

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

*Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.*

*Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.*

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

**CERGAS** CENTRO DI RICERCHE  
SULLA GESTIONE  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE  
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

**Egea**

## 7 L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002

di Eugenio Anessi Pessina

### 7.1 Introduzione

Questo capitolo analizza i bilanci consolidati dei servizi sanitari regionali (meglio, dei sistemi regionali di aziende sanitarie pubbliche, visto che l'analisi esclude le aziende private accreditate) per il biennio 2001-2002. Propone inoltre alcuni dati relativi alle singole aziende.

Nel *Rapporto 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, accentrato regionale, riassetto istituzionale avevano invece suggerito di spostare l'attenzione sul livello regionale. Quest'anno l'analisi resta focalizzata sui bilanci consolidati regionali. La legge finanziaria 2005 ha però riaffermato la rilevanza del livello aziendale, imponendo «l'obbligo in capo alle Regioni di garantire (...) l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende (...) prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale» (art. 1, comma 173, lett. f, legge 311/2004). Si è quindi ritenuto opportuno reintrodurre alcune considerazioni relative alle singole aziende.

Il capitolo è così organizzato. Il par. 7.2 è dedicato a dati e metodi. I parr. 7.3 e 7.4 presentano i principali risultati per il livello regionale e per quello aziendale. Il par. 7.5 evidenzia significative incongruenze tra risultati regionali e aziendali. Il par. 7.6 propone alcune conclusioni.

### 7.2 Dati e metodi

L'analisi si fonda sui valori di conto economico per gli esercizi 2001 e 2002 come raccolti, rettificati e consolidati dal Ministero della Salute attraverso il modello

CE. I dati sono stati scaricati dal sito web del Ministero nell'aprile 2005. Per il 2001 mancano le aziende di Bolzano e Sicilia, che sono passate alla contabilità economico-patrimoniale solo nel 2002; manca l'AO Spedali Riuniti di Siena; è stata esclusa la Sardegna per incongruenze tra i dati CE e la Relazione generale sulla situazione economica del paese 2004 (RGSEP 2004). Il database 2002 è invece completo.

Proprio la RGSEP 2004 è stata utilizzata come fonte non solo per la verifica, ma anche per la rettifica dei dati CE consolidati a livello regionale (codici 999)<sup>1</sup>. Le rettifiche, analoghe a quelle effettuate per il *Rapporto 2004*, sono presentate nel Riquadro 7.1<sup>2</sup>. Analogamente, il Riquadro 7.2 sintetizza i principali limiti dei dati utilizzati. Ai fini di analisi, i conti economici consolidati sono stati riclassificati in base allo schema presentato nella Tab. 7.1. Al riguardo:

- lo schema distingue tra le due modalità fondamentali con cui le ASL (e i SSR nel loro complesso) 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 tipiche (E);
- va segnalata la distinzione tra risultato netto e risultato di bilancio attraverso un'area di riconciliazione (cfr. per esempio Teodori 2000, p. 46) che 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 economico. Questa posizione, comunque indebolita dal progressivo rafforzamento del ruolo della Regione come capogruppo, è evidentemente inapplicabile al bilancio consolidato dei SSR;
- tra le configurazioni di risultato economico particolare rilevanza ha 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;

<sup>1</sup> 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 contraddistinti rispettivamente dai codici «000» e «999».

<sup>2</sup> Il par. 7.5 presenta alcune analisi sull'entità di tali rettifiche e quindi sulle incongruenze tra valori aziendali e consolidati.

### Riquadro 7.1 Rettifiche ai CE consolidati regionali

7. La voce «A0020 – Contributi in c/esercizio da Regione e provincia autonoma per quota FSR» è stata sostituita dalle quote di finanziamento attribuite a ciascuna Regione con la delibera CIPE, comprese le ulteriori integrazioni a carico del bilancio dello Stato assegnate alle Regioni anche dopo la chiusura del periodo di riferimento. Questo per annullare le eterogeneità introdotte dai «diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione in bilancio delle suddette poste adottati da ciascuna Regione» e per «uniformare la situazione dei disavanzi tra Regioni, per competenza annuale (...) e in conformità alla vigente legislazione in materia» (RGSEP 2004: 300). In particolare, le quote di finanziamento in oggetto sono rappresentate da:

- a. «IRAP e addizionale regionale IRPEF» (RGSEP 2004, tabella SA.7);
- b. «fabbisogno sanitario ex Dlgs 56/2000 – IVA e accise» (RGSEP 2004, tabella SA.8);
- c. «FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato» (RGSEP 2004, tabella SA.13);
- d. «partecipazione delle Regioni a statuto speciale», determinata come differenza tra quanto riportato nella RGSEP 2004, tabella SA.10 (ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e dal settore privato), che comprende, «per le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano escluse dal finanziamento statale, le ulteriori somme destinate all'azzeramento dei propri disavanzi» 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 2004).

2. Le voci CE relative alla mobilità interregionale (A0090, B0223, B0233, B0270, B0320, B0370, B0420, B0453) sono state sostituite da:

- a. «saldo mobilità sanitaria infraregionale» (intesa come «interregionale»: RGSEP 2004, tabella SA.2);
- b. «mobilità verso Bambin Gesù», calcolata come differenza tra il totale dei costi sostenuti dalla Regione (RGSEP 2004, tabella SA.2) e la somma delle singole voci di costo (RGSEP 2004, 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 (RGSEP 2004: 312).

3. Le voci CE relative alla mobilità intraregionale (ossia tra ASL e AO della stessa Regione), anche se non nulle, sono state omesse. Tali voci si riferiscono a operazioni infragruppo e nel consolidamento regionale dovrebbero annullarsi.

- i risultati economici 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). 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 da esplicite scelte regionali. Di qui l'opportunità di analizzare i bilanci dei SSR

## Riquadro 7.2 **Principali limiti dei dati utilizzati**

Limitata maturità e affidabilità dei sistemi contabili di molte aziende.

Incertezza delle stime formulate in sede di redazione degli stati patrimoniali iniziali, soprattutto con riferimento alle immobilizzazioni.

Eterogeneità dei criteri di valutazione adottati dalle diverse aziende, certamente a livello interregionale, ma spesso anche intraregionale.

Disponibilità dei soli dati di conto economico, escludendo quindi stato patrimoniale, nota integrativa, relazione sulla gestione, eventuali altri allegati al bilancio.

Processo di consolidamento:

- a.* poco trasparente;
- b.* limitato ad ASL, AO e «attività gestite direttamente dalla Regione» (codice 000); sono esclusi IRCCS e Policlinici universitari a gestione diretta; di eventuali società miste si tiene conto solo attraverso ricavi e costi (dividendi, rivalutazioni, svalutazioni) dell'ASL o AO partecipante;
- c.* che produce saldi della mobilità intraregionale spesso diversi da zero;
- d.* che non sembra garantire un'accurata elisione di costi e ricavi per operazioni infragruppo regolate in regime di cessione, ossia per beni e servizi che le aziende si scambiano direttamente tra loro (per esempio, prestazioni ambulatoriali e diagnostiche richieste per un proprio paziente da un'azienda a un'altra; consulenze sanitarie e amministrative; personale comandato; formazione del personale);
- e.* che non sembra garantire l'eliminazione degli utili e delle perdite infragruppo non realizzati, fatti-specie peraltro possibile (per esempio quando un'azienda del gruppo, a fine periodo, ha in giacenza prodotti farmaceutici acquistati da un'altra azienda del gruppo a un prezzo superiore rispetto al costo sostenuto da quest'ultima), ma nel concreto marginale.

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 l'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 (al netto dei ricavi propri delle aziende) e quindi il ricorso a finanziamenti istituzionali (riparto nazionale ed eventuali risorse aggiuntive regionali).

Quanto ai quozienti da utilizzare per l'analisi, data la frequente indisponibilità o inattendibilità dei valori patrimoniali, una soluzione semplice ma efficace è il riferimento alla popolazione residente<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> L'efficacia dei confronti sarebbe rafforzata da una ponderazione della popolazione per livelli di bisogno, ma la scelta dei criteri sarebbe necessariamente soggettiva. Naturalmente, dell'esistenza di livelli differenziati di bisogno si dovrà tener conto nell'interpretazione dei risultati.

Tabella 7.1 **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 (esclusa mobilità interregionale attiva)
- C2. altri proventi tipici

**C. Altri proventi gestione caratteristica****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 (RN = A - B + C - D + E + F)****Margine operativo lordo (MOL) = A - B + C - D1 - D2****Fabbisogno finanziario corrente della gestione caratteristica (FFC) = B - C + D1 + D2**

La spesa *pro capite* è infatti 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:

*Sistema additivo*

$$\begin{aligned} \frac{RN}{POP} &= \frac{MOL}{POP} - \frac{D3 + D4}{POP} + \frac{E}{POP} = \\ &= \left( \frac{A}{POP} - \frac{B}{POP} + \frac{C}{POP} - \frac{D1 + D2}{POP} \right) - \frac{D3 + D4}{POP} + \frac{E}{POP} \end{aligned}$$

*Sistema moltiplicativo*

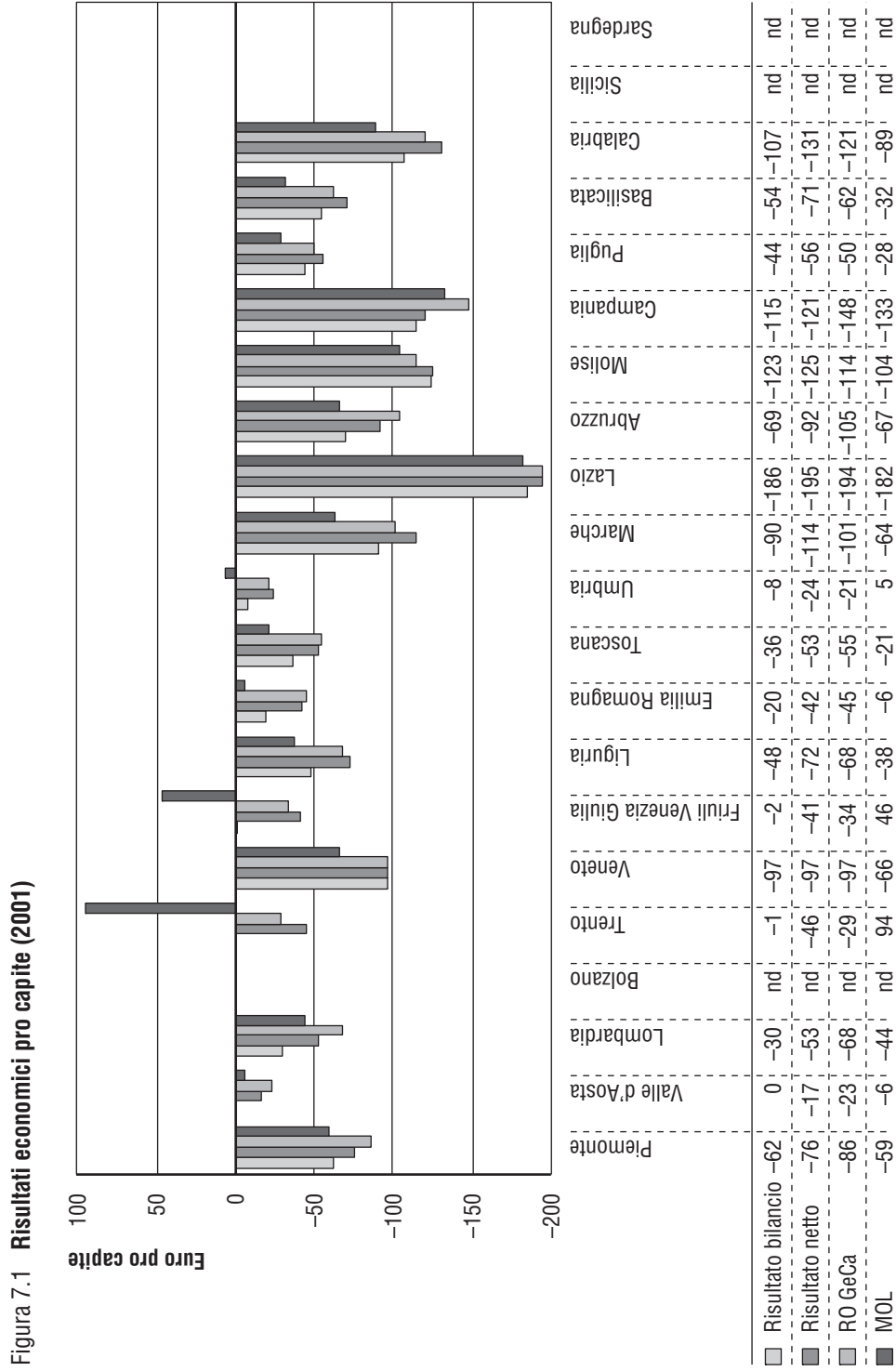
$$\begin{aligned} \frac{RN}{POP} &= \frac{RPI}{POP} \times \frac{RN}{RPI} = \\ &= \left( \frac{A}{POP} - \frac{B}{POP} + \frac{C}{POP} \right) \times \left( 1 - \frac{D1 + D2}{RPI} - \frac{D3 + D4}{RPI} + \frac{E}{RPI} \right) \end{aligned}$$

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 RPI / POP e RN / RPI, rispettivamente rappresentativi della produzione affidata a terzi e di quella svolta internamente (oltre al contributo delle gestioni non caratteristiche, E). Questo permette di evidenziare che i costi per la produzione interna (D) vanno commisurati alle risorse che residuano dopo aver remunerato gli erogatori esterni (RPI = A - B + C), ossia 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 tipici propri delle aziende sanitarie) possono permettersi più elevati costi di produzione interna senza pregiudicare l'equilibrio economico.

I due sistemi di quozienti possono applicarsi anche ai bilanci aziendali: quello additivo solo alle ASL, quello moltiplicativo anche alle AO, dove il riferimento alla popolazione non avrebbe significato, la macroclasse B è nulla, le RPI corrispondono ai proventi della gestione caratteristica, la scomposizione dell'indice RN / RPI esprime dunque l'incidenza delle diverse configurazioni di risultato e delle diverse voci di provento e di costo rispetto ai proventi tipici.

### 7.3 Risultati a livello regionale

Le principali configurazioni di risultato *pro capite* (di bilancio, netto, operativo della gestione caratteristica, MOL) sono sintetizzate nelle Figg. 7.1 (2001), 7.2 (2002) e 7.3 (variazione 2001-2002).





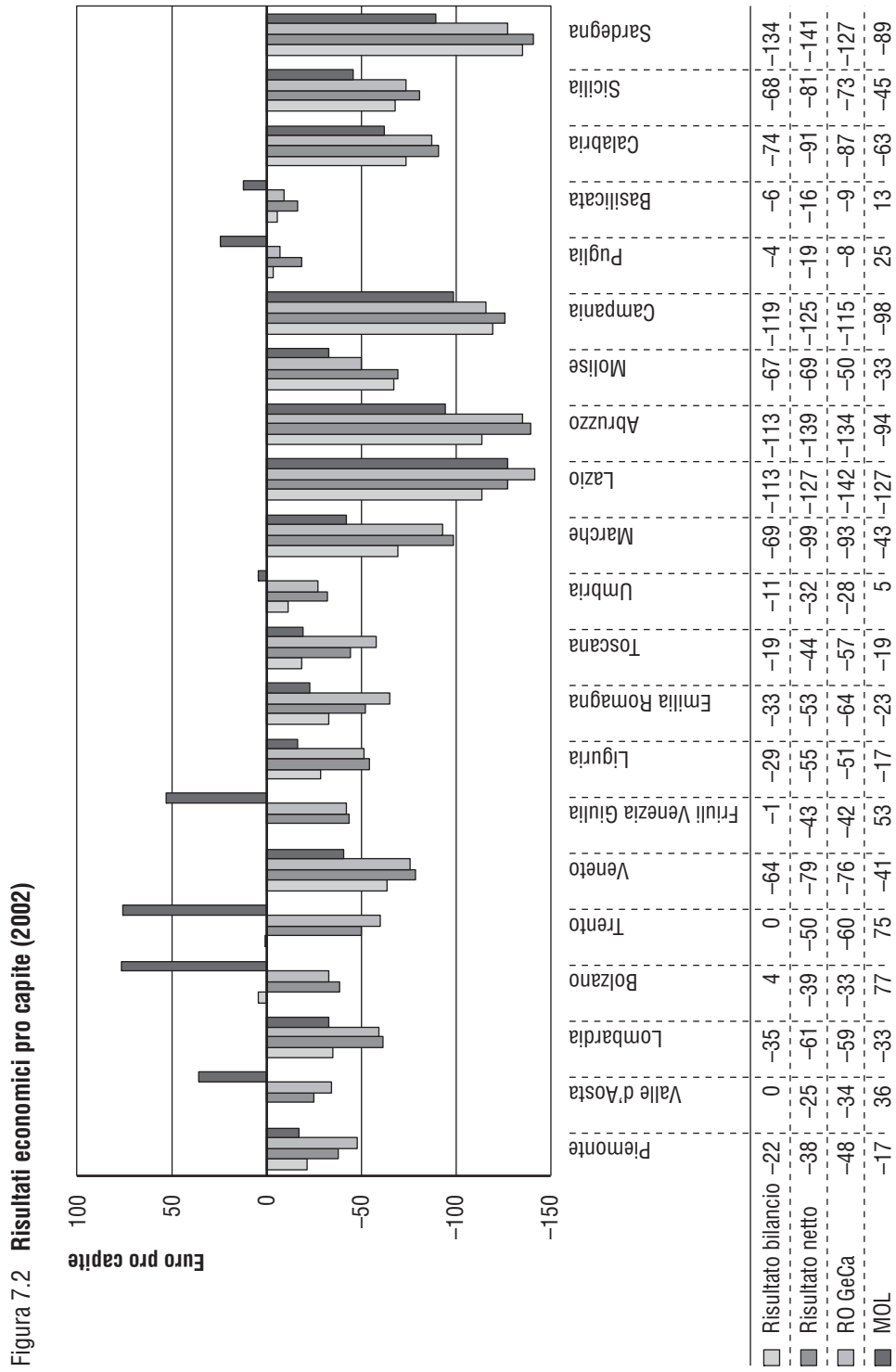
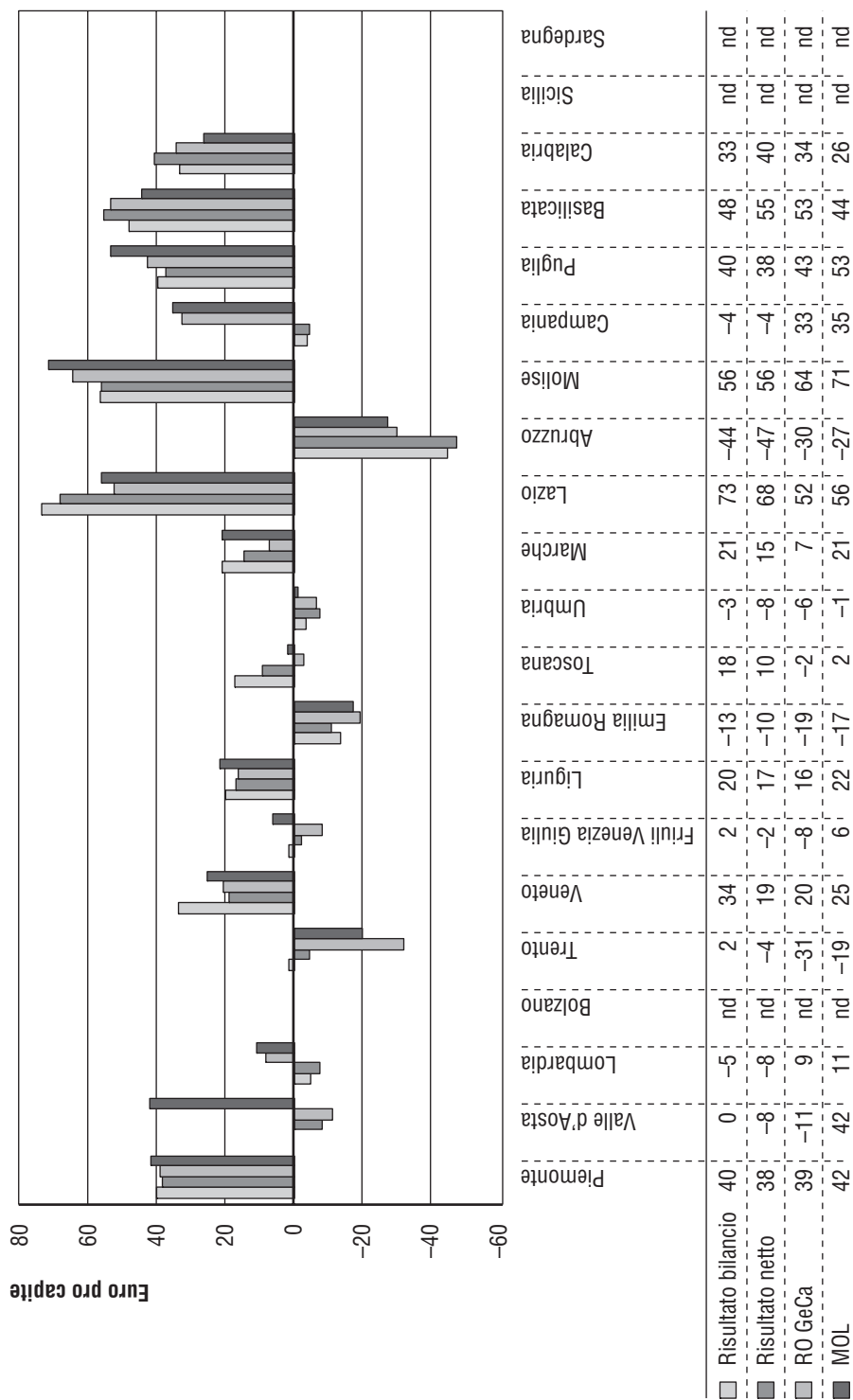


Figura 7.3 Risultati economici pro capite (variazione 2001-2002, in valori assoluti)



### 7.3.1 Il risultato netto pro capite

Per il 2001, il risultato netto *pro capite* è negativo in tutte le Regioni. Il disavanzo è inferiore a 50 euro in Valle d'Aosta, Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Umbria. Otto Regioni hanno disavanzi compresi tra 50 e 100 euro. Oltre 100 euro si collocano Marche, Molise, Campania, Calabria e soprattutto Lazio (195 euro).

Nel 2002, la principale novità è rappresentata da Basilicata e Puglia, che presentano i disavanzi più contenuti (16 e 19 euro). Restano limitati (meno di 53 euro) i disavanzi delle cinque Regioni precedentemente citate (Valle d'Aosta, Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Umbria), cui si aggiungono Piemonte, Bolzano e Toscana. Tra 53 e 100 euro si collocano sette Regioni. Disavanzi di oltre 100 euro si confermano in Campania e Lazio, cui si aggiungono Abruzzo e Sardegna.

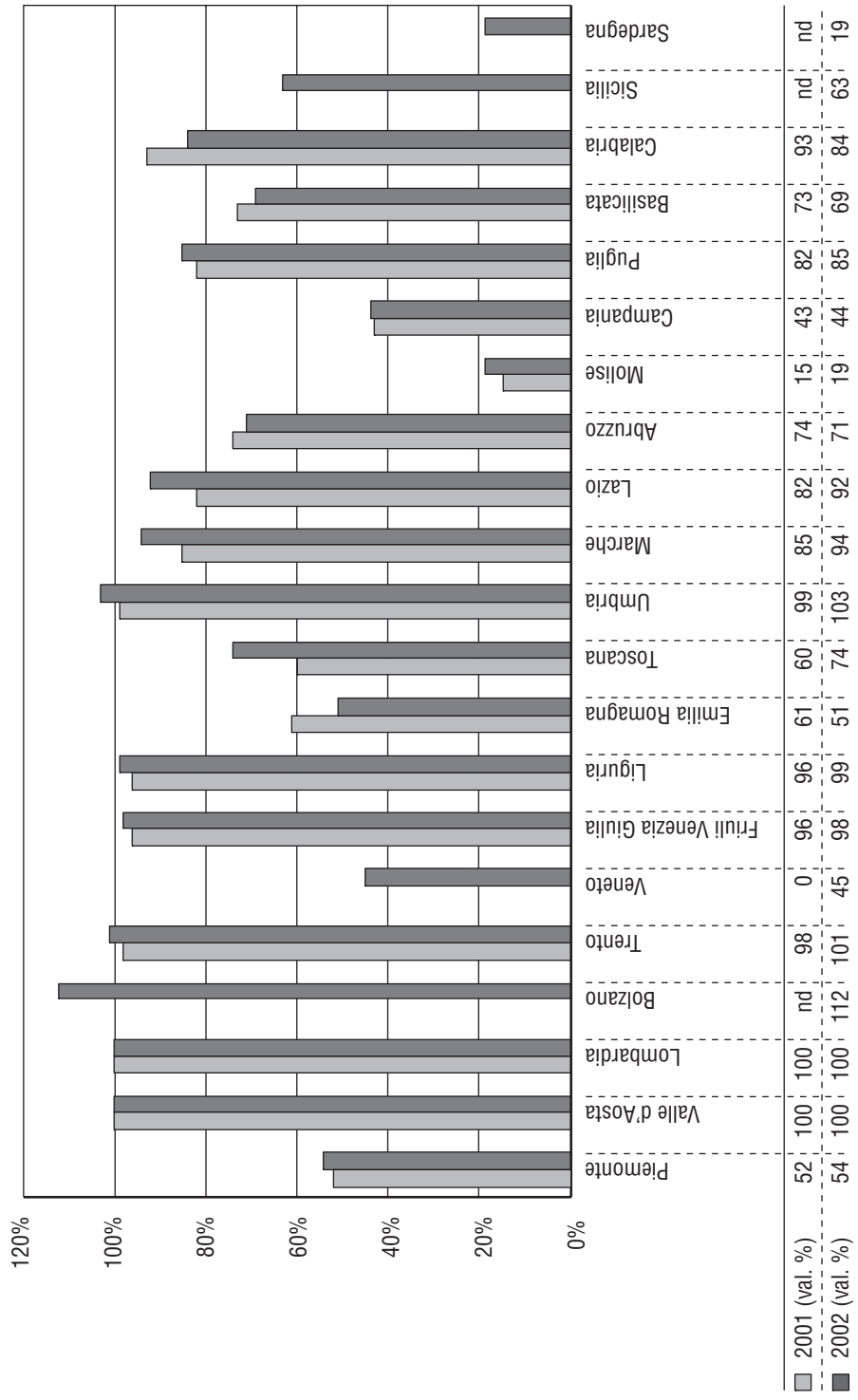
Tra il 2001 e il 2002 i miglioramenti più evidenti (superiori a 50 euro) riguardano Lazio, Molise e Basilicata, mentre peggiora decisamente (-47 euro) l'Abruzzo.

Va peraltro evidenziato come i risultati netti delle Regioni settentrionali a statuto speciale siano per definizione prossimi allo zero. Le Regioni a statuto speciale hanno infatti specifiche regole di finanziamento, in virtù della maggiore autonomia fiscale. In particolare Valle d'Aosta, Trento, Bolzano e Friuli Venezia Giulia provvedono al finanziamento del SSN nei rispettivi territori senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato (per Sicilia e Sardegna sono invece previste specifiche percentuali di concorso al finanziamento del SSN). Eventuali disavanzi sono quindi sempre compensati da una maggiore «partecipazione delle Regioni a statuto speciale» e il risultato economico, nella particolare configurazione indicata dalla RGSEP<sup>4</sup>, è per definizione nullo.

La differenza tra risultato netto e di bilancio è dovuta alla sterilizzazione degli ammortamenti, rappresentata nella Fig. 7.4 dal tasso di sterilizzazione, ossia dal rapporto tra quote dei contributi in conto capitale accreditate a conto economico e quote di ammortamento delle immobilizzazioni materiali e immateriali. La figura ribadisce nuovamente l'eterogeneità delle scelte regionali. La sterilizzazione è infatti sistematica (> 95 per cento) in sette Regioni, frequente (50-95 per cento) in altre dieci, rara in Campania, Molise e Sardegna. Peculiare è il caso del Veneto, dove la sterilizzazione è pressoché assente dai bilanci aziendali perché limitata ai finanziamenti da soggetti diversi dalla Regione, ma nel 2002 è stata iscritta tra i proventi delle «attività gestite direttamente dalla Regione» e quindi nel consolidato regionale. La figura conferma infine l'ambiguità della normativa e della prassi: nel 2002 ci sono tre Regioni con tassi superiori al 100 per cento.

<sup>4</sup> Pari al risultato di bilancio, depurato di alcune componenti positive (costi capitalizzati, che comprendono anche la sterilizzazione degli ammortamenti, e rivalutazioni di attività finanziarie) e negative (ammortamenti, svalutazione crediti, svalutazione di attività finanziarie).

Figura 7.4 Tasso di sterilizzazione degli ammortamenti (2001-2002)



### 7.3.2 Le gestioni non tipiche

Per comprendere cosa determini i risultati netti dei diversi SSR si può innanzi tutto approfondire l'impatto delle gestioni non tipiche (aggregato E), rapportandone il risultato sia alla popolazione (sistema di quozienti additivo), sia alle RPI (sistema moltiplicativo). I valori sono presentati nella Fig. 7.5.

Le gestioni non tipiche sono mediamente ininfluenti (2 euro *pro capite*), ma caratterizzate da elevata variabilità. In particolare, sono generalmente<sup>5</sup> marginali le gestioni accessoria (da -2 a 4), finanziaria (-5, 0) e tributaria (-4, 0). In alcuni casi è invece significativa la gestione straordinaria, con valori talvolta negativi (inferiore a -10 euro per Trento e Marche nel 2001), più spesso positivi (oltre 10 euro in Piemonte, Lombardia, Abruzzo e Campania nel 2001; Piemonte, Trento, Emilia Romagna, Toscana e Lazio nel 2002).

Questi valori andrebbero maggiormente indagati nelle loro componenti e determinanti. 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 interpretazioni diverse del confine tra aree ordinaria e straordinaria del conto economico.

### 7.3.3 Il risultato operativo della gestione caratteristica e il contributo di ammortamenti e accantonamenti

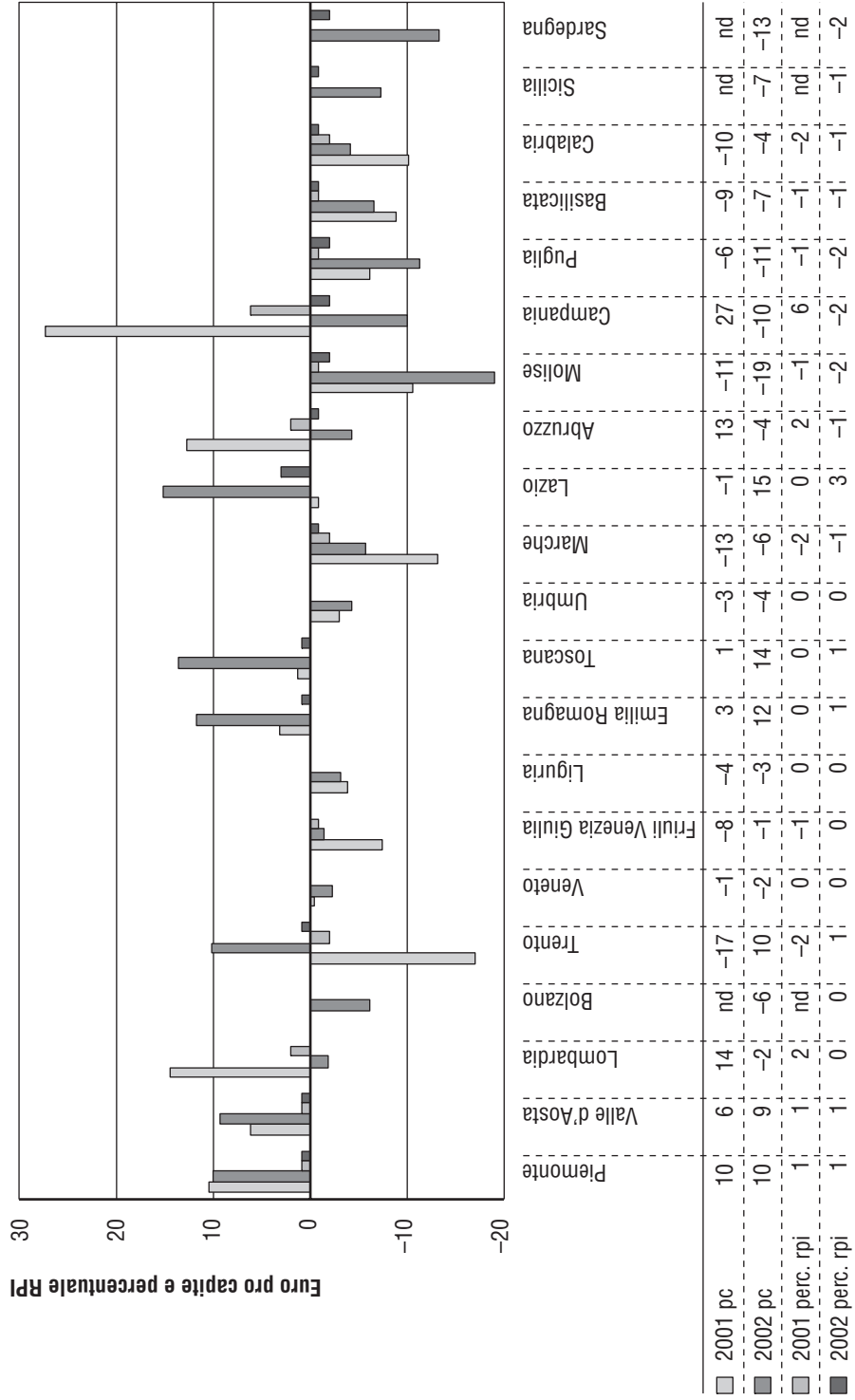
Dato il contributo relativamente limitato delle gestioni non tipiche, la performance economica dei SSR in termini di risultato operativo della gestione caratteristica non si discosta in modo significativo da quella in termini di risultato netto. Fanno eccezione:

- l'Abruzzo nel 2001, il cui disavanzo, dato l'elevato contributo positivo della gestione straordinaria (18 euro), è minore di 100 euro in termini di risultato netto, ma supera i 100 euro in termini di risultato operativo della gestione caratteristica<sup>6</sup>;
- Trento, Emilia Romagna e Toscana che nel 2002, per l'elevato contributo positivo della gestione straordinaria, presentano disavanzi più elevati (57-64 euro, peggiori di Liguria e Molise e in linea con la Lombardia) se si considera il risultato operativo della gestione caratteristica anziché il risultato netto;

<sup>5</sup> Rispetto agli intervalli riportati nel testo fanno eccezione la gestione finanziaria nel Lazio (10 euro nel 2001 e 6 nel 2002) e in Sicilia (7 euro nel 2002); la gestione tributaria in Calabria (6 euro nel 2001) e Molise (15 euro nel 2002).

<sup>6</sup> Lo scostamento dell'Abruzzo è particolarmente visibile perché comporta il superamento del valore soglia di 100 euro *pro capite*. La differenza tra risultato netto e risultato operativo della gestione caratteristica è però più elevata in altre Regioni: Campania +27, Trento -17, Lombardia +15 (contro i +13 dell'Abruzzo).

Figura 7.5 Contributo delle gestioni non tipiche (2001-2002)



- nel confronto tra 2001 e 2002 Trento, che presenta un significativo peggioramento nel risultato operativo della gestione caratteristica, compensato a livello di risultato netto da un aumento dei proventi straordinari.

All'interno della gestione caratteristica vanno approfonditi ammortamenti e accantonamenti, sia per l'eterogeneità delle disposizioni regionali, sia per l'eventualità di politiche di bilancio.

Gli accantonamenti sono generalmente modesti rispetto sia alla popolazione, sia alle RPI (minori o pari a 5 euro e allo 0,6 per cento in 10 Regioni nel 2001 e 9 nel 2002). Le principali eccezioni riguardano Trento, Friuli Venezia Giulia e in misura minore Umbria per entrambi gli anni; Valle d'Aosta, Bolzano e in misura minore Marche e Puglia nel 2002. Come già evidenziato l'anno scorso, la presenza di accantonamenti elevati soprattutto nelle Regioni «che se li possono permettere», ossia che presentano i disavanzi più contenuti, fa sospettare politiche di bilancio di segno diverso tra le Regioni. In assenza della nota integrativa ci sono però altre due possibili spiegazioni: oggettive differenze tra i SSR oppure eterogeneità nella definizione del confine tra gli accantonamenti da iscrivere nelle apposite voci per «accantonamenti» e quelli da inserire in altre voci più specificamente riferite alla natura del costo (per esempio, accantonamenti per rinnovi contrattuali iscritti tra gli accantonamenti o tra i costi del personale).

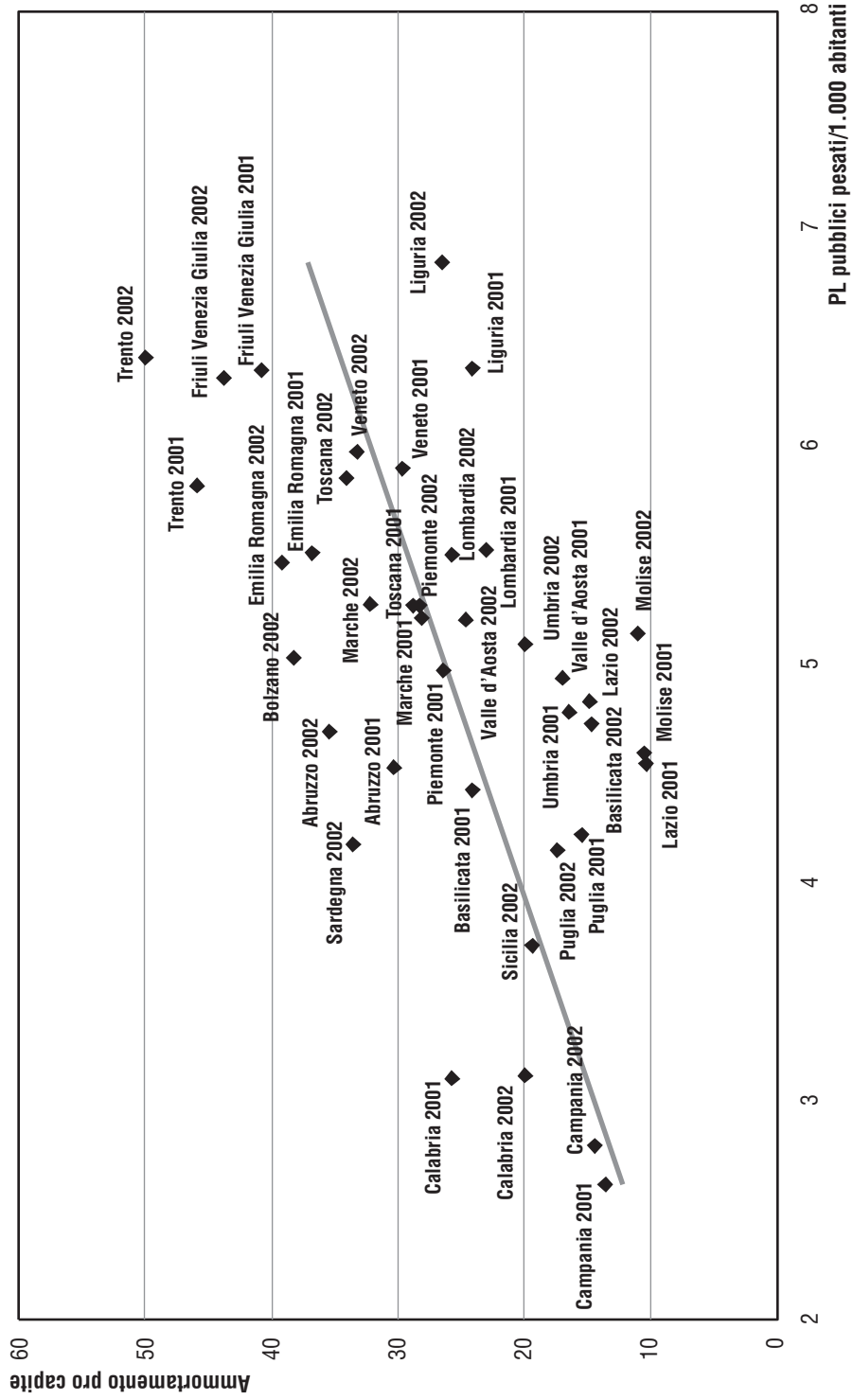
Quanto agli ammortamenti, il rapporto con le RPI si colloca tra il 2,5 e il 4,5 per cento nella maggior parte delle Regioni (12 nel 2001 e 14 nel 2002), con percentuali più elevate per Trento, Friuli Venezia Giulia e Abruzzo, più contenute per Valle d'Aosta, Umbria, Molise, Basilicata e (solo nel 2001) Lazio. Il dato *pro capite* in sé, invece, non pare particolarmente utile, perché può semplicemente riflettere una diversa dotazione strutturale dei diversi SSR. Può però essere opportuno analizzarne la correlazione con la dotazione di posti letto pubblici, ponderata per il peso medio dei ricoveri in modo da riflettere, seppur in modo grezzo, la diversa dotazione tecnologica dei SSR (Fig. 7.6). La Figura evidenzia una dispersione piuttosto elevata. Segnala inoltre come, in rapporto alla dotazione di posti letto, gli ammortamenti siano elevati anche per Emilia Romagna, Bolzano e Calabria, contenuti anche per la Liguria.

#### 7.3.4 Il margine operativo lordo e le sue determinanti

Per depurare i confronti dall'eterogeneità di ammortamenti e accantonamenti si può fare riferimento al MOL. I disavanzi sono ovviamente più contenuti, ma il posizionamento relativo delle Regioni è sostanzialmente confermato.

Nel 2001 il MOL di Trento, Friuli Venezia Giulia e Umbria, dove accantonamenti e (nelle prime due) ammortamenti sono superiori alla media, è addirittura positivo, mentre quello di Valle d'Aosta ed Emilia Romagna è contenuto entro 10 euro di disavanzo.

Figura 7.6 Correlazione tra ammortamenti e dotazione di posti letto (2001-2002)





Disavanzi elevati (oltre gli 80 euro) si confermano per Lazio, Molise, Campania e Calabria, mentre per Marche e Abruzzo l'elevato livello di ammortamenti e accantonamenti comporta disavanzi più contenuti a livello di MOL.

Nel 2002 il MOL è positivo in Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Basilicata e Puglia. Disavanzi elevati (> 80 euro) si confermano per Lazio, Abruzzo, Campania e Sardegna.

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 tipici (C); i costi del personale e dei beni e servizi destinati alla produzione interna (D1 + D2). I relativi valori *pro capite* sono presentati nelle Figg. 7.7 (2001), 7.8 (2002) e 7.9 (variazione 2001-2002).

Il finanziamento premia (più di 1300 euro nel 2001 e di 1450 euro nel 2002) quattro SSR atipici: Valle d'Aosta, Bolzano e Trento in virtù del loro statuto speciale, Liguria per la particolare struttura demografica. Seguono Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Molise (1237-55 euro nel 2001, 1319-39 nel 2002). Penalizzate (meno di 1180 euro nel 2001 e di 1275 nel 2002) sono invece Lombardia, Veneto, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna e, limitatamente al 2001, Lazio. Tra il 2001 e il 2002 il finanziamento *pro capite* è mediamente aumentato di 95 euro, con punte per Lazio (145) e Valle d'Aosta (121).

I costi per prestazioni erogate da terzi sono particolarmente elevati (oltre 580 euro nel 2001, oltre 600 nel 2002) in Lombardia, Liguria, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia. La Lombardia è la Regione che più ha insistito sulla parificazione e la competizione tra strutture pubbliche e private e quindi si caratterizza per l'elevato costo dell'assistenza ospedaliera da privato; d'altra parte presenta un saldo fortemente attivo della mobilità interregionale e un costo limitato della medicina generale. In Liguria spiccano gli elevati costi della farmaceutica convenzionata e dell'assistenza ospedaliera da altri soggetti pubblici (nel caso specifico gli IRCCS) che, come già segnalato, sono esclusi dall'area di consolidamento; sono però particolarmente contenute le spese per medicina generale e assistenza ospedaliera da privato. Lazio, Campania e Calabria sono le Regioni che presentano le percentuali più alte (maggiori o uguali al 30 per cento) di posti letto privati accreditati; nel Lazio sono critici i livelli di costo dell'assistenza farmaceutica, dell'assistenza ospedaliera da altri soggetti pubblici e da privati, dell'assistenza non ospedaliera da privato; in Campania quelli della farmaceutica convenzionata e dell'assistenza non ospedaliera da privato; in Calabria quelli della medicina generale, della farmaceutica convenzionata e del saldo passivo di mobilità. Per la Sicilia, infine, è particolarmente intenso il ricorso alla farmaceutica convenzionata. Al contrario, costi per prestazioni di terzi particolarmente contenuti (meno di 430 euro nel 2001 e di 460 nel 2002) si riscontrano a Bolzano e in Emilia Romagna, Toscana e Umbria. Tra il 2001 e il 2002 gli incrementi più elevati (oltre 50 euro) hanno interessato Lombardia e Abruzzo.

Figura 7.7 Determinanti del MOL pro capite dei SSR (2001)

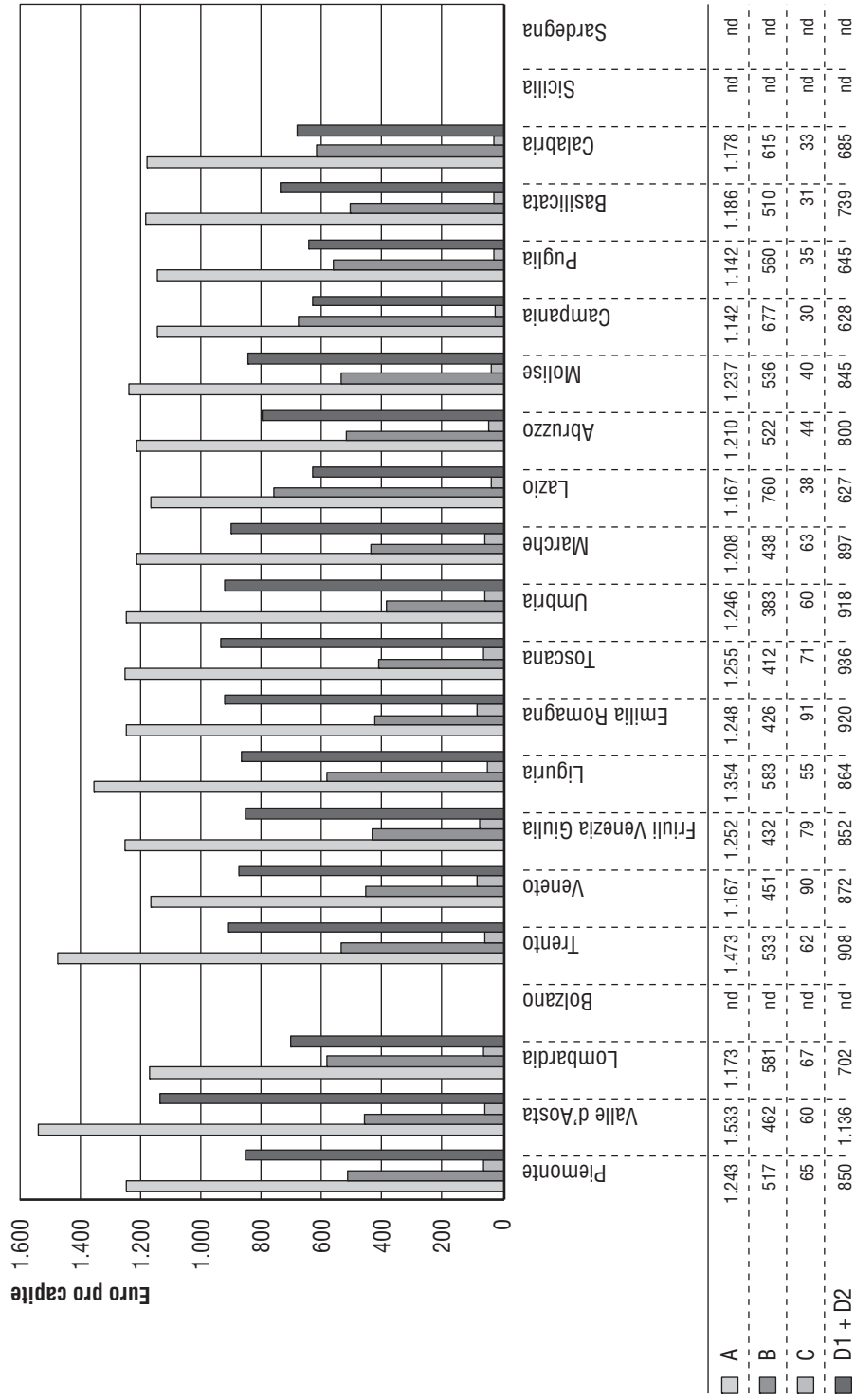


Figura 7.8 Determinanti del MOL pro capite dei SSR (2002)

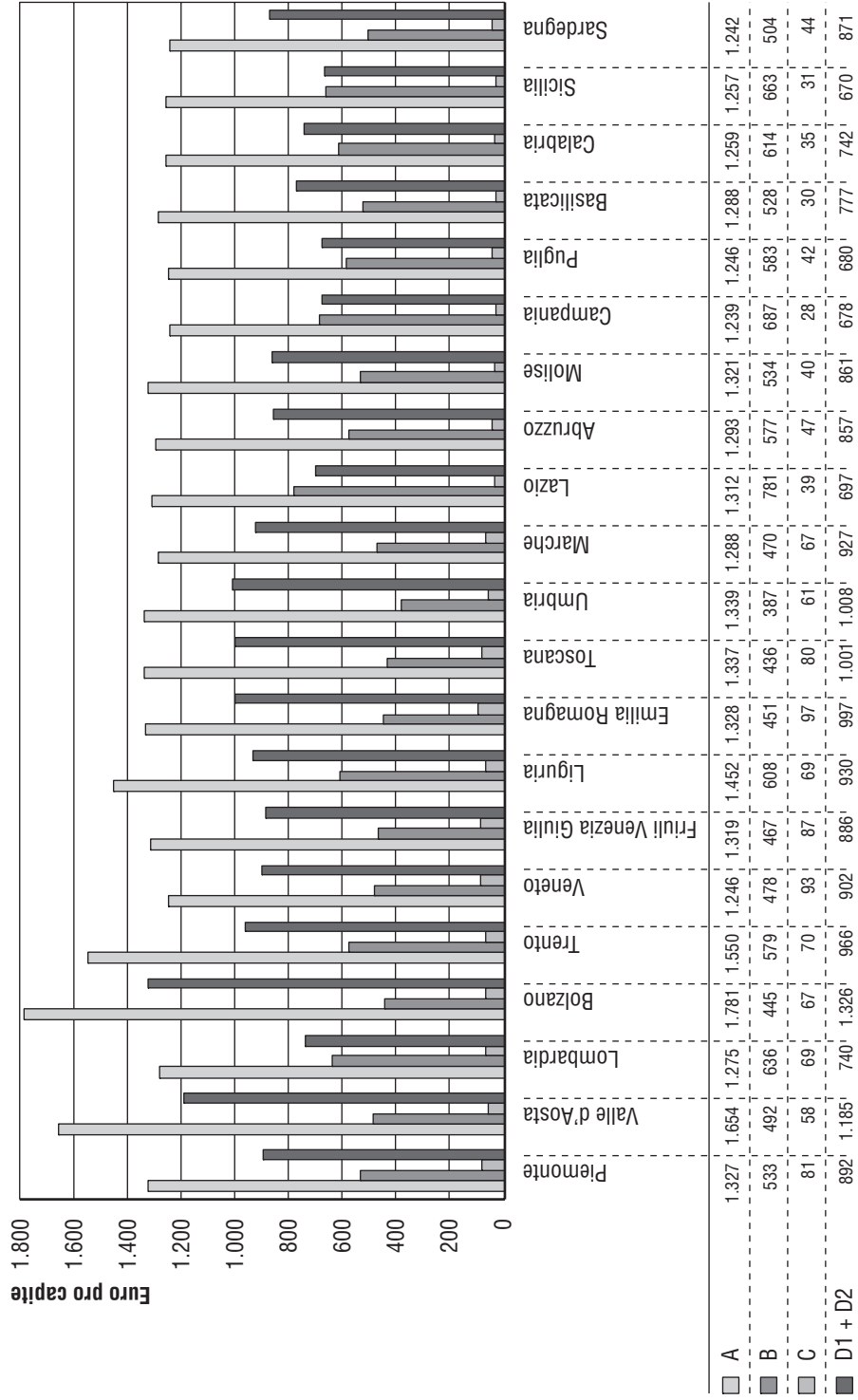
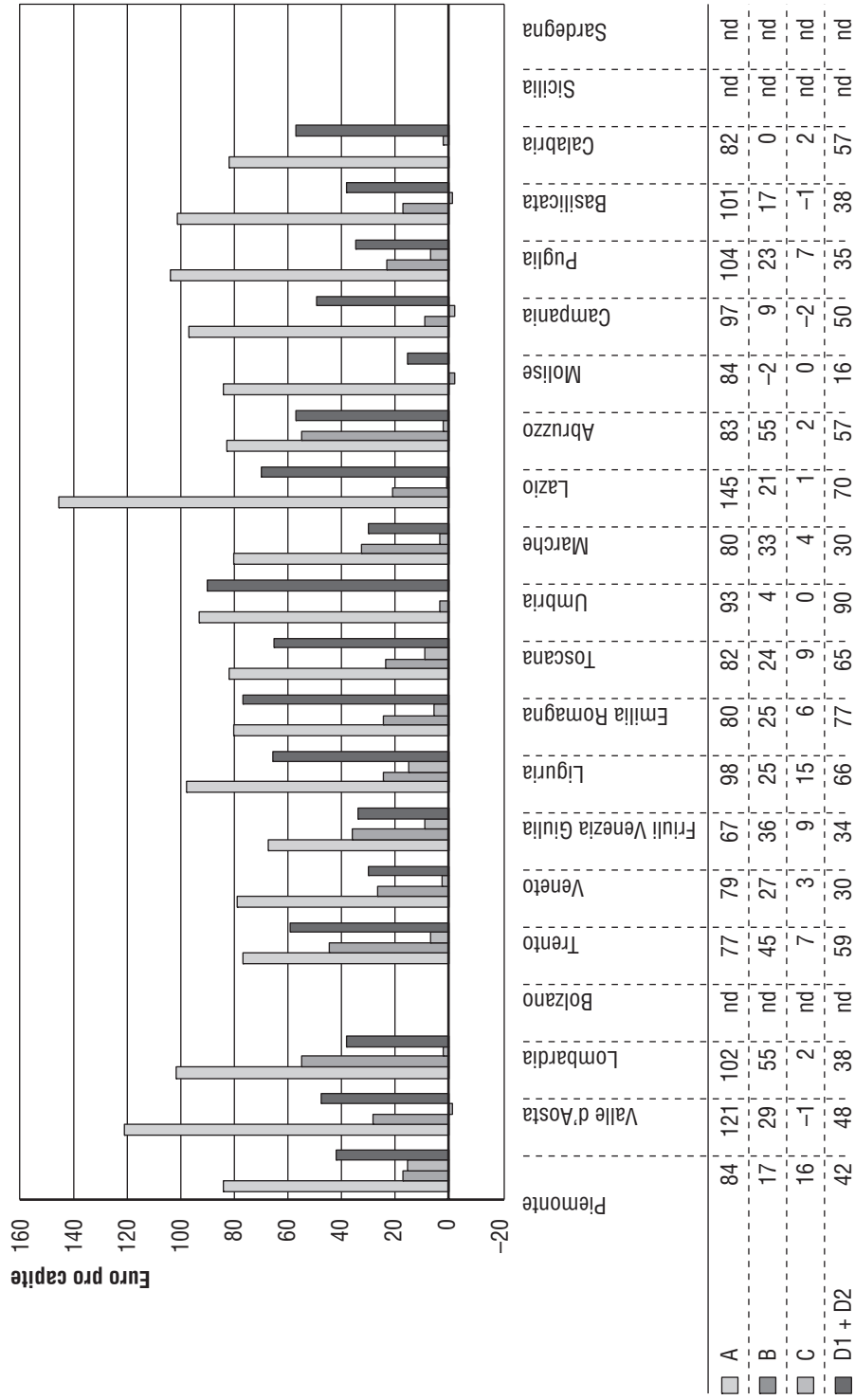


Figura 7.9 Determinanti del MOL pro capite dei SSR (variazione 2001-2002, in valori assoluti)



Per l'effetto congiunto di finanziamenti limitati ed elevati costi per prestazioni di terzi, Lazio, Campania, Puglia, Calabria e nel 2002 Lombardia si caratterizzano per valori particolarmente bassi (meno di 590 euro nel 2001 e di 670 nel 2002) del Finanziamento trattenuto ( $FT = A - B$ ). I livelli più alti (oltre 820 euro nel 2001 e 875 nel 2002) si riscontrano invece in Valle d'Aosta, Bolzano e Trento (soprattutto per l'elevato finanziamento), Emilia Romagna, Toscana e Umbria (soprattutto per i costi contenuti).

Al finanziamento trattenuto si aggiungono, per finanziare la produzione interna, i proventi tipici propri delle aziende sanitarie. I valori più elevati (pari o superiori a 90 euro) si rilevano in Veneto ed Emilia Romagna, mentre Lazio e Regioni meridionali si caratterizzano per valori inferiori a 50 euro.

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 pertanto analogo a quello già descritto con riferimento al Finanziamento trattenuto.

I costi per la produzione interna, infine, 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 (Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Emilia Romagna, Toscana e Umbria) presentano costi per la produzione interna elevati in termini *pro capite* (nelle prime due più di 1100 euro, soprattutto per l'elevato peso del personale e dei beni e servizi diversi dai beni sanitari; nelle altre 908-936 euro nel 2001, 966-1008 nel 2002), ma contenuti in rapporto alle RPI (inferiori o uguali al 102 per cento). Queste Regioni, in altri termini, spendono molto per la produzione interna, ma possono permetterselo. Invece Veneto e Marche, pur avendo RPI relativamente contenute, hanno costi *pro capite* (872-97 euro nel 2001, 902-27 euro nel 2002) e quindi incidenze (102-105 per cento) abbastanza elevati. Il Friuli Venezia Giulia, d'altra parte, ha RPI elevate, costi *pro capite* contenuti (852 euro nel 2001, 886 nel 2002), quindi incidenze più basse (94-95 per cento). Specularmente, le Regioni con RPI più contenute (Lazio e Campania) sono tra quelle con costi più bassi in termini *pro capite*, ma più elevati in rapporto alle RPI (più del 115 per cento). In altri termini, i costi per la produzione interna sono contenuti in rapporto alla popolazione residente, ma eccessivi rispetto alle risorse che residuano dopo aver remunerato gli erogatori esterni. Tra le altre Regioni con RPI limitate, quelle che meglio riescono a contenere i costi all'interno delle risorse disponibili sono Puglia e Basilicata (645 e 739 euro, 105 e 104 per cento nel 2001; 680 e 777 euro, 96 e 98 per cento nel 2002).

### 7.3.5 Il fabbisogno di finanziamento corrente

L'analisi dei disavanzi e delle loro determinanti può essere utilmente integrata da quella del fabbisogno di finanziamento corrente della gestione caratteristica.

Tale fabbisogno è presentato nella Fig. 7.10 per il 2001 e nella 7.11 per il 2002.

Figura 7.10 Fabbisogno di finanziamento corrente e mix tra produzione interna ed esterna (2001)

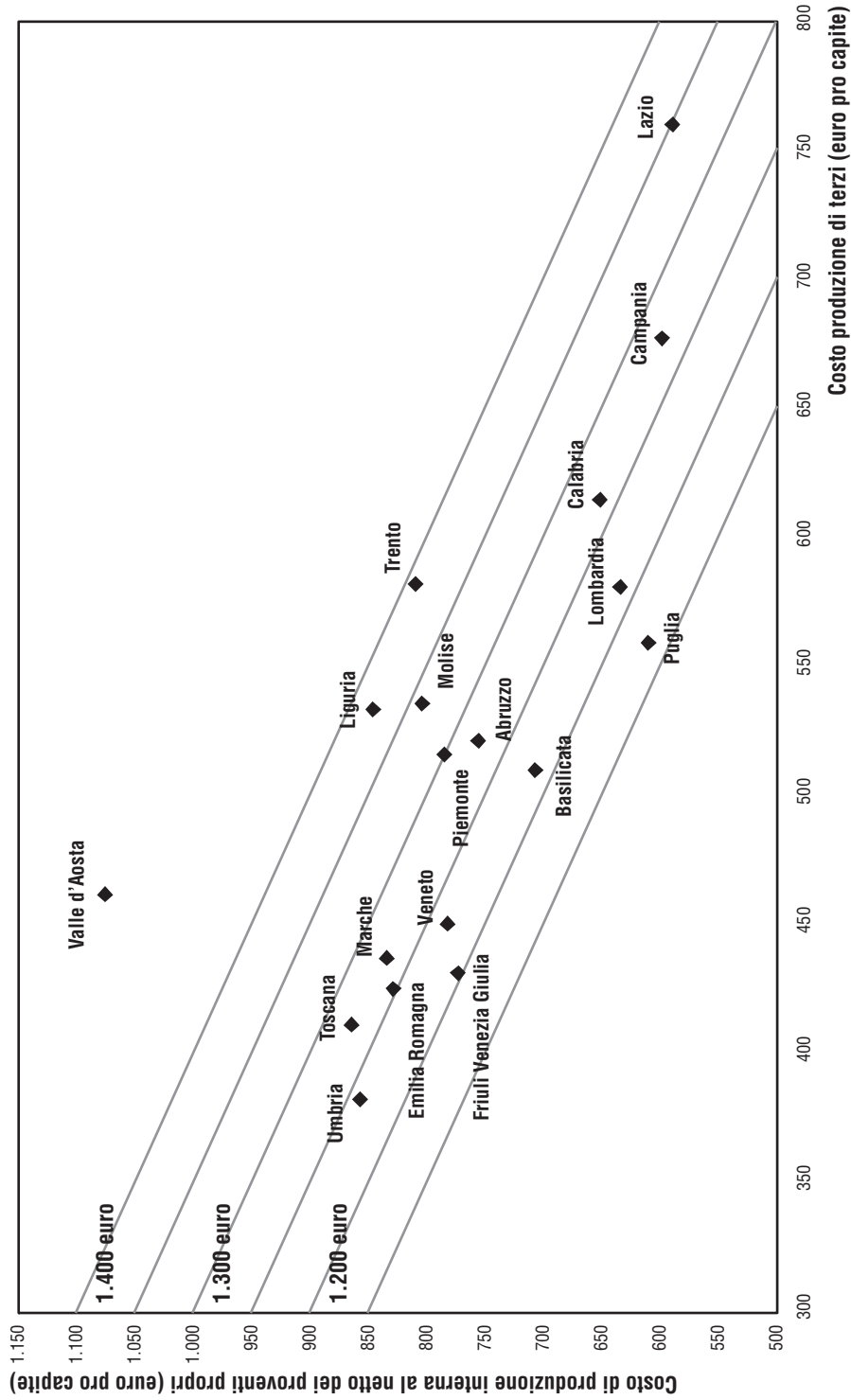
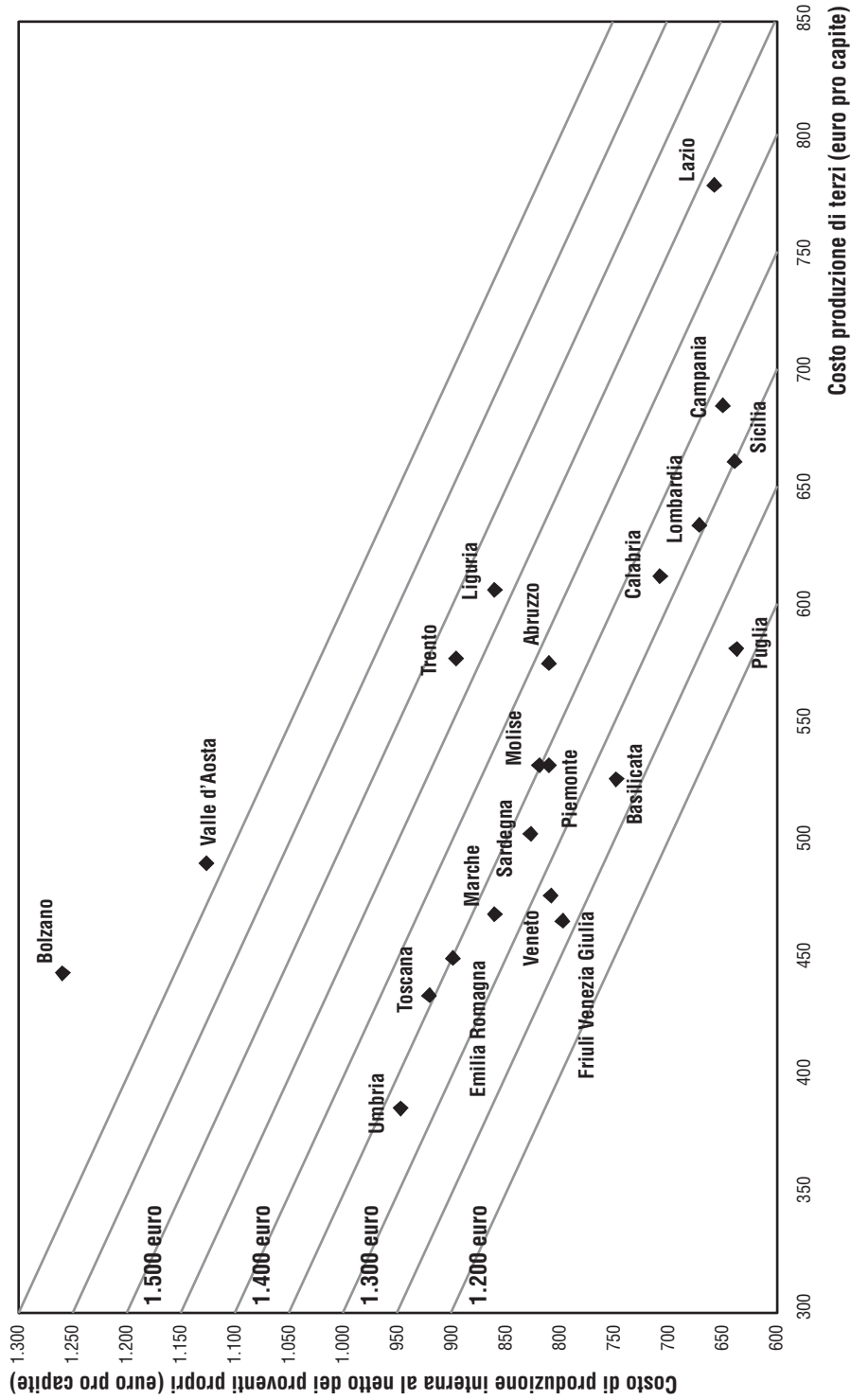


Figura 7.11 Fabbisogno di finanziamento corrente e mix tra produzione interna ed esterna (2002)



Le figure hanno anche lo scopo di approfondire il mix tra le tre determinanti di tale fabbisogno, ossia gli aggregati B, C, (D1 + D2). Per evitare una rappresentazione tridimensionale, l'aggregato C viene portato a detrazione di D1 + D2. Più in particolare, l'asse X rappresenta i costi per la produzione affidata all'esterno (B); l'asse Y rappresenta i costi della produzione interna al netto dei proventi tipici propri delle aziende sanitarie (D1 + D2 - C); le rette diagonali sono isofabbisogno (nel 2001, per esempio, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Calabria hanno tutte fabbisogni *pro capite* per 1250-1300 euro); a parità di fabbisogno la vicinanza all'asse X (per esempio Lazio) piuttosto che all'asse Y (per esempio Umbria) riflette una prevalenza della produzione affidata a terzi rispetto a quella interna.

La Fig. 7.10 evidenzia che, nel 2001, il SSR con fabbisogno più basso (1170 euro) era quello pugliese, seguito (1200-1250 euro) da Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Basilicata. I più costosi erano invece quelli caratterizzati da elevati finanziamenti (Valle d'Aosta, Trento, Liguria) o elevati disavanzi (Lazio).

La Fig. 7.11 evidenzia innanzi tutto un incremento dei fabbisogni tra il 2001 e il 2002, comune a tutte le Regioni, ma spiccato (oltre 85 euro) in Lombardia, Trento, Emilia Romagna, Umbria, Lazio e soprattutto Abruzzo. Conferma inoltre la distribuzione del 2001, seppur con valori più elevati: 1221 euro per la Puglia; 1250-1300 euro per Veneto, Friuli Venezia Giulia e Basilicata (con Lombardia e Umbria collocate su valori leggermente più alti); oltre 1400 euro per Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Liguria e Lazio.

Entrambe le figure confermano infine come non esista una combinazione ottimale di produzione interna ed erogazione da parte di terzi, almeno sotto il profilo economico: le cinque Regioni con fabbisogni 2001 pari a 1200-1250 euro, per esempio, presentano combinazioni profondamente diverse, così come le otto con fabbisogni 2002 pari a 1300-1350 euro.

## 7.4 Risultati a livello aziendale

### 7.4.1 Distribuzione delle aziende per risultato economico

Con riferimento al livello aziendale, la Tab. 7.2 presenta la distribuzione di frequenza del risultato netto su entrambi gli anni (N = 552, corrispondente a 255 aziende nel 2001 e 297 nel 2002). Le aziende sono suddivise tra AO e ASL. Queste ultime sono ulteriormente classificate a seconda che sul loro territorio insistano aziende pubbliche (AO, IRCCS pubblici, policlinici universitari a gestione diretta, enti di ricerca) e/o aziende private (case di cura private accreditate, ospedali classificati, IRCCS privati, purché con posti letto complessivamente superiori a 100).

La tabella evidenzia come solo il 4 per cento delle aziende (N = 23) abbia riportato risultati netti positivi, mentre il 19 per cento (N = 107) subisca perdite superiori a 30 milioni di euro. Tra le tipologie di aziende, i risultati migliori si riscontrano tra le AO e tra le ASL sul cui territorio insistono soltanto aziende pubbliche.



Tabella 7.2 Distribuzione delle aziende per risultato netto (2001-2002)

Classe risultato netto	ASL senza aziende (N = 137)	ASL con aziende private (N = 106)	ASL con aziende pubbliche (N = 23)	ASL con entrambe le tipologie (N = 107)	AO (N = 179)	Totale complessivo (N = 552)
F +10 [10 ML, 20 ML)	0%	0%	4%	0%	0%	0%
F +0 [0, 10 ML)	1%	1%	4%	2%	9%	4%
F -0 [-10 ML, 0)	51%	35%	57%	29%	47%	43%
F -10 [-20 ML, -10ML)	28%	16%	22%	16%	30%	24%
F -20 [-30 ML, -20ML)	10%	13%	4%	13%	7%	10%
F -30 < 30 ML	9%	35%	9%	40%	7%	19%
<b>Totale complessivo</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Più critica è la situazione delle ASL che presentano sul proprio territorio anche o solo aziende private.

Se al risultato netto si sostituisce il MOL, che esclude ammortamenti e accantonamenti, i risultati ovviamente migliorano, ma le differenze tra tipologie di aziende restano sostanzialmente invariate.

Più rilevante è l'analisi delle ASL sulla base del risultato netto *pro capite* (Tab. 7.3: gli intervalli di frequenza sono ovviamente riparametrati in funzione della popolazione). Tra le ASL con i risultati migliori, infatti, si confermano quelle sul cui territorio insistono soltanto aziende pubbliche, cui si aggiungono però anche quelle che presentano aziende sia pubbliche che private. Il motivo è l'elevata dimensione media di quest'ultima classe di aziende (quasi 491.000 abitanti contro una media complessiva di 289.000), che amplifica l'entità delle perdite totali rispetto a quelle pro capite.

Tabella 7.3 Distribuzione delle aziende per risultato netto *pro capite* (2001-2002)

Classe risultato netto	ASL senza aziende (N = 137)	ASL con aziende private (N = 106)	ASL con aziende pubbliche (N = 23)	ASL con entrambe le tipologie (N = 107)	Totale complessivo (N = 373)
F +10	0%	0%	4%	0%	0%
F +0	1%	1%	4%	2%	2%
F -0	28%	26%	35%	38%	31%
F -10	21%	14%	26%	18%	18%
F -20	20%	14%	17%	16%	17%
F -30	29%	44%	13%	26%	32%
<b>Totale complessivo</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### 7.4.2 Variabilità intraregionale

Un'altra possibile dimensione di analisi a livello aziendale è la variabilità dei risultati economici all'interno della stessa 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 differenziate.

La Tab. 7.4 riporta, per Regione e per anno, con riferimento al risultato netto

Tabella 7.4 **Varianza e range dei risultati economici, per Regione e per anno**

Regionw	RN / POP (ASL)				RN / RPI (AO)			
	Varianza		Range		Varianza		Range	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Piemonte	2.339	957	201	134	0,2%	0,0%	14%	4%
Valle d'Aosta	na	na	na	na	na	na	na	na
Lombardia	1037	192	115	41	0,1%	0,1%	14%	9%
Bolzano	nd	948	nd	78	nd	na	nd	na
Trento	na	na	na	na	na	na	na	na
Veneto	5867	2032	312	146	0,1%	0,1%	6%	7%
Friuli Venezia Giulia	193	176	35	37	0,0%	0,0%	3%	2%
Liguria	26	75	16	26	0,0%	0,0%	2%	3%
Emilia Romagna	963	1271	91	121	0,1%	0,1%	6%	8%
Toscana	2192	1.989	171	144	0,0%	0,0%	2%	5%
Umbria	7768	115	242	29	0,0%	0,0%	3%	2%
Marche	2975	2.382	216	164	0,8%	0,4%	25%	16%
Lazio	4541	7.132	221	265	0,1%	0,8%	9%	21%
Abruzzo	5974	3.513	203	152	na	na	na	na
Molise	4268	3.962	175	172	na	na	na	na
Campania	7.621	8.141	330	282	0,8%	0,9%	29%	31%
Puglia	1498	980	135	88	4,2%	2,5%	65%	48%
Basilicata	3.043	1.879	151	128	0,7%	0,0%	17%	4%
Calabria	1673	2.854	163	171	0,3%	0,0%	13%	6%
Sicilia	nd	918	nd	106	nd	0,2%	nd	14%
Sardegna	nd	5234	nd	205	nd	na	nd	na

*Note:*

nd: dati non disponibili;

na: non applicabile (il dato può essere calcolato solo in presenza di almeno due ASL o AO).

*pro capite* per le ASL e al rapporto RN/RPI per le AO, la varianza e il *range* tra valore massimo e minimo (ossia la differenza tra l'azienda con il risultato migliore e quella con il risultato peggiore).

Per le ASL, le Regioni a più elevata variabilità sono Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sardegna (nonché Veneto e Umbria nel 2001), ma *range* superiori ai 150 euro *pro capite* sono estremamente comuni (11 Regioni su 16 nel 2001, 7 su 19 nel 2002). Le situazioni più omogenee si riscontrano invece in Friuli Venezia Giulia e soprattutto in Liguria.

Per le AO, analogamente, le Regioni a più elevata variabilità sono Marche, Lazio (solo nel 2002), Campania e Puglia; *range* superiori al 10 per cento si ritrovano in 7 Regioni su 14 nel 2001 e 5 su 15 nel 2002; le Regioni più omogenee restano Friuli Venezia Giulia e Liguria.

I gruppi sanitari pubblici regionali, in sintesi, sembrano comprendere aziende con performance economiche fortemente eterogenee, malgrado la frequente allocazione di finanziamenti straordinari a parziale compensazione dei disavanzi in corso di formazione (Carbone, Jommi e Salvatore 2004). Proprio la presenza dei finanziamenti straordinari, unitamente al loro diverso utilizzo da parte delle Regioni e all'assenza di informazioni al riguardo, impedisce peraltro di distinguere tra performance effettivamente omogenee e performance rese omogenee dal sistema di finanziamento. Maggiori elementi di giudizio si potrebbero comunque ottenere analizzando la variabilità delle singole voci di ricavo e di costo.

### 7.4.3 Omogeneità dei criteri di valutazione

Una terza possibile dimensione di indagine riguarda l'eterogeneità dei criteri di valutazione adottati dalle aziende. Il tema è rilevante non solo per il livello aziendale, ma anche per quello regionale: l'*uniformità sostanziale* dei bilanci da consolidare, ossia l'utilizzo dei medesimi criteri di valutazione, è infatti un presupposto del consolidamento.

Al riguardo, la Tab. 7.5 presenta varianza e *range* dei tassi di sterilizzazione degli ammortamenti, per anno e per Regione. Le Regioni più omogenee sono Veneto (dove la sterilizzazione è rara) e Friuli Venezia Giulia. Nelle altre Regioni settentrionali la varianza è relativamente contenuta, ma i *range* possono essere molto elevati (addirittura 100 per cento nella Lombardia del 2001, a indicare la compresenza di un'azienda che sterilizzava completamente gli ammortamenti e di un'altra che non operava sterilizzazioni). Al Centro-Sud la variabilità è decisamente più elevata, a eccezione di Marche e Puglia; si trovano inoltre aziende che non ammortizzano le proprie immobilizzazioni e *range* superiori al 100 per cento.

Naturalmente l'indagine andrebbe estesa ad altre voci, con l'aiuto della nota integrativa. I dati disponibili confermano però i dubbi non solo sull'omogeneità dei bilanci, ma anche sulla loro attendibilità.

Tabella 7.5 **Varianza e range dei tassi di sterilizzazione, per Regione e per anno**

Regione	Tasso di sterilizzazione			
	Varianza		Range	
	2001	2002	2001	2002
Piemonte	2,9%	2,8%	67%	65%
Valle d'Aosta	na	na	na	na
Lombardia	2,3%	0,1%	100%	28%
Bolzano	nd	1,6%	nd	32%
Trento	na	na	na	na
Veneto	0,0%	0,0%	1%	5%
Friuli Venezia Giulia	0,2%	0,1%	18%	8%
Liguria	0,2%	1,6%	13%	44%
Emilia Romagna	4,1%	3,2%	72%	70%
Toscana	9,2%	8,7%	103%	103%
Umbria	192,6%	7,1%	387%	80%
Marche	2,5%	0,5%	56%	26%
Lazio	nc	nc	nc	nc
Abruzzo	8,9%	5,7%	86%	70%
Molise	nc	nc	nc	nc
Campania	nc	13,6%	nc	100%
Puglia	4,3%	3,8%	64%	58%
Basilicata	18,8%	10,0%	98%	97%
Calabria	nc	16,1%	nc	100%
Sicilia	nd	23,5%	nd	212%
Sardegna	nd	10,8%	nd	106%

**Note:**

nd: dati non disponibili

na: non applicabile (il coefficiente può essere calcolato solo in presenza di almeno due aziende)

nc: non calcolabile (almeno un'azienda della Regione non ha effettuato ammortamenti)

**7.5 Congruenza tra valori aziendali e regionali**

Dall'analisi dei risultati aziendali emergono peraltro frequenti incongruenze con i consolidati regionali.

Per approfondire queste discrepanze, la Tab. 7.6 mette a confronto il risultato netto *aggregato*<sup>7</sup> (ossia derivante dalla semplice somma, voce per voce, dei conti economici delle aziende e delle attività gestite direttamente dalla Regione<sup>8</sup>) con quello *consolidato*. In teoria, le differenze tra i due risultati dovrebbero essere limitate. Da un lato, infatti, l'elisione delle pur significative poste reciproche (prima tra tutte la mobilità intraregionale dei pazienti) non dovrebbe incidere sul risultato netto, perché i costi di un'azienda dovrebbero elidersi con i ricavi di un'altra. D'altra parte, gli utili infragruppo non realizzati, la cui eliminazione incide invece sul risultato consolidato, sono una fattispecie molto rara.

La Tab. 7.6 evidenzia però differenze elevatissime e di segno opposto: considerando solo gli scostamenti superiori a 5 euro pro capite, nel 2001 il consolidato regionale riporta un risultato migliore rispetto alla somma delle aziende in 9 Regioni e peggiore in 5; nel 2002 un risultato migliore in 10 Regioni e peggiore in 5.

Nel 2001 spicca la Valle d'Aosta, dove il risultato consolidato *pro capite* è migliore addirittura di 273 euro rispetto a quello aggregato. Differenze superiori ai 50 euro si riscontrano anche in Veneto, Umbria, Abruzzo, Campania e Puglia; la Basilicata d'altra parte presenta una differenza negativa per 56. Nel 2002, analogamente, il risultato consolidato *pro capite* è migliore di 179 euro rispetto a quello aggregato a Bolzano; differenze superiori ai 50 euro si riscontrano anche in Campania, Puglia e Sardegna; il Molise presenta una differenza negativa di 30.

La Tab. 7.6 cerca inoltre di evidenziare le principali cause di scostamento.

Innanzitutto, la somma dei contributi in conto esercizio riportati nei conti

<sup>7</sup> Il bilancio aggregato è la semplice sommatoria, voce per voce, dei bilanci delle aziende comprese nel perimetro di consolidamento. Può quindi essere considerato una fase intermedia del processo di redazione del bilancio consolidato. Il bilancio consolidato, infatti, è la risultante del bilancio aggregato a seguito delle rettifiche di consolidamento, vale a dire dell'eliminazione delle poste reciproche e degli utili derivanti dalle operazioni infragruppo, della sostituzione del valore delle partecipazioni nelle controllate con le rispettive attività e passività, dell'eliminazione delle poste di patrimonio netto delle aziende consolidate (Caratozzolo 2002). Si noti che questa accezione di bilancio aggregato è diversa da quella utilizzata dal principio contabile nazionale 17, che identifica il bilancio aggregato con il *bilancio combinato* di «un gruppo di società non legate tra di loro da un rapporto giuridico di partecipazione».

<sup>8</sup> A prima vista il costo delle attività gestite direttamente dalla Regione, al netto di eventuali proventi correlati, varia significativamente da Regione a Regione, con incidenze sul complessivo finanziamento regionale spesso inferiori al 2 per cento, ma talvolta (quattro Regioni nel 2001 e cinque nel 2002) anche oltre il 5 per cento. Tali incidenze sono però fortemente condizionate dalla presenza di costi e proventi per mobilità dei pazienti, quindi dalle modalità di regolamento e contabilizzazione di tale mobilità. Una volta depurata dai valori relativi alla mobilità, l'incidenza delle attività gestite direttamente dalla Regione risulta oltre l'1,5 per cento in sole sette Regioni: Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Basilicata e Sardegna. I costi riguardano prevalentemente alcuni servizi sanitari (trasporti sanitari per l'emergenza, contributi e rimborsi agli assistiti, altri), servizi non sanitari (consulenze, elaborazione dati, altri), sopravvenienze e insussistenze. Il personale ha un peso significativo solo nelle Marche nel 2002 (1,7 per cento) ed è nullo in 16 Regioni su 18 nel 2001 e 15 su 21 nel 2002: in molte Regioni i costi delle attività gestite direttamente dalla Regione sembrano dunque escludere il personale non solo dell'assessorato, ma anche dell'eventuale agenzia. Le quote di ammortamento hanno un peso rilevante solo in Sardegna, sempre nel 2002 (0,9 per cento).

Tabella 7.6 **Scostamento tra risultato netto procapite consolidato e aggregato dei SSR**

Regione	2001					2002				
	Risultato netto	Finanziamento	Mob extra	Mob infra	Altro	Risultato netto	Finanziamento	Mob extra	Mob infra	Altro
Piemonte	-16	-11	-5	-5	6	0	5	-6	-5	6
Valle d'Aosta	273	276	45	-47	0	46	56	-11	0	0
Lombardia	17	-40	40	-5	22	-1	0	0	-7	6
Bolzano	nd	nd	nd	nd	nd	179	153	4	22	0
Trento	-3	-9	7	0	0	0	-2	2	0	0
Veneto	63	61	2	0	0	-10	-7	-3	0	0
Friuli Venezia Giulia	36	6	24	4	2	-4	-49	25	3	17
Liguria	-48	-117	-6	74	0	-15	33	9	-57	0
Emilia Romagna	4	-16	3	-1	18	14	-5	6	-3	15
Toscana	-4	8	6	28	-45	14	16	-5	2	1
Umbria	75	71	-7	2	8	-3	7	-12	3	0
Marche	-23	-14	-5	12	-17	11	16	-7	-11	12
Lazio	33	-91	3	106	15	-23	-109	18	68	0
Abruzzo	81	83	2	2	-5	19	20	-1	0	0
Molise	-15	30	-44	3	-3	-30	11	-12	-21	-7
Campania	94	135	-45	15	-11	67	101	-48	-5	19
Puglia	102	97	-6	13	-2	67	69	-10	11	-3
Basilicata	-56	9	17	-45	-37	43	51	27	-52	17
Calabria	-2	81	-86	16	-13	-24	68	-96	4	0
Sicilia	nd	nd	nd	nd	nd	3	71	-41	3	-31
Sardegna	nd	nd	nd	nd	nd	55	94	-32	-6	-2

economici delle singole aziende, integrata dai contributi destinati al finanziamento delle attività gestite direttamente dalla Regione, raramente corrisponde al totale dei fondi garantiti alla Regione dal sistema nazionale di finanziamento. Per il 2001 le differenze più significative (superiori a 100 in valore assoluto) riguardano Valle d'Aosta (+276), Campania (+135) e Liguria (-117); per il 2002 Bolzano (+153), Campania (+101) e Lazio (-109). Si tratta di differenze segnalate anche dalla RGSEP 2004 (cfr. Riquadro 7.1), secondo cui (p. 300) esistono «diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione in bilancio delle suddette poste adottati da ciascuna Regione e provincia autonoma». Tra le motivazioni di tali differenze vi sono difficoltà oggettive, principalmente derivanti dall'assegnazione di fondi alle Regioni dopo la chiusura del periodo di riferimen-

to. Un ruolo importante è però giocato dalle politiche regionali. Quando il dato aggregato è superiore al consolidato, è possibile che la Regione abbia introdotto un regime di «disavanzo programmato», trasferendo alle aziende più di quanto ricevuto dal sistema nazionale di finanziamento e prevedendo implicitamente o esplicitamente il ricorso a risorse aggiuntive regionali. Quando il dato aggregato è inferiore al consolidato è invece possibile che la Regione abbia contenuto i trasferimenti alle aziende con il doppio scopo di indurre comportamenti orientati al risparmio e di disporre di una «riserva» da allocare discrezionalmente (per produrre una differenza tra risultato consolidato e aggregato, è però necessario che la «riserva» non sia stata allocata, oppure sia stata allocata alle aziende solo dopo la chiusura dei relativi bilanci). Per le Regioni settentrionali a statuto speciale, infine, la differenza si spiega con l'obbligo regionale di copertura dei disavanzi aziendali: una perdita nel conto economico delle aziende si traduce in un incremento del finanziamento a livello consolidato sotto la voce «partecipazione delle Regioni a statuto speciale».

Una seconda causa di scostamento è rappresentata dalla mobilità interregionale dei pazienti. Nel 2001 le differenze più significative hanno interessato la Lombardia<sup>9</sup> in positivo (saldo consolidato superiore all'aggregato), Molise, Campania e Calabria in negativo. Per il 2002 spiccano le differenze negative di Campania, Calabria e Sicilia. I dati relativi alla mobilità interregionale vengono tuttora prodotti con grande ritardo, tanto che il riparto nazionale per un determinato anno prende generalmente come base la mobilità «da verificare» di due anni precedenti<sup>10</sup>; le aziende sono quindi costrette a ricorrere a stime per redigere i propri bilanci; evidentemente tali stime sono spesso molto lontane dai valori reali.

Una terza causa di scostamento è costituita dalla mobilità intraregionale (o, più precisamente, tra ASL e AO della Regione), il cui saldo nel bilancio consolidato è considerato nullo (ricavi e costi all'interno del perimetro di consolidamento si elidono), ma nel bilancio aggregato è spesso diverso da zero. In particolare, i bilanci aggregati presentano elevati saldi positivi (con conseguente peggioramento del risultato consolidato rispetto all'aggregato e segno negativo nella Tab. 7.5) in Basilicata e negativi nel Lazio; in Liguria il saldo è fortemente negativo nel 2001 e positivo nel 2002. Questi scostamenti sembrano più gravi di quelli relativi alla mobilità interregionale, perché potenzialmente più facili da controllare e rettificare da parte della Regione. In effetti, sono numerose le Regioni (9 nel 2001 e 12 nel 2002) dove lo scostamento è nullo o comunque contenuto entro 5 euro *pro capite*.

Finanziamento e mobilità non sono comunque sufficienti a spiegare l'incongruenza tra risultati consolidati e aggregati. In molti casi (14 nel 2001 e 12 nel

<sup>9</sup> Anche la Valle d'Aosta presenta un'elevata differenza positiva, che però è probabilmente frutto di particolari modalità di rilevazione, dato che è quasi completamente compensata da una differenza negativa riferita alla mobilità intraregionale.

<sup>10</sup> Si veda per esempio la delibera CIPE di riparto del 2004, che porta la data del 29 settembre 2004 e fa riferimento alla «mobilità sanitaria del 2002 da verificare».

2002) c'è uno scostamento residuale; in alcuni (Lombardia, Toscana e Basilicata nel 2001, Sicilia nel 2002) tale scostamento eccede i 20 euro procapite. Le voci che complessivamente presentano gli scostamenti più significativi sono ammortamenti e accantonamenti (soprattutto in Basilicata e Sicilia), proventi e oneri straordinari (soprattutto in Lombardia, Basilicata e Sicilia), proventi tipici propri delle aziende (soprattutto per Lazio, Basilicata e Sicilia). Numerosi sono però anche gli scostamenti relativi a personale, beni e servizi, con un massimo in Toscana nel 2001.

## 7.6 Conclusioni

Il capitolo si proponeva di analizzare i risultati economici consolidati dei SSR, divenuti centrali per effetto dei processi di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, accentramento regionale, riassetto istituzionale, ma nel contempo di proporre alcune considerazioni relative anche al livello aziendale la cui rilevanza, evidente nell'approccio economico-aziendale, è stata recentemente ribadita anche dalla legge finanziaria 2005. 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 (al netto dei ricavi propri delle aziende) e quindi il ricorso a finanziamenti istituzionali (riparto nazionale ed eventuali risorse aggiuntive regionali). Nella prima prospettiva, i risultati netti sono sempre negativi, ma i disavanzi netti *pro capite* variano da 17 euro nel 2001 in Valle d'Aosta (dove peraltro, come nelle altre Regioni settentrionali a statuto speciale, i proventi comprendono le risorse aggiuntive tratte dal bilancio regionale e quindi il disavanzo è per definizione prossimo allo zero) a 195 euro sempre nel 2001 nel Lazio. Nella seconda prospettiva, il fabbisogno varia dai 1170 euro della Puglia nel 2001 ai 1704 euro di Bolzano nel 2002.

Le due prospettive, peraltro, danno indicazioni abbastanza diverse sulle performance relative dei diversi sistemi. L'analisi dei risultati economici sottolinea la buona performance di Valle d'Aosta, Trento e Friuli Venezia Giulia (ma vale quanto detto sopra in merito alle risorse aggiuntive regionali), più Emilia Romagna e Umbria, più Puglia e Basilicata limitatamente al 2002. Evidenzia invece situazioni critiche per Lazio e Campania. L'analisi dei fabbisogni conferma il giudizio per Friuli Venezia Giulia, Umbria e, d'altro lato, Lazio; lo estende al 2001 per Puglia e Basilicata; lo ribalta completamente per Valle d'Aosta e Trento;



riporta Emilia Romagna e Campania verso valori medi; evidenza fabbisogni contenuti anche in Lombardia, Veneto e Sicilia, elevati anche per Bolzano e Liguria. Le due prospettive vanno considerate congiuntamente perché la prima è condizionata da differenziali di finanziamento non sempre giustificati e comunque frutto di scelte soggettive, la seconda non pondera la popolazione regionale e quindi ignora la presenza di livelli differenziati di bisogno.

Infine, come l'anno scorso, l'analisi dei fabbisogni sembra evidenziare come sotto il profilo economico non esista una combinazione ottimale di produzione interna ed erogazione da parte di terzi tramite contratti e convenzioni. Si ribadisce invece l'importanza, per i SSR che si affidano prevalentemente all'attività di terzi, di dimensionare correttamente la propria struttura produttiva interna.

Passando al livello aziendale, il risultato più immediato è ancora una volta la sistematica presenza di disavanzi, spesso anche gravi: tra il 2001 e il 2002 si sono rilevati solo 23 casi (4 per cento) di risultati netti positivi e 236 (43 per cento) di perdite contenute entro i 10 milioni di euro, a fronte di 186 (34 per cento) con perdite tra 10 e 30 milioni e ben 107 (19 per cento) con perdite superiori a 30 milioni. 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 il caso delle grandi ASL sul cui territorio insistono aziende sia pubbliche che private: le loro perdite sono molto elevate in valore assoluto, ma inferiori a quelle di altre categorie di ASL in termini *pro capite*. La loro elevata popolazione (quasi 491.000 abitanti contro una media complessiva di 289.000), in altri termini, genera una sorta di «illusione ottica», amplificando la dimensione delle perdite complessive. Più in generale, i dati sembrano smentire la diffusa convinzione che la presenza sul territorio di un'AO condizioni negativamente i risultati economici dell'ASL: 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 frequente distribuzione di finanziamenti straordinari correlati ai disavanzi in corso di formazione. Ciò conferma la presenza di forti specificità aziendali. Suggerisce inoltre che molte variabili chiave restano sotto il controllo delle singole aziende e che il loro efficace utilizzo continua a dipendere, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse.

Un'ultima considerazione riguarda la qualità dell'informativa contabile. Le analisi svolte confermano la sensazione di limitata attendibilità e omogeneità dei bilanci aziendali, nonché di scarsa trasparenza e inadeguatezza metodologica dei processi di consolidamento.

## Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2002), «L'equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche nel periodo 1998-2000», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Anessi Pessina E. (2004), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali nel 2001», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Caratozzolo M. (2002), *Il bilancio consolidato di gruppo*, Milano, Giuffrè.
- Carbone C., Jommi C., Salvatore D. (2004), «I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2005), *Relazione generale sulla situazione economica del paese 2004* (edizione provvisoria), Roma.
- Teodori C. (2000), *L'analisi di bilancio*, Torino, Giappichelli.