

Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario presenta alcune novità rispetto agli anni scorsi, tale cambiamento dipende dalla mancata pubblicazione della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, che ha impedito di aggiornare i dati relativi al disavanzo pro capite e alla spesa pubblica pro capite.

Pertanto, nel corso del Capitolo verrà commentato solo il rapporto tra spesa pubblica e Prodotto Interno Lordo (PIL).

In compenso, quest'anno viene proposto un *Focus* che ha come oggetto l'analisi di alcuni indicatori di bilancio calcolati a livello sub-regionale per il periodo 2002-2012. In particolare, sono stati predisposti alcuni indicatori calcolati sui bilanci delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) aggregati a livello provinciale. La scelta del dettaglio provinciale si è resa necessaria in considerazione del fatto che le frequenti iniziative di "riassetto" delle aziende sanitarie rendono molto difficile l'analisi a livello di singola ASL, mentre la relativa stabilità delle Province e le sempre più frequenti iniziative di coordinamento interaziendale a livello provinciale assicurano un'analisi adeguata a livello sub-regionale.

Gli indicatori analizzati confermano anche per quest'anno una certa efficacia delle iniziative di contenimento della spesa. A livello nazionale, il rapporto spesa/PIL nel 2012 è risultato immutato rispetto al 2011 (7,0%) e, quindi, inferiore ai valori raggiunti nel biennio 2009-2010 (7,2%). A livello regionale, il rapporto spesa/PIL nel 2012 è risultato inferiore al dato 2009 in tutte le regioni centro-meridionali, tranne Sicilia e Sardegna, nonché in 7 regioni del Centro-Nord, comprese le 2 (Piemonte e Liguria) che sono state assoggettate nel tempo ai Piani di Rientro. A livello infraregionale, infine, gli aggregati provinciali con perdite elevate (ossia, superiori al 5% dei proventi) sono ormai in numero abbastanza ridotto (12, contro i 52 del triennio 2002-2004) e scarsamente concentrati dal punto di vista geografico (al massimo due per regione, in contrapposizione al triennio 2002-2004, in cui le 7 regioni si caratterizzavano per la presenza di perdite elevate in tutti i propri aggregati provinciali).

Tutto ciò riflette e sintetizza un profondo mutamento negli atteggiamenti delle aziende rispetto ai vincoli economico-finanziari: se in passato i vincoli venivano spesso giudicati irrealistici e non incidevano sugli effettivi comportamenti aziendali, generando circoli viziosi di generazione e copertura dei disavanzi, oggi gli stessi vincoli sono giudicati pienamente credibili e condizionano fortemente le scelte gestionali.

I medesimi dati, d'altra parte, rivelano anche come i sacrifici chiesti alla Sanità Pubblica trovino principale origine non in una presunta dispendiosità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), bensì altrove: da un lato, nell'elevato livello del debito pubblico e della correlata spesa per interessi (quest'ultima è pari a circa i 2/3 dell'intero fabbisogno sanitario nazionale), dall'altro nell'incapacità del sistema economico di crescere adeguatamente (tanto che l'aumento della spesa sanitaria pubblica, seppur spesso molto contenuto, è stato negli ultimi vent'anni quasi sempre superiore a quello del PIL).

Il rischio evidente è che questi ulteriori sacrifici aggravino il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle attese, intaccando ulteriormente una copertura pubblica già incompleta. Particolarmente critiche sono le prospettive per l'equità intergenerazionale, per effetto sia del sostanziale blocco degli investimenti (cui contribuisce, in verità, anche la frequente incapacità di spendere bene i limitati fondi disponibili), sia dell'impatto che le iniziative di risparmio e razionalizzazione potrebbero avere sullo stato di salute dei cittadini e, di conseguenza, sullo stesso equilibrio economico-finanziario di medio periodo. In linea di principio, naturalmente, tali iniziative dovrebbero identificare e incidere su situazioni di inefficienza e inappropriatazza, quindi salvaguardare gli attuali livelli di servizio. In molti casi, tuttavia, risparmio e razionalizzazione sono stati perseguiti tramite "tagli lineari" sugli *input*, nella speranza di indurre le aziende a "fare lo stesso con meno", senza introdurre le opportune innovazioni di prodotto (il *mix* di servizi offerti) e di processo (le modalità di produzione ed erogazione dei servizi).

Le innovazioni di prodotto e di processo, peraltro, non possono essere imposte dal centro, ma vanno sviluppate sul campo, dalle persone più direttamente coinvolte nei processi operativi aziendali, per renderle coerenti con le specificità di azienda e di ambiente. Occorre, quindi, un ulteriore rafforzamento della responsabilità delle aziende sulle proprie *performance* economiche e di salute nonché, all'interno delle aziende stesse, un rafforzamento altrettanto vero delle capacità manageriali e degli strumenti gestionali, tra cui gli strumenti di gestione del personale, oggi spesso ancora carenti. Il ruolo del livello centrale e di quello regionale, d'altra parte, è quello di suggerire, sostenere e incentivare concretamente l'innovazione e la responsabilizzazione.

Spesa sanitaria pubblica in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Significato. Nel presente Capitolo sono presentati due indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e il PIL pro capite.

L'intento è quello di fornire una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali.

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.

Il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e il PIL indi-

ca la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per la promozione, il mantenimento, la cura e il ristabilimento delle condizioni di salute della popolazione rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento. L'indicatore offre, quindi, un *proxy* della misura del peso economico potenziale per la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli altri servizi socio-sanitari aggiuntivi che la regione vuole garantire ai suoi cittadini.

Al fine di valutare il contributo offerto da ciascun cittadino con quanto prodotto singolarmente per la garanzia dei LEA viene introdotto il secondo indicatore: il PIL pro capite, che esprime il valore dei beni e servizi mediamente prodotto per ogni cittadino residente.

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica corrente}}{\text{Denominatore} \quad \text{Prodotto Interno Lordo a prezzi correnti}} \times 100$$

Prodotto Interno Lordo pro capite

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Prodotto Interno Lordo corrente}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori utilizzabili per i confronti con altri Paesi, anche se l'indicatore andrebbe integrato della componente privata della spesa sanitaria. La sua formulazione ed il suo uso consolidato nelle comparazioni internazionali ne accreditano l'utilizzo anche nei raffronti fra le regioni di un singolo Stato. Si tratta di un indicatore grezzo che non consente di trarre indicazioni di politica sanitaria né di misurare il grado di benessere della collettività e, a causa della presenza di meccanismi di natura perequativa, non rappresenta la quota di reddito regionale effettivamente destinato alla Sanità Pubblica, in quanto parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla regione.

I suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti propri sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa complessiva dei servizi sanitari garantiti, non tiene conto della diversa numerosità della popolazione nelle regioni, né palesa i differenti livelli di bisogno di assistenza sanitaria. Inoltre, non rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate, né esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica con la conseguenza che valori più alti non sono espressione di utilizzo appropriato ed

efficiente delle risorse. In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL 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 metodo 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 avrebbe se si assumesse in toto l'onere del finanziamento.

Il secondo indicatore esprime il valore dei beni e servizi mediamente prodotti dai cittadini di ciascuna regione. La sua lettura integrata con l'indicatore precedente permette di stabilire quanto l'onere del finanziamento per i LEA graverebbe sul valore prodotto di ciascun cittadino.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi naziona-

li e, per il dato nazionale, quelli medi dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Descrizione dei risultati

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL a livello nazionale, pur denunciando una crescita dal 2005 al 2012 (Tabella 1) ad un tasso medio composto annuo dello 0,77%, manifesta una flessione a partire dal 2009 passando dal 7,22% al 7,04%. Questo andamento è in linea con gran parte dei Paesi OCSE, dove la crescita della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL si è rallentata a partire dal 2009 e il tasso medio annuo composto si posiziona sotto l'1,0% nel periodo 2005-2011.

Negli anni 2009-2010-2011 il valore italiano è allineato alla media dei Paesi OCSE, anche se inferiore a quelli di altri Paesi come UK, Germania, Francia e USA di circa 1,5 punti percentuali.

A livello regionale, il trend 2005-2012 registra un tasso medio annuo composto della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL positivo per la maggior parte delle regioni, con l'eccezione di 6 di esse che denunciano, invece, una leggera flessione: Abruzzo (-1,18%), PA di Bolzano (-1,18%), Molise (-1,00%), Liguria (-0,50%), Campania (-0,26%) e Lazio (-0,11%).

A partire dal 2010 si registra, anno dopo anno, una contrazione della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL che interessa 7 regioni nel 2010, si estende a tutte, eccetto la PA Trento, nel 2011 e ne coinvolge 8 nel 2012.

La situazione vede, in tutti gli anni 2010-2012, un gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali si presentano con valori superiori all'8% circa e sempre maggiori del dato nazionale, mentre le regioni settentrionali spendono meno del 7,5% circa.

L'incidenza minima si ha sempre in Lombardia e la

massima in Campania con un divario che si riduce leggermente negli anni passando da 5,36 nel 2010 a 4,84 nel 2012.

A partire dal 2010, 6 regioni meridionali (Puglia, Basilicata, Molise, Sicilia, Calabria e Campania) hanno una incidenza della spesa sanitaria rispetto al PIL superiore al 10,0% e nel 2012 si aggiunge la Sardegna.

Poiché l'indicatore non tiene conto della numerosità della popolazione residente è possibile che bassi valori dell'indicatore, che esprimono una scarsa spesa per il servizio sanitario, se rapportati alla popolazione potrebbero indicare una elevata destinazione di risorse finanziarie alla tutela della salute dei residenti nelle singole regioni. A tal fine e relativamente al 2012 è stata effettuata una lettura integrata di due indicatori: spesa sanitaria su PIL e PIL pro capite (Tabelle 1 e 2). Dall'analisi emerge che le regioni con un PIL pro capite più basso rispetto al valore nazionale, si presentano con una percentuale di spesa sanitaria sul PIL superiore al dato nazionale e viceversa: il che sembrerebbe dimostrare che la quantità di risorse destinate alla sanità non rappresenta una quota proporzionale alle risorse prodotte da ciascun residente nelle diverse regioni ed, anzi, sembrerebbe esistere una relazione inversa: tanto maggiore è il PIL pro capite tanto minore è la quota del PIL destinata alla tutela della salute. Relativamente alle 8 regioni interessate dai Piani di Rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia), nel 2010 hanno ridotto la spesa rispetto al PIL solo in 4 (Piemonte, Abruzzo, Lazio e Calabria), tutte nel 2011 e 5 nel 2012 (Abruzzo, Calabria, Campania, Molise e Sicilia). Nel periodo 2009-2012, tutte le regioni sottoposte a Piani di Rientro presentano un tasso medio annuo composto negativo con l'unica eccezione della Sicilia.

Tabella 1 - Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL, variazioni percentuali e tasso medio composto annuo (per 100) per regione - Anni 2005, 2008-2012

Regioni	2005	2008	2009	2010	2011	2012	Δ % (2001-2012)	Δ % (2005-2012)	Tassi medi composti annui (2009-2012)
Piemonte	6,09	6,35	6,93	6,83	6,56	6,58	0,34	8,08	-1,70
Valle d'Aosta	5,73	6,08	6,29	6,31	6,30	6,30	0,04	10,00	0,07
Lombardia	4,81	5,16	5,44	5,44	5,38	5,47	1,68	13,73	0,19
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6,52</i>	<i>6,38</i>	<i>6,09</i>	<i>6,09</i>	<i>5,94</i>	<i>6,00</i>	<i>1,04</i>	<i>-7,95</i>	<i>-0,49</i>
<i>Trento</i>	<i>5,45</i>	<i>5,71</i>	<i>6,17</i>	<i>6,21</i>	<i>6,24</i>	<i>6,45</i>	<i>3,30</i>	<i>18,27</i>	<i>1,45</i>
Veneto	5,42	5,64	5,98	5,95	5,73	5,83	1,79	7,61	-0,83
Friuli Venezia Giulia	5,92	6,55	7,02	6,90	6,83	6,96	1,93	17,60	-0,28
Liguria	7,53	7,21	7,62	7,64	7,35	7,27	-1,10	-3,47	-1,56
Emilia-Romagna	5,47	5,51	5,89	5,90	5,71	5,81	1,76	6,23	-0,45
Toscana	5,98	6,35	6,81	6,72	6,58	6,43	-2,21	7,60	-1,87
Umbria	7,01	7,11	7,70	7,70	7,64	7,76	1,58	10,71	0,26
Marche	6,22	6,39	6,76	7,02	6,83	6,91	1,20	11,12	0,74
Lazio	6,70	6,75	6,89	6,82	6,61	6,65	0,58	-0,77	-1,18
Abruzzo	8,43	8,21	8,42	8,14	7,91	7,76	-1,93	-7,98	-2,69
Molise	10,94	10,04	10,42	10,75	10,33	10,20	-1,30	-6,80	-0,72
Campania	10,50	10,46	10,76	10,80	10,56	10,31	-2,37	-1,81	-1,41
Puglia	9,42	9,95	10,54	10,63	10,14	10,18	0,41	8,08	-1,15
Basilicata	8,88	9,68	10,41	10,54	10,31	10,04	-2,60	13,08	-1,19
Calabria	9,50	10,26	10,70	10,62	10,44	10,16	-2,72	6,90	-1,73
Sicilia	9,85	9,89	10,17	10,43	10,38	10,30	-0,81	4,53	0,41
Sardegna	8,54	8,95	9,63	9,98	9,98	10,05	0,70	17,68	1,43
Italia	6,67	6,86	7,22	7,21	7,02	7,04	0,24	5,50	-0,85

Fonte dei dati: Istat. Health for all-Italia. Anno 2013.

Tabella 2 - PIL totale (valori in miliardi di €) e PIL pro capite (valori in €) per regione - Anno 2012

Regioni	PIL totale	PIL pro capite
Piemonte	124.926	27.942
Valle d'Aosta - Vallée d'Aoste	4.443	34.465
Lombardia	331.405	33.066
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>19.162</i>	<i>37.316</i>
<i>Trento</i>	<i>16.243</i>	<i>30.338</i>
Veneto	146.605	29.531
Friuli Venezia Giulia	35.996	29.106
Liguria	44.064	27.308
Emilia-Romagna	140.914	31.538
Toscana	105.895	28.100
Umbria	21.222	23.316
Marche	40.192	25.601
Lazio	169.483	29.195
Abruzzo	30.048	22.322
Molise	6.385	20.034
Campania	95.488	16.369
Puglia	70.314	17.208
Basilicata	10.516	17.964
Calabria	33.282	16.575
Sicilia	84.888	16.826
Sardegna	33.025	19.722
Italia	1.567.010	25.729

Fonte dei dati: Istat. Health for all-Italia. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

La spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL segue in Italia l'andamento degli altri Paesi dell'OCSE, registrando una riduzione a partire dal 2009. Ciò che, tuttavia, rende la realtà italiana più complessa è che nell'indicatore la variabile che condiziona maggiormen-

te tale riduzione è il numeratore, cioè la spesa sanitaria pubblica. Tale fenomeno se protratto nel tempo può sfociare o in un incremento della spesa privata e/o in ricadute negative sulla salute della popolazione. In un'ottica di servizio pubblico sono, pertanto, necessari interventi a livello governativo volti a garantire

livelli essenziali di qualità.

La spesa corrente pubblica sul PIL si presenta ancora molto variegata fra le regioni con un netto gradiente Nord-Sud ed Isole. È una situazione che si registra da anni, come risulta dalle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, e non accenna a modificare l'andamento. Inoltre, la spesa pare essere inversamente correlata al valore del PIL pro capite. Ciò significa che alcune regioni destinano mediamente più risorse di altre per garantire i LEA ai loro cittadini.

La ragione potrebbe risiedere nel fatto che la salute è un bene necessario e quindi, per una certa misura, incompressibile con la conseguenza che la quota di PIL destinata alla spesa sanitaria non può che essere più elevata nelle regioni più povere, così come accade per un'analogia categoria di beni come quella alimentare. Una ulteriore e diversa spiegazione potrebbe risiedere nel fatto che le regioni sono tenute al rispetto dei LEA e che il relativo finanziamento è alimentato anche da trasferimenti di fondi definiti in sede di Accordo Stato-Regioni. La conseguenza è che a fronte di una omogenea ripartizione di risorse destinata alla sanità fra le diverse regioni, il valore della spesa, se rapportato al PIL pro capite, pare incidere in misu-

ra maggiore nelle realtà più povere. Tuttavia, ciò può anche significare o inefficienze gestionali nella produzione dei servizi e/o una offerta quantitativamente inappropriata di prestazioni e/o ancora investimenti non correttamente pianificati nel tempo e nella distribuzione fra i soggetti produttori. A supporto di tale ultima possibile spiegazione vi sono i dati relativi alle regioni interessate dai Piani di Rientro che sono per lo più fra quelle che hanno una incidenza superiore al valore nazionale.

Al fine di omogeneizzare la quota di PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica fra le regioni, sarebbe auspicabile che le diverse realtà territoriali realizzassero un *benchmarking* volto a individuare le ragioni di tali differenze anche attraverso un'analisi integrata dei diversi indicatori disponibili e, primo fra tutti, quello relativo alla ripartizione delle risorse spese per livello di assistenza al fine di individuare le aree su cui agire in via prioritaria. In secondo luogo, sarebbe opportuno che le regioni adottassero tecniche di programmazione delle attività sanitarie e delle correlate risorse (strumentazioni, personale e altri beni) in modo da evitare inutili duplicazioni o situazioni di carenze strutturali che conducono ad una lievitazione della spesa.

Le performance economico-finanziarie nel Servizio Sanitario Nazionale: un approfondimento infraregionale

Premessa e Obiettivi

Nel corso dell'ultimo decennio, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dei soggetti che lo compongono ha acquisito sempre maggiore importanza. In particolare, per effetto dei processi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni e di accentramento regionale, l'attenzione si è quasi esclusivamente focalizzata sul livello regionale¹. In tal senso va, opportunamente, anche l'innovazione normativa (D. Lgs. n. 118/2011) che richiede la redazione di un vero e proprio bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Per loro natura, tuttavia, i bilanci consolidati perdono inevitabilmente di vista l'eterogeneità delle attività svolte dalle aziende consolidate, nonché l'apporto di ciascuna azienda alla realizzazione del risultato economico globale. Nel contesto sanitario, inoltre, un'eccessiva focalizzazione sul livello regionale rischia di sottovalutare "che la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità di ogni azienda e dall'interazione tra le aziende stesse", che molte variabili chiave restano sotto il controllo delle singole aziende e che il loro efficace utilizzo continua a dipendere, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse.

Il contributo, pertanto, si propone di indagare le *performance* economico-finanziarie del SSN nel periodo 2002-2012 a un livello più dettagliato rispetto alla consueta dimensione regionale, al fine di verificare la presenza e la significatività di eventuali eterogeneità intraregionali.

Metodologia

A tal fine, si sono utilizzati i modelli Conti Economici (CE) delle singole aziende sanitarie per ciascuno degli anni considerati. I valori contenuti nei modelli CE sono stati aggregati lungo tre dimensioni:

- per periodi, al fine di facilitare la rappresentazione e l'interpretazione dei trend temporali. In particolare, si sono individuati quattro periodi: 2002-2004; 2005-2007; 2008-2010; 2011-2012²;
- per aggregati provinciali, al fine di costruire serie storiche che prescindano dai molteplici processi di ridefinizione delle aziende intervenuti nel decennio considerato, nonché di riflettere le crescenti spinte verso forme di coordinamento e integrazione a livello di area vasta. In particolare, si sono individuati 103 aggregati provinciali (Marche e Molise, in quanto caratterizzate da un'unica Azienda Sanitaria Locale regionale, sono state considerate ciascuna come un'unica provincia; le province di più recente costituzione, ossia Monza-Brianza e Barletta-Andria-Trani, sono state considerate, rispettivamente, parte delle province di Milano e Bari);
- per aggregati di voci CE, in una logica di riclassificazione del conto economico, sia per costruire serie storiche che prescindano dalle modifiche apportate ai modelli CE nel decennio considerato, sia per generare la base informativa necessaria alla costruzione di opportuni quozienti di bilancio.

A quest'ultimo riguardo, sono stati costruiti due quozienti principali: 1. il risultato netto percentuale, pari al risultato netto d'esercizio, rapportato per esigenze di confronto spazio-temporale al totale dei proventi dell'aggregato provinciale; 2. il ricorso pro capite alla produzione esterna, ossia il costo sostenuto per la "produzione affidata all'esterno" (medicina generale, farmaceutica convenzionata, mobilità passiva verso strutture private accreditate della regione di appartenenza e mobilità passiva interregionale), rapportato alla popolazione residente.

Ulteriori indicatori sono stati poi utilizzati per approfondire l'interpretazione dei risultati. Tra questi, particolarmente significativi sono: 3. i contributi pro capite da Fondo Sanitario Regionale; 4. l'incidenza dei costi del personale sulle "Risorse per la Produzione Interna (RPI)", quest'ultime definite come differenza tra i proventi dell'aggregato provinciale e i costi da questo sostenuti per il ricorso alla produzione esterna³. Utili indicazioni discendono, inoltre, dall'analisi degli altri proventi aziendali e specificamente dal: 5. finanziamento aggiuntivo pro capite a carico della collettività regionale (tra cui contributi extra-fondo, ticket e quote di contributi in conto capitale imputate all'esercizio); 6. ulteriori proventi pro capite (tra mobilità attiva interregionale, ricavi libera professione e proventi accessori).

Per ciascuno dei quattro periodi considerati, gli aggregati provinciali sono stati raggruppati in sei classi, definite in base all'incrocio dei due quozienti principali: 1. risultato netto percentuale: positivo o nullo; negativo, ma contenuto entro il 5%, ossia entro la soglia di criticità definita dalla recente normativa in tema di Piani di

¹Significativo è il frequente riferimento normativo alla responsabilità regionale sull'operato e sull'equilibrio economico-finanziario delle "proprie" aziende sanitarie pubbliche. Si veda per esempio l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (art. 6 - Obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario): "Le Regioni si impegnano a [...] garantire [...] l'equilibrio economico-finanziario del [SSR] nel suo complesso, con riferimento alle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico".

²I dati 2012 sono provvisori.

³In questo modo, i costi del personale (così come eventuali altri costi di produzione interna) vengono commisurati alle risorse che residuano dopo aver remunerato gli erogatori esterni. Questo perché i SSR con maggiori risorse per la produzione interna (grazie all'elevato finanziamento, ai limitati costi per la produzione affidata a terzi, e/o a elevati proventi tipici propri delle aziende sanitarie) possono permettersi più elevati costi della produzione interna senza pregiudicare l'equilibrio economico.

Rientro⁴; negativo e superiore al 5%; 2. ricorso pro capite alla produzione esterna: inferiore o superiore al valorazionale.

Le sei classi sono poi state indagate, per ogni periodo e nella loro evoluzione temporale, in termini di numerosità, distribuzione geografica e indicatori economico-finanziari.

L'analisi risente principalmente di tre limiti. Il primo concerne la qualità e la comparabilità dei dati: nel decennio considerato, non tutte le aziende sanitarie disponevano di sistemi contabili adeguati e, in ogni caso, le regole contabili variavano da regione a regione. Il secondo concerne la discrezionalità regionale nella determinazione dei risultati economici aziendali, soprattutto tramite la distribuzione durante l'esercizio di quote di finanziamento corrente con finalità di "riequilibrio" o, più in generale, non strettamente correlate alla produzione aziendale. Il terzo, più tecnico, è che i valori degli aggregati provinciali sono stati ottenuti tramite la semplice somma dei valori aziendali, senza le elisioni che dovrebbero caratterizzare un appropriato processo di consolidamento contabile.

Risultati

I cartogrammi rappresentano graficamente le sei classi di aziende per i quattro periodi considerati. La Tabella 1 presenta, per ciascun periodo e per ciascuna classe di azienda, i valori medi dei principali quozienti di bilancio. Di seguito si illustrano gli aspetti più rilevanti.

Nel periodo 2002-2004, il risultato netto percentuale assumeva un valore mediano negativo e pari al 5%.

Gli aggregati provinciali in equilibrio erano solamente 4⁵, tutti caratterizzati da un limitato (ossia, inferiore alla media) ricorso alla produzione esterna. Erano tutti collocati nel Centro-Nord⁶ e specificamente nelle regioni e PA. Anche per questo motivo, si caratterizzavano per livelli mediani di finanziamento pro capite decisamente superiori (di circa 340€) alla mediana nazionale, con evidenti riflessi positivi anche in termini di incidenza dei costi del personale sulle RPI (60%, contro un valore mediano nazionale di 66%) e, in ultima analisi, di risultato economico.

In tema di finanziamento, è peraltro opportuno evidenziare due aspetti. Primo, il quoziente considerato è calcolato in rapporto alla popolazione "secca", ossia non ponderata. Non consente, quindi, giudizi sull'effettivo sovra o sottofinanziamento dei singoli aggregati provinciali. Secondo, il livello di finanziamento di ciascun aggregato provinciale riflette due livelli di scelte allocative: non solo dallo Stato alle regioni, ma anche da ciascuna regione alle proprie aziende. A quest'ultimo riguardo, è interessante osservare come, per ciascuno dei quattro periodi considerati, il finanziamento pro capite degli aggregati provinciali comprendenti il capoluogo di regione sia stato significativamente superiore⁷ a quello degli altri aggregati provinciali. Gli aggregati provinciali comprendenti il capoluogo di regione si distinguono anche per il minor ricorso alla produzione esterna⁸; lo stesso vale, più in generale, per gli aggregati provinciali che comprendono almeno un'azienda ospedaliera⁹. Nessuna peculiarità statisticamente significativa degli aggregati provinciali comprendenti il capoluogo di regione e/o almeno un'azienda ospedaliera è, invece, emersa con riferimento né al risultato netto percentuale, né all'incidenza del costo del personale sulle RPI.

Nel medesimo periodo 2002-2004, gli aggregati provinciali con perdite contenute (ossia, inferiori al 5%) erano 47, di cui: 1. trentuno caratterizzati da un limitato ricorso alla produzione esterna; 2. trentasei situati nell'Italia centro-settentrionale. Per entrambe le classi di aggregati provinciali (con limitato e ampio ricorso alla produzione esterna), la perdita netta percentuale mediana si attestava intorno al 3-4% e l'incidenza mediana del costo del personale intorno al 62-64%. Le due classi si differenziavano, però, per l'entità del finanziamento pro capite (molto più elevato per le seconde).

Gli aggregati provinciali con perdite elevate (ossia, superiori al 5%), infine, erano 52, di cui: 1. solo 24 caratterizzati da un limitato ricorso alla produzione esterna; 2. solo 19 situati nell'Italia centro-settentrionale. La perdita netta percentuale mediana era pari all'8% per gli aggregati provinciali caratterizzati da un limitato ricorso alla produzione esterna e addirittura all'11% in quelli con elevato ricorso alla produzione esterna. Molto elevata era anche l'incidenza del costo del personale (rispettivamente, 72% e 76%), mentre il finanziamento pro capite era per entrambe le classi inferiore di circa 50€ al dato mediano nazionale.

Tra le regioni, spiccavano le situazioni critiche di Lazio e Campania, in cui tutti gli aggregati provinciali si caratterizzavano per perdite elevate e ampio ricorso alla produzione esterna, nonché quelle di Marche, Abruzzo, Molise, Sicilia e Sardegna, in cui tutti gli aggregati provinciali si caratterizzavano per perdite elevate, seppur con

⁴In questa analisi, tuttavia, il parametro del 5% viene riferito ai proventi delle aziende anziché al finanziamento del SSR nel suo complesso.

⁵Essendo 103 gli aggregati provinciali, il dato percentuale è molto vicino a quello assoluto e riportarlo diventa pleonastico.

⁶Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche.

⁷Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann Whitney) test. Anche dopo aver omesso, per la loro particolarità, le province di Aosta, Trento e Bolzano, la differenza è risultata statisticamente significativa con p-value pari a 0.045 per il periodo 2002-2004 e inferiore a 0.01 per i successivi tre periodi.

⁸p-value pari a 0.02 nei periodi 2002-2004 e 2008-2010; pari a 0.04 nel periodo 2011-2012.

⁹p-value pari a 0.03 e 0.02, rispettivamente, nei periodi 2008-2010 e 2011-2012.

combinazioni differenziate di produzione interna ed esterna. Non a caso, queste regioni (con la Liguria e tranne le Marche) sono state le prime a venire assoggettate ai Piani di Rientro. Ulteriori omogeneità regionali caratterizzavano soprattutto le regioni più piccole: Basilicata (perdite contenute e ampio ricorso alla produzione esterna); Umbria e Calabria (perdite contenute); Friuli Venezia Giulia (ricorso prevalente alla produzione interna).

I periodi successivi si sono caratterizzati per alcuni trend costanti ed evidenti, che complessivamente segnalano un diffuso miglioramento della situazione economico-finanziaria del sistema. Tra questi spiccano:

- il costante incremento nel numero degli aggregati provinciali con risultati economici positivi o nulli pari, rispettivamente, a 4, 18, 23 e 30 nei quattro periodi analizzati, di cui 0, 0, 4 e 10 nelle regioni centro-meridionali;
- l'incremento (soprattutto a partire dal 2008) nel numero degli aggregati provinciali con perdite contenute entro il 5% dei proventi pari, rispettivamente, a 47, 38, 49 e 61, di cui 11, 8, 14 e 25 nelle regioni centro-meridionali;
- in corrispondenza, la costante riduzione nel numero degli aggregati provinciali con perdite superiori al 5% dei proventi pari, rispettivamente, a 52, 47, 31 e 12, di cui 33, 36, 26 e 9 nelle regioni centro-meridionali;
- l'incremento sempre più ridotto del finanziamento pro capite mediano (il tasso di crescita annuo composto interpolabile dalle mediane è del 5% tra il primo e il secondo periodo, del 3% tra il secondo e il terzo e dell'1% tra il terzo e il quarto);
- l'incremento significativo in termini relativi, ma marginale in termini assoluti (da 36€ a 51€) del finanziamento aggiuntivo pro capite a carico della collettività regionale e la sostanziale stabilità (intorno a 60€) degli ulteriori proventi pro capite;
- l'incremento sempre più ridotto (e, nell'ultimo periodo, addirittura negativo) dei costi pro capite per la produzione esterna;
- la sostanziale stabilità nel numero di aggregati provinciali caratterizzati da un limitato ricorso alla produzione interna (pari, rispettivamente, a 59, 61, 57 e 57 nei quattro periodi considerati);
- il fortissimo decremento nell'incidenza dei costi del personale sulle RPI, pari a 10 punti percentuali in termini di mediana nazionale, a 13 punti percentuali per gli aggregati provinciali con perdite elevate e limitato ricorso alla produzione esterna, addirittura a 19 punti percentuali per gli aggregati provinciali con perdite elevate e ampio ricorso alla produzione esterna;
- la riduzione della perdita netta percentuale, in termini sia di mediana nazionale (da 5% a 1%) sia di mediane riferibili alle singole classi di aggregati, con valori di nuovo particolarmente rilevanti (da 11% a 6%) per gli aggregati provinciali caratterizzati da perdite elevate e ampio ricorso alla produzione esterna.

Nel periodo 2011-2012, pertanto, il risultato netto percentuale assumeva comunque un valore mediano negativo, ma pari solo all'1%.

Gli aggregati provinciali in equilibrio erano saliti a 30, di cui: 1. la metà caratterizzati da un limitato ricorso alla produzione esterna; 2. 20 situati nell'Italia centro-settentrionale. Per questi aggregati, l'incidenza mediana del costo del personale era pari al 55-56%, in linea con la mediana nazionale. Il finanziamento pro capite era inferiore di circa 50€ rispetto alla mediana nazionale per gli aggregati che facevano limitato ricorso alla produzione esterna superiore, invece, di circa 50€ per gli aggregati che vi facevano ampio ricorso.

Gli aggregati provinciali con perdite contenute (ossia, inferiori al 5%), analogamente, erano saliti a 61, di cui: 1. 36 caratterizzati da un limitato ricorso alla produzione esterna; 2. 36 situati nell'Italia centro-settentrionale. Per entrambe le classi di aggregati (con limitato e ampio ricorso alla produzione esterna), la perdita netta percentuale mediana si attestava intorno all'1%. Il finanziamento pro capite era in linea con la mediana nazionale negli aggregati che facevano limitato ricorso alla produzione esterna, superiori di circa 40€ negli altri.

Specularmente, l'incidenza del costo del personale era in linea con la mediana nazionale (56%) negli aggregati che facevano ampio ricorso alla produzione esterna, superiore di circa 3 punti percentuali negli altri.

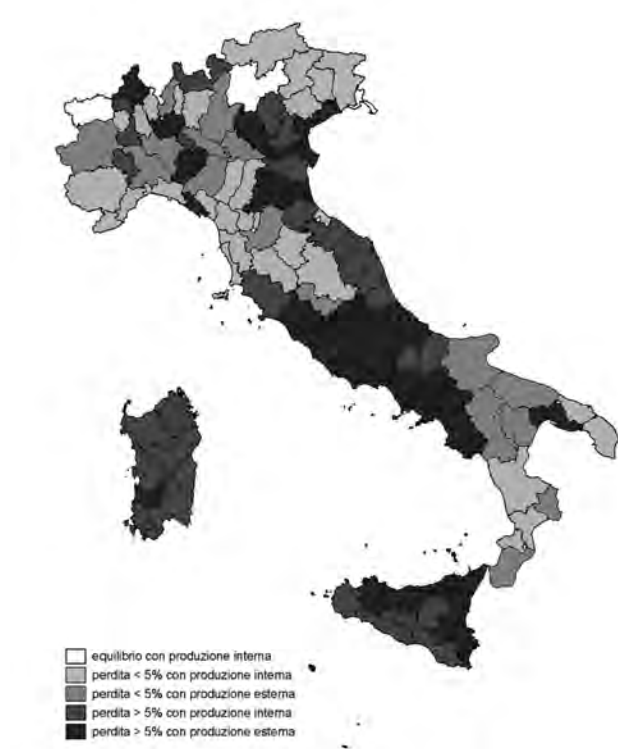
Complessivamente, gli indicatori di queste due classi di aggregati si erano, quindi, molto avvicinati a quelli delle due classi in equilibrio economico.

Gli aggregati provinciali con perdite elevate (ossia, superiori al 5%), infine, erano rimasti solo 12, di cui: 1. 6 caratterizzati da un limitato ricorso alla produzione esterna; 2. 3 situati nell'Italia centro-settentrionale. Per entrambe le classi di aggregati (con limitato e ampio ricorso alla produzione esterna), la perdita netta percentuale mediana si attestava intorno al 6-7%. Il finanziamento pro capite era relativamente (-30€) in linea con la mediana nazionale negli aggregati che facevano ampio ricorso alla produzione esterna, mentre era decisamente inferiore (di circa 150€) negli altri. Specularmente, l'incidenza del costo del personale era in linea con la mediana nazionale (57% contro 56%) negli aggregati che facevano ampio ricorso alla produzione esterna, superiore di circa 3 punti percentuali negli altri. Significativo in queste classi di aggregati è anche il limitato valore degli ulteriori proventi aziendali e, seppur in misura minore, dei finanziamenti pro capite aggiuntivi a carico della collettività regionale.

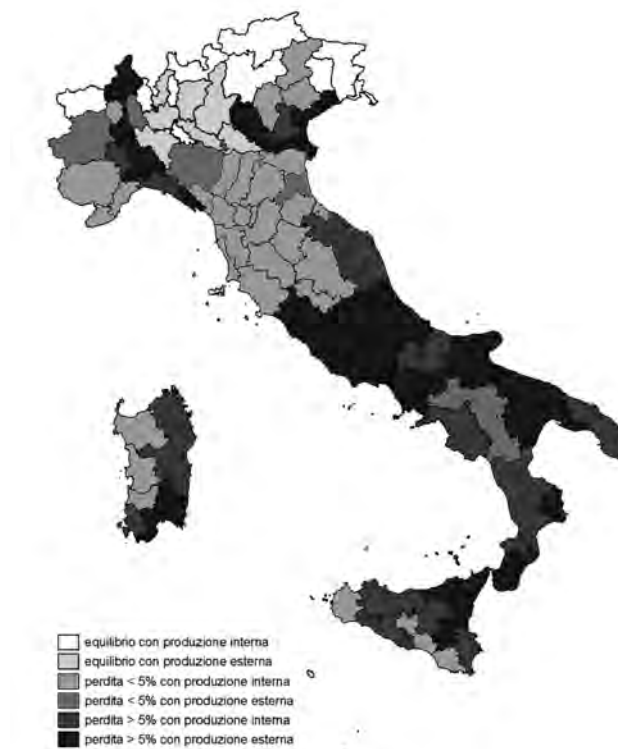
A differenza della situazione iniziale, nel periodo 2011-2012 non si rilevavano più regioni uniformemente caratterizzate da perdite elevate. Emergevano, per converso, regioni uniformemente caratterizzate da risultati positivi o nulli (Lombardia, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Marche) o da perdite contenute

(Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Liguria, Emilia-Romagna, Basilicata), nonché regioni in cui un solo aggregato provinciale presentava perdite elevate. Undici regioni presentavano almeno un aggregato provinciale in equilibrio economico; di queste, 5 erano regioni centro-meridionali. Specularmente, le 12 rimanenti situazioni più critiche erano distribuite tra 8 regioni, con un massimo di due situazioni critiche per regione in Veneto, Lazio, Puglia e Sardegna.

Classi di aggregati provinciali. Anni 2002-2004



Classi di aggregati provinciali. Anni 2005-2007



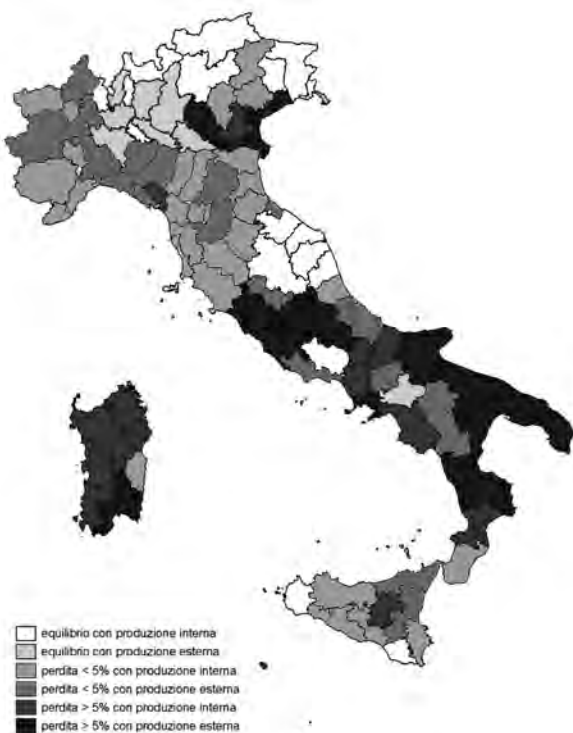
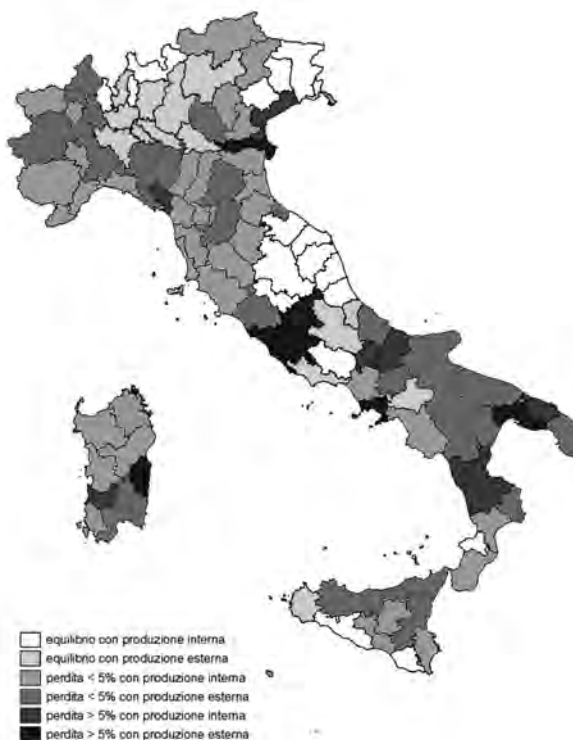
Classi di aggregati provinciali. Anni 2008-2010**Classi di aggregati provinciali. Anni 2011-2012**

Tabella 1 - Valore mediano dei principali quozienti di bilancio per classe di aggregati provinciali - Anni 2002-2012

Valori mediani	RISULTATO NETTO (RN) PERCENTUALE						Totale
	RN ≥ 0		RN $\geq 5\%$		RN $< 5\%$		
	Produzione interna	Produzione esterna	Produzione interna	Produzione esterna	Produzione interna	Produzione esterna	
2002-2004	0		-3	-4	-8	-11	-5
2005-2007	0	0	-3	-3	-9	-11	-5
2008-2010	0	0	-1	-2	-8	-10	-2
2011-2012	0	0	-1	-1	-7	-6	-1
RICORSO PRO-CAPITE ALLA PRODUZIONE ESTERNA							
2002-2004	431		477	592	486	629	525
2005-2007	525	710	519	677	571	701	592
2008-2010	588	785	571	727	565	752	633
2011-2012	587	735	565	722	585	722	621
FINANZIAMENTO PRO-CAPITE DA FONDO SANITARIO REGIONALE							
2002-2004	1.611		1.256	1.357	1.212	1.227	1.270
2005-2007	1.673	1.512	1.466	1.602	1.344	1.481	1.474
2008-2010	1.668	1.673	1.626	1.739	1.512	1.633	1.657
2011-2012	1.647	1.752	1.696	1.742	1.551	1.672	1.701
FINANZIAMENTI PRO-CAPITE AGGIUNTIVI							
2002-2004	70		41	41	25	27	36
2005-2007	75	47	40	45	24	35	40
2008-2010	51	39	50	58	37	38	47
2011-2012	51	48	54	57	39	43	51
ULTERIORI PROVENTI AZIENDALI							
2002-2004	30		76	71	43	52	63
2005-2007	75	103	102	141	31	57	73
2008-2010	50	81	56	108	11	28	52
2011-2012	51	66	47	71	35	22	56
COSTO DEL PERSONALE/RISORSE PER LA PRODUZIONE INTERNA							
2002-2004	60		62	64	72	76	66
2005-2007	58	56	58	60	69	70	63
2008-2010	59	59	58	59	69	65	60
2011-2012	55	56	59	56	59	57	56

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Ministero della Salute. Modelli CE - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Conclusioni

L'interpretazione dei risultati economici delle aziende sanitarie è resa particolarmente complessa dalla scarsa attendibilità e confrontabilità dei dati contabili, dai frequenti riassetti istituzionali, dalla variabilità spazio-temporale dei livelli e dei criteri di finanziamento. Quest'ultimo tema, in particolare, meriterebbe un ulteriore approfondimento, non limitato ai criteri di allocazione dei finanziamenti dallo Stato alle regioni, bensì esteso sia ai criteri di allocazione dalle regioni alle aziende, sia alla possibilità e capacità delle aziende di raccogliere proventi propri.

I dati disponibili evidenziano, comunque, un costante miglioramento delle condizioni di equilibrio economico-finanziario nel decennio appena trascorso, presumibilmente anche per effetto delle misure imposte dai Piani di Rientro.

I disavanzi sono ormai estremamente contenuti e, in molti casi (29%), nulli. Tra gli aggregati in equilibrio economico vi è un egual numero di situazioni caratterizzate da limitata e da elevata produzione esterna, a testimonianza del fatto che la scelta per l'uno o per l'altro modello non predetermina significativamente le performance economico-finanziarie. La maggior parte delle regioni del Centro-Nord presenta aggregati provinciali uniformemente in equilibrio o in leggero disavanzo. Nelle regioni del Centro-Sud i dati complessivi regionali nascondono spesso situazioni differenziate, in cui coesistono aggregati provinciali in equilibrio e aggregati con perduranti criticità. Le situazioni di forte disavanzo si sono, comunque, significativamente ridotte e non sono più concentrate solo in specifiche regioni.