

Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario presenta anche quest'anno l'intera gamma dei tradizionali indicatori, ossia: 1. spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL); 2. spesa sanitaria pubblica pro capite; 3. disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite. Ripropone, inoltre, la progressiva scomposizione del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL, dapprima distinguendo tra costi per servizi prodotti direttamente dalle aziende pubbliche e costi per servizi acquisiti da soggetti privati accreditati e convenzionati e successivamente disaggregando questi ultimi per tipologia (farmaceutica; medicina generale; specialistica ambulatoriale; ricovero; riabilitativa, integrativa e protesica; altre prestazioni). Introduce, infine, un *Box* relativo alle perdite accumulate nel tempo dalle Aziende Sanitarie pubbliche e alle relative misure di copertura.

Come sempre, è necessario premettere che i dati contabili del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non sono ancora pienamente attendibili. In prospettiva, miglioramenti dovrebbero derivare dalle recenti disposizioni in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/2011 e successivi provvedimenti integrativi e attuativi), di "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012 e successivi provvedimenti attuativi tra cui, in particolare, la definizione in ogni regione di un "Percorso Attuativo della Certificabilità"). L'armonizzazione dovrebbe consentire: un trattamento contabile univoco a livello nazionale dei fatti gestionali relativi al settore sanitario; una maggiore trasparenza dei flussi finanziari connessi alla gestione sanitaria, attraverso l'istituzione di appositi conti di tesoreria (separati da quelli relativi alle attività "non sanitarie" della regione) nonché la rilevazione delle operazioni poste in essere dalla cosiddetta "gestione sanitaria accentrata" regionale; una redazione di bilanci consolidati che forniscano una rappresentazione comparabile nello spazio e nel tempo della situazione economica, patrimoniale e finanziaria di ciascun Servizio Sanitario Regionale (SSR).

La "certificabilità", d'altra parte, dovrebbe garantire l'attendibilità dei bilanci (aziendali e consolidati) della Sanità Pubblica attraverso un adeguamento delle procedure di rilevazione e un ridisegno del correlato sistema di controlli contabili interni ed esterni.

Nel frattempo, i dati disponibili confermano, anche per quest'anno, l'efficacia delle iniziative di contenimento della spesa. Evidenziano, inoltre, come le criticità derivanti dagli ingenti disavanzi pregressi siano state quasi interamente sanate da un notevole trasferimento di liquidità da parte dello Stato.

A livello nazionale, la spesa sanitaria pubblica pro capite è rimasta pressoché invariata tra il 2013 e il 2014, attestandosi a 1.817€ ossia a un livello tra i più bassi nei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Nel periodo 2010-2014, il tasso medio composto annuo di variazione della spesa sanitaria pubblica pro capite è stato negativo e pari a -0,58%. Coerentemente, il rapporto spesa pubblica/PIL si è mantenuto al 6,8% (dato 2013). Quanto al disavanzo (864 milioni di euro nel 2014, pari a 14€pro capite), si conferma il trend di sistematica riduzione avviato dopo il picco raggiunto nel 2004, pur in presenza di tassi sempre più contenuti di incremento dei ricavi, nonché di nuove metodologie di calcolo del disavanzo stesso che, *ceteris paribus*, ne accrescono l'entità.

A livello regionale, nel corso del 2014, la spesa sanitaria pubblica pro capite si è ridotta in 12 delle 21 regioni e PA. Considerando il periodo 2010-2014, la riduzione è stata ancora più diffusa: variazioni complessivamente positive si sono rilevate, infatti, solo in Lombardia, PA di Trento, Emilia-Romagna, Umbria, Molise e Sardegna. Sempre nel periodo 2010-2014, d'altra parte, riduzioni di spesa superiori al valore nazionale si sono registrate in molte regioni centro-meridionali (Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), ma anche in alcune regioni centro-settentrionali (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Toscana e Marche). Nel 2014, tutte le regioni a statuto ordinario hanno così raggiunto l'equilibrio economico-finanziario, con 4 sole eccezioni: Liguria (che presenta un disavanzo pari a 46€pro capite), Lazio (70€), Molise (183€) e Calabria (21€).

La scomposizione del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL, oltre a evidenziare distanze interregionali molto ampie e in ulteriore crescita (dal 4,96% della Lombardia all'11,12% del Molise), conferma anche una forte differenziazione nel *mix* tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso ad erogatori privati accreditati e convenzionati. Il peso della produzione esterna, in particolare, supera il 40% in Lombardia, Lazio, Molise e Campania. L'analisi delle *performance* economico-finanziarie delle diverse regioni non indica quale dovrebbe essere il livello ottimale di tale *mix*; suggerisce, al contrario, che buone *performance* si possano conseguire con *mix* anche molto diversi. In alcuni contesti, però, emerge con chiarezza la necessità di meglio programmare le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di non duplicare l'offerta finanziando strutture pubbliche e pagando contemporaneamente anche strutture private.

Nel frattempo, regioni e aziende hanno beneficiato di un'ingente iniezione di liquidità da parte dello

Stato, che ha consentito la copertura di pressoché tutte le perdite pregresse. Alla fine del 2008, si rilevavano 38,7 miliardi di euro di perdite accumulate dalle aziende, di cui 24,7 miliardi di euro coperti da contributi assegnati, ma non ancora erogati, e i rimanenti 14 miliardi di euro non ancora coperti nemmeno in termini di assegnazione.

Di qui, tra l'altro, le ben note difficoltà incontrate dalle aziende nel pagamento dei fornitori e nel rinnovo dei cespiti. A fine 2014, per contro, tutti i disavanzi risultavano essere stati coperti, almeno in termini di assegnazione, sia per il complesso del SSN sia per la maggioranza dei SSR individualmente considerati.

In sintesi, la generalizzata riduzione dei disavanzi, il miglioramento della situazione nella maggior parte delle regioni assoggettate a Piano di Rientro e la presenza di numerose regioni in equilibrio inducono anche quest'anno, per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, a un cauto ottimismo. I dati confermano, infatti, che il SSN è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi. In più, la copertura delle perdite pregresse dovrebbe consentire alle aziende di impostare più razionalmente la propria gestione.

Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora relativamente fragile, per almeno due motivi. Da un lato, l'equilibrio è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che, peraltro, guadagnando attendibilità, potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi. Dall'altro, l'equilibrio stesso è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi. In più, va tenuta presente la necessità per le regioni di reperire le risorse necessarie per la restituzione, seppur dilazionata, delle somme ricevute dallo Stato come anticipazione di liquidità.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Significato. Nel presente Capitolo è presentato, per il secondo anno consecutivo, l'indicatore della spesa sanitaria pubblica corrente articolata per funzione e misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL).

L'intento è quello di fornire un indicatore che non esprima solo l'incidenza della spesa corrente pubblica nella sua totalità, ma che offra una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali oltre che nazionali. A tal fine, l'indicatore non solo analizza le seguenti tre funzioni:

- Spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali (comprendente la spesa per l'assistenza di medicina generale, l'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa, riabilitativa, ospedaliera ed altre prestazioni non erogate direttamente dalle

Aziende Sanitarie);

- Spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (relativa ai servizi amministrativi e a voci assicurative, contributive e fiscali);
- ma effettua anche una ulteriore articolazione della spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali andando ad analizzare le sub-funzioni che la compongono. Nel dettaglio:
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza farmaceutica;
 - Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale;
 - Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico specialistica;
 - Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case di cura private;
 - Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica;
 - Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione	x 100
Denominatore	Prodotto Interno Lordo corrente	

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori che consente di indagare il diverso peso delle componenti della spesa sanitaria.

Esprime la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per le diverse funzioni individuate rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.

Si tratta di un indicatore grezzo e i suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti propri sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa per funzione, non tiene conto di una serie di variabili importanti. In particolare, non tiene in considerazione la diversa numerosità della popolazione nelle diverse regioni né palese il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria che essa presenta nelle diverse realtà territoriali; non rappresenta la quantità e la tipologia di prestazioni effettivamente erogate in ciascuna funzione, né esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica.

In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL è il valore di mercato di tutti i beni e servizi prodotti all'interno di una realtà territoriale, in un certo intervallo di tempo (solitamente l'anno) e destinati ad usi finali. Come tale, tiene conto solo

delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni. Infine, nella lettura dell'indicatore non va dimenticato che, per l'attuale sistema di finanziamento del sistema sanitario, una parte dei fondi destinati alla sanità non proviene direttamente dal gettito fiscale della regione e, quindi, correlato al reddito prodotto, ma da trasferimenti definiti in sede di accordo Stato-Regioni.

Il valore che l'indicatore assume esprime, quindi, il carico che la regione si assumerebbe se avesse in toto l'onere del finanziamento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli nazionali e, per il dato nazionale nella sua totalità e per il dato relativo ad alcune funzioni, laddove disponibile, quelli dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

Descrizione dei risultati

Nel 2013, la spesa sanitaria pubblica corrente assorbe il 6,76% del PIL (Tabella 1), segnando una riduzione

rispetto all'anno precedente in cui il valore era pari al 7,0%. Tale minore incidenza è determinata da una riduzione della spesa corrente mitigata da una contestuale riduzione del PIL.

Il suo valore è inferiore a quello della maggior parte dei Paesi europei, come Gran Bretagna, Germania, Francia, Norvegia, Danimarca e addirittura degli Stati Uniti che hanno, notoriamente, un sistema finanziato prevalentemente con fondi privati (1).

Il *range* fra le regioni è più ampio di quello registrato negli anni precedenti. Il valore più basso continua a presentarsi in Lombardia con 4,96% del PIL, mentre il valore più alto si registra ancora in Molise con 11,12%, denunciando un divario che supera i 6 punti percentuali e che si incrementa di circa 1 punto percentuale rispetto al 2012.

Si manifesta un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano un valore sempre superiore al valore nazionale. Il dato è da leggere tenendo conto che la spesa sanitaria pubblica è condizionata dalla presenza di meccanismi di perequazione finanziaria interregionale e, solo indirettamente, riflette il grado di sviluppo economico della regione. Di conseguenza, le regioni del Meridione presentano valori di spesa sul PIL superiori al valore nazionale, sostanzialmente a causa del PIL più basso di quello delle regioni del resto d'Italia.

A tale valore complessivo della spesa corrente rispetto al PIL concorrono, con peso differente, tre funzioni di spesa: spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente; spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese; spesa sanitaria pubblica corrente per servizi erogati in convenzione (Grafico 1).

La prima componente gioca un ruolo predominante in tutte le regioni e di conseguenza a livello nazionale.

Questa componente incide da un minimo del 2,60% del PIL, sempre in Lombardia, ad un massimo del 6,72% in Sardegna e giustifica sempre una percentuale superiore al 50% della spesa pubblica corrente.

All'opposto, la seconda componente è la meno significativa, in quanto assorbe da un minimo dello 0,24% del PIL in Lombardia ad un massimo dello 0,72% in Calabria e corrisponde ad una percentuale della spesa pubblica corrente mai superiore al 7%.

Infine, la spesa per prestazioni in convenzione incide da un minimo dell'1,11% del PIL nella PA Bolzano ad un massimo del 4,56% in Molise e assorbe in ogni regione una percentuale sempre superiore o uguale al 20% della spesa pubblica corrente.

Queste tre componenti giocano un ruolo diverso all'interno di ogni regione. In Lombardia, Lazio, Molise e Campania la spesa per prestazioni in convenzione copre più del 40% della spesa sanitaria pubblica, mentre la spesa per prestazioni erogate direttamen-

te meno del 55%. La situazione è completamente ribaltata nelle altre realtà regionali dove la spesa per prestazioni in convenzione determina una percentuale inferiore al 40% della spesa pubblica, a favore di una maggiore percentuale della spesa per prestazioni erogate direttamente. Gioca un ruolo da protagonista la PA di Bolzano con una percentuale di spesa per prestazioni in convenzione pari al 19,82%.

La spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2), a livello nazionale (2,42% del PIL), è prevalentemente articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,56%) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,53%). Ad un confronto con realtà internazionali, la prima componente si presenta inferiore a quella di altri Paesi, come Germania e Francia e leggermente superiore a quella della Gran Bretagna.

Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,24%) e dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,29%). La spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale si colloca in una posizione intermedia assorbendo lo 0,41% del PIL.

La spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2) presenta un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con valori più alti del dato nazionale nelle regioni del Sud, nelle Isole e nel Lazio.

In tutte le regioni, la componente che gioca un ruolo primario è la spesa farmaceutica. Costituiscono eccezione la PA di Bolzano, per la quale la maggior quota di spesa in convenzione è da assegnare alla spesa sanitaria per assistenza medico generale, la Lombardia, l'Emilia-Romagna, il Lazio, il Molise, la Campania e la Puglia, per le quali la maggior quota di spesa in convenzione è da assegnare alla spesa sanitaria per case di cura private.

Alla luce dei risultati rappresentati nel Grafico 2 emerge che le differenze di incidenza della spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente e di quella per servizi erogati in convenzione sono da ricondurre, innanzitutto, alla maggiore o minor presenza di strutture private accreditate nelle diverse regioni, ma anche alle diverse politiche di contenimento della spesa adottate dalle regioni. Se la rilevante presenza di strutture private accreditate giustifica l'alta incidenza della spesa per prestazione in convenzione in regioni come Lombardia, Lazio, Campania e Molise, l'opzione di una politica di erogazione diretta del farmaco al paziente attraverso le strutture dell'Azienda Sanitaria può spiegare il basso valore, per altro ridotto rispetto al 2012, della spesa per prestazioni in convenzione della PA di Bolzano.

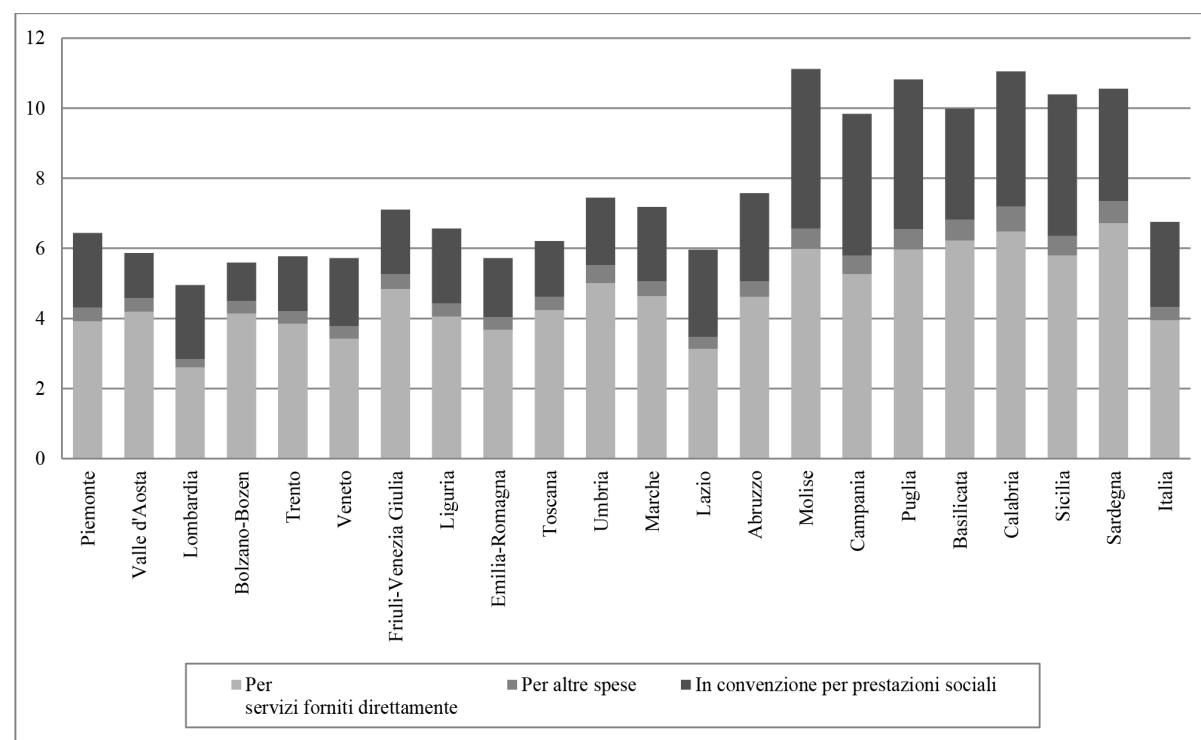
ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

331

Tabella 1 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al PIL per regione - Anno 2013

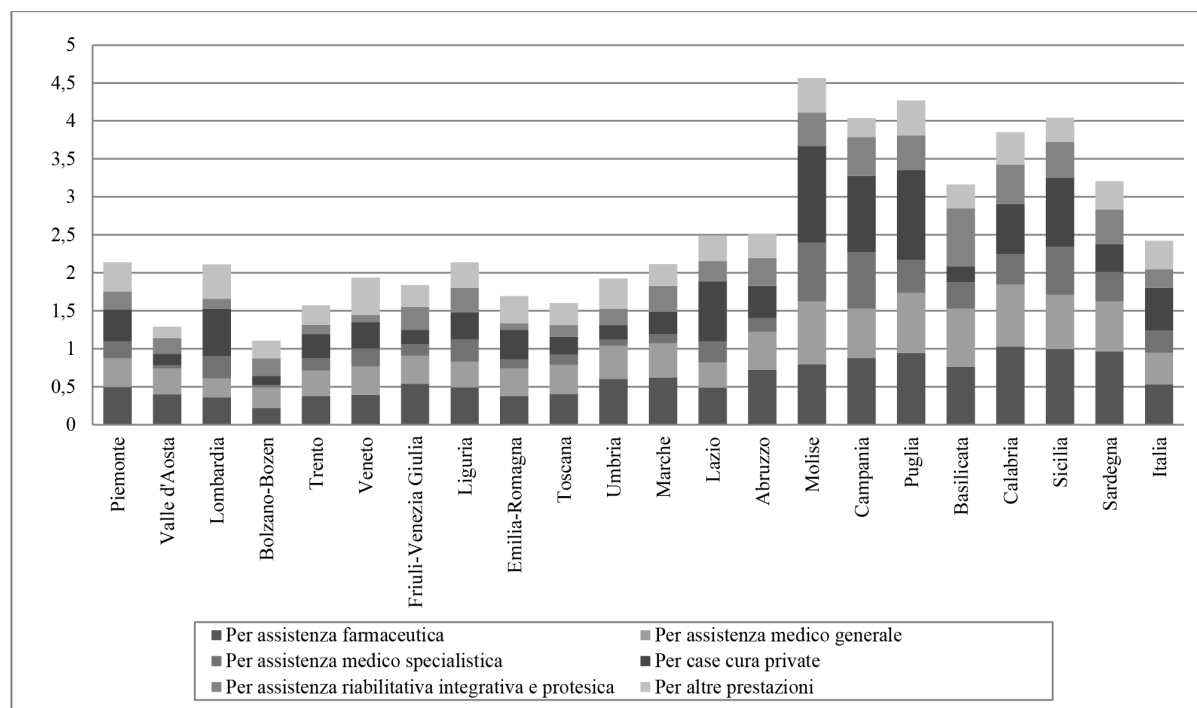
Regioni	Totale	Spesa sanitaria pubblica corrente			In convenzione per prestazioni sociali					
		Per servizi forniti direttamente	Per altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Per assistenza farmaceutica	Per assistenza medico generale	Per assistenza medico specialista	Per case di cura private	Per assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Per altre prestazioni
Piemonte	6,44	3,92	0,38	2,14	0,50	0,38	0,22	0,42	0,24	0,39
Valle d'Aosta	5,87	4,19	0,38	1,29	0,40	0,34	0,04	0,15	0,21	0,15
Lombardia	4,96	2,60	0,24	2,11	0,36	0,25	0,29	0,62	0,13	0,45
Bolzano-Bozen	5,60	4,14	0,35	1,11	0,22	0,27	0,03	0,12	0,23	0,23
Trento	5,77	3,86	0,35	1,57	0,38	0,33	0,16	0,32	0,12	0,26
Veneto	5,72	3,43	0,36	1,94	0,40	0,37	0,24	0,35	0,10	0,49
Friuli Venezia Giulia	7,11	4,84	0,43	1,84	0,54	0,37	0,15	0,19	0,30	0,29
Liguria	6,56	4,06	0,36	2,14	0,49	0,34	0,29	0,36	0,32	0,34
Emilia-Romagna	5,72	3,67	0,36	1,69	0,38	0,36	0,12	0,39	0,09	0,36
Toscana	6,21	4,24	0,37	1,60	0,41	0,38	0,13	0,24	0,15	0,29
Umbria	7,45	5,00	0,52	1,93	0,60	0,43	0,08	0,19	0,21	0,40
Marche	7,18	4,64	0,43	2,12	0,62	0,45	0,12	0,30	0,34	0,29
Lazio	5,96	3,14	0,34	2,49	0,49	0,33	0,28	0,79	0,27	0,34
Abruzzo	7,58	4,61	0,45	2,52	0,72	0,50	0,18	0,42	0,37	0,32
Molise	11,12	5,98	0,57	4,56	0,79	0,83	0,78	1,27	0,44	0,46
Campania	9,84	5,26	0,54	4,04	0,88	0,65	0,74	1,01	0,51	0,25
Puglia	10,82	5,97	0,58	4,27	0,94	0,79	0,43	1,18	0,46	0,46
Basilicata	9,98	6,23	0,59	3,16	0,76	0,76	0,35	0,21	0,76	0,31
Calabria	11,05	6,48	0,72	3,85	1,03	0,82	0,40	0,66	0,52	0,42
Sicilia	10,40	5,80	0,56	4,04	1,00	0,71	0,63	0,91	0,47	0,32
Sardegna	10,56	6,72	0,63	3,21	0,96	0,66	0,39	0,37	0,45	0,37
Italia	6,76	3,95	0,38	2,42	0,53	0,41	0,29	0,56	0,24	0,38

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Grafico 1 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al PIL per regione - Anno 2013

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Grafico 2 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al PIL per regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

I valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL evidenziano che la quota di risorse finanziarie che le regioni utilizzano per le diverse funzioni, rispetto a quanto complessivamente prodotto nel periodo di riferimento, varia nelle diverse realtà con valori maggiori nelle regioni del Meridione. Questo risultato evidenzia che il peso dell'assistenza sanitaria rispetto al sistema produttivo è variabile fra le regioni e che in assenza di meccanismi perequativi sarebbe più gravoso nelle regioni a basso reddito assicurare livelli omogenei di prestazioni.

La stessa varietà si riscontra anche nella composizione della spesa per funzione, con regioni che dedicano più risorse all'erogazione diretta di prestazioni e altre che invece tendono a spendere in misura maggiore per le prestazioni in convenzione destinando, in particolare, maggiori risorse all'assistenza farmaceutica e alle prestazioni ospedaliere per case di cura.

Certamente questo spaccato regionale può essere condizionato da numerosi fattori. Innanzitutto il diverso quadro epidemiologico della popolazione di riferimento e la diversa numerosità e composizione della popolazione stessa, che possono determinare la necessità di una maggiore erogazione di servizi sanitari. In

secondo luogo, e soprattutto con riferimento a certe voci di spesa come quelle relative alla spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case di cura private, una diversa politica sanitaria intrapresa nel passato dalle regioni ha determinato un diverso mix pubblico/privato nelle strutture di offerta. In terzo luogo, può aver pesato la diversa politica di contenimento della spesa, dall'introduzione dei ticket all'erogazione diretta di farmaci o per conto delle Aziende Sanitarie, alla rivisitazione dei posti letto accreditati ed al miglioramento nell'appropriatezza prescrittiva.

Le raccomandazioni prospettabili sono, da un lato che le regioni programmino le modalità con cui erogare le prestazioni al fine di evitare di duplicare l'offerta finanziando strutture pubbliche e pagando contemporaneamente anche strutture private, dall'altro che le regioni adeguino l'offerta di prestazioni alle effettive esigenze della popolazione in modo da garantire appropriatezza delle prestazioni erogate e di evitare che analoghi bisogni di salute vengano soddisfatti in regioni diverse con tipologia e quantità di prestazioni differenti ed un diverso utilizzo di risorse.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD. Health Statistics. Anno 2015.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Significato. Nel presente Capitolo viene presentato un importante indicatore della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente rispetto alla popolazione residente, per l'intera Nazione e in ciascuna singola regione.

L'indicatore fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie utilizzate in media per ogni individuo di una data regione e, di conseguenza, dell'intera Nazione, per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.

In tal senso dovrebbe indicare le risorse impegnate mediamente sia per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e sia per gli altri servizi socio-sanitari che la regione ritiene di dover garantire alla popo-

lazione locale. Non rappresenta, invece, i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni. Inoltre, tale indicatore, essendo espresso in euro correnti, e quindi fisiologicamente in crescita al crescere dei prezzi dei prodotti e servizi, non rappresenta la quantità di servizi garantiti a ciascuno.

L'indicatore esprime la spesa pro capite al lordo della mobilità, cioè comprende la spesa che la regione sostiene a fronte di prestazioni erogate per cittadini residenti in altre regioni e non conteggia la spesa per prestazioni garantite ai propri cittadini da parte di regioni diverse. In tal senso, la spesa pro capite potrebbe essere sotto o sovrastimata.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore sulla spesa sanitaria pubblica pro capite ha la validità di fornire una prima indicazione della quantità di risorse monetarie che il settore pubblico destina all'assistenza sanitaria dei residenti di ogni regione e di consentire una valutazione delle eventuali disparità tra le regioni.

Per contro, tale indicatore non è avulso da alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni dovuto, prevalentemente, alla diversa composizione della popolazione per età, genere e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, presumibilmente, con minori bisogni attesi, saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani.

Il secondo limite consiste nel fatto che non consente di valutare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite, le regioni più efficienti e in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le risorse saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli nazionali e, per il dato nazionale, quelli dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Descrizione dei risultati

Nel 2014, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia è di 1.817€, del tutto in linea con il valore dell'anno precedente, segnando così un arresto del trend

in diminuzione dal 2010.

Con tale valore medio, l'OCSE pone l'Italia tra i Paesi che spendono meno, tra i 32 dell'area OCSE, in termini pro capite. Nell'ultimo anno, ad esempio, il Canada ha, infatti, speso oltre il 100% in più per ogni cittadino rispetto all'Italia, la Germania il 68% e la Finlandia il 35%, con la conseguenza che l'Italia si posiziona all'estremo inferiore dei valori pro capite insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

La spesa pro capite più alta si registra in Molise (2.226€) e la più bassa in Campania (1.689€). Il *gap* è di 537€

La distribuzione della spesa fra le regioni si presenta disomogenea senza, però, un netto gradiente Nord-Sud ed Isole. Fra il 2013 e il 2014, 12 regioni hanno ridotto la loro spesa sanitaria pro capite, mentre 9 ne hanno incrementato il valore. Fra queste ultime, 3 sono regioni in Piano di Rientro (Campania +0,18%, Puglia +1,07% e Molise +6,23%). Le regioni più virtuose, con una riduzione >2%, appartengono al Nord Italia (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Piemonte). Nonostante l'incremento della spesa pro capite dell'ultimo anno in alcune regioni, l'analisi condotta nel periodo 2010-2014 evidenzia un trend in diminuzione, con un tasso medio composto annuo di -0,58% a livello nazionale. Quindici regioni, variamente distribuite sul territorio italiano, registrano un tasso medio annuo composto in riduzione e per la maggior parte di esse il valore si posiziona nel *range* compreso tra -0,30% e -1,00%. Sei regioni, invece, hanno costantemente incrementato la spesa sanitaria pubblica pro capite nel periodo 2010-2014. Si tratta di Emilia-Romagna, Lombardia, PA di Trento per il Nord Italia, Umbria per il Centro, Molise e Sardegna per il Meridione. Il Molise, è in Piano di Rientro.

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazioni percentuali e tasso medio composto annuo (valori percentuali) per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	Δ % (2010-2014)	Δ % (2013-2014)	Tassi medi composti annui (2010-2014)
Piemonte	1.922	1.906	1.904	1.847	1.805	-6,05	-2,23	-1,55
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	2.187	2.237	2.193	2.160	2.094	-4,23	-3,06	-1,07
Lombardia	1.825	1.850	1.814	1.807	1.842	0,97	1,96	0,24
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2.219</i>	<i>2.235</i>	<i>2.307</i>	<i>2.231</i>	<i>2.187</i>	<i>-1,45</i>	<i>-1,99</i>	<i>-0,37</i>
<i>Trento</i>	<i>1.895</i>	<i>1.943</i>	<i>1.990</i>	<i>1.943</i>	<i>1.924</i>	<i>1,54</i>	<i>-0,95</i>	<i>0,38</i>
Veneto	1.754	1.745	1.734	1.724	1.726	-1,58	0,10	-0,40
Friuli Venezia Giulia	2.001	2.045	2.060	2.040	1.960	-2,06	-3,93	-0,52
Liguria	2.070	2.061	2.019	1.999	2.014	-2,72	0,72	-0,69
Emilia-Romagna	1.850	1.863	1.893	1.872	1.855	0,25	-0,89	0,06
Toscana	1.889	1.902	1.853	1.813	1.832	-2,99	1,08	-0,76
Umbria	1.837	1.846	1.874	1.827	1.850	0,70	1,23	0,17
Marche	1.832	1.816	1.784	1.791	1.781	-2,81	-0,58	-0,71
Lazio	1.996	1.987	1.998	1.923	1.904	-4,61	-0,98	-1,17
Abruzzo	1.774	1.789	1.795	1.756	1.753	-1,19	-0,20	-0,30
Molise	2.162	2.095	2.123	2.095	2.226	2,93	6,23	0,72
Campania	1.791	1.748	1.718	1.686	1.689	-5,69	0,18	-1,45
Puglia	1.843	1.794	1.763	1.764	1.783	-3,29	1,07	-0,83
Basilicata	1.862	1.885	1.822	1.833	1.829	-1,78	-0,23	-0,45
Calabria	1.778	1.751	1.745	1.715	1.711	-3,74	-0,23	-0,95
Sicilia	1.775	1.769	1.752	1.731	1.707	-3,81	-1,36	-0,97
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041	4,21	2,33	1,04
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	1.817	-2,32	0,04	-0,59

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prima raccomandazione è legata all'indicatore. Pare, infatti, utile continuare nel suo utilizzo, nonostante i limiti intrinseci, per due ragioni sostanziali. La prima risiede nel fatto che permette di valutare l'ammontare di risorse che la regione e la Nazione utilizzano per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione, divenendo così un importante strumento del pannello di controllo della spesa sanitaria e del suo andamento. La seconda è legata al fatto che si tratta di un indicatore utilizzato nei diversi Paesi dell'OCSE e, come tale, la sua misurazione consente un confronto a livello internazionale. La seconda raccomandazione nasce dai risultati emersi per i quali si denota una certa disomogeneità fra le diverse realtà italiane. Tali differenziali sono, certamente, di difficile valutazione poichè possono derivare, almeno in parte, da differenziali nei livelli di bisogno, ma possono anche essere causati da sprechi e inefficienze (per esempio consumo inappropriato di prestazioni ed elevati costi unitari), dall'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e da organizzazioni dei servizi non coerenti con i bisogni della popolazione. Certamente, qualunque sia il concorso di cause, pare evidente che, nel tempo, permangono le distanze fra le varie regioni e che, presumibilmente, le regioni hanno adottato comportamenti disomogenei nell'attivare gli interventi necessari per superare le criticità presenti

sul proprio territorio.

Tale conclusione appare più evidente in relazione alle regioni in Piano di Rientro. Delle 8 regioni, 7 (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia) registrano una diminuzione della spesa nel periodo 2010-2014, ma 2 (Campania e Puglia) hanno invertito la propria tendenza nell'ultimo anno, mentre l'ottava regione, il Molise, ha sempre incrementato la propria spesa in tutto l'arco temporale analizzato.

È, quindi, raccomandabile una maggiore attenzione da parte delle regioni alle modalità di utilizzo delle risorse finanziarie in ambito sanitario, al fine di perseguire l'obiettivo prioritario di salvaguardare e/o migliorare lo stato di salute dei propri cittadini anche attraverso la garanzia dei livelli di assistenza uniformemente in tutto il territorio italiano.

La terza raccomandazione è legata alla disponibilità di idonei flussi di informazione. La conseguenza è che occorrerebbe investire maggiormente sulla qualità dei dati laddove già esistono, come ad esempio la spesa per LEA, e sulla attivazione di nuovi flussi laddove ancora mancanti o insufficienti, come la rilevazione delle prestazioni offerte dalla componente territoriale delle Aziende Sanitarie Locali. In tal modo si alimenterebbe un *database* da cui trarre informazioni di *outcome*, tipologia di prestazioni e spesa correlata, tali da permettere di introdurre cambiamenti di politica sanitaria e gestionali più mirati.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. L'indicatore misura l'entità dei disavanzi, in termini pro capite, dei Servizi Sanitari Regionali (SSR). Intende, quindi, riflettere la sostenibilità economico-finanziaria dei SSR stessi. La presenza generalizzata di disavanzi ampi e/o crescenti nel tempo segnala una strutturale divaricazione nel livello e/o nella dinamica di finanziamenti e costi, quindi problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni, se circoscritti ad alcune regioni, sono, invece, probabile sintomo di difficoltà gestionali. Una progressiva riduzione dei disavanzi e un correlato ampliamento del numero di regioni in equilibrio segnalano, d'altra parte, una ritrovata sostenibilità.

Metodologia. In passato i dati erano tratti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP) che, però, è stata pubblicata solo fino all'Edizione 2012. Attualmente, dati analoghi vengono pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) in un Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria", giunto, nel 2015, alla 2^a edizione (1). Le principali differenze tra le due serie di dati riguardano il trattamento delle "risorse aggiuntive da bilancio regionale" o "contributi da regione extra fondo per la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)" e degli eventuali utili conseguiti da singole aziende. Le "risorse aggiuntive da bilancio regionale", nella RGSEP, venivano incluse tra i ricavi purché assegnate "per assicurare ex-ante l'equilibrio economico-finanziario" del SSR (2) anziché per coprire *ex-post* i disavanzi dell'esercizio. Nel Rapporto di Monitoraggio RGS, invece, tali risorse vengono sempre escluse dai ricavi, in quanto considerate "risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie, [conferita] per il raggiungimento dell'equilibrio economico" (3). Si noti che, in questo modo, si finisce per assimilare situazioni profondamente diverse. In particolare, vengono trattate in modo uniforme tre diverse fattispecie, in cui le risorse aggiuntive: sono stanziare *ex-ante*, ossia per lo stesso esercizio in cui si sosterranno i correlati costi; sono stanziare *ex-post*, ossia negli esercizi successivi a quello in cui si sono sostenuti i correlati costi, a copertura dei relativi disavanzi; sono, come nella fattispecie precedente, stanziare *ex-post* a copertura dei disavanzi, ma risultavano già "preordinate" allo scopo, in virtù degli impegni assunti con la sottoscrizione del Piano di Rientro. Complessivamente, l'innovazione apportata dal Rapporto di Monitoraggio RGS, rispetto alla metodologia precedentemente utilizzata nella RGSEP, comporta un peggioramento sia del dato totale nazionale¹

sia, più specificamente, dei risultati relativi ad alcune regioni: in particolare, quelle regioni a statuto ordinario (principalmente Piemonte ed Emilia-Romagna) che più sistematicamente hanno destinato *ex-ante* al proprio SSR risorse aggiuntive da bilancio regionale, nonché le regioni a statuto speciale (Sicilia esclusa) e le PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria, impiegando somme spesso molto superiori al fabbisogno sanitario regionale standard, come deliberato dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica.

Quanto agli eventuali utili conseguiti da singole aziende, nella RGSEP si operava una semplice somma algebrica tra gli utili e le perdite delle aziende del SSR, sicché gli utili contribuivano a migliorare il risultato economico consolidato del SSR stesso. Nel Rapporto di Monitoraggio RGS, invece, tali utili vengono esclusi dalla determinazione del risultato economico consolidato del SSR, a meno che "la regione, tramite atto formale, renda noto agli Enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo" (1). Complessivamente, dunque, anche questa innovazione apportata dal Rapporto di Monitoraggio RGS comporta un peggioramento sia del dato totale nazionale sia, più specificamente, dei risultati relativi delle regioni che presentano aziende in utile².

Nell'interpretazione dei dati è, inoltre, opportuno considerare la presenza di una duplice discontinuità nella serie storica, tra il 2010-2011 e tra il 2011-2012. In passato, infatti, veniva impiegata una configurazione di risultato economico che escludeva alcune voci non monetarie di costo e di ricavo, tra cui, principalmente, gli ammortamenti e le relative sterilizzazioni. Questa impostazione è stata modificata parzialmente nel 2011 e ulteriormente nel 2012. Nel 2011, in particolare, si è presa in considerazione "la quota degli ammortamenti non sterilizzati di competenza 2011 dei beni ad utilità ripetuta entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e, su richiesta regionale, anche degli altri ammortamenti non sterilizzati relativi a beni entrati in produzione prima del 2010" (4). Dal 2012, vengono integralmente prese in considerazione tutte le voci di costo e ricavo. Nel 2012, inoltre, è entrato in vigore il D. Lgs. n. 118/2011, che ha sostituito le precedenti regole contabili statuite dalle singole regioni con una disciplina uniforme a livello nazionale, prevalentemente mutuata dal codice civile. Ciò ha comportato un mutamento talvolta significativo nei criteri di valutazione impiegati per la redazione del bilancio. Ha, inoltre, "comportato che,

¹In misura pari a 1.530, 1.343, 1.190, 1.470, 1.729, 1.436, 1.082 milioni di euro per gli esercizi dal 2006 al 2012.

²Per il 2014, spicca il caso del Veneto, che si è visto ridurre il risultato consolidato in misura pari a 23,8 milioni di euro.

nel 2012, le regioni hanno effettuato una puntuale riconciliazione tra le posizioni debitorie e creditorie risultanti dai bilanci di esercizio degli Enti dei SSR con i dati del bilancio regionale [...]. Tale attività di ricognizione si è riflessa, in parte, sui valori registrati nel conto economico con riferimento alle componenti straordi-

narie attive e passive” (2); per altra parte ha fatto, inoltre, emergere “situazioni relative ad anni pregressi”, che apparentemente non sono state poste a carico dei bilanci 2012, ma a cui occorrerà comunque “dare copertura finanziaria”³.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi-Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce una informazione di prima approssimazione sulla *performance* economico-finanziaria dei SSR. Valori elevati e/o tassi di incremento superiori alla media segnalano specifiche difficoltà e, quindi, la necessità di intervenire sulla struttura e sul funzionamento del SSR per contenerne i costi e/o di richiedere alla regione uno “sforzo fiscale” per incrementare le risorse disponibili.

I limiti dell'indicatore si possono classificare in due gruppi. Un primo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le Aziende Sanitarie pubbliche hanno sistemi contabili pienamente adeguati come dimostrano, tra l'altro, la frequente revisione dei dati pubblicati negli anni precedenti e la citata emersione di sopravvenienze e insussistenze relative ad anni pregressi. Per la sua natura “politicalmente sensibile”, inoltre, il dato si rivelava, talvolta, soprattutto in passato e in alcune regioni, lacunoso, ritardato e assoggettato a politiche di bilancio. Le prassi di redazione dei bilanci consolidati dei SSR, infine, presentano ancora alcune rilevanti criticità. In prospettiva, miglioramenti dovrebbero derivare dalle recenti iniziative in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/2011 s.m.i.), di “certificabilità” dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-12, DM 17 settembre 2012, DM 1 marzo 2013).

Un secondo gruppo di limiti concerne, invece, la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. Innanzi tutto, l'indicatore non può essere utilizzato direttamente come misura delle “responsabilità” regionali, in quanto i ricavi derivano, principalmente, dal sistema nazionale di finanziamento, secondo criteri di ponderazione che solo teoricamente approssimano i bisogni reali delle popolazioni regionali. Inoltre, come già segnalato, l'indicatore, così come costruito sui dati RGS, finisce per assimilare situazioni di impiego programmato di risorse aggiuntive regionali a situazioni di disavanzo inatteso e/o indesiderato cui la regione deve porre rimedio. Per la sua natura aggregata, infine, l'indicatore non consente di risalire alle voci di ricavo o di

costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso. In ogni caso va, poi, ricordato che l'equilibrio economico-finanziario è condizione necessaria, ma certo non sufficiente, per il buon funzionamento dei SSR: le *performance* dei SSR vanno misurate e valutate anche e soprattutto in termini di capacità di garantire i LEA e, in ultima analisi, di tutelare la salute.

Valore di riferimento/Benchmark. Come benchmark si può utilizzare il pareggio di bilancio, ormai conseguito in numerose regioni. Un utile riferimento resta, comunque, il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, il disavanzo sanitario nazionale, calcolato con la metodologia RGS (ossia escludendo dai ricavi le “risorse aggiuntive da bilancio regionale” e sottraendo dai risultati consolidati regionali gli eventuali utili conseguiti da singole aziende), ammonta a circa 864 milioni di euro, in chiara diminuzione rispetto al 2013 (1,744 miliardi di euro). Malgrado il peggioramento indotto dalle citate modifiche nella configurazione di disavanzo adottata, si conferma così, ancora una volta, il trend di sistematica riduzione che ha fatto registrare, per ogni anno dal 2005 in poi, un disavanzo inferiore a quello dell'esercizio precedente. Ciò per effetto di tassi di incremento dei ricavi rispetto all'esercizio precedente che, dal 2005 in poi, con rarissime eccezioni, si sono costantemente ridotti, ma altrettanto costantemente sono stati superiori ai corrispondenti tassi di incremento dei costi.

Anche a livello pro capite (Tabella 1), il disavanzo 2014 (14€) è il più basso dell'intero arco temporale generalmente considerato (ossia dal 2006-2014). Nel confronto interregionale, spiccano gli enormi disavanzi di alcune regioni a statuto speciale e delle PA che vanno, però, considerati relativamente fisiologici perché, generalmente, frutto di un'esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore a quello considerato sufficiente dal Comitato Interministeriale

³In particolare: “a) per la regione Piemonte [...] l'importo di €83 mln [ossia circa €199 pro capite] derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la regione Puglia, [...] l'importo di €92 mln [ossia circa €71 pro capite] derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per la regione Marche [...] la perdita pregressa dell'IRCCS INRCA (€8,479 mln) [pari a circa €7 pro capite]” (5).

ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

337

per la Programmazione Economica per coprire il fabbisogno sanitario regionale standard. Tra le regioni a statuto ordinario, sono in equilibrio tutte le regioni del Centro-Nord, tranne la Liguria (che presenta un disavanzo di 46€pro capite), e tutte le regioni del Centro-Sud, tranne Lazio, Molise e Calabria (che presentano

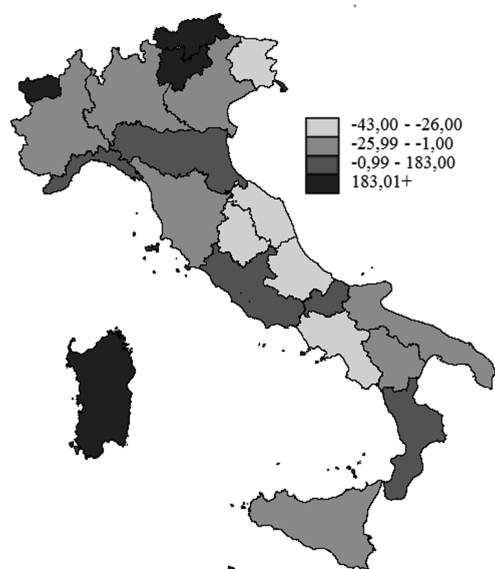
disavanzi, rispettivamente, pari a 70€, 183€e 21€pro capite). Particolarmente significativa è l'evoluzione rispetto al 2006 (primo esercizio per il quale sono disponibili i disavanzi calcolati con la metodologia RGS) quando tutte le regioni erano in disavanzo, ad eccezione di Lombardia e Basilicata.

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2013, 2014

Regioni	2006	2013	2014
Piemonte	77	7	-11
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	585	415	290
Lombardia	0	-1	-1
Bolzano-Bozen	590	373	304
Trento	300	421	399
Veneto	32	-1	-1
Friuli Venezia Giulia	4	31	-37
Liguria	59	50	46
Emilia-Romagna	72	-0	-0
Toscana	28	-3	-1
Umbria	65	-5	-26
Marche	32	-31	-43
Lazio	371	120	70
Abruzzo	154	-8	-27
Molise	209	317	183
Campania	130	-2	-34
Puglia	52	10	-6
Basilicata	-5	0	-4
Calabria	27	17	21
Sicilia	214	-0	-1
Sardegna	78	234	207
Italia	104	29	14

Fonte dei dati: MEF-RGS (2015). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2. Roma.

Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2014



Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai disavanzi sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi dei disavanzi stessi (sottofinanziamento, sovracapacità e/o sovrapproduzione,

inefficienza etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare Piani di Rientro ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è inopportuno fermarsi ai valori nazionali.

In generale, comunque, i risultati conseguiti nel 2014,

nonché negli anni immediatamente precedenti, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento complessivo, possono essere ricondotti al rafforzamento delle regole di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari (per esempio l'abbassamento della soglia di disavanzo che rende obbligatoria la predisposizione di un Piano di Rientro) e dei relativi sistemi di monitoraggio, alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale (per esempio il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro, interventi in materia di farmaci etc.) sia regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi (per esempio riorganizzazione della rete ospedaliera, assegnazione di tetti di spesa e *budget* agli operatori privati accreditati, blocco del *turnover*, introduzione o innalzamento dei ticket etc.), nonché alle specifiche iniziative di "efficientamento" poste in essere dalle aziende.

La generalizzata riduzione dei deficit, il miglioramento della situazione nella maggior parte delle regioni assoggettate a Piano di Rientro e la presenza di numerose regioni in equilibrio inducono anche quest'anno, per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, a un cauto ottimismo. I dati confermano, infat-

ti, che il Servizio Sanitario Nazionale è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi.

Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora relativamente fragile, per almeno due motivi: è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che peraltro, guadagnando attendibilità potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi; è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi.

Riferimenti bibliografici

- (1) MEF-RGS. 2015. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2. Roma.
- (2) RGSEP 2012, p. 210.
- (3) RGS 2015, p. 141.
- (4) RGSEP 2011, p. 189.
- (5) MEF-RGS, 2014, Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1. Roma.

Entità, evoluzione e copertura delle perdite accumulate dalle Aziende Sanitarie pubbliche

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Prof.ssa Elena Cantù

Introduzione e obiettivi dell'analisi

A quanto ammontano le perdite accumulate dalle Aziende Sanitarie pubbliche? In che misura sono state coperte? I dati sull'equilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie pubbliche e dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) si focalizzano, generalmente, sui risultati economici annuali. Si presume, poi, che gli eventuali disavanzi vengano coperti per effetto dei vincoli e dei meccanismi previsti dalla normativa vigente e, in particolare, dalla procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali ex art. 1, c. 174, Legge n. 311/2004.

In realtà, però, è plausibile che i disavanzi non siano stati interamente coperti, sia perché per lungo tempo l'obbligo di copertura ha riguardato configurazioni di disavanzo che escludevano alcune voci (tra cui, principalmente, gli ammortamenti e le relative sterilizzazioni), sia perché i controlli sull'effettiva destinazione al SSR delle risorse aggiuntive raccolte dalle regioni non sono sempre stati pienamente efficaci. Non a caso, a partire dal 2013, lo Stato ha avviato un'impegnativa operazione di anticipazione di liquidità alle regioni (DL n. 35/2013, n. 102/2013 e n. 66/2014) per complessivi 17.039 milioni di euro, appunto a fronte di: 1. "ammortamenti non sterilizzati antecedenti all'applicazione del D. Lgs. n. 118/2011"; 2. "mancate erogazioni per competenza e/o per cassa delle somme dovute dalle regioni ai rispettivi servizi sanitari regionali a titolo di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ivi compresi i trasferimenti di somme dai conti di tesoreria e dal bilancio statale e le coperture regionali dei disavanzi sanitari"¹.

Il tema dei disavanzi non coperti, seppur all'apparenza molto tecnico, riveste grande importanza per il concreto funzionamento delle Aziende Sanitarie pubbliche. A parità di altre condizioni, infatti:

- i disavanzi, se non coperti, erodono il patrimonio netto aziendale;
- poiché il patrimonio netto è pari alla differenza tra le attività e le passività patrimoniali dell'azienda, l'erosione del patrimonio netto riflette tipicamente un'erosione delle attività e/o un'espansione delle passività;
- l'erosione delle attività si manifesta attraverso fenomeni, quali la contrazione delle disponibilità di cassa e l'incapacità di rinnovare adeguatamente i cespiti;
- l'espansione delle passività si manifesta, principalmente, attraverso l'allungamento dei tempi di pagamento ai fornitori.

Metodi

Per indagare il fenomeno, si sono presi in considerazione i dati di stato patrimoniale (cosiddetti "modelli SP") delle Aziende Sanitarie pubbliche e dei SSR per il periodo 2008-2014. Il 2008 è stato scelto come inizio del periodo considerato, principalmente, per tre motivi: 1. è l'anno di manifestazione della crisi economica globale; 2. in quell'anno è entrata in vigore una nuova versione dei modelli ministeriali SP, con profonde modifiche rispetto alla versione precedente; 3. è il primo anno di piena operatività dei Piani di Rientro (almeno di quelli approvati nel 2007).

Su tale base si sono determinati, per ogni regione e per ogni anno, quattro indicatori, separatamente per: il bilancio consolidato del SSR²; la Gestione Sanitaria Accentrata presso la Regione (GSA)³; l'insieme delle aziende:

A. il risultato d'esercizio⁴;

B. le perdite accumulate e non coperte dall'assegnazione di appositi contributi. Le perdite rilevate negli esercizi precedenti a quello cui il bilancio si riferisce trovano collocazione nella voce "utili/perdite portati a nuovo". A fronte delle perdite, le regioni trasferiscono alle aziende appositi contributi a copertura. Tali contributi sono spesso trasferiti in due fasi: prima l'assegnazione, poi l'effettiva erogazione di liquidità. I contributi assegnati, ma non ancora erogati, trovano collocazione nella voce "contributi per ripiano perdite". I contributi assegnati e già erogati vengono, invece, portati a diretta riduzione della voce "utili/perdite portati a nuovo"⁵. Per

¹Ministero dell'Economia e delle Finanze-Ragioneria Generale dello Stato (2015). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2. Roma.

²Codice azienda "999".

³Codice azienda "000". Il termine "Gestione Sanitaria Accentrata presso la Regione" è stato introdotto dal D. Lgs. n. 118/2011. Precedentemente si parlava di "spesa diretta regionale".

⁴Voce "PA0600--A.VI utile (perdita) d'esercizio" per i modelli 2008-2011; voce "PAA220--A.VII utile (perdita) d'esercizio" per i modelli 2012-2014.

⁵Infatti, "i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce «utili e perdite portati a nuovo»" (art. 29, c. 1, lett. d D. Lgs. n. 118/2011). Si noti però che, prima dell'entrata in vigore del D. Lgs. n. 118/2011, vigevano tra le regioni prassi differenziate.

determinare l'entità delle "perdite accumulate e non coperte dall'assegnazione di appositi contributi" si è, quindi, provveduto a sommare algebricamente tre valori: risultato d'esercizio, utili/perdite portati a nuovo⁶ e contributi per ripiano perdite⁷;

C. le perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi. Questo indicatore è più restrittivo del precedente perché non tiene conto delle coperture che, pur essendo state assegnate, non risultano erogate come liquidità. È, quindi, calcolato come somma algebrica tra risultato d'esercizio e utili/perdite portati a nuovo.

D. la somma delle perdite rilevate nel tempo, posta per il 2008 pari alle "perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi" (ossia all'indicatore di cui al punto precedente) e, successivamente, incrementata, per ogni anno, in misura pari al risultato d'esercizio. Questo indicatore intende rappresentare l'ammontare delle perdite che si sarebbero accumulate, a partire dal 2008, se non fossero intervenute misure di copertura.

Per meglio rappresentare l'evoluzione temporale del fenomeno, infine, le regioni sono state aggregate in due gruppi sulla base dell'assoggettamento ai Piani di Rientro (PdR). Al riguardo, sono state considerate "regioni PdR" tutte le regioni che sono o sono state sottoposte ai PdR e specificamente: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia. In questo modo, il gruppo delle regioni PdR viene mantenuto costante sull'intero periodo considerato, prescindendo dal fatto che una regione possa essere "entrata" o "uscita" dal PdR nel corso di tale periodo. Si è scelto, invece, di non creare un gruppo *ad hoc* per le regioni a statuto speciale perché, tra queste, Sicilia e Sardegna sono più significativamente classificabili tra le regioni PdR, mentre le altre hanno un peso relativamente contenuto.

Risultati

Entità delle perdite non coperte al 31 dicembre 2013 e al 31 dicembre 2014

La Tabella 1 presenta l'ammontare delle perdite accumulate e non ancora coperte, con riferimento: 1. alla chiusura degli esercizi 2013 e 2014; 2. sia all'insieme delle Aziende Sanitarie pubbliche che al bilancio consolidato, ossia al SSR nel suo complesso, comprensivo anche della GSA⁸. In particolare, vengono presentate sia le perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi (indicatore C; colonne 1, 3, 5 e 7 a seconda che ci si riferisca all'insieme delle aziende per il 2013, al consolidato 2013, all'insieme delle aziende per il 2014, al consolidato 2014), sia le perdite accumulate e non coperte dall'assegnazione di appositi contributi (indicatore B; colonne 2, 4, 6 e 8).

Alla fine del 2014, le Aziende Sanitarie pubbliche presentavano nei propri bilanci un ammontare di perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi (Tabella 1, colonna 5) pari a 27,5 miliardi di euro, di cui il 65% (17,9 miliardi) attribuibile ad aziende del Lazio, il 10% (2,7 miliardi) della Campania e il 9% (2,5 miliardi) della Calabria. Si rilevava, dunque, un significativo miglioramento rispetto al dato 2013 (33 miliardi di euro - colonna 1), evidentemente dovuto all'erogazione di contributi per ripiano perdite, visto che nel 2014 il sistema delle aziende aveva, complessivamente, sostenuto una perdita di esercizio pari a circa 1,6 miliardi. In particolare, spiccano le riduzioni intervenute nelle perdite accumulate e non coperte delle aziende di Campania, Abruzzo e Veneto.

Informazioni particolarmente significative emergono, poi, se si confrontano i 27,5 miliardi di euro di colonna 5 (perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi - aziende - 31/12/2014) con il dato di colonna 8 (perdite accumulate e non coperte dall'assegnazione di appositi contributi - consolidato - 31/12/2014). Quest'ultimo indicatore segnala, infatti, che il SSN nel suo complesso, a fine 2014, non presentava più perdite che non fossero state coperte, almeno in termini di assegnazioni: si rilevava, anzi, un leggero utile cumulato (0,2 miliardi). L'indicatore segnala, inoltre, che ciò valeva anche per la maggior parte dei SSR individualmente considerati, con cinque eccezioni, tutte, peraltro, di entità relativamente limitata (Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Molise e Sardegna). La differenza tra i due dati descritti (colonna 5 con -27,5 miliardi di euro e colonna 8 con +0,2 miliardi di euro) può essere così articolata:

- ripiani assegnati alle aziende, ma non ancora erogati alle aziende stesse: 20,4 miliardi di euro⁹. Si tratta, indubbiamente di una somma molto ingente. Peraltro, va sottolineato che questo risultato non trova riscontro nell'entità della voce di bilancio per "Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite". È, quindi,

⁶Per i modelli 2008-11, differenza tra la voce "PA0500--A.V) utili (perdite) portate a nuovo" e la relativa sottovoce "PA0504--A.V.1.a) Riserve da rivalutazioni"; per i modelli 2012-14, somma tra le voci "PAA210--A.VI) utili (perdite) portati a nuovo", "PAA150--A.IV.4) Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti" e "PAA160--A.IV.5) Riserve diverse".

⁷Voce "PA0400--A.IV) versamenti per ripiani perdite" per i modelli 2008-2011; voce "PAA170--A.V) contributi per ripiano perdite" per i modelli 2012-2014.

⁸Il D. Lgs. n. 118/2011 (art. 32 c. 3) stabilisce che "il patrimonio netto consolidato è determinato dalla somma dei valori di patrimonio netto degli enti consolidati". Di conseguenza, il dato consolidato dovrebbe sempre essere pari alla somma tra il dato relativo all'insieme delle aziende e quello della GSA. In realtà, per alcune regioni e alcuni anni, i dati disponibili non soddisfano tale condizione, presumibilmente per rettifiche apportate al bilancio consolidato successivamente al processo di consolidamento. In tali casi, si sono mantenuti invariati il dato consolidato e il dato relativo all'insieme delle aziende, portando quindi la differenza a rettifica del dato GSA.

⁹Colonna (6) - Colonna (5).

possibile che, seppur in aperta violazione delle disposizioni statuite dal D. Lgs. n. 118/2011, molte aziende abbiano iscritto nei “contributi per ripiano perdite” dei trasferimenti non solo assegnati, ma anche già incassati, producendo così una forte sopravvalutazione dei “ripiani assegnati alle aziende, ma non ancora erogati” e, di conseguenza, anche delle “perdite accumulate e non coperte dall’incasso di appositi contributi”. Di ciò si dovrà tener conto nell’interpretazione di quest’ultimo indicatore;

- ripiani assegnati ed erogati alla GSA, ma da questa non ancora distribuiti alle aziende: 4,3 miliardi di euro¹⁰.
- ripiani assegnati alla GSA, ma non ancora erogati alla GSA né da questa assegnati alle aziende: 3,0 miliardi di euro¹¹.

Evoluzione temporale dei dati di perdita cumulata, 2008-2014

Il Grafico 1 ed il Grafico 2 approfondiscono, invece, l’evoluzione temporale dei dati di perdita cumulata nel periodo 2008-2014, rispettivamente per le regioni non-PdR e per quelle PdR.

Nelle regioni non-PdR le aziende, complessivamente, presentavano, a fine 2008, perdite cumulate e non ancora coperte dall’incasso di appositi contributi per un totale di 6,1 miliardi di euro (Grafico 1). Per effetto delle perdite sostenute negli esercizi successivi, il dato, se non fossero intervenute ulteriori coperture, sarebbe cresciuto raggiungendo, a fine 2014, un totale di 9,1 miliardi. In realtà, ulteriori coperture sono state assegnate ed anche erogate per cassa, soprattutto a partire dal 2012, sicché a fine 2014 l’ammontare delle perdite cumulate e non coperte da effettivi incassi di liquidità ammontava a soli 1,5 miliardi. Tenendo conto anche delle coperture assegnate alle aziende, ma non ancora erogate, nonché delle coperture assegnate alla GSA, ma non ancora distribuite alle aziende, il dato si riduceva a 0,3 miliardi.

Per le regioni in PdR, i valori sono molto più rilevanti e i disavanzi aziendali apparentemente non ancora coperti con effettive erogazioni di liquidità sono molto più ampi, anche se i trend sono sufficientemente simili a quelli delle regioni non-PdR. A fine 2008, le aziende, complessivamente, presentavano perdite cumulate e non ancora coperte dall’incasso di appositi contributi per un totale di 32,6 miliardi di euro (Grafico 2). Per effetto delle perdite sostenute negli esercizi successivi, il dato, se non fossero intervenute coperture, sarebbe cresciuto di circa 13 miliardi, seppur con incrementi sempre più contenuti nel tempo, raggiungendo a fine 2014 un totale di 45,4 miliardi. In realtà, le aziende si sono viste assegnare ed erogare dei contributi a ripiano delle perdite, soprattutto a partire dal 2012. A fine 2014, pertanto, l’entità delle perdite cumulate e non coperte da effettivi incassi di liquidità ammontava, apparentemente, a 26,0 miliardi, dato comunque ancora molto elevato ma, come detto, probabilmente sovrastimato. Tenendo conto anche delle coperture assegnate alle aziende, ma non ancora erogate, nonché delle coperture assegnate alla GSA, ma non ancora distribuite alle aziende, il dato si annulla e diventa, anzi, positivo per 0,5 miliardi di euro.

Conclusioni

Nello scorso decennio, molte Aziende Sanitarie pubbliche hanno sistematicamente operato in perdita e la copertura delle perdite accumulate è stata soltanto parziale. Alla fine del 2008, per esempio, si rilevavano 38,7 miliardi di euro di perdite accumulate dalle aziende (32,6 nelle regioni PdR e 6,1 nelle altre), di cui 24,7 miliardi di euro (pari a 19,9+4,8) coperti da contributi assegnati, ma non ancora erogati e i rimanenti 14,0 miliardi di euro (pari a 12,7+1,3) non ancora coperti nemmeno in termini di assegnazione. Di qui, tra l’altro, le ben note difficoltà incontrate dalle aziende nel pagamento dei fornitori e nel rinnovo dei cespiti.

Negli anni successivi e, soprattutto, a partire dal 2012, i SSR hanno continuato a rilevare perdite, ma in misura sempre più contenuta. Nel frattempo, sono diventati più stringenti e monitorati gli obblighi di copertura, cui si è aggiunto un ingente trasferimento di liquidità da parte dello Stato. A fine 2014, tutti i disavanzi risultavano così essere stati coperti, almeno in termini di assegnazione, per il complesso del SSN e per la maggioranza dei SSR individualmente considerati. L’unica immediata criticità riguarda le regioni in PdR, dove sembra persistere un elevato ammontare di contributi per ripiano perdite (circa 20 miliardi) che sono stati assegnati alle aziende, ma che dai bilanci, forse erroneamente, non risultano ancora incassati.

Auspiciabilmente, quest’ultima criticità (reale o meramente contabile) sarà stata risolta nel corso del 2015. Se così fosse, la combinazione di perdite d’esercizio sempre più ridotte e perdite pregresse finalmente coperte dovrebbe consentire alle aziende di impostare più razionalmente la propria gestione, ferme restando le criticità imposte dal contenimento del finanziamento statale, dall’insostenibilità di alcune misure di riduzione della spesa introdotte negli anni passati nonché, naturalmente, dalla necessità per le regioni di reperire le risorse necessarie per la restituzione, seppur dilazionata, delle somme ricevute dallo Stato come anticipazione di liquidità.

¹⁰Colonna (7) - Colonna (5).

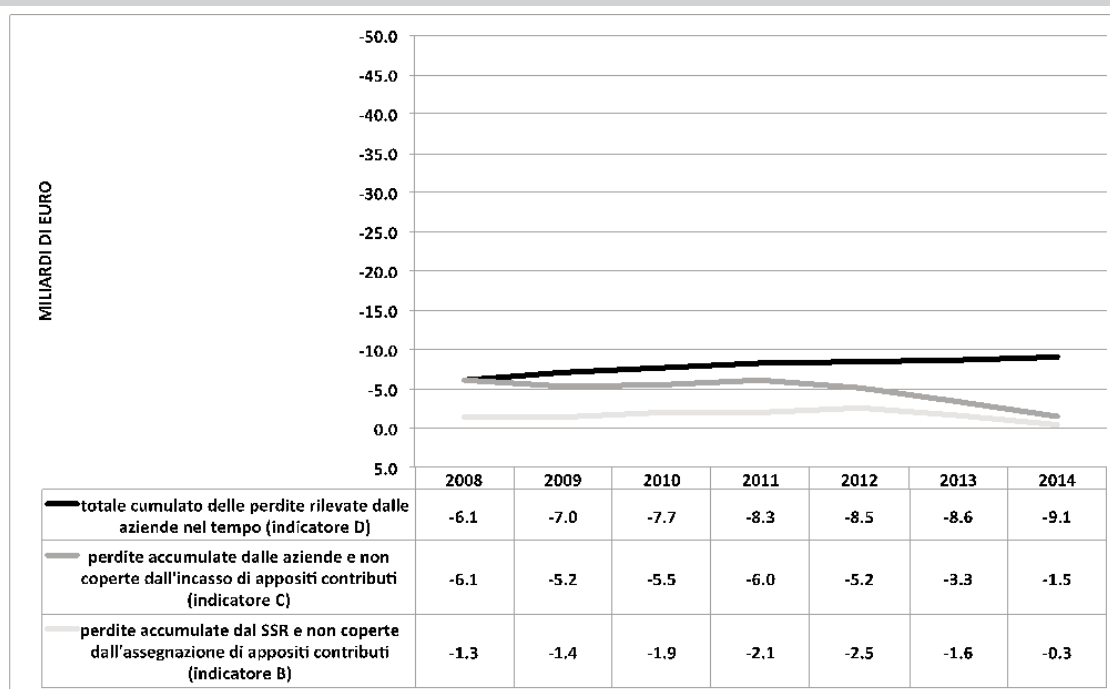
¹¹[Colonna (8) - Colonna (6)] - [Colonna (7) - Colonna (5)].

Tabella 1- Perdite (miliardi di €) accumulate e non coperte delle Aziende Sanitarie pubbliche e del SSR per regione - Anni 2013, 2014

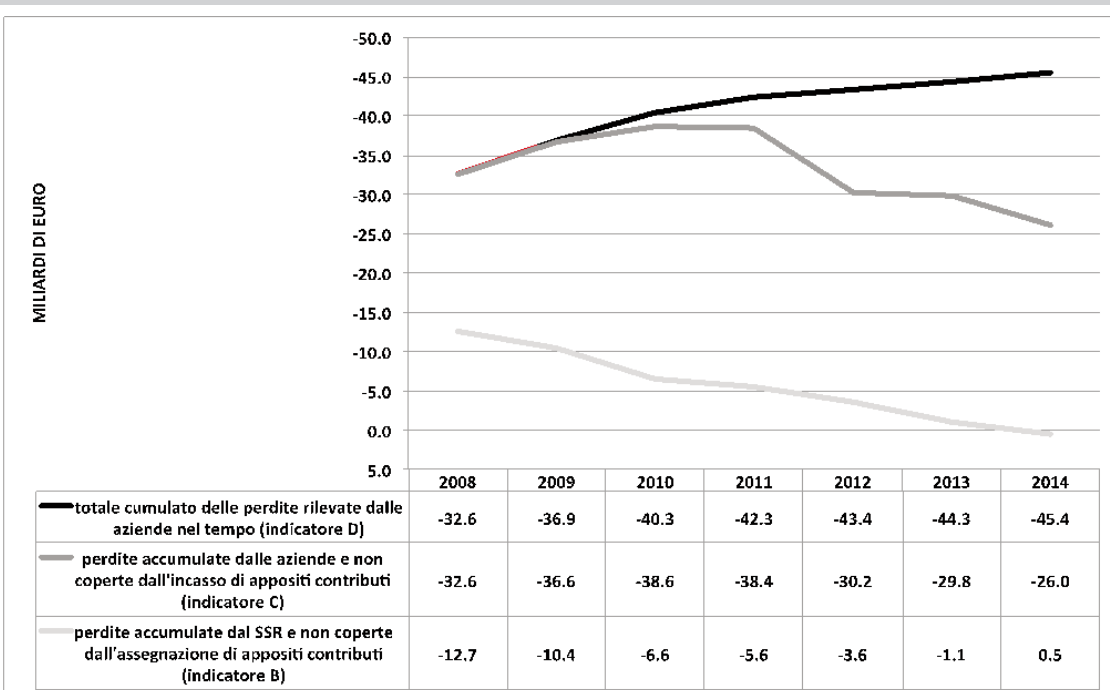
Regioni	2013				2014			
	Insieme delle Aziende		Consolidato		Insieme delle Aziende		Consolidato	
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Perdite accumulate e non coperte da incasso di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da assegnazione di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da incasso di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da assegnazione di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da incasso di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da assegnazione di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da incasso di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da assegnazione di appositi contributi
Valle d' Aosta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Bolzano-Bozen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Veneto	-1,9	-0,9	-1,7	-0,7	-0,4	-0,2	-0,2	0,0
Friuli-Venezia Giulia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Emilia-Romagna	-0,7	-0,6	-0,7	-0,6	-0,5	-0,4	-0,5	-0,4
Toscana	-0,6	-0,5	-0,5	-0,5	-0,6	-0,6	-0,3	-0,2
Umbria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Marche	-0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2
Basilicata	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Subtotale non PdR	-3,3	-2,0	-3,0	-1,6	-1,5	-1,1	-0,7	-0,3
Piemonte	-1,3	-1,3	-1,3	-0,6	-1,3	-1,3	0,0	0,1
Liguria	-0,3	-0,2	-0,3	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Lazio	-17,3	-3,6	-16,4	0,4	-17,9	-1,9	-16,9	0,7
Abruzzo	-1,8	-0,4	-1,7	0,1	-0,2	0,0	-0,2	0,1
Molise	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3
Campania	-5,1	-2,0	-4,5	-0,4	-2,7	-1,7	-1,9	0,1
Puglia	-0,4	-0,4	-0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Calabria	-2,4	-1,0	-2,2	0,1	-2,5	0,0	-2,2	0,3
Sicilia	-0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2
Sardegna	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	-0,7	-0,6	-0,7	-0,6
Subtotale PdR	-29,8	-9,7	-27,7	-1,1	-26,0	-6,0	-22,5	0,5
Totale	-33,0	-11,7	-30,7	-2,7	-27,5	-7,1	-23,2	0,2

PdR = Piano di Rientro.

Fonte dei dati: Elaborazione sui dati del Ministero della Salute. Modelli SP. Anni 2013, 2014.

Grafico 1 - Perdite (miliardi di €) accumulate dalle Aziende Sanitarie pubbliche e dai SSR, regioni non in Piano di Rientro - Anni 2008-2014

Fonte dei dati: Elaborazione sui dati del Ministero della Salute. Modelli SP. Anni 2008-2014.

Grafico 2 - Perdite (miliardi di €) accumulate dalle Aziende Sanitarie pubbliche e dai SSR, regioni in Piano di Rientro - Anni 2008-2014

Fonte dei dati: Elaborazione sui dati del Ministero della Salute. Modelli SP. Anni 2008-2014.