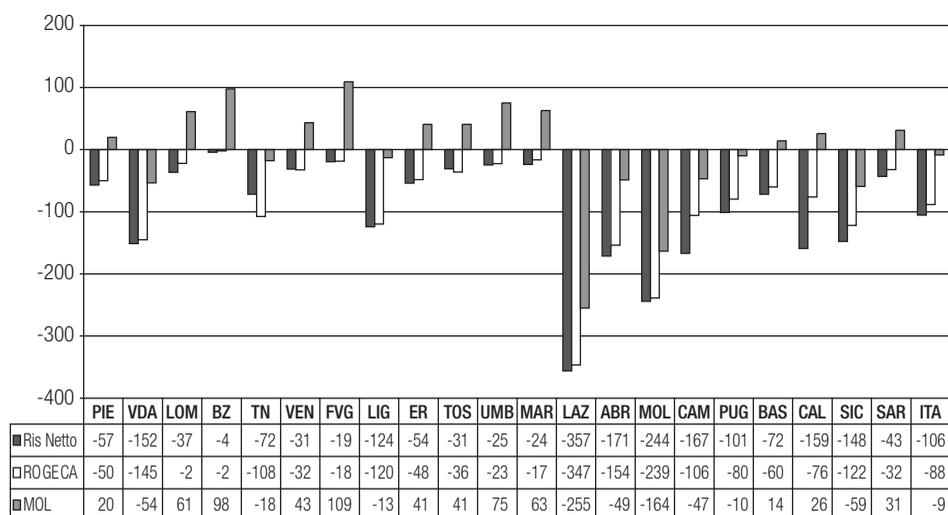
I due sistemi di quozienti possono applicarsi anche ai bilanci aziendali: quello additivo soltanto alle ASL, quello moltiplicativo anche alle AO. In queste ultime, dove il riferimento alla popolazione non avrebbe significato, occorre in particolare soffermarsi sul secondo fattore della moltiplicazione, ossia RN/RPI : le RPI corrispondono ai proventi della gestione caratteristica; la scomposizione di RN/RPI valuta dunque l'incidenza delle diverse configurazioni di risultato e delle diverse voci di provento e di costo rispetto ai proventi caratteristici.

5.3 I risultati economici regionali per l'anno 2007

Le principali configurazioni di risultato pro-capite (risultato netto, risultato operativo della gestione caratteristica, MOL) sono rappresentate nella Figura 5.1.

Per il 2007, il risultato netto pro-capite è negativo in tutte le regioni, ma con forti eterogeneità. La perdita media nazionale è di € 106. Sette regioni presentano perdite < € 40 (nell'ordine Bolzano, Friuli VG, Marche, Umbria, Toscana, Veneto, Lombardia); cinque hanno perdite comprese tra € 40 e 100 (Sardegna, Emilia-Romagna, Piemonte, Trento e Basilicata); sette tra € 100 e 200 (Puglia, Liguria, Sicilia, Valle d'Aosta, Calabria, Campania, Abruzzo). La perdita del Molise si avvicina ai

Figura 5.1 Risultati economici regionali pro-capite (2007)



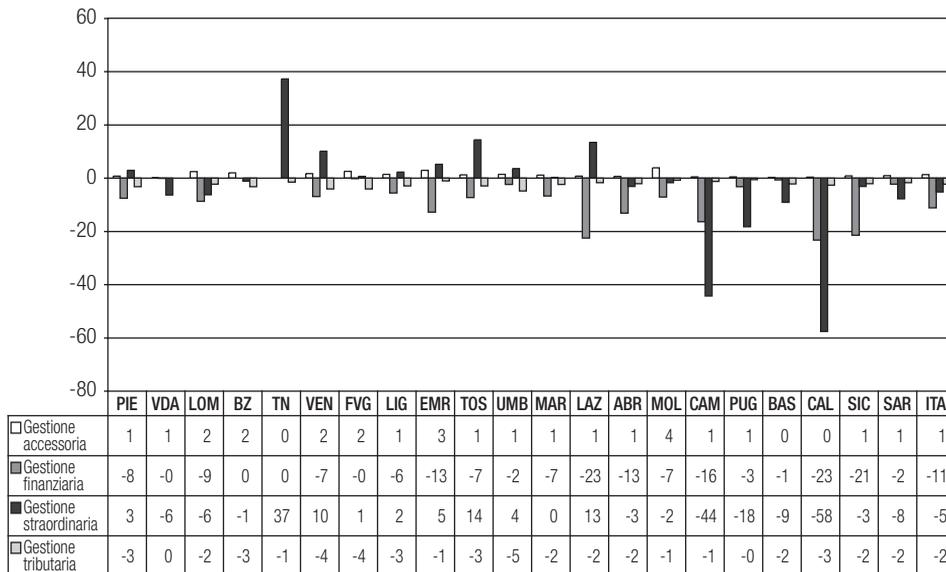
250 € pro-capite, quella del Lazio supera i 350. Va peraltro ricordato come i risultati economici delle regioni settentrionali a statuto speciale (Valle d'Aosta, Trento, Bolzano e Friuli VG)⁷ siano di difficile interpretazione e comparazione perché tali regioni, in virtù della loro ampia autonomia fiscale, provvedono al finanziamento del SSN nei rispettivi territori senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

Per comprendere cosa determini i risultati netti dei diversi SSR, si può innanzi tutto approfondire l'impatto delle gestioni non caratteristiche (aggregato E), riportandone il risultato sia alla popolazione (sistema di quozienti additivo), sia alle RPI (sistema moltiplicativo). I valori pro-capite sono presentati nella Figura 5.2. A livello nazionale, le gestioni non caratteristiche hanno mediamente inciso negativamente per € 17 pro-capite. I valori regionali sono generalmente contenuti al Centro-Nord (fanno eccezione Trento con +36 e Lombardia con -15), molto più elevati al Sud (dove spiccano la Calabria con -84 e la Campania con -60). In particolare, sono sempre marginali le gestioni accessoria (tra 0 e 4 € pro-capite) e tributaria (tra -5 e 0). Il peso della gestione finanziaria supera i 10 € pro-capite in sei regioni, con punte (> € 20) in Lazio, Calabria e Sicilia. Il contributo della gestione straordinaria, infine, eccede ± € 10 pro-capite in sei regioni, con valori talvolta negativi (Puglia, ma soprattutto Calabria e Campania, rispettivamente con € 58 e 44 pro-capite), talvolta positivi (Toscana, Lazio, ma soprattutto Trento, con € 37 pro-capite).

I valori iscritti nella gestione straordinaria, dunque, andrebbero meglio indagati nelle loro componenti e determinanti, anche attraverso l'analisi delle note integrative. Potrebbero infatti riflettere l'oggettiva manifestazione di eventi straordinari, ma anche una debolezza dei sistemi contabili (con frequente rilevazione di costi e ricavi considerati straordinari perché di competenza di esercizi precedenti), oppure un'interpretazione diversificata del confine tra aree ordinaria e straordinaria del conto economico. Solo nel primo caso sarebbe ragionevole ascriverli a eventi occasionali e concentrare l'attenzione su configurazioni di risultato che li escludano (risultato operativo della gestione caratteristica, MOL): nelle altre ipotesi si tratterebbe invece di costi e ricavi che altre regioni iscrivono nella gestione caratteristica e che vanno quindi tenuti in debita considerazione per garantire l'omogeneità del confronto.

In ogni caso, poiché nella maggior parte delle regioni l'impatto complessivo delle gestioni non caratteristiche è relativamente contenuto, la performance economica dei SSR in termini di risultato operativo della gestione caratteristica (Figura 5.1) non si discosta in modo significativo da quella in termini di risultato netto. A livello nazionale, si passa da una perdita netta pro-capite di € 106 a una perdita operativa della gestione caratteristica pari a € 88. Questo leggero migliora-

⁷ A partire dal 2007, peraltro, nemmeno la Sardegna riceve più trasferimenti a carico del bilancio dello Stato.

Figura 5.2 **Contributo pro-capite delle gestioni non caratteristiche (2007)**

mento si ritrova in tutte le regioni, ad eccezione di Trento (dove il forte contributo positivo delle gestioni non caratteristiche comporta una perdita operativa della gestione caratteristica superiore alla perdita netta), Veneto e Toscana (dove i due risultati sono però molto simili) e, per converso, Campania e Calabria (dove, dato il contributo fortemente negativo delle gestioni non caratteristiche, la perdita operativa della gestione caratteristica è decisamente inferiore alla perdita netta).

All'interno della gestione caratteristica vanno innanzi tutto approfonditi ammortamenti e accantonamenti, per l'eterogeneità che ha caratterizzato le disposizioni regionali e le prassi aziendali. Nel 2007, il valore degli accantonamenti è stato $> \text{€ } 50$ pro-capite e $> 5\%$ delle RPI in otto regioni, ossia Valle d'Aosta, Bolzano, Friuli VG, Liguria, Umbria, Lazio, Abruzzo e Calabria. È da evidenziare come, a differenza di quanto rilevato in passato (Anessi Pessina 2005), si riscontrino accantonamenti elevati sia in regioni caratterizzate da disavanzi contenuti, sia in regioni più in difficoltà, forse per effetto della reintroduzione dei ripiani da parte dello Stato, che può aver indotto alcune regioni ed aziende a peggiorare i propri risultati economici nella speranza di ottenere trasferimenti aggiuntivi. Quanto agli ammortamenti, il rapporto con le RPI si colloca tra il 3 e il 4,5% nella maggior parte delle regioni (12), con percentuali più elevate per Trento e particolarmente basse in alcune regioni del Sud (Campania, Puglia, Calabria, Sardegna). Il dato pro-capite, invece, non pare particolarmente rilevante, perché può semplicemente riflettere la diversa dotazione strutturale e il diverso mix pubblico-privato dei SSR.

Se depurato di ammortamenti e accantonamenti, il risultato operativo della

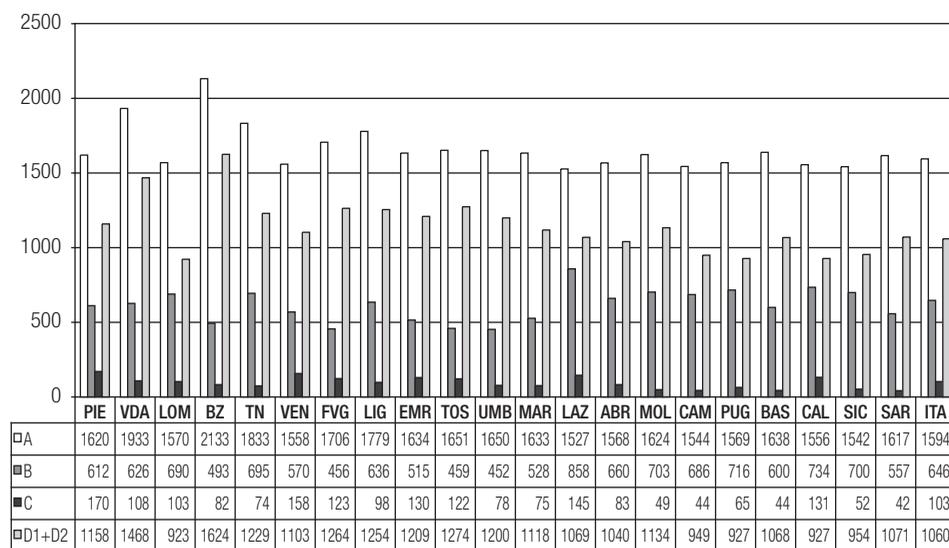
gestione caratteristica si trasforma nel MOL. In termini di MOL, i risultati economici sono ovviamente migliori, ma il posizionamento relativo delle regioni resta di nuovo sostanzialmente invariato. Più specificamente (Figura 5.1), il MOL nazionale pro-capite è negativo per € 9. A livello regionale si rilevano però valori positivi in ben dodici casi: gli stessi che si caratterizzavano per perdite nette < € 100 pro-capite, con l'esclusione di Trento (per l'elevato contributo positivo della gestione straordinaria) e l'aggiunta della Calabria (per l'elevato contributo negativo di gestione straordinaria e accantonamenti). Disavanzi molto elevati si confermano per Molise (-164) e Lazio (-255).

Restano da indagare le determinanti del MOL. La riclassificazione proposta evidenzia quattro elementi: la quota di finanziamento attribuita a ciascuna regione (A); i costi delle prestazioni erogate da terzi sulla base di contratti e convenzioni, compreso il saldo della mobilità interregionale (B); gli altri proventi caratteristici (C); i costi del personale e di beni e servizi destinati alla produzione interna (D1+D2). I relativi valori pro-capite sono presentati nella Figura 5.3.

Se rapportato alla popolazione «pura», ossia non «ponderata», il finanziamento premia (> € 1750 pro-capite) quattro SSR atipici: Bolzano, Valle d'Aosta e Trento in virtù del loro statuto speciale, Liguria per la particolare struttura demografica. Seguono il Friuli VG (€ 1706) e, più staccate (€ 1617-1651), Toscana, Umbria, Basilicata, Emilia-Romagna, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna. Penalizzate (< € 1570) sono invece Lombardia, Puglia, Abruzzo, Veneto, Calabria, Campania, Sicilia e, a differenza degli anni precedenti, Lazio. Il tema è ripreso nel § 5.6.

I costi per prestazioni erogate da terzi (aggregato B) sono particolarmente

Figura 5.3 **Determinanti del MOL regionale pro-capite (2007)**



elevati nel Lazio (€ 858), nonché in Calabria, Puglia, Molise e Sicilia (€ 700-734). Tra le voci di costo che compongono tale aggregato si segnalano come particolarmente elevate: nel Lazio l'assistenza farmaceutica convenzionata e l'assistenza ospedaliera e non ospedaliera da privato; in Calabria farmaceutica convenzionata e medicina generale; in Puglia farmaceutica convenzionata e assistenza ospedaliera da privato; in Molise medicina generale e assistenza ospedaliera da privato, seppur parzialmente compensate da un elevato saldo positivo pro-capite della mobilità interregionale; in Sicilia farmaceutica convenzionata. Al contrario, costi per prestazioni di terzi particolarmente contenuti (< € 500) si riscontrano in Umbria, Friuli VG, Toscana e Bolzano.

Per l'effetto congiunto di finanziamenti limitati e/o elevati costi per prestazioni di terzi, Lazio, Calabria, Sicilia, Puglia e Campania si caratterizzano per i valori più bassi (< € 860) del Finanziamento Trattenuto ($FT=A-B$). I livelli più alti (> € 1190) si riscontrano invece in Valle d'Aosta (soprattutto per l'elevato finanziamento), Bolzano e Friuli VG (per l'effetto congiunto dell'elevato finanziamento e dei costi contenuti), Umbria e Toscana (soprattutto per i costi contenuti).

Al finanziamento trattenuto si aggiungono, per finanziare la produzione interna, i proventi caratteristici delle aziende sanitarie (aggregato C). I valori più elevati (\geq € 145) si rilevano in Piemonte, Veneto e Lazio. Sardegna, Campania, Basilicata e Molise si distinguono invece per valori < € 50. Rispetto alle altre determinanti del MOL, comunque, questo aggregato ha un peso relativamente limitato. Il posizionamento relativo delle regioni in base alle complessive Risorse per la produzione interna ($RPI=A-B+C$) è quindi pressoché analogo a quello già descritto con riferimento al Finanziamento trattenuto.

Infine, i costi per la produzione interna (aggregato D, e specificamente $D1+D2$, visto che ammortamenti e accantonamenti sono esclusi dal MOL e sono già stati discussi in precedenza) possono essere analizzati in rapporto sia alla popolazione, sia alle RPI, a seconda che si adotti il sistema additivo di quozienti oppure quello moltiplicativo. Le regioni con le RPI più elevate (Bolzano, Valle d'Aosta, Friuli VG e Toscana) presentano costi per la produzione interna elevati in termini pro-capite (nelle prime due, rispettivamente € 1624 e 1468, soprattutto per l'elevato peso del personale e dei beni e servizi diversi dai beni sanitari; nelle altre due rispettivamente € 1264 e 1274) ma, eccetto per la Valle d'Aosta, contenuti in rapporto alle RPI (\leq 100%, il che consente un MOL \geq 0). Queste regioni, in altri termini, spendono molto per la produzione interna, ma possono permetterselo. Specularmente, le regioni con RPI più contenute (Lazio, Sicilia, Campania, Puglia, Calabria, Molise, Lombardia e Abruzzo) hanno costi per la produzione interna più bassi in termini pro-capite (< € 955, eccetto Molise, Lazio e Abruzzo), ma spesso troppo elevati rispetto alle RPI. Più in particolare, rispetto alle RPI, sono contenuti i costi per la produzione interna di Lombardia, Calabria e Puglia (94, 97 e 101%), piuttosto elevati quelli di Campania, Abruzzo e Sicilia (105-107%), particolarmente critici quelli di Molise e Lazio (117-131%, di cui il 73% già solo per il personale).

5.4 L'evoluzione dei risultati economici regionali nel periodo 2002-07

L'analisi condotta nel § 5.3 ha riguardato il 2007. È però opportuno soffermarsi brevemente anche sugli andamenti temporali, a partire dal primo anno in cui tutte le aziende sanitarie pubbliche hanno completato almeno formalmente la transizione dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale, ossia dal 2002. A tal fine si è fatto riferimento al risultato netto, al MOL e alle determinanti del MOL. Ci si è inoltre concentrati sul posizionamento relativo delle diverse regioni, visto che i risultati assoluti conseguiti nei diversi anni sono stati spesso condizionati da fenomeni comuni a tutte le regioni (per esempio, entità complessiva del finanziamento, rinnovo dei contratti di lavoro).

Per ogni anno, la Tabella 5.2 riporta quindi il risultato netto pro-capite di ciascun SSR. Dalla Tabella emergono da un lato le performance sistematicamente

Tabella 5.2 Risultato netto regionale pro-capite, 2002-07

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Piemonte	-38	-54	-189	-35	-39	-57
Valle d'Aosta	-81	-121	-144	-150	-148	-151
Lombardia	-61	-20	-13	-34	-33	-37
Bolzano	-192	-97	7	10	5	-4
Trento	-48	-65	-73	-64	-90	-72
Veneto	-79	-68	-38	-67	-30	-31
Friuli Venezia Giulia	-11	-29	-43	-32	-37	-19
Liguria	-55	-58	-241	-194	-99	-124
Emilia-Romagna	-52	-51	-137	-52	-61	-54
Toscana	-44	-30	-106	-45	-76	-31
Umbria	-32	-79	-89	-37	-80	-25
Marche	-99	-86	-145	-49	-63	-24
Lazio	-127	-159	-342	-356	-403	-357
Abruzzo	-139	-205	-115	-220	-146	-171
Molise	-62	-251	-157	-456	-208	-244
Campania	-125	-110	-221	-328	-152	-167
Puglia	-19	10	-8	-123	-61	-101
Basilicata	-16	-64	-87	-108	-72	-72
Calabria	-91	-41	-79	-57	-34	-159
Sicilia	-81	-78	-181	-141	-216	-148
Sardegna	-139	-132	-187	-226	-105	-43
Italia	-75	-68	-130	-130	-110	-106

vicine all'equilibrio economico di Lombardia, Friuli VG e, dal 2004, Bolzano; all'altro estremo le situazioni costantemente critiche di Lazio, Abruzzo, Molise e Campania. Complessivamente buoni sono anche i risultati conseguiti da Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Puglia. Al riguardo spicca, peraltro, anche qualche evidente trend temporale: sono in miglioramento Veneto e Marche, in peggioramento Trento e Puglia, nonché Basilicata e, nell'ultimo anno, Calabria. Più difficili sono le situazioni di Valle d'Aosta, Liguria, Sicilia e, seppur in miglioramento, Sardegna.

La stessa analisi è stata condotta per il MOL (Tabella 5.3), con risultati pressoché identici, fatto salvo un miglior posizionamento di Bolzano e Umbria, per effetto di accantonamenti superiori al dato nazionale, nonché della Calabria, per l'elevato peso, soprattutto nel 2007, degli accantonamenti e dei costi straordinari.

Tabella 5.3 **MOL regionale pro-capite, 2002-07**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Piemonte	-17	-29	-48	40	14	20
Valle d'Aosta	-20	-56	-102	-100	-77	-54
Lombardia	-33	18	31	60	34	61
Bolzano	-76	31	104	117	79	98
Trento	77	48	-4	27	-11	-18
Veneto	-41	-33	27	47	35	43
Friuli Venezia Giulia	85	58	58	80	114	109
Liguria	-17	-20	-102	-123	-32	-13
Emilia-Romagna	-23	-6	-53	44	6	41
Toscana	-19	8	-28	31	-4	41
Umbria	5	8	4	58	-8	75
Marche	-43	-15	-32	36	2	63
Lazio	-127	-121	-191	-284	-351	-255
Abruzzo	-94	-93	-73	-63	-90	-49
Molise	-26	-105	-122	-185	-176	-164
Campania	-98	-85	-142	-181	-82	-47
Puglia	25	73	34	-2	-37	-10
Basilicata	13	1	-27	16	-19	14
Calabria	-63	-7	-1	-35	-27	26
Sicilia	-45	-27	-84	-55	-134	-59
Sardegna	-87	-71	-118	-72	-51	31
Italia	-41	-21	-44	-30	-48	-10

Di seguito sono infine analizzate, sempre in ottica intertemporale, le determinanti del MOL.

Il finanziamento pro-capite alle regioni è aumentato mediamente del 4% annuo, con una punta del 6% nel 2005. Il posizionamento relativo delle regioni non si è modificato sostanzialmente nel corso degli anni. A beneficiare dei maggiori finanziamenti sono sempre Bolzano, Valle d'Aosta, Trento, Liguria e Friuli VG, mentre le regioni più svantaggiate sono Campania, Sicilia, Sardegna, Veneto, Puglia, Lombardia e Calabria. Un sostanziale peggioramento nell'ammontare delle risorse ricevute si riscontra, limitatamente al 2007, nel Lazio.

I costi per prestazioni erogate da terzi presentano i valori più bassi sempre nelle stesse regioni: Umbria, Toscana, Friuli VG e Bolzano. Una maggiore variabilità caratterizza invece le regioni con i valori più alti, pur con la presenza costante di Lazio, Calabria e Sicilia. In particolare, nel tempo sono diventate regioni «ad alti costi per prestazioni erogate da terzi» il Molise e la Puglia, mentre la Campania ha migliorato la propria posizione.

Per l'effetto congiunto di finanziamenti limitati ed elevati costi per prestazioni di terzi, Lazio, Sicilia, Campania, Puglia e Calabria si caratterizzano nel tempo per i valori più bassi del Finanziamento trattenuto ($FT=A-B$). I livelli più alti si riscontrano invece in Valle d'Aosta (soprattutto per l'elevato finanziamento), Bolzano e Friuli VG (per l'effetto congiunto dell'elevato finanziamento e dei costi contenuti), Umbria e Toscana (soprattutto per i costi contenuti).

Se si considerano i proventi caratteristici delle aziende sanitarie, i valori più elevati si rilevano costantemente in Piemonte e Veneto, i più bassi in Campania, Basilicata, Molise, Sicilia e Sardegna. Lazio e Calabria stanno incrementando l'ammontare di tali proventi. Come già rilevato per il 2007, peraltro, avendo questo aggregato un peso relativamente limitato, il posizionamento relativo delle regioni in base alle Risorse per la Produzione Interna ($RPI=A-B+C$) è pressoché analogo a quello già descritto con riferimento al Finanziamento trattenuto, per tutto l'arco temporale considerato.

Quanto alla produzione interna, le regioni che nel corso degli anni hanno avuto RPI più elevate (Bolzano, Valle d'Aosta, Toscana, Friuli VG e Umbria) hanno presentato costi elevati in termini pro-capite e non sempre contenuti rispetto alle RPI (costi > 100% RPI sistematicamente in Valle d'Aosta, per alcuni anni anche in Toscana e Umbria). Anche le regioni con RPI più basse (Lazio, Sicilia, Campania, Puglia, Calabria, Lombardia e Molise) non sempre sono riuscite a contenere sufficientemente i costi per la produzione interna. Più in particolare, vi è riuscita bene la Lombardia (< 100% delle RPI dal 2003), meno bene Calabria e Puglia (sempre < 110%), mentre si evidenziano situazioni più critiche in Sicilia (in alcuni anni > 110%), in Molise e Campania (eccetto per un anno, sempre > 110%, seppur con segni di miglioramento) e, soprattutto, nel Lazio (sistematicamente $\geq 119\%$).

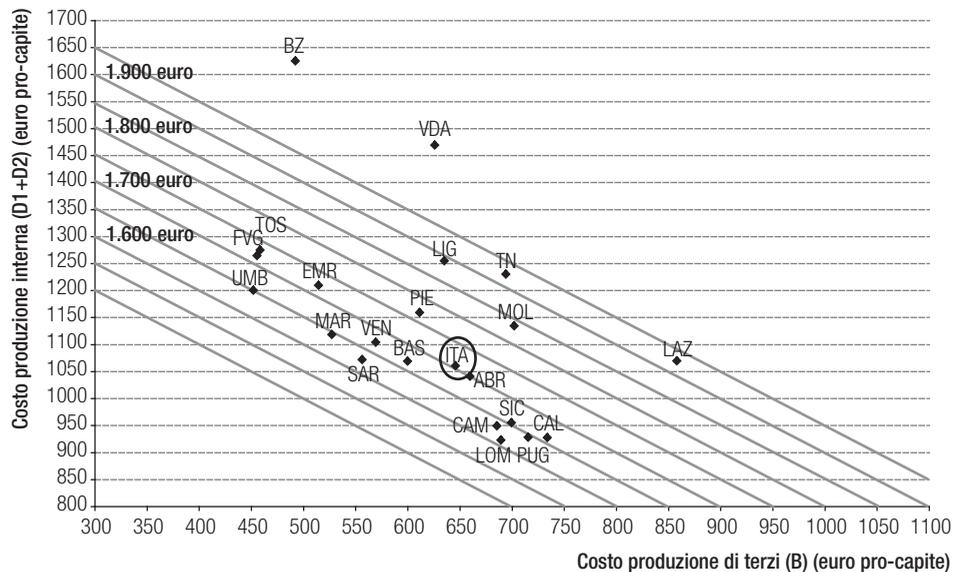
5.5 Il fabbisogno di finanziamento corrente della gestione caratteristica

L'analisi dei risultati economici e delle loro determinanti può essere utile integrata da quella del fabbisogno di finanziamento corrente della gestione caratteristica. Tale fabbisogno, in termini pro-capite, è presentato nella Figura 5.4.

La Figura consente anche di approfondire il mix tra le due determinanti del fabbisogno, ossia gli aggregati B e (D1+D2). Più in particolare, l'asse delle ascisse rappresenta i costi pro-capite per la produzione affidata all'esterno (B); l'asse delle ordinate rappresenta i costi pro-capite della produzione interna, limitatamente al personale e ai beni e servizi (D1+D2), quindi con esclusione di ammortamenti e accantonamenti; le rette diagonali sono isofabbisogno (nel 2007, per esempio, Veneto, Umbria, Basilicata, Calabria e Sicilia hanno tutte fabbisogni pro-capite per € 1650-1700); a parità di fabbisogno la vicinanza all'asse X (per esempio Calabria) piuttosto che all'asse Y (per esempio Umbria) riflette una prevalenza della produzione affidata a terzi rispetto a quella interna.

Dalla Figura si può vedere come, nel 2007, il SSR con fabbisogno più basso (€ 1612) fosse quello della Lombardia, seguito (€ 1620-1700) da Sardegna, Campania, Puglia, Marche, Umbria, Sicilia, Calabria, Basilicata e Veneto. I più costosi erano invece quelli caratterizzati da elevati finanziamenti (Bolzano, Valle d'Aosta, Trento, Liguria) o elevati disavanzi (Lazio). Il posizionamento è dunque abba-

Figura 5.4 **Fabbisogno pro-capite di finanziamento corrente e mix tra produzione interna ed esterna (2007)**



stanza diverso da quello a cui si è giunti attraverso l'analisi dei risultati economici. Peggiora in particolare la posizione delle regioni settentrionali a statuto speciale, che evidentemente devono il proprio equilibrio economico non tanto a costi contenuti, quanto a elevati finanziamenti e/o proventi propri; seppur in misura minore, peggiora anche la posizione della Toscana; migliora d'altra parte la posizione di alcune regioni meridionali (in primo luogo la Campania), i cui disavanzi sono riconducibili almeno in parte ai bassi finanziamenti e proventi propri pro-capite.

La Figura conferma inoltre come non esista una combinazione ottimale di produzione interna ed erogazione da parte di terzi, almeno sotto il profilo economico-finanziario: le sei regioni con fabbisogni pari a € 1650-1700, per esempio, presentano combinazioni profondamente diverse.

5.6 I risultati economici regionali pro-capite e la ponderazione della popolazione

Nei paragrafi precedenti si è fatto spesso riferimento all'entità del finanziamento, evidenziando in particolare come alcune regioni (Campania, Sicilia, Sardegna, Veneto, Puglia, Lombardia, Calabria e, per il 2007, Lazio) presentino dati di finanziamento pro-capite inferiori alle altre e come ciò possa contribuire alla formazione di disavanzi, pur in presenza di costi pro-capite relativamente contenuti (emblematico è il caso della Campania). Tutte le valutazioni si sono però basate su dati di finanziamento e di costo rapportati alla popolazione «pura», ossia non «ponderata». Riesce quindi difficile comprendere se l'apparente sottofinanziamento di alcune regioni rappresenti un'effettiva penalizzazione o piuttosto non rifletta un'equa commisurazione del riparto ai diversi livelli di bisogno delle collettività regionali.

Ponderare la popolazione implica naturalmente un amplissimo grado di soggettività. Non esiste, infatti, un sistema di pesi oggettivo o comunque universalmente riconosciuto, come testimoniano sia gli intensi processi negoziali che caratterizzano ogni anno il riparto dei fondi tra le regioni, sia la variabilità interregionale e intertemporale dei criteri di ponderazione della quota capitaria assegnata dalle regioni alle ASL (Jommi 2000; Cantù e Jommi 2003; Carbone, Jommi e Salvatore 2004; Cicchetti e Ceccarelli 2008; Morandi 2009). Per questo capitolo, in particolare, si è scelto di utilizzare i pesi proposti da Di Virgilio *et al.* (2008), che si fondano essenzialmente sul fattore età e che trovano riscontro nella convergenza delle indicazioni provenienti da due fonti indipendenti (indagine Multi-scopo Istat 2005 e Banca Dati Assistibili della regione Lombardia)⁸.

⁸ Si noti, peraltro, come la soggettività della ponderazione sia confermata dagli stessi autori, laddove stabiliscono di «correggere i valori con i pesi stimati utilizzati al 75% della spesa, ipotizzando che il rimanente 25% debba essere uniformemente distribuito su tutti i soggetti indipendentemente dalle età come sembra potersi ritenere corretto» (Di Virgilio *et al.* 2008: 98).

Più specificamente, dopo aver escluso per la loro peculiarità le regioni a statuto speciale, si è valutato come si modificherebbe l'entità del finanziamento regionale pro-capite se il riparto si affidasse a tali pesi. I risultati sono presentati nella Figura 5.5.

Tra le regioni che nei paragrafi precedenti apparivano penalizzate dal sistema di finanziamento, solo Lombardia, Veneto, Lazio e Abruzzo trarrebbero effettivamente benefici dalla modifica. A beneficiare sarebbero inoltre le altre regioni del Centro-Nord, Liguria esclusa. Nell'ipotesi che il maggior finanziamento si traducesse interamente in un miglior risultato netto, alcune di queste regioni si avvicinerebbero di molto al pareggio di bilancio. Le altre regioni del Sud (tranne il Molise) perderebbero invece quote di finanziamento.

Naturalmente, con questa analisi non si vuole sostenere che i pesi proposti, per quanto ragionevoli, siano per forza quelli «corretti». A causa dei più bassi livelli di reddito, per esempio, nelle regioni meridionali il sistema pubblico copre alcuni costi che altrove vengono sostenuti *out-of-pocket* direttamente dai cittadini. Si vuole però sottolineare come la valutazione delle *performance* economiche dei SSR sia fortemente condizionata da un preventivo giudizio, esplicito o implicito, sulla capacità del sistema di riparto di riflettere adeguatamente i differenziali di bisogno e come sia quindi necessario, in ultima analisi, che il sistema di riparto conquisti un sufficiente livello di legittimazione.

Figura 5.5 **Finanziamento pro-capite alle regioni, effettivo e basato su criteri alternativi di ponderazione della popolazione (2007)**

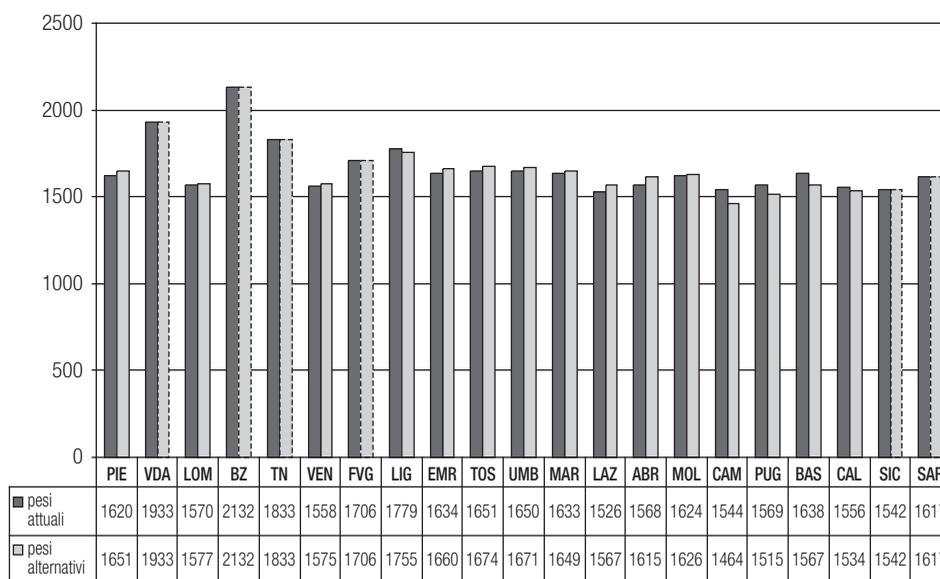


Tabella 5.5 **Distribuzione delle ASL per risultato netto pro-capite (2007)**

	Asl senza aziende (N=37)	Asl con solo aziende private (N=69)	Asl con solo aziende pubbliche (N=4)	Asl con entrambe le tipologie di aziende (N=61)	Totale Complessivo (N=171)
F+20	0%	0%	0%	2%	1%
F+10	3%	1%	0%	0%	1%
F+0	3%	0%	25%	2%	2%
F-0	16%	16%	75%	38%	25%
F-10	27%	19%	0%	13%	18%
F-20	32%	16%	0%	7%	16%
F-30	19%	48%	0%	39%	37%
Totale complessivo	100%	100%	100%	100%	100%

stono solo aziende private. L'apparente contraddizione tra le due serie di dati è spiegata dalla forte diversità dimensionale tra le diverse tipologie di ASL: se la popolazione media complessiva di un'ASL è di circa 345.000 abitanti, quella delle ASL sul cui territorio insistono solo aziende private è di circa 286.000 e quella delle ASL senza altre aziende sul proprio territorio è solo di circa 156.000.

5.8 La variabilità intraregionale dei risultati economici aziendali

Se l'oggetto principale di analisi è costituito dall'equilibrio economico finanziario dei sistemi regionali, a livello aziendale assume particolare rilievo la variabilità dei risultati economici all'interno della medesima regione. Dopo aver concentrato l'attenzione sul «gruppo», in altri termini, è opportuno valutare se le aziende del gruppo presentino *performance* relativamente omogenee, oppure se i risultati di gruppo scaturiscano da realtà aziendali molto differenziate.

A tal fine, per ogni regione, la Tabella 5.6 riporta i *range* tra il valore massimo e minimo di alcune variabili: l'ammontare pro-capite del risultato netto e degli aggregati A, B, C e (D1+D2) per le ASL; i rapporti RN/RPI e (D1+D2)/RPI per le AO. Limitatamente alle ASL, la Figura 5.6 propone poi un quadro di sintesi, classificando le regioni in base alla variabilità intraregionale (anche qui espressa come ampiezza del *range* tra il valore massimo e minimo) nei risultati netti aziendali e nelle grandezze che li determinano⁹.

⁹ Nella Figura, le 16 regioni (vengono escluse le cinque che hanno solo una ASL) sono state posizionate, lungo ciascuna dimensione, in base ai terzili: 5 con variabilità bassa, 6 con variabilità media, 5 con variabilità alta.

Tabella 5.6 **Range di variabilità infraregionale dei risultati economici aziendali e delle loro determinanti (2007)**

	ASL					AO	
	RN/POP	A/POP	B/POP	C/POP	(D1+D2)/POP	RN/RPI	(D1+D2)/RPI
Piemonte	91	416	930	590	754	3%	2%
Valle d'Aosta	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Lombardia	18	406	564	118	777	6%	6%
Bolzano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Trento	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Veneto	328	479	783	241	802	4%	6%
Friuli Venezia Giulia	54	360	650	246	867	1%	3%
Liguria	100	122	629	74	539	5%	3%
Emilia-Romagna	38	234	523	275	653	3%	2%
Toscana	69	250	398	161	593	4%	4%
Umbria	26	181	467	116	697	1%	4%
Marche	NA	NA	NA	NA	NA	1%	1%
Lazio	236	373	1221	771	628	65%	48%
Abruzzo	283	62	306	296	568	NA	NA
Molise	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Campania	432	655	355	242	685	23%	19%
Puglia	120	74	387	102	343	11%	13%
Basilicata	151	189	429	95	687	10%	12%
Calabria	468	2691	974	60	1813	23%	17%
Sicilia	156	334	248	21	301	41%	36%
Sardegna	60	455	251	27	604	NA	NA

NA: non applicabile (il range può essere calcolato solo in presenza di almeno 2 ASL o AO)

Per le ASL, le regioni a più elevata variabilità dei risultati netti sono Calabria, Campania, Veneto, Lazio e Abruzzo. Le situazioni più omogenee (*range* del risultato netto pro-capite \leq € 60) si riscontrano invece in Lombardia, Umbria, Emilia Romagna, Friuli VG e Sardegna. La Figura 5.6 mostra peraltro come un'elevata variabilità (omogeneità) dei risultati netti non discenda necessariamente da un'elevata variabilità (omogeneità) delle singole determinanti (si vedano per esempio l'Abruzzo e, all'estremo opposto, il Friuli VG).

Figura 5.6 **Grado di variabilità interregionale dei risultati netti delle ASL e nelle loro determinanti (2007)**

		Livello di variabilità relativo del RN		
		ALTO	MEDIO	BASSO
Livello di variabilità relativo medio di A, B, C e D1+D2	ALTO	Veneto Lazio Calabria	Piemonte	Friuli
	MEDIO	Campania	Toscana Basilicata	Lombardia Emilia Romagna Umbria
	BASSO	Abruzzo	Liguria Puglia Sicilia	Sardegna

Per le AO, le regioni a più elevata variabilità dei risultati netti comprendono ancora Lazio, Campania e Calabria, cui si aggiunge la Sicilia (*range* > 20%). *Range* ≤ 6% si ritrovano invece in nove regioni. In particolare, le regioni più omogenee comprendono ancora Friuli VG e Umbria, cui si aggiungono le Marche.

5.9 Conclusioni

Il capitolo si proponeva di analizzare i risultati economici consolidati dei sistemi regionali di aziende sanitarie pubbliche, divenuti centrali per effetto dei processi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni, accentramento regionale, riassetto istituzionale e, in prospettiva, compiuto federalismo fiscale, che di fatto pongono all'autonomia regionale i soli due vincoli rappresentati dall'erogazione dei LEA e dalla salvaguardia degli equilibri economico-finanziari. Nel contempo, intendeva anche svolgere alcune analisi relative al livello aziendale. Di seguito si propongono alcune considerazioni conclusive.

Le *performance* economiche dei SSR sono sistematicamente negative, ma fortemente differenziate. Nel capitolo si sono proposte due diverse chiavi di lettura: da un lato i risultati economici e le loro determinanti, dall'altro il «fabbisogno di finanziamento corrente della gestione caratteristica». L'analisi dei risultati economici approfondisce la capacità dei SSR di operare nei limiti delle risorse garantite dal sistema nazionale di finanziamento dei LEA. L'analisi del fabbisogno approfondisce invece la capacità dei SSR di contenere i costi e quindi il ricorso ai finanziamenti istituzionali (riparto nazionale ed eventuali risorse aggiuntive regionali) e ai proventi propri delle aziende sanitarie. Nella prima prospettiva, i risultati netti sono sempre negativi, ma le perdite pro-capite variano da € 4 a Bolzano (dove peraltro, come nelle altre regioni a statuto

speciale, il sistema di finanziamento è molto peculiare) a € 357 nel Lazio. Nella seconda prospettiva, il fabbisogno varia da € 1612 della Lombardia a € 2117 di Bolzano.

Le due prospettive, peraltro, danno indicazioni abbastanza diverse sulle performance relative dei SSR. L'analisi dei risultati economici sottolinea come Bolzano, Friuli VG, Marche, Umbria, Toscana, Veneto e Lombardia siano prossime all'equilibrio economico. Evidenzia invece situazioni critiche per Abruzzo, Campania, Calabria e soprattutto per Lazio e Molise. L'analisi dei fabbisogni ribalta sostanzialmente il giudizio per Bolzano e, seppur in misura minore, per Toscana e Friuli VG; migliora d'altra parte la posizione di alcune regioni meridionali, in primo luogo la Campania, ma anche Abruzzo e Calabria. Le due prospettive vanno considerate congiuntamente: la prima è condizionata da differenziali di finanziamento non sempre giustificati e comunque frutto di scelte soggettive; la seconda analizza i costi pro-capite senza ponderare la popolazione regionale e, quindi, ignora la presenza di livelli differenziati di bisogno.

A quest'ultimo riguardo, il capitolo ha svolto anche un'analisi di sensitività, provando a rideterminare finanziamenti e risultati netti pro-capite regionali in base a un possibile sistema alternativo di ponderazione della popolazione. L'analisi ha rivelato possibili scostamenti fino a € 50 pro-capite in positivo ed € 80 in negativo, sufficienti quindi a modificare profondamente l'attuale situazione delle perdite regionali pro-capite, portando alcune regioni in prossimità del pareggio e aggravando invece la situazione di altre.

Un altro approfondimento ha riguardato l'evoluzione temporale dei risultati economici dal 2002 al 2007. In questo caso sono emerse soprattutto conferme, principalmente per le regioni con le situazioni economico-finanziarie più critiche, ossia Lazio, Molise, Abruzzo e Campania, a cui si aggiungono Valle d'Aosta, Calabria e Sicilia. Rispetto a queste regioni, la riclassificazione del conto economico ha consentito di identificare i principali punti di debolezza: a finanziamenti limitati (tranne la Valle d'Aosta) si accompagnano alti costi. In particolare, in Lazio, Molise e Abruzzo sono alti sia i costi per le prestazioni affidate a terzi, sia quelli per la produzione interna. Campania, Calabria e Sicilia, invece, spendono relativamente poco per la produzione interna, ma comunque più di quanto potrebbero permettersi. Inoltre, in Campania e Calabria, si rileva nel 2007 l'elevato contributo negativo delle gestioni non caratteristiche.

All'estremo opposto, le regioni con performance migliori nel tempo sono Friuli VG, Lombardia e Bolzano, cui si possono aggiungere Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Umbria. Bolzano e Friuli VG beneficiano di alti finanziamenti; spendono poco per prestazioni da terzi; hanno costi per la produzione interna elevati, ma contenuti entro le risorse disponibili. La stessa combinazione vale sostanzialmente per Emilia Romagna, Toscana e Umbria, seppur con livelli di finanziamento inferiori (ma comunque più alti della media nazionale) e una maggiore difficoltà di contenimento dei costi per la produzione interna. Il Ve-

neto ottiene bassi finanziamenti e tiene abbastanza sotto controllo i costi sia per le prestazioni affidate all'esterno, sia per la produzione interna. La Lombardia, invece, riceve finanziamenti contenuti, presenta elevati costi per prestazioni di terzi (soprattutto per assistenza ospedaliera e non ospedaliera da privato) e si mantiene in equilibrio attraverso il contenimento dei costi per la produzione interna.

A quest'ultimo riguardo, più in generale, l'analisi ha confermato ancora una volta come non esista una combinazione ottimale di produzione interna ed erogazione da parte di terzi tramite contratti e convenzioni, almeno sotto il profilo economico. Il privato, per esempio, è più difficilmente controllabile in modo diretto, ma certamente più reattivo rispetto al sistema di incentivi che gli vengono proposti. Si ribadisce dunque l'importanza, per i SSR che si affidano prevalentemente all'attività di terzi, di dimensionare correttamente la propria struttura produttiva interna, nonché di dotarsi della volontà politica e delle capacità tecniche necessarie per guidare l'operato degli erogatori privati verso gli obiettivi perseguiti dalla collettività regionale.

Passando al livello aziendale, il dato più immediato è la sistematica presenza di disavanzi, spesso anche gravi: nel 2007 si sono rilevati solo 8 casi (2%) di risultati netti positivi e 119 (44%) di perdite contenute entro € 10 ML, a fronte di 80 (30%) con perdite tra 10 e 30 ML e ben 61 (23%) con perdite superiori a € 30 ML. In queste circostanze è evidentemente irrealistico prevedere la decadenza automatica dei Direttori Generali in presenza di disavanzi. Tra le diverse tipologie di azienda, le AO presentano *performance* mediamente superiori alle ASL. Tra queste ultime (nel capitolo si è proposta una classificazione in quattro categorie a seconda che sul loro territorio insistano aziende pubbliche e/o aziende private), spicca la situazione delle ASL sul cui territorio non insistono altre aziende sanitarie, oppure insistono solo aziende private. Le loro perdite sono limitate in valore assoluto, ma superiori a quelle di altre categorie di ASL in termini pro-capite. La loro popolazione contenuta (rispettivamente circa 156.000 e 286.000 abitanti, contro una media complessiva di circa 345.000), in altri termini, genera una sorta di «illusione ottica», contenendo la dimensione delle perdite complessive. Più in generale, i dati sembrano smentire ancora una volta la diffusa convinzione secondo cui, per un'ASL, avere una o più AO sul proprio territorio causi difficoltà economiche: in termini pro-capite, le perdite più contenute si riscontrano proprio nelle ASL sul cui territorio insistono solo o anche aziende pubbliche.

Sempre in riferimento al livello aziendale, va poi segnalata l'eterogeneità dei risultati di aziende della medesima regione, malgrado il progressivo «accentramento regionale» e la distribuzione alle aziende di finanziamenti straordinari correlati ai disavanzi in corso di formazione. Ciò conferma la presenza di forti specificità aziendali. Conferma, inoltre, che molte variabili chiave restano sotto il controllo delle singole aziende e che il loro efficace utilizzo continua a dipende-

re, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse. Molto significativo, infine, è il fatto che le eterogeneità più elevate si riscontrino proprio nelle regioni con le situazioni economico-finanziarie più critiche (Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria, Sicilia): i provvedimenti di sanzione e di sostegno a queste regioni dovranno quindi saper differenziare tra le diverse situazioni locali.

Tutto quanto sopra esposto si fonda naturalmente sui dati pubblicati e ne riflette la qualità. In merito pare lecito sollevare dei dubbi, supportati per esempio dalla forte eterogeneità degli accantonamenti e dall'elevato peso, in alcune regioni, della gestione straordinaria. Probabilmente sulla qualità e comparabilità dei dati incidono sia le più volte citate eterogeneità normative, sia difficoltà tecniche nell'architettura e nell'utilizzo dei sistemi contabili, sia politiche di rendicontazione finalizzate nei diversi casi ad affermare la capacità del sistema regionale di conseguire l'equilibrio economico, a schivare l'assoggettamento ai piani di rientro o il commissariamento, a ottenere maggiori trasferimenti in sede di ripiano. Alla scarsa attendibilità dei bilanci continua inoltre ad accompagnarsi la scarsissima pubblicità.

Infine, occorre una breve riflessione sulla recente legge delega in tema di federalismo fiscale. Per la sanità, la legge ha sancito il diritto di ciascuna regione al finanziamento integrale dei LEA sul proprio territorio, a prescindere dalla propria capacità fiscale, purché senza inefficienze sul fronte del prelievo tributario (aliquote e basi imponibili uniformi) e dell'erogazione dei servizi (costi e fabbisogni standard). Negli ultimi mesi, il dibattito si sta concentrando sulla perequazione interregionale *ex ante*. Si tratta di un tema indubbiamente rilevante perché, come evidenziato anche in questo contributo, meccanismi allocativi diversi possono modificare significativamente le *performance* economiche dei SSR ed è quindi necessario giungere a un sistema di riparto che conquisti un sufficiente livello di legittimazione presso tutti gli *stakeholder*. Un altro tema critico, tuttavia, sarà la capacità delle regioni di governare i propri SSR, riuscendo effettivamente a garantire ai propri cittadini i livelli essenziali di assistenza, senza generare disavanzi e quindi senza incorrere nei meccanismi sanzionatori che la legge prefigura. Al riguardo, la metodologia presentata in questo capitolo sembra offrire un valido contributo. L'analisi dei bilanci, infatti, consente di identificare i principali elementi che condizionano, positivamente o negativamente, le *performance* economiche dei SSR. Può quindi offrire un'utile base di partenza per cogliere gli elementi più critici (per esempio, l'elevato costo del personale, oppure l'elevato costo delle prestazioni erogate da terzi), avviare un'analisi più dettagliata e necessariamente extracontabile delle relative determinanti (nell'esempio del personale: Eccessiva dotazione di personale? Remunerazioni troppo elevate? Mix professionale eccessivamente orientato verso le figure più costose? Mix organizzativo caratterizzato da un'eccessiva presenza di dirigenti?), approfondirne le cause, per poi disegnare adeguate politiche di rientro.

Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2002), «L'equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche nel periodo 1998-2000», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, pp. 487-527, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. (2003), «L'informativa esterna di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: quali progressi?», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, pp. 193-222, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. (2004), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali nel 2001», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, pp. 207-232, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, pp. 217-249, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. e Cantù E. (2005), «Il consolidamento dei bilanci delle aziende pubbliche del Servizio Sanitario Regionale», *Economia & Management*, 5: 47-52.
- Anessi Pessina E. e Macinati M. (2008), «Bilancio, programmazione e controllo nel gruppo sanitario pubblico regionale», in Pezzani F. (a cura di), *Ripensare il ruolo e la governance delle Regioni*, pp. 61-96, Milano, EGEA.
- Anthony R.N. (1978), *Financial accounting in nonbusiness organizations*, Stamford, CT, Financial Accounting Standards Board.
- Anthony R.N. (1989), *Should business and nonbusiness accounting be different?*, Boston, MA, Harvard Business School Press.
- Battaglia G. e Zavattaro F. (1997), «L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale: quali strumenti operativi per l'interpretazione dei valori economici?», *Mecosan*, 21: 9-20.
- Bergamaschi M., Lecci F. e Renoldi A. (2008), «La valutazione delle performance economiche e dei costi in sanità: un confronto a livello nazionale», *Mecosan*, 68: 21-39.
- Cantù E. (2006), *Il consolidamento dei bilanci nelle aziende pubbliche del Servizio Sanitario Regionale*, Ricerca SDA-Bocconi, Milano.
- Cantù E. e Jommi C. (2003), «I sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque realtà regionali: un aggiornamento al 2003», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, pp. 168-192, Milano, EGEA.
- Carbone C., Jommi C. e Salvatore D. (2004), «I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi», in Anessi Pessina

- E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, pp. 125-158, Milano, EGEA.
- Cicchetti A. e Ceccarelli A. (2008), «Modelli di equità distributiva in base ai meccanismi regionali di allocazione delle risorse», in Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (a cura di), *Rapporto Osservasalute 2007*, pp. 344-349, Milano, Prex SpA.
- Cinquini L., Nuti S., Boccaccio A. e Vainieri M. (2005), «Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: L'esperienza della Regione Toscana», *Mecosan*, 54: 109-130.
- Di Virgilio E., Tavini G., Pieroni E., Cislighi C., Laurelli F., Mainardi E., Cavazza M., Cobello F., Di Stanislao F. e Simonetti U. (2008), «Analisi della spesa sanitaria attraverso i Conti Economici (CE)», *Monitor*, 21: 90-99.
- Gelmetti M. (2005), «L'analisi di bilancio per indici in un'azienda sanitaria», *Sanità pubblica e privata*, 2: 48-60.
- Grandis F.G. (1996), *Lo schema di bilancio delle aziende sanitarie pubbliche*, Padova, CEDAM.
- Jommi C. (2000), «I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Lega F. (2003), *Gruppi di aziende e reti organizzative in sanità: Aspetti di strategia, organizzazione e gestione*, Milano, EGEA.
- Lega F. e Longo F. (2002), «Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto», *Mecosan*, 41: 9-21.
- Longo F. (2002), *Strumenti di governo dei gruppi di aziende sanitarie pubbliche: quale mix scegliere dal tool-box?*, Paper presentato al Convegno AIES 2002, Bologna, 25-27 settembre.
- Longo F., Carbone C. e Cosmi L. (2003), «La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, pp. 121-167, Milano, EGEA.
- Morandi I. (2009), *Sistemi regionali di ripartizione del fondo sanitario e di remunerazione dei ricoveri per acuti, di riabilitazione e lungodegenza. Analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008*, www.agenas.it.
- Pascarella G., Capasso A., Giordano V. e Triassi M. (2007), «Il bilancio delle aziende sanitarie locali: un modello di riclassificazione del conto economico», *Tendenze Nuove*, 6: 637-663.
- Poli S. (2005), «Un modello di analisi per indici di bilancio per le aziende sanitarie locali: prospettive e limiti informativi», *Analisi finanziaria*, 59: 67-90.
- Santesso E. e Sostero U. (1999), «La sterilizzazione degli ammortamenti: alcune riflessioni critiche», *Mecosan*, 30: 37-43.
- Sforza V. (2002), «Alcune riflessioni sulla riclassificazione dello stato patrimoniale»

le e del conto economico delle aziende sanitarie pubbliche ai fini dell'analisi di bilancio», in Anselmi L. e Saita M. (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, pp. 237-281, Milano, EGEA.

Teodori C. (2000), *L'analisi di bilancio*, Torino, Giappichelli.

Tieghi M. (2000), *Il bilancio d'esercizio delle aziende sanitarie pubbliche: uno schema di analisi*, Bologna, CLUEB.