

## Aspetti economico-organizzativi delle ASL e delle AO

Le *performance* delle aziende sanitarie e, come conseguenza, dei sistemi sanitari delle regioni sono certamente correlati alla disponibilità di risorse. La teoria e la pratica manageriale hanno mostrato come il “successo” delle organizzazioni dipenda sempre di più dalle modalità di combinazione delle risorse e delle competenze, ovvero “dall’organizzazione” data a tali fattori.

Analizzare gli assetti organizzativi delle singole aziende sanitarie implica certamente un livello di analisi e di approfondimento non certo compatibile con la natura e le caratteristiche di Osservasalute. Svolgere le analisi su dati aggregati a livello regionale certamente non dà ragione delle specificità presenti nella singola azienda sanitaria. Nonostante ciò abbiamo avviato una prima sperimentazione che presuppone l’analisi dei dati di bilancio delle aziende sanitarie aggregate a livello regionale. La fonte dei dati è il complesso database reso disponibile dal Ministero della Salute che raccoglie i dati provenienti dai Modelli CE “Modello di Rilevazione del Conto Economico delle ASL e delle AO” approvato con DM 16 Febbraio 2001.

Il database contabile assicura una “vista” aggregata a livello regionale dei costi e dei ricavi delle aziende sanitarie delle regioni, articolati secondo voci particolarmente dettagliate.

L’utilizzo di questa fonte di informazione permette di apprezzare i comportamenti di spesa delle aziende sanitarie per singole voci di costo e/o di ricavo che in altro modo non sarebbero disponibili. In questo primo esperimento, abbiamo selezionato due voci di costo ritenute particolarmente significative: i costi per i servizi esternalizzati (*outsourcing*) e i costi per la formazione del personale. La prima componente indica il grado di ricorso al mercato per la produzione di servizi considerati “*non core*”, ovvero diversi da quelli assistenziali; denota da parte delle aziende non solo un atteggiamento strategico, ma fornisce elementi per la valutazione del livello di integrazione dell’assetto organizzativo aziendale. I costi per la formazione sono stati scelti in quanto indicativi della propensione dell’azienda sanitaria di investire sul mantenimento/sviluppo del fattore della produzione certamente più rilevante: il personale.

Il terzo ed ultimo indicatore computato in questa sezione è l’utile o la perdita di esercizio registrate nelle aziende sanitarie. Questo è chiaramente l’indicatore più sintetico dell’economicità del sistema aziendale e mostra la presenza di equilibrio economico. L’indicatore appare rilevante in quanto è solo attraverso un equilibrio economico a livello micro-economico (livello aziendale) che è possibile perseguire un equilibrio economico generale nei sistemi-regione. L’osservazione del comportamento delle singole aziende è quindi un indicatore fondamentale per il giudizio complessivo sull’efficienza del sistema regionale nel suo complesso.



lo schema economico-patrimoniale (e non finanziario), certamente permette la computazione di interessanti indici di bilancio per il confronto nelle *performance* economico-finanziarie delle aziende sanitarie. D'altro canto dubbi sono sollevati sulla qualità dei dati a livello aggregato anche in considerazione della scarsa dimestichezza che le unità di contabilità a livello aziendale hanno con tali schemi derivati da quelli delle società di capitali.

**Valore di riferimento.** E' la media nazionale per AO e ASL.

### Descrizione dei risultati

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 € a persona. Questo dato è inferiore a quello dell'anno precedente nel quale la spesa era di 248,00 € per persona. Per quanto attiene la differenziazione tra ASL e AO, contrariamente a quanto prevedibile, la spesa media nelle ASL (155,00 € nel 2002) è superiore rispetto a quella delle AO (100,00 € nel 2002).

Per quanto riguarda il confronto regionale, il panorama si presenta alquanto variegato: il gradiente Nord-Sud non sembra essere sistematico.

Nell'arco di questi due anni la regione che si distingue per la rilevanza degli investimenti fatti nella formazione del personale da parte delle aziende è la Valle d'Aosta (unico valore di spesa in aumento di 45,00 € pro capite).

Le regioni che nel 2001 hanno speso di più per la formazione del personale ASL sono state l'Umbria (1069 euro pro capite) e la Calabria (423 € pro capite).

Nel 2002 la Valle D'Aosta (438 € pro capite) e la Provincia Autonoma di Trento (386 € pro capite).

Le regioni che nel 2001 hanno speso di più per la formazione del personale AO sono state la Basilicata (501 € pro capite) e l'Emilia-Romagna (241 € pro capite). Queste due regioni sono state anche nel 2002 le regioni con la più alta spesa pro capite per formazione del personale dipendente AO (rispettivamente 498 € pro capite e 276 € pro capite).

Le aziende sanitarie lombarde non sembrano computare nei bilanci aziendali spese formative in modo

**Tabella 1** - Spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL e delle AO - Anno 2001, 2002 - Valori in €

Regioni	ASL			AO		
	2001	2002	Variazione assoluta	2001	2002	Variazione assoluta
Piemonte	279,00	165,00	-114,00	211,00	207,00	-4,00
Valle d'Aosta	393,00	438,00	45,00	-	-	-
Lombardia	8,00	4,00	-4,00	17,00	24,00	7,00
P. A. Bolzano-Bozen	n.c.	209,00	n.c.	-	-	-
P. A. Trento	397,00	386,00	-11,00	-	-	-
Veneto	186,00	165,00	-21,00	145,00	160,00	15,00
Friuli-Venezia Giulia	332,00	192,00	-140,00	147,00	142,00	-5,00
Liguria	174,00	118,00	-56,00	222,00	212,00	-10,00
Emilia-Romagna	315,00	211,00	-104,00	241,00	276,00	35,00
Toscana	291,00	204,00	-87,00	73,00	145,00	72,00
Umbria	1.069,00	357,00	-712,00	54,00	59,00	5,00
Marche	272,00	195,00	-77,00	185,00	82,00	-103,00
Lazio	103,00	45,00	-58,00	30,00	33,00	3,00
Abruzzo	192,00	181,00	-11,00	-	-	-
Molise	303,00	235,00	-68,00	-	-	-
Campania	231,00	130,00	-101,00	54,00	113,00	59,00
Puglia	92,00	50,00	-42,00	49,00	62,00	13,00
Basilicata	365,00	166,00	-199,00	501,00	498,00	-3,00
Calabria	423,00	241,00	-182,00	92,00	68,00	-24,00
Sicilia	n.c.	0,22	n.c.	n.c.	0,07	n.c.
Sardegna	66,00	55,00	-11,00	61,00	29,00	-32,00
<b>Italia (media)</b>	<b>234,00</b>	<b>155,00</b>	<b>-79,00</b>	<b>89,00</b>	<b>100,00</b>	<b>11,00</b>

personale AO = ssn + universitari.

n.c. = non calcolabile.

\* Il dato della P. A. di Bolzano e della regione Sicilia non è calcolabile per il 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero della Salute. Sistema Informativo Sanitario. Modelli CE. Annuari statistici del SSN. Anni 2001, 2002.

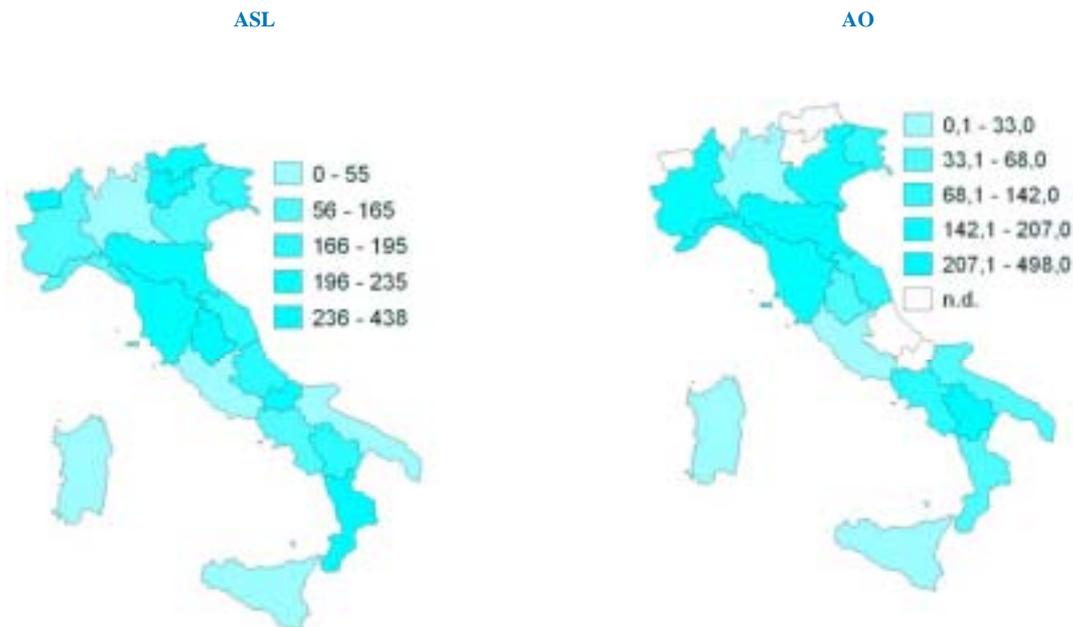
sostanziale, ma come precedentemente osservato la regione Lombardia, attraverso l'I.ReF., ha centralizzato i processi formativi. Tale politica può spiegare, in parte, un dato tanto evidente.

Mentre in alcune regioni è evidente un differente comportamento di spesa tra ASL e AO (vedi regione Umbria, soprattutto nel 2001, Friuli-Venezia Giulia,

Toscana, Campania e Calabria) in Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria, Marche e Puglia sembra esistere un impegno costante ed equilibrato tra le diverse tipologie istituzionali.

Al Sud le aziende della regione Basilicata rappresentano certamente un esempio per l'attenzione prestata alla formazione del personale a livello aziendale.

#### Spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL e delle AO. Anno 2002



#### Raccomandazioni di Osservasalute

Certamente la spesa per la formazione del personale rappresenta di per sé un indicatore dell'attenzione rivolta dalle aziende al proprio personale ma anche alla crescita complessiva del capitale intellettuale nell'organizzazione, chiave fondamentale per lo sviluppo organizzativo.

È altrettanto importante, però, che le aziende acquisiscano una specifica capacità nell'individuare le esigenze di formazione e sviluppino *know-how* specifico nell'analisi del fabbisogno formativo e nella progettazione di tali attività. Queste specifiche competenze sono da inserire nel novero più ampio delle competenze tecnico-professionali necessarie per una moderna gestione delle risorse umane. Le competenze attualmente disponibili nelle aziende sanitarie nell'area del personale, invece, sembrano ancora circoscritte all'amministrazione giuridico-contabile delle posizioni di lavoro, piuttosto che a supporto di una visione strategica e moderna dell'importante ruolo giocato dal capitale intellettuale nelle aziende sanitarie.

#### Note

La computazione dell'indicatore si basa sul codice B0580, voce "Formazione (esternalizzata e non)" del modello CE <http://www.ministerosalute.it/programmazione/finanziamento/dati.jsp>

## Spesa per servizi non sanitari in *outsourcing* nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

**Significato.** L'*outsourcing* è definibile come un processo attraverso il quale le organizzazioni trasferiscono a soggetti terzi, per un periodo predefinito e in diverse forme, la gestione operativa di una o più attività tradizionalmente gestite all'interno, attraverso risorse governate per via gerarchica.

Con l'*outsourcing* l'organizzazione focale, grazie a rapporti di natura sia contrattuale che cooperativa, coinvolge un soggetto terzo nelle proprie attività operative e strategiche.

Nel settore sanitario sono evidenti le opportunità per l'esternalizzazione di attività aziendali. Le attività *contracted-out*, infatti, sono in crescita in molti paesi europei non solo nell'area dei servizi accessori ma anche dei servizi medici.

Tra i vantaggi dell'esternalizzazione dei servizi si annovera certamente quello della certezza della spesa e del controllo della qualità. L'esternalizzazione di un servizio, contrattualmente definita, permette la conoscenza del costo che l'azienda sostiene a fronte di un servizio il cui *standard* di qualità può essere negoziato a priori e verificato in corso d'opera. Tra gli svantaggi c'è quello di una perdita di controllo sul processo, almeno in senso gerarchico, e la perdita di competenze organizzative in una determinata area.

Ciononostante è possibile considerare la gestione in *outsourcing* una modalità innovativa e moderna di gestione dei servizi *no core* che va nella direzione di ridurre l'attenzione manageriale su quelle attività che

non sono generatrici di valore per il paziente contribuendo ad una rifocalizzazione dell'assetto strategico, organizzativo e finanziario sulle attività centrali (*core service*).

Nel panorama nazionale è possibile osservare una progressiva crescita delle aree suscettibili di esternalizzazione. Dai tradizionali servizi generali (quali la lavanderia, le pulizie o la mensa), la tendenza è quella di contrattualizzare servizi tecnostutturali più complessi quali i servizi di manutenzione delle apparecchiature o di gestione e sviluppo del sistema informativo.

Ancorché meno diffuso è comunque in crescita il ricorso all'esternalizzazione di servizi di carattere sanitario-assistenziale. Tra questi già ampiamente sperimentati sono contratti di esternalizzazione di servizi di assistenza infermieristica a domicilio o di dialisi ospedaliera.

L'indicatore selezionato cerca di fornire un panorama della rilevanza che le attività esternalizzate (non sanitarie) hanno nell'ambito della gestione delle aziende sanitarie prendendo in considerazione il costo sostenuto dall'azienda per acquistare servizi non sanitari rispetto al costo totale della produzione sia nelle ASL che nelle AO.

A fianco a questa prima coppia di indicatori se ne computa uno sintetico che fornisce un dato regionale definito come somma delle percentuali di spesa in *outsourcing* sia per le ASL che per le AO.

### Percentuale della spesa per servizi non sanitari in *outsourcing* (ASL o AO)

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa per servizi non sanitari in outsourcing (ASL o AO)}}{\text{Costi di produzione totali (ASL o AO)}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati economico-finanziari che le Aziende sanitarie -Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO) - comunicano annualmente alle Regioni e alle Province Autonome di propria pertinenza, nonché al Ministero della Salute.

I dati vengono rilevati a consuntivo dal Sistema Informativo Sanitario (SIS) tramite il modello CE "Modello di rilevazione del Conto Economico delle Aziende ASL e AO" approvato con DM 16 febbraio 2001.

Gli indicatori qui presentati sono quindi aggregati come sommatoria di rapporti calcolabili nelle singole aziende. Anche in questo caso, come per le spese per formazione, devono essere letti con accortezza in quanto potenzialmente viziati da un errore ecologico. Anche per le spese in *outsourcing* è necessario porre attenzione alla qualità dei dati contabili come eviden-

ziato nell'indicatore precedente.

La computazione di questi indicatori è stata effettuata analizzando tutti i bilanci delle singole ASL e AO nelle regioni italiane. L'utilizzo di tale fonte contabile permette di effettuare delle analisi di bilancio su indici altrimenti non disponibili a livello aggregato.

**Valori di riferimento.** Il principale valore di riferimento è nel dato nazionale derivato da una media delle spese registrate per *outsourcing* delle aziende nelle diverse regioni rispetto al totale del costo di produzione.

Ad ogni modo è possibile prendere in considerazione anche il dato aggregato fornito dalla contabilità nazionale (Ministero Economia e Finanza, Relazione Generale sulla Situazione Economica, Anno 2004) che mostra come i servizi non sanitari appaltati pesano per il 15,4 % dell'aggregato "Beni e Servizi" (che

a sua volta pesa per il 24% sulla spesa complessiva). Rispetto al 2003 le spese in *outsourcing* sono cresciute del 7,3%.

### Descrizione dei risultati

L'osservazione del dato nazionale mostra che il ricorso all'*outsourcing* è significativo sia nelle AO che nelle ASL. Questo evidentemente è legato alla maggiore opportunità di esternalizzazione di servizi *no core* presenti negli stabilimenti ospedalieri rispetto alle altre strutture di assistenza.

Il dato aggregato, inoltre, mostra la crescita del ricorso all'esternalizzazione quale strumento di ridefinizione dell'assetto organizzativo.

Il dato è confermato da quanto rilevato dal Ministero Economia e Finanza (MEF - Relazione Generale sulla Situazione Economica, Anno 2004) che mostra come i costi per i servizi non sanitari appaltati nel 2004 siano cresciuti del 7,3% rispetto all'anno precedente.

Il confronto tra regioni mostra come in tutte esista una maggiore propensione all'esternalizzazione di servizi nelle AO rispetto alle ASL anche se con modulazioni diverse.

Le differenze si riducono in Toscana dove addirittura nel 2001 le maggiori spese in *outsourcing* riguardavano le ASL. Per il resto sia nel 2001 che nel 2002 sei regioni (Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-

Romagna, Umbria, Lazio, Puglia) hanno superato la soglia del 30% delle spese per servizi esternalizzati sul totale del costo di produzione con un picco al 41% nella regione Lazio nell'anno 2002.

Pur non potendo parlare di *trend*, i dati mostrati e le evidenze del MEF, suggeriscono un ampliamento dell'area di interesse dei processi di esternalizzazione nelle aziende sanitarie.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Certamente il ricorso a pratiche di *outsourcing* va nella direzione dell'ottimizzazione delle competenze centrali dell'azienda sanitaria e può contribuire ad ottimizzare anche l'assetto produttivo dell'azienda stessa acquisendo sul mercato competenze professionali spesso mancanti in azienda e sfruttando le economie di scala legate all'erogatore del servizio.

### Note

La computazione dell'indicatore si basa sui codici da B0590 a B0740, macro voci "Servizi non sanitari" e "Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)" del modello CE.

<http://www.ministerosalute.it/programmazione/finanziamento/dati.jsp>.

**Tabella 1** - Percentuale della spesa per servizi non sanitari in *outsourcing* per tipologia di azienda e regione - Valori medi. Anni 2001, 2002

Regioni	2001			2002			Variazione assoluta		
	ASL	AO	Totale	ASL	AO	Totale	ASL	AO	Totale
Piemonte	8,84	18,35	27,19	8,52	18,3	26,82	-0,32	-0,05	-0,37
Valle d'Aosta	15,88	-		14,92	-	14,92	-0,96	-	
Lombardia	3,24	18,39	21,63	2,47	19,45	21,92	-0,77	1,06	0,29
P. A. Bolzano-Bozen	n.c.	-		8,36	-	8,36	n.c.	-	
P. A. Trento	12,21	-		12,99	-	12,99	0,78	-	
Veneto	10,56	22,47	33,03	11,06	24,36	35,42	0,5	1,89	2,39
Friuli-Venezia Giulia	10,74	21,49	32,23	10,35	21,21	31,56	-0,39	-0,28	-0,67
Liguria	7,82	17,27	25,09	8,25	16,66	24,91	0,43	-0,61	-0,18
Emilia-Romagna	9,86	22,66	32,52	9,66	21,96	31,62	-0,2	-0,7	-0,9
Toscana	9,17	7,94	17,11	9,64	15,62	25,26	0,47	7,68	8,15
Umbria	9,84	20,35	30,19	10,88	20,4	31,28	1,04	0,05	1,09
Marche	8,06	17,22	25,28	7,76	17,43	25,19	-0,3	0,21	-0,09
Lazio	8,77	27,91	36,68	9,54	31,47	41,01	0,77	3,56	4,33
Abruzzo	10,43	-		11,04	-	11,04	0,61	-	
Molise	12,09	-		11,71	-	11,71	-0,38	-	
Campania	6,52	19,41	25,93	6,37	19,6	25,97	-0,15	0,19	0,04
Puglia	6,08	25,75	31,83	5,94	24,94	30,88	-0,14	-0,81	-0,95
Basilicata	5,93	19,21	25,14	7,65	20,82	28,47	1,72	1,61	3,33
Calabria	4,61	17,11	21,72	5,72	17,32	23,04	1,11	0,21	1,32
Sicilia	n.c.	n.c.		5,4	14	19,4	n.c.	n.c.	
Sardegna	7,83	11,75	19,58	9,87	10,15	20,02	2,04	-1,6	0,44
<b>Italia</b>	<b>8,87</b>	<b>19,15</b>	<b>28,02</b>	<b>8,96</b>	<b>20,91</b>	<b>29,87</b>	<b>0,28</b>	<b>0,83</b>	<b>1,11</b>

n.c. = non calcolabile.

\* Il dato della P. A. di Bolzano e per la regione Sicilia non è calcolabile per il 2001, quindi non è possibile considerare i valori del 2002 nell'analisi della variazione e nel confronto tra 2001 e 2002.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. - Sistema Informativo Sanitario. Modelli CE. Anni 2001, 2002.

## Outsourcing e forme di partnership

Prof. Americo Cicchetti

Nella realizzazione di un *outsourcing* due sono le parti interessate: l'*outsourcer* (azienda sanitaria) e l'*outsourcee* (*partner* erogatore del servizio): le forme di *partnership* generalmente disponibili in caso di esternalizzazione di attività sono essenzialmente due. Le forme che prevedono una partecipazione "azionaria" e quelle con una natura meramente contrattuale. Nel primo caso si distinguono due possibilità a seconda della natura giuridica dell'azienda sanitaria interessata. Le strutture private, *no profit* o *for profit*, sono libere di scegliere la forma giuridica che ritengono più idonea per realizzare la *partnership*.

In genere una struttura societaria è specificamente dedicata alla gestione di una parte del *business system*; questa opzione è tra le più utilizzate anche nelle *public utilities* per lo snellimento del sistema aziendale di produzione ed erogazione dei servizi, ma è ampiamente diffuso in tutti i settori industriali. Diversa è la situazione per le strutture pubbliche: nonostante l'ampia autonomia normativamente affidata grazie all'art. 3 del D.Lgs 229/1999, l'unica possibilità per questa forma di *outsourcing* è quella della società mista pubblico-privato. Queste iniziative, nell'attuale assetto normativo, possono essere sviluppate esclusivamente nell'ambito delle cosiddette "sperimentazioni gestionali" previste dall'art. 4 della legge n. 412/1991 e la cui disciplina è specificata dall'art. 9-bis del D.Lgs 502/1992 così come modificato dall'art. 9-bis del D.Lgs 229/1999. La legge prevede una duplice possibilità: quella della società commerciale pubblico-privato, a patto che il controllo sia comunque pubblico, e quella della Fondazione di Partecipazione prevista dall'art. 90 della Legge 388/2000 (Finanziaria 2001). Nonostante una ponderosa legislazione le difficoltà procedurali e la mancanza di chiarezza nelle attribuzioni istituzionali per l'indirizzo e il controllo delle sperimentazioni non sembrano facilitare lo sviluppo del modello della *partnership* pubblico-privato per la gestione dei servizi da esternalizzare.

Più frequentemente utilizzate sono invece le forme "contrattuali" quali l'appalto di servizio, il *service management* e il *global service*. Le tre forme si differenziano per la diversa ampiezza delle attività esternalizzate allo stesso partner e per il contenuto delle attività svolte. Nel primo caso, il più tipico, l'azienda sanitaria contrae un unico servizio (lavanderia, sanificazione, etc.), ottenendo l'erogazione da parte del *partner* con mezzi, tecnologie e personale proprio. Nel secondo caso il *partner* gestisce una attività aziendale utilizzando mezzi, personale e tecnologie dell'appaltante.

Grafico 1 - I modelli di outsourcing



Le due opzioni vengono integrate nelle forme di *global service* (terza opzione) attraverso le quali l'azienda affida una pluralità di servizi differenziati ad un unico fornitore che non solo li eroga ma si occupa anche del loro coordinamento integrandoli nelle funzioni aziendali. Il *global service* si configura come una obbligazione di risultato più che di mezzi anche sotto il profilo normativo e regolamentare. Le aziende che erogano servizi in *global service* sono quindi chiamate a sviluppare un duplice sistema di competenze: quelle necessarie per produrre i diversi servizi (lavanderia, mensa, ingegneria clinica, servizi per dializzati, etc) e quelle specifiche di *project management* che comprendono modelli per l'assicurazione della qualità del servizio e strumenti di monitoraggio dei risultati conseguiti.

### Riferimenti bibliografici

Cicchetti, A. 2002. L'organizzazione dell'ospedale: fra tradizione e strategie per il futuro, Vita e Pensiero, Milano.

## Variazione utile o perdita d'esercizio nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

**Significato.** L'utile (o la perdita) di esercizio rappresenta l'indicatore più sintetico dell'economicità di una Azienda Sanitaria. Per economicità si intende la capacità della struttura aziendale di utilizzare razionalmente le risorse giungendo al bilancio tra costi e ricavi al fine di rendere duratura la vita dell'azienda. L'economicità si raggiunge attraverso comportamenti efficienti ed efficaci che garantiscono l'opportunità di svolgimento di questa vita economica in autonomia ovvero senza sistematici ricorsi all'esterno per la copertura degli squilibri. La mancanza di tali condizioni mette in pericolo la capacità del sistema di conseguire i propri fini istituzionali.

L'azione manageriale deve tendere all'ottimizzazione dell'uso dei fattori della produzione a parità di risultato in termini economici e di salute. D'altro canto i processi aziendali devono essere in grado di permettere il conseguimento degli obiettivi aziendali, che in parte

sono traducibili in ricavi e in parte generano valore per la collettività non immediatamente contabilizzabile.

Il principio dell'economicità riportato nel contesto del settore sanitario non può non prendere in considerazione i fattori che definiscono il flusso di ricavi da parte dell'azienda sanitaria che in molti casi non sono riconducibili alle capacità gestionali del *management* e dell'intera azienda, ma alla dimensione della popolazione e alla sua struttura socio-demografica (nel caso dell'Azienda Sanitaria Locale) o al bisogno di salute espresso in domanda di servizi ospedalieri in ricovero (nel caso dell'Azienda Ospedaliera).

Ciononostante l'utile/perdita di bilancio può fornire per lo meno un'indicazione tendenziale dell'economicità complessiva dell'azienda sanitaria intesa come entità economica e patrimoniale, con elevati gradi di autonomia rispetto alla regione di appartenenza.

### Perdita media o utile medio di esercizio

Numeratore	Perdita o utile di esercizio (ASL o AO)
Denominatore	Numero di aziende (ASL o AO)

### Perdita o utile di esercizio pro-capite

Numeratore	Perdita/utile di esercizio (ASL)
Denominatore	Popolazione residente

**Validità e limiti.** Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati economico-finanziari che le Aziende sanitarie - Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO) - comunicano annualmente alle Regioni e alle Province Autonome di propria pertinenza, nonché al Ministero della Salute. I dati vengono rilevati a consuntivo dal Sistema Informativo Sanitario (SIS) tramite il modello CE "Modello di rilevazione del Conto Economico delle Aziende ASL e AO" approvato con DM 16 febbraio 2001.

L'indicatore assume rilevanza in quanto ci permette di valutare l'economicità della gestione delle Aziende Sanitarie nell'ambito di una regione al netto degli effetti generati dalla mobilità sanitaria interregionale. Allo stesso tempo mette in evidenza l'equilibrio economico generale delle unità aziendali e quindi una manifestazione dell'autonomia economica raggiunta dalle aziende sanitarie.

La mancanza di economicità a livello microeconomico ha come conseguenza il peggioramento delle condizioni di equilibrio nel bilancio regionale.

**Benchmark.** Il benchmark è il pareggio di bilancio che esprime la presenza di un equilibrio economico della gestione e una condizione di economicità del sistema aziendale in senso dinamico.

### Descrizione dei risultati

I dati aggregati a livello nazionale (tabella 1) mostrano sia nel 2001 che nel 2002 un panorama per le Aziende sia Sanitarie che Ospedaliere di sistemi che non sembrano essere in grado di mantenersi in equilibrio economico. La lettura dei dati aggregati, inoltre, mostra una lieve riduzione della perdita registrata dai bilanci di esercizio delle aziende sanitarie, sia territoriali che ospedaliere, tra il 2001 e il 2002. Questo dato sembra coerente con quello riportato nel capitolo successivo del Rapporto Osservasalute, che evidenzia, anche per gli anni presi qui come riferimento (2001 e 2002), l'esistenza di disavanzi per i bilanci aggregati di tutte le regioni.

L'analisi dei dati mostra una perdita media delle AO (nel 2001 -8 milioni di €, nel 2002 6 milioni di €) inferiore a quella registrata per le ASL (nel 2001 -24

**Tabella 1** - Perdita media o utile medio di esercizio per tipologia di azienda e regione (migliaia di €) - Anni 2001-2002

Regioni	Utile/perdita				Utile/perdita			
	Numero	ASL 2001	Numero	AO 2001	Numero	ASL 2002	Numero	AO 2002
Piemonte	22	-7.735	7	-3.772	22	-4.419	7	195
Valle d' Aosta	1	-22.367		-	1	4.550	-	-
Lombardia	13	-14.340	29	-7.616	15	-15.320	29	-2.566
Bolzano-Bozen	4	n.c.	-	-	4	-20.319	-	-
Trento	1	75	-	-	1	43	-	-
Veneto	21	-33.233	2	-15.039	21	-14.405	2	-16.235
Friuli-Venezia Giulia	6	-7.914	3	2.034	6	366	3	581
Liguria	5	1	3	71	5	-2.402	3	-1.747
Emilia-Romagna	13	-6.012	4	-4.105	13	-11.870	4	-7.406
Toscana	12	-9.112	3	-1.113	12	-9.408	3	42
Umbria	4	-9.441	2	-12.876	4	-263	2	-3.054
Marche	13	-5.990	4	-5.528	13	-7.451	4	-3.644
Lazio	12	-81.262	3	-59.262	12	-104.293	3	-66.046
Abruzzo	6	-32.173	-	-	6	-27.861	-	-
Molise	4	-9.423	-	-	4	-2.965	-	-
Campania	13	-87.668	8	-8.420	13	-75.008	8	-9.307
Puglia	12	-37.521	6	-24.319	12	-14.776	6	-18.299
Basilicata	6	-354	2	-848	6	-1.689	2	-5.020
Calabria	11	-19.345	4	-696	11	-9.172	4	89
Sicilia	9	n.c.	9	n.c.	9	-38.854	9	-417
Sardegna	8	-32.860	1	40	8	-37.779	1	-5.474
<b>Italia</b>	<b>196</b>	<b>-23.985</b>	<b>90</b>	<b>-8.203</b>	<b>198</b>	<b>-22.359</b>	<b>90</b>	<b>-6186</b>

n.c. = non calcolabile.

\* Il dato della P. A. di Bolzano e per la regione Sicilia non è calcolabile per il 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Elaborazioni su dati del Sistema Informativo Sanitario. Anni 2001, 2002.

**Tabella 2** - Perdita o utile di esercizio pro capite delle ASL (€) - Anni 2001-2002

Regioni	2001	2002	Variazione assoluta
Piemonte	-40,00	-23,00	17,00
Valle d' Aosta	-186,00	38,00	224,00
Lombardia	-21,00	-25,00	-4,00
Bolzano-Bozen	n.c.	174,00	n.c.
Trento	0,00	0,00	0,00
Veneto	-154,00	-66,00	88,00
Friuli-Venezia Giulia	-40,00	2,00	42,00
Liguria	0,00	-8,00	-8,00
Emilia-Romagna	-20,00	-39,00	-19,00
Toscana	-31,00	-32,00	-1,00
Umbria	-45,00	0,00	45,00
Marche	-53,00	-66,00	-13,00
Lazio	-187,00	-244,00	-57,00
Abruzzo	-152,00	-132,00	20,00
Molise	-116,00	-37,00	79,00
Campania	-199,00	-171,00	28,00
Puglia	-111,00	-44,00	67,00
Basilicata	-4,00	-17,00	-13,00
Calabria	-105,00	-50,00	55,00
Sicilia	n.c.	-70,00	n.c.
Sardegna	-160,00	-185,00	-25,00
<b>Italia</b>	<b>-95,00</b>	<b>-87,00</b>	<b>8,00</b>

n.c. = non calcolabile.

\* Il dato della P. A. di Bolzano e della regione Sicilia non è calcolabile per il 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - Elaborazioni in su dati del Sistema Informativo Sanitario. Anni 2001, 2002.

milioni di €, nel 2002 -22 milioni di €)

Lo stato di squilibrio economico delle Aziende Sanitarie è diffuso in molte regioni italiane con qualche significativa eccezione soprattutto legata a realtà particolari come la P. A. di Trento e la regione Valle d'Aosta i cui regimi statutari e le dimensioni rendono il confronto con le altre realtà nazionali non di facile interpretazione.

Condizioni di equilibrio economico si riscontrano in alcune Aziende Sanitarie della regione Liguria, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna (per la sola AO Brotzu di Cagliari).

Le regioni mostrano comunque condizioni di perdita di bilancio con modulazioni molto diverse.

La perdita media delle ASL della regione Lazio (-81.262 milioni di € nel 2001) e Campania (-87.668 milioni di € nel 2001) è significativamente superiore rispetto alle perdite registrate in regioni come Toscana (-9.112 milioni di € nel 2001) Umbria (-9.441 milioni di € nel 2001) e Marche (-5.990 milioni di € nel 2001).

La lettura dei valori assoluti, però, è influenzata dalla diversa dimensione delle ASL nelle regioni in questione. La ASL Napoli 1 con oltre 1 milione di abitanti e la ASL RM E con oltre 600.000 assistiti hanno bilanci che superano ampiamente quelli della stessa regione Umbria.

A questo proposito l'analisi degli utili/perdite di bilancio pro capite per le ASL delle regioni rappresenta un indicatore più sensibile ai fini del confronto interregionale sull'economicità delle Aziende Sanitarie Locali (vedi tabella 2).

I dati pro capite confermano le situazioni di equilibrio per le ASL della Liguria, P. A. di Trento e Umbria.

Le perdite pro capite nel 2001 confermano che le regioni Lazio, Campania e Veneto mostrano le peggiori condizioni di bilancio con perdite per persona che risultano pari a 187,00 € nel Lazio, a 199,00 € in Campania e 154,00 € in Veneto. Nel 2002 la condizione della Campania migliora con una riduzione della perdita di 28,00 € pro capite, la situazione nel Lazio peggiora di - 57,00 € e nel Veneto migliora di 87,00 €. Il confronto tra 2001 e 2002 a livello nazionale mostra una riduzione delle perdite pro capite di soli 8,00 € per persona. Non sono evidenti differenze per aree geografiche.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La ricerca dell'efficienza micro-economica nelle organizzazioni responsabili per l'erogazione dei servizi sanitari è uno degli obiettivi richiamati da tutte le organizzazioni internazionali per assicurare l'equilibrio economico nei Sistemi Sanitari.

La logica del D.lgs n. 502/92 si fondava su un sistema di autonomie in grado di generare incentivi a livello micro-economico per il conseguimento dell'equilibrio di bilancio nelle Aziende Sanitarie sia Locali che

Ospedaliere. Questa logica veniva confermata dalla previsione di una "autonomia imprenditoriale" (art. 3) dal D.lgs n. 229/99.

Le recenti evoluzioni negli assetti istituzionali di molte regioni stanno mettendo in discussione il ruolo dell'autonomia aziendale e la possibilità che gli incentivi a livello micro-economico possano contribuire all'equilibrio del sistema. La tendenza registrata in molte regioni, è quella di sostituire al sistema degli incentivi e delle autonomie, un sistema pienamente integrato in cui la programmazione - e non il mercato interno - rappresenti il principale strumento per la regolazione.

Se la criticità del sistema basato sul mercato interno è essenzialmente sul monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni e sul dimensionamento del sistema di offerta, in un sistema integrato la principale criticità è quella di generare adeguati incentivi alla produttività e all'efficienza con strumenti diversi da quelli competitivi.

In entrambi i casi i sistemi di finanziamento rappresentano i principali strumenti per il governo della dinamica degli incentivi. Sembrerebbe quindi indispensabile, indipendentemente dalla natura del sistema di regolazione prescelto, investire maggiormente nello studio e nell'implementazione di sistemi avanzati di finanziamento in grado di assecondare il sistema di *governance* e di generare adeguati incentivi a livello micro-economico.