

15 L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche

di Elena Cantù, Elisabetta Notarnicola, Eugenio Anessi Pessina¹

15.1 Introduzione

Nel corso dell'ultimo decennio, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dei soggetti che lo compongono ha acquisito crescente importanza, anche per le stringenti necessità di contenimento della spesa che hanno investito l'intero sistema pubblico.

In particolare, per effetto dei processi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni e di progressivo accentramento, l'attenzione si è quasi esclusivamente focalizzata sul livello regionale. In tal senso va, opportunamente, anche l'innovazione normativa (D.lgs. 118/2011) che richiede la redazione di un vero e proprio bilancio consolidato di ciascun Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Per loro natura, tuttavia, i bilanci consolidati perdono inevitabilmente di vista l'eterogeneità delle attività svolte dalle singole aziende consolidate, nonché l'apporto di ciascuna di esse alla realizzazione del risultato economico di gruppo. 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. Molte variabili chiave restano, infatti, ancora sotto il controllo delle singole aziende; l'efficace utilizzo di tali variabili continua dunque a dipendere, almeno in parte, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse.

Queste considerazioni suggeriscono l'opportunità di svolgere analisi non solo sui bilanci consolidati dei SSR, ma anche sui bilanci d'esercizio delle singole aziende. Il capitolo propone dunque due schemi di riclassificazione (conto economico e stato patrimoniale) e tre insiemi di indici (liquidità, solidità, equilibrio economico), applicandoli poi ai bilanci d'esercizio delle singole aziende sanita-

¹ Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 15.1, 15.4.2 e 15.5 sono attribuiti a Eugenio Anessi Pessina, i §§ 15.3 e 15.4.3 a Elena Cantù, i §§ 15.2 e 15.4.1 a Elisabetta Notarnicola.

rie pubbliche per il periodo 2008-13. Ciò al fine di rappresentare il livello e la variabilità spatio-temporale dell'equilibrio economico, patrimoniale e finanziario delle aziende, nonché di indagarne le principali determinanti.

Nell'interpretazione dei risultati, peraltro, è sempre necessario tener conto che, per le aziende sanitarie pubbliche, i proventi sono prevalentemente rappresentati da finanziamenti regionali e che questi riflettono solo parzialmente la quantità, qualità e appropriatezza della produzione aziendale², con evidenti riflessi negativi sulla capacità del risultato di esercizio di rappresentare correttamente il rispetto del vincolo economico nel periodo amministrativo di riferimento, ossia di mostrare «se i cittadini-utenti hanno usufruito di servizi che hanno comportato costi inferiori, uguali o superiori all'entità dei trasferimenti e delle altre risorse economiche fisiologicamente acquisite dall'azienda» (Anessi Pessina e Zavattaro 1994: 9). Tra i finanziamenti regionali, particolarmente critica è l'assegnazione da parte della regione di quote di trasferimento corrente correlate alle perdite, previste o già determinate a pre-consuntivo. Tali quote di trasferimento, infatti, vengono rilevate dalle aziende come ricavi, anziché come incrementi di patrimonio netto. Si genera, pertanto, una commistione tra i due ruoli che la regione di fatto svolge nei confronti delle aziende, ossia quello di «proprietario» (tenuto alla copertura delle perdite) e quello di «cliente» o «committente» (tenuto al pagamento di un corrispettivo per le prestazioni ricevute dai propri cittadini): la copertura delle perdite, infatti, rientra nel ruolo del «proprietario», ma viene effettuata con le modalità tecniche proprie del ruolo di «cliente» (Anessi Pessina 2012).

Il capitolo è strutturato come segue. Il secondo paragrafo riassume i principali contributi della letteratura italiana sul tema dell'analisi di bilancio nel settore sanitario. Il terzo paragrafo presenta gli schemi di riclassificazione e i sistemi di indici utilizzati per l'analisi empirica; illustra inoltre le altre principali scelte di metodo. Il quarto paragrafo presenta i risultati. Il quinto paragrafo, infine, propone alcune considerazioni conclusive.

² Gli stessi schemi di bilancio civilistici, del resto, dedicano particolare attenzione alla separata evidenziazione dei valori scaturenti da rapporti con eventuali aziende consociate: «La ragione fondamentale della evidenziazione dei rapporti con consociate sta nel fatto che le operazioni con le medesime non possono essere considerate come operazioni condotte su una base contrattuale indipendente [...]. Anche se le operazioni con consociate vengono effettuate a prezzi simili a quelli praticati a terzi, non vi è la possibilità di determinare se le operazioni si sarebbero effettuate con gli stessi termini e per gli stessi volumi. L'evidenziazione in bilancio dei rapporti con consociate è essenziale poiché l'esistenza dei medesimi può talvolta avere effetti sulla situazione patrimoniale-finanziaria e sui risultati d'esercizio delle parti interessate, non facilmente percettibili e non misurabili, ma non per questo meno significativi» (OIC 12, versione 2005, p. 14). Il peso relativo dei valori scaturenti da rapporti con eventuali aziende consociate, inoltre, è spesso considerato indicatore di potenziale inattendibilità del bilancio (Teodori 2008).

15.2 L'analisi di bilancio nel settore sanitario: una breve sintesi della letteratura nazionale

La letteratura nazionale offre numerose proposte in tema di riclassificazione dei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche e di loro analisi tramite indici, con diverse finalità. In alcuni casi (Battaglia e Zavattaro 1997; Foglietta, Carlini e Grandi 2005), riclassificazioni e indici sono stati utilizzati per indagare il funzionamento interno delle aziende e misurarne efficacia, efficienza ed economicità. Più spesso, tali tecniche sono state invece impiegate per fare *benchmarking* tra aziende e tra sistemi regionali, in modo da confrontare politiche e prassi manageriali con i relativi impatti sui risultati aziendali (Cinquini *et al.* 2005) e sulle *performance* del SSN (nel complesso o con riferimento a specifici sistemi regionali), anche valutando la variabilità inter e infra-regionale (Anessi Pessina e Sicilia 2009; Anessi Pessina, Avolio e Furia 2013).

Punto di partenza di ogni contributo è la riclassificazione dei dati di bilancio, con l'obiettivo di definire aggregati che siano confrontabili e che esprimano un significato specifico rispetto al funzionamento delle aziende (Caramiello, Di Lazzaro e Fiori 2003).

Per la riclassificazione dello stato patrimoniale, la letteratura analizzata è allineata nell'utilizzare il classico criterio «finanziario», ossia per liquidità ed esigibilità. Le analisi che si soffermano sullo stato patrimoniale hanno generalmente lo scopo di valutare la solvibilità e il grado di indebitamento di aziende e SSR (Cinquini *et al.* 2005; Gelmetti 2005), al fine di individuare potenziali situazioni strutturali che nel breve o medio-lungo termine impatteranno sulle dinamiche aziendali e di sistema, condizionandone la capacità di rispettare le condizioni di solvibilità e sostenibilità (Tieghi e Gigli 2012). Rispetto agli specifici schemi di riclassificazione utilizzati, le poste di stato patrimoniale per le quali si riscontrano scelte differenziate sono principalmente i «contributi in conto capitale», il «fondo di dotazione» e i «contributi per ripiano perdite», che talvolta vengono inclusi negli schemi riclassificati come singoli aggregati, mentre altre volte vengono ricompresi in macro-aggregati più ampi, pur essendo sempre considerati all'interno dei mezzi propri.

La maggior parte dei contributi presenti in letteratura, peraltro, si concentra unicamente sul conto economico. Da un lato, infatti, è prassi comune nella sanità pubblica trascurare i valori patrimoniali: per esempio, il sito del Ministero della Salute e la Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese hanno entrambi sempre presentato solo i valori di conto economico. Dall'altro, i valori di stato patrimoniale sono stati tradizionalmente considerati meno attendibili rispetto a quelli di conto economico, perché condizionati dalle stime spesso approssimative che hanno caratterizzato la redazione degli stati patrimoniali iniziali all'atto dell'introduzione della contabilità economico-patrimoniale (Persiani 2007).

Rispetto alla riclassificazione del conto economico, diverse sono le proposte presentate in letteratura, con alcune variazioni rispetto ai classici schemi di riclassificazione «a valore aggiunto» o «a margine operativo lordo» (Caramiello, Di Lazzaro e Fiori 2003) per meglio cogliere le specificità del settore sanitario. Alcuni autori hanno per questo introdotto specifici macro-aggregati che evidenziano l'evolversi della produzione di servizi sanitari (gestione caratteristica) rispetto alle altre fonti di ricavo, isolando il valore della «produzione sanitaria» (Cinquini et al. 2005) o del «prodotto interno lordo caratteristico» (Tieghi e Gigli 2012); hanno inoltre proposto di articolare i costi della produzione al fine di distinguere, per le ASL e i consolidati regionali, i costi della produzione svolta internamente, con proprio personale e proprie strutture, da quelli della produzione affidata ad altri erogatori accreditati e convenzionati, pubblici e privati. Generalmente, viene comunque rispettata la struttura a sezioni per formazione del risultato di esercizio, che evidenzia i proventi e i costi delle gestioni caratteristica, accessoria, finanziaria, straordinaria e tributaria. Le poste di conto economico per le quali sono state pensate soluzioni di riclassificazione alternative sono principalmente le «sterilizzazioni» degli ammortamenti, alcune altre voci incluse nel valore della produzione che sono interpretabili quali storni di costo («concorsi, recuperi e rimborsi», «incremento di immobilizzazioni per lavori interni»), alcune poste straordinarie.

Quanto agli indici di bilancio, quelli proposti dalla letteratura nazionale per le aziende sanitarie pubbliche riguardano principalmente:

- ▶ l'equilibrio economico della gestione complessiva, operativa o caratteristica, con l'impiego di denominatori tratti dal conto economico (per esempio, valore della produzione) o dallo stato patrimoniale (per esempio, totale dell'attivo e patrimonio netto);
- ▶ l'approfondimento delle principali voci di ricavo e di costo (per esempio, entità del finanziamento, flussi di mobilità attiva e passiva, incidenza delle singole voci di costo) che concorrono alla formazione dell'equilibrio;
- ▶ la solidità patrimoniale, con indici che indagano e confrontano la composizione dell'attivo e del passivo;
- ▶ la dinamica finanziaria, con indici che guardano alla solvibilità e liquidità delle aziende e alla loro capacità di far fronte al fabbisogno finanziario a breve e a lungo periodo.

La Tabella 15.1 presenta uno schema sintetico di raffronto dei principali contributi presenti nella letteratura nazionale per le aziende sanitarie pubbliche. La Tabella 15.2 approfondisce la riclassificazione del conto economico, evidenziando per ogni contributo l'eventuale riferimento alle gestioni aziendali (caratteristica, accessoria, finanziaria, straordinaria, tributaria), lo schema utilizzato per l'articolazione della gestione caratteristica, l'eventuale esplicitazione di risultati intermedi.

Tabella 15.1 **Schema sintetico di raffronto dei principali contributi della letteratura nazionale in tema di analisi di bilancio per le aziende sanitarie pubbliche**

	Oggetto di analisi	Propone schema riclassificazione CE?	Propone schema riclassificazione SP?	Propone indici di liquidità e solidità?	Propone indici di redditività usando al denominatore dati di CE?	Propone indici di redditività usando al denominatore dati di SP?	Oltre a proporre il metodo, svolge anche indagini empiriche? Su quali dati?
Battaglia e Zavattaro (1997)	Singole ASL	x		x	x	x	CE delle singole ASL
Tieghi (2000)	Singole ASL e AO	x	x	x	x	x	–
Battaglia e Leoni (2001)	Singole ASL			x	x	x	CE, SP e Nota Integrativa delle singole ASL del Piemonte
Sforza (2002)	Singole ASL e AO	x	x				–
Cinquini, Nuti, Boccaccio, Vainieri (2005)	Singole ASL	x	x	x	x	x	CE, SP e Rendiconto Finanziario delle singole ASL della Toscana
Gelmetti (2005)	Singole ASL e AO	x	x	x	x	x	CE, SP, Nota Integrativa e relazione sulla gestione delle singole ASL e AO
Foglietta, Carlini e Grandi (2005)	Singole ASL AO				x		Dati di costo, di ricavo e di mobilità e delle singole ASL e AO dell'Emilia Romagna
Bergamaschi, Lecci e Renoldi (2008)	Singole AO	x			x		CE delle singole AO
Anessi Pessina e Sicilia (2009)	Bilanci consolidati SSR	x			x		Bilanci consolidati SSR
Tieghi e Gigli (2012)	Singole ASP	x	x	x	x	x	CE, SP riclassificato, Rendiconto Finanziario, CCN d e l l e A S P dell'Emilia Romagna
Anessi Pessina, Avolio e Furia (2013)	ASL e AO aggregate su base provinciale	x			x		CE di ASL e AO, aggregate su base provinciale

Tabella 15.2 **Schema sinottico di raffronto delle proposte di riclassificazione del conto economico**

	Riferimento alle gestioni aziendali (caratteristica, accessoria, finanziaria, straordinaria, tributaria)	Schema base per l'analisi della gestione caratteristica	Utilizzo di risultati intermedi per l'analisi della gestione caratteristica
Battaglia e Zavattaro (1997)	x	Valore della Produzione e Valore Aggiunto	Margine Operativo Lordo
Tieghi (2000)	x	Valore della Produzione e Valore Aggiunto	Valore Aggiunto Lordo e Netto
Sforza (2002)	x	Ricavi e Costo del Venduto, Valore della Produzione e Valore Aggiunto, Margine di Contribuzione	Margine Sanitario Lordo, Valore Aggiunto, Margine Operativo Lordo, Margine di Contribuzione Sanitario e Totale
Cinquini, Nuti, Boccaccio, Vainieri (2005)	x	Valore della Produzione e Valore Aggiunto	Valore Aggiunto, Margine Operativo Lordo
Gelmetti (2005)	x	Valore della Produzione e Valore Aggiunto	Valore Aggiunto, Margine Operativo Lordo
Bergamaschi, Lecci e Renoldi (2008)	x	Valore della Produzione e Valore Aggiunto	Valore Aggiunto, Margine Operativo Lordo
Anessi Pessina e Sicilia (2009)	x	Valore della Produzione	Risorse per la Produzione Interna
Tieghi e Gigli (2012)		Valore della Produzione e Valore Aggiunto	Valore Aggiunto Lordo e Netto, Margine Operativo Lordo
Anessi Pessina, Avolio e Furia (2013)	x	Valore della Produzione	Risorse per la Produzione Interna

Note: Adattamento da Anessi Pessina e Sicilia (2009).

Tra i contributi elencati in Tabella 15.1, Battaglia e Leoni (2001) e Foglietta, Carlini e Grandi (2005) non propongono schemi di riclassificazione del conto economico.

15.3 Metodi

L'analisi si basa sui dati contenuti nei modelli ministeriali CE e SP³ per il periodo 2008-2013. Il 2008 è stato scelto come inizio del periodo considerato principalmente per tre motivi: (i) è l'anno di manifestazione della crisi economica globale; (ii) in quell'anno è entrata in vigore una nuova versione dei modelli mini-

³ Per una disamina dei contenuti dei modelli economici ministeriali, delle modalità e tempistiche di compilazione, nonché dell'evoluzione nel tempo si rimanda a Cantù (2014: 44-48).

steriali CE e SP, con profonde modifiche rispetto alla versione precedente; (iii) è il primo anno di piena operatività dei Piani di Rientro (almeno di quelli approvati nel 2007). Si segnala peraltro che, in seguito all'approvazione del D.lgs. 118/2011, i modelli ministeriali sono stati ulteriormente modificati e integrati⁴, il che ha richiesto alcuni adattamenti in fase di analisi per rendere i dati confrontabili nell'intero arco temporale.

L'analisi ha preso in considerazione, per ciascun anno, tutte le aziende esistenti, senza richiedere che la medesima azienda fosse presente in tutti e sei gli anni di indagine: ciò per evitare che i numerosi provvedimenti di «riassetto» che si sono succeduti nel tempo riducessero significativamente le aziende analizzabili. Sono state escluse solamente l'Azienda Regionale Emergenza-Urgenza (AREU) della Lombardia e l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES) 118 del Lazio, nonché tre altre aziende (sull'intero arco temporale considerato) che presentavano dati evidentemente inattendibili. Complessivamente, considerando l'orizzonte temporale di sei anni, sono state incluse nell'analisi: (i) 672 osservazioni relative ad Aziende Ospedaliere, compresi IRCCS pubblici e AOU pubbliche integrate con il SSN (da un massimo di 123 nel 2008 a minimo di 106 nel 2013); (ii) 884 osservazioni relative ad Aziende Sanitarie Locali (da un massimo di 157 nel 2008 a minimo di 143 nel 2013).

I dati sono stati indagati secondo l'impostazione propria dell'analisi di bilancio. A tal fine, prendendo spunto dalla letteratura presentata nel paragrafo precedente, sono stati predisposti due schemi di riclassificazione (conto economico e stato patrimoniale) e tre insiemi di indici (liquidità, solidità, equilibrio economico).

Lo schema di riclassificazione del conto economico è riportato in Tabella 15.3. Lo schema si basa su una logica di riclassificazione per gestioni parziali (caratteristica, accessoria, finanziaria, straordinaria, tributaria).

Con riferimento ai proventi della gestione caratteristica, si è scelto di distinguere tra produzione valorizzata in base a volumi e mix di attività (principalmente tariffe ospedaliere e ambulatoriali) e contributi correnti che riflettono la produzione solo in modo indiretto (principalmente quota capitaria e finanziamenti per funzione). Significativamente, tra questi ultimi sono state inserite anche le quote di contributi in conto capitale imputate all'esercizio (sterilizzazione degli ammortamenti), in coerenza con la scelta del D.lgs. 118/2011 di trattare questi contributi come ricavi pluriennali, anziché come valori di capitale⁵. Sono stati inoltre inseriti tutti i contributi extra-fondo⁶.

⁴ Per un'analisi delle modifiche puntuali apportate ai modelli e delle logiche sottostanti si rimanda a Cantù (2014: 100-102).

⁵ Si ricorda, peraltro, che le quote non ancora imputate a conto economico sono collocate nel patrimonio netto anziché tra i risconti passivi (art. 29, lett. c, D.lgs. 118/2011). Quest'ultima collocazione sarebbe stata evidentemente più coerente con la (peraltro discutibile) scelta di trattare i contributi in conto capitale quali ricavi pluriennali.

⁶ Tali quote includono i finanziamenti non rientranti nel riparto delle disponibilità finanziarie per il

Tabella 15.3 **Schema di riclassificazione del Conto Economico a valore della produzione e per gestioni parziali**

Macro-aggregato	Aggregati	Specificità
Produzione valorizzata a volumi e mix	Ricavi per prestazioni ospedaliere e ambulatoriali Ricavi da intramoenia Ricavi da compartecipazione Contributi in c/esercizio vincolati Altri ricavi e proventi Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni (*)	Per le ASL, i ricavi per prestazioni ospedaliere e ambulatoriali corrispondono alla sola mobilità attiva I concorsi, recuperi e rimborsi sono portati, laddove possibile, a detrazione dei correlati costi I contributi in c/esercizio vincolati sono riportati al netto dei relativi accantonamenti per quote inutilizzate
Contributi correnti	Contributi indistinti da finanziamento regionale standard Contributi indistinti da risorse aggiuntive regionali Contributi indistinti da altri soggetti Sterilizzazioni degli ammortamenti	I contributi indistinti sono riportati al netto delle rettifiche per destinazione a investimenti I contributi da risorse aggiuntive regionali si riferiscono alle risorse aggiuntive da bilancio regionale Per sterilizzazioni si intendono le quote di finanziamenti in c/capitale imputate all'esercizio
Proventi della gestione caratteristica		
Costi della produzione esterna (solo per le ASL)	Costi della produzione esterna affidata a soggetti pubblici infragruppo	Include gli acquisti di servizi sanitari da erogatori pubblici della regione (mobilità passiva infraregionale)
	Costi della produzione esterna affidata a soggetti privati convenzionati e accreditati e a erogatori extra-regionali	Include gli acquisti di servizi sanitari da erogatori privati per farmaceutica convenzionata, per assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, integrativa e protesica, per psichiatria residenziale e semiresidenziale, per distribuzione farmaci e File F, per prestazioni termali in convenzione, per prestazioni di trasporto sanitario, per prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria, nonché la mobilità extra-regionale e internazionale passiva
Costi della produzione interna	Costi per beni e servizi Costi per personale (dipendente, convenzionato, altro non dipendente, libera professione) Ammortamenti Accantonamenti e svalutazioni	I costi, dove possibile, sono riportati al netto dei relativi rimborsi, concorsi e recuperi Il personale non dipendente include le collaborazioni, le consulenze, le indennità a personale universitario, il lavoro interinale Il costo per il personale include l'Irap ad esso riconducibile
Risultato della gestione caratteristica		
Proventi e Oneri accessori e finanziari	Proventi accessori e finanziari Oneri accessori e finanziari	Includono proventi e oneri non sanitari da gestione accessoria e finanziaria, quali interessi attivi, altri proventi, interessi passivi e altri oneri finanziari
Proventi e Oneri straordinari	Proventi e oneri straordinari	Includono rettifiche di valore delle attività finanziarie, sopravvenienze e insussistenze attive e passive, plus e minusvalenze
Oneri Tributari	Imposte e tasse	Includono IRES e IRAP relativamente ad attività commerciali
Risultato di esercizio		

(*) Gli incrementi di immobilizzazioni per lavori interni, in quanto voce che non deriva da rapporti con terze economie, ma dalla necessità di rettificare indirettamente quote di costo ritenute di utilità pluriennale, avrebbero potuto costituire una classe a parte. Nelle aziende sanitarie pubbliche, tuttavia, assumono generalmente valori molto contenuti, tanto da non giustificarne la separata evidenziazione

Nei costi della gestione caratteristica, la principale distinzione riguarda i costi per produzione affidata all'esterno (presenti peraltro soltanto nelle ASL) rispetto a quelli per la produzione interna.

Rientrano tra i primi i costi per la farmaceutica convenzionata e per la mobilità passiva verso erogatori pubblici e privati, infra ed extra-regionali. Al riguardo si è peraltro scelto di tenere separata la produzione affidata a soggetti esterni al gruppo pubblico regionale rispetto a quella delle aziende infragruppo (tipicamente AO della Regione). Come già evidenziato nell'introduzione, infatti, i rapporti tra le aziende pubbliche della medesima regione possono rispondere più a logiche di programmazione e di equilibrio complessivo del SSR rispetto a logiche contrattuali di rapporto acquirente-fornitore.

Quanto ai costi per la produzione interna, è da segnalare la scelta di includere nel costo del personale anche le voci relative al personale convenzionato (MMG, PLS, Sumaisti ...) e all'altro personale non dipendente, nonché l'IRAP riferibile al personale stesso.

Data la scarsa rilevanza della gestione accessoria, i relativi costi e ricavi sono stati aggregati a quelli della gestione finanziaria. È stata invece mantenuta la separata indicazione della gestione straordinaria⁷, anche in considerazione del suo valore segnaletico rispetto alla qualità dei dati contabili⁸.

Lo schema di riclassificazione dello Stato Patrimoniale è riportato in Tabella 15.4. Lo schema si basa su una logica di riclassificazione per liquidità ed esigibilità. L'unica specifica scelta da segnalare è quella di considerare come risconti passivi le quote inutilizzate di contributi vincolati, che il D.lgs. 118/2011 classifica invece tra i fondi rischi e oneri per effetto di una particolare soluzione contabile tesa ad agevolare i controlli incrociati sull'entità dei trasferimenti (Cantù 2014: 119).

SSN, assegnati da Regione, Provincia Autonoma e altri soggetti pubblici (Amministrazioni statali, Province, Comuni, settore pubblico allargato), inclusi i contributi dell'Unione Europea, e le risorse derivanti dal gettito di fiscalità regionale.

⁷ Si segnala che l'impostazione utilizzata nei modelli CE in merito alla delimitazione tra l'area «ordinaria» e quella «straordinaria» del conto economico si discosta da quella civilistica. Infatti, plusvalenze e minusvalenze, sopravvenienze e insussistenze vengono sempre considerate come straordinarie, indipendentemente (per plusvalenze e minusvalenze) dal circuito di appartenenza del cespite ceduto e dalle cause gestionali sottostanti la cessione. Vengono in questo modo nettamente separate le componenti eccezionali e infrequenti dalle rimanenti. L'impostazione civilistica prevede, invece, situazioni in cui plusvalenze e minusvalenze vanno considerate ordinarie (specificamente quando sorgono per effetto di previste periodiche sostituzioni di immobilizzazioni tecniche, operate al fine di rinnovare la struttura produttiva dell'azienda); identifica inoltre come ordinarie le sopravvenienze e insussistenze che derivino dal normale aggiornamento di stime compiute in precedenti esercizi, rispetto a quelle straordinarie determinate da errori (Tieghi 2000: 147).

⁸ La stessa Corte dei Conti (2011) identifica la scarsa tempestività delle registrazioni contabili e la loro incompletezza quali cause dell'incidenza significativa di proventi e costi straordinari nei bilanci dei SSR, nonché evidenzia la frequente presenza di sopravvenienze passive derivanti dalla «sottostima dei costi del personale» per effetto di mancati accantonamenti.

Tabella 15.4 **Schema di riclassificazione dello Stato Patrimoniale per liquidità ed esigibili**

Macroaggregato	Aggregati	Specificità
Attivo Fisso Netto	Immobilizzazioni Immateriali	Le immobilizzazioni sono considerate al netto del fondo di ammortamento e di eventuali fondi di svalutazione
	Immobilizzazioni Materiali	
	Immobilizzazioni Finanziarie	Tra le Immobilizzazioni finanziarie sono stati classificati, oltre ai crediti di natura finanziaria, anche i crediti v/ Stato e v/ regione per finanziamenti per investimenti, i crediti v/ regione per aumento fondo dotazione e per ripiano perdite, i crediti v/ gestioni liquidatorie e i crediti v/ prefetture
Attivo a breve	Liquidità Immedieate	Le liquidità immediate sono state considerate al netto di eventuali liquidità negative per debiti v/ istituto tesoriere
	Liquidità Differite	
	Disponibilità	
Totale Attivo – Capitale Investito		
Mezzi propri	Fondo di dotazione	Il fondo di dotazione coincide con la voce "A.III)" del modello SP 2008 e la voce "A.I)" del modello SP 2012
	Contributi in conto capitale	
	Altre voci di patrimonio netto	I contributi comprendono i finanziamenti per investimenti (finanziamenti per beni di prima dotazione; finanziamenti da Stato, regione e altri soggetti pubblici per investimenti; finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio), le riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti, le riserve da plusvalenze da reinvestire e i contributi da reinvestire Le altre voci di patrimonio netto sono determinate come somma algebrica delle riserve, degli utili / perdite degli esercizi precedenti, dei contributi per ripiano perdite e del risultato di esercizio
Passività a Medio Lungo Termine	Fondi Rischi e Oneri (voci considerate prevalentemente a medio lungo termine)	Includono principalmente: Fondi per imposte anche differite, Premi operosità medici Sumai e TFR, Debiti per mutui passivi, Debiti v/Asl-AO della regione per versamenti c/patrimonio netto, Debiti v/ regione per finanziamenti, Debiti v/gestioni liquidatorie
	TFR	
	Debiti a medio/lungo termine	
Passivo a breve	Fondi Rischi e Oneri (voci considerate prevalentemente a breve termine)	Includono principalmente: Debiti v/fornitori, Debiti per mobilità passiva intra ed extra regionale, Debiti tributari, Debiti v/istituti previdenziali, Fondo rinnovi contrattuali, Ratei passivi
	Debiti a breve termine	
	Ratei passivi	
Risconti Passivi	Risconti Passivi	Includono, oltre ai risconti passivi dei modelli SP, anche le quote inutilizzate di contributi vincolati
Totale Passivo – Mezzi Propri e di terzi		

Quanto agli indici, si adotta la consueta tripartizione tra redditività, solidità, e liquidità.

Gli indici di redditività⁹ (Tabella 15.5) intendono esprimere la capacità dell'azienda di conseguire l'equilibrio economico.

⁹ L'impiego del termine «redditività» nel contesto pubblico è evidentemente improprio. Il risultato d'esercizio, infatti, va interpretato non come «reddito», bensì come «risparmio» (Anessi Pessina e Zavattaro 1994).

Tabella 15.5 **Gli indici di equilibrio economico utilizzati nell'analisi**

Indice	Numeratore	Denominatore	Tipo di aziende
Incidenza del risultato di esercizio sui proventi della gestione caratteristica	Risultato di esercizio	Proventi della gestione caratteristica	AO ASL
Risultato delle gestioni parziali: Contributo della gestione caratteristica	Risultato della gestione caratteristica	Proventi della gestione caratteristica	AO ASL
Risultato delle gestioni parziali: Contributo della gestione straordinaria	Risultato della gestione straordinaria	Proventi della gestione caratteristica	AO ASL
Composizione dei proventi della gestione caratteristica: Incidenza della produzione valorizzata a volumi e mix	Produzione valorizzata a volumi e mix	Proventi della gestione caratteristica	AO ASL
Composizione dei proventi della gestione caratteristica: Incidenza della produzione valorizzata a volumi e mix sui proventi della gestione caratteristica espressi al netto della sterilizzazione degli ammortamenti	Produzione valorizzata a volumi e mix	Proventi della gestione caratteristica al netto delle sterilizzazioni	AO ASL
Composizione dei proventi della gestione caratteristica: Incidenza dei ricavi da libera professione	Ricavi da intramoenia	Proventi della gestione caratteristica	AO ASL
Incidenza dei costi della gestione caratteristica: Costi per beni e servizi	Consumi di beni e servizi	Proventi della gestione caratteristica	AO
Incidenza dei costi della gestione caratteristica: Costi del personale	Costi totali per il personale	Proventi della gestione caratteristica	AO
Incidenza dei costi della gestione caratteristica: Produzione esterna extra gruppo pubblico regionale	Costi della produzione esterna affidata a soggetti privati convenzionati e accreditati e a erogatori extra-regionali	Proventi della gestione caratteristica	ASL
Incidenza dei costi della gestione caratteristica: Costi per beni e servizi su Risorse per la Produzione Interna	Costi per beni e servizi	Risorse per la produzione interna: Proventi della gestione caratteristica – Costi produzione esterna complessivi	ASL
Incidenza dei costi della gestione caratteristica: Costi per il personale su Risorse per la Produzione Interna	Costi totali per personale	Risorse per la produzione interna: Proventi della gestione caratteristica – Costi produzione esterna complessivi	ASL
Incidenza del costo per Libera professione sui costi del personale dirigente medico	Costi per personale libera professione	Costi del personale dirigente medico (senza IRAP)	AO ASL

L'indice di maggior sintesi è quindi rappresentato dall'incidenza del risultato di esercizio sui proventi della gestione caratteristica. L'utilizzo, al denominatore, di un valore tratto dal conto economico anziché di un valore patrimoniale si spiega con i già citati dubbi di attendibilità che gravano sugli stati patrimoniali (particolarmente critico è il valore dei fabbricati) nonché con il valore negativo assunto, in molte aziende, dal patrimonio netto (*infra*).

Vengono poi analizzati in modo separato i contributi apportati dalla gestione caratteristica e da quella straordinaria all'equilibrio complessivo aziendale.

Con riferimento alla gestione caratteristica, infine, l'indagine prosegue attraverso alcuni indici costruiti per cogliere le specificità del settore sanitario pubblico, in termini di assetti istituzionali, combinazioni economiche e meccanismi di finanziamento. Più specificamente:

- ▶ Per le AO, si indaga la composizione dei proventi di gestione caratteristica, al fine di evidenziare l'incidenza della produzione valorizzata a volumi e mix di attività rispetto alle altre forme di finanziamento.
- ▶ Sempre per le AO, si analizza l'incidenza sui proventi caratteristici delle due principali componenti di costo, ossia: (i) beni e servizi e (ii) personale.
- ▶ Nel caso delle ASL, di nuovo si indaga la composizione dei proventi di gestione caratteristica, ma l'indice assume un significato profondamente diverso, perché la componente preponderante del finanziamento regionale è la quota capitolaria, mentre il finanziamento a tariffa riguarda unicamente la mobilità attiva;
- ▶ Sempre per le ASL, l'incidenza dei costi va valutata alla luce del duplice ruolo svolto dalla ASL in qualità di committente di prestazioni per i propri cittadini e di produttore diretto di prestazioni sanitarie. Ciò comporta due adattamenti rispetto al caso delle AO. Da un lato, soffermandosi sul ruolo di committente, occorre analizzare l'incidenza sui proventi caratteristici dei costi sostenuti per remunerare la produzione affidata a soggetti terzi. In particolare, si è deciso di focalizzare l'attenzione sui costi relativi alla produzione svolta da soggetti esterni al gruppo pubblico regionale¹⁰ (principalmente farmaceutica convenzionata, erogatori di prestazioni privati accreditati e convenzionati, erogatori extraregionali). Dall'altro, con riferimento al ruolo di produttore diretto, i costi per personale e per beni e servizi trovano più corretta rappresentazione se rapportati non ai proventi caratteristici, bensì al valore delle risorse per la produzione interna, calcolato come differenza tra proventi caratteristici e costi sostenuti per la produzione affidata all'esterno. Tale valore è infatti espressivo delle risorse che rimangono nella disponibilità aziendale una volta sostenuti i costi per tutta la produzione affidata all'esterno (a soggetti sia privati sia pubblici, interni ed esterni al gruppo pubblico regionale).

¹⁰ Come già evidenziato, infatti, i rapporti tra aziende pubbliche della medesima regione possono rispondere più a logiche di programmazione e di equilibri complessivi del SSR invece che essere espressivi delle condizioni che regolano i rapporti contrattuali tra acquirente e fornitore.

- Per entrambe le tipologie di aziende, infine, due indici evidenziano rispettivamente l'incidenza dei proventi da libera professione *intramoenia* sul totale dei proventi caratteristici e l'incidenza dei costi per libera professione *intramoenia* sui costi del personale medico. Tali indici intendono cogliere, da un lato, l'imprenditorialità aziendale nel cercare risorse finanziarie aggiuntive, rispetto a quelle pubbliche, attraverso lo sviluppo dell'area a pagamento; dall'altro, la significatività dei compensi per libera professione quale componente del reddito complessivo del personale medico SSN¹¹. In merito a questo secondo indice, si segnala che, benché i compensi per libera professione possano essere erogati anche a personale del comparto, la quota destinata ai dirigenti medici è preponderante.

Quanto agli indici di solidità (Tabella 15.6) e di liquidità (Tabella 15.7), sono stati impiegati quelli più comunemente utilizzati nell'analisi di bilancio. L'unica eccezione è rappresentata da un «indice di copertura delle immobilizzazioni tramite contributi», che coglie la percentuale di immobilizzazioni materiali e immateriali coperta da contributi in conto capitale da soggetti pubblici e privati. Tale indice intende verificare il ruolo dei contributi in conto capitale quale principale modalità di finanziamento degli investimenti nel settore pubblico.

Per l'analisi e l'interpretazione degli indici si è fatto affidamento su quattro scelte di metodo.

Innanzitutto, gli indici sono sempre stati calcolati separatamente per ASL e AO (queste ultime, come già evidenziato, definite in modo estensivo per comprendere anche AO integrate con l'Università, AOU pubbliche integrate con il SSN, IRCCS pubblici). Infatti, benché dal punto di vista formale le riclassificazioni utilizzate per l'analisi siano le stesse per entrambe le tipologie di aziende, l'interpretazione di aggregati e indici in moltissimi casi deve essere diversa, in considerazione delle diverse caratteristiche in termini di assetti istituzionali, combinazioni economiche e sistemi di finanziamento.

In secondo luogo, considerata la necessità di contenere la mole dei dati da presentare, si è scelto di non analizzare le aziende per singola regione, ma di aggregarle in due gruppi, a seconda che la regione di appartenenza sia o meno assoggettata a Piano di Rientro (PdR). Al riguardo, sono state considerate «regioni PdR» tutte quelle 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

¹¹ Alcuni studi hanno evidenziato come per i professionisti sanitari, ed in particolare per alcune figure mediche, i ricavi da libera professione rappresentino una quota decisamente importante della retribuzione (De Pietro 2002, De Pietro 2007) e possano rappresentare una leva gestionale flessibile ed efficace per orientare i comportamenti dei professionisti verso i fini istituzionali dell'azienda (De Pietro 2006). Per una disamina di potenzialità e criticità nella gestione della libera professione nelle strutture pubbliche si rimanda al capitolo 9 del presente Rapporto.

Tabella 15.6 **Gli indici di solidità patrimoniale utilizzati nell'analisi**

Indice	Numeratore	Denominatore
Rapporto di Indebitamento	Mezzi di terzi	Totale Capitale Investito
Copertura delle Immobilizzazioni	Mezzi Propri = (Fondo di Dotazione + Contributi + Altre voci di PN)	Attivo Fisso Netto
Copertura delle Immobilizzazioni materiali e immateriali tramite Contributi in conto capitale	Contributi in conto capitale* (al netto dei crediti per finanziamenti degli investimenti)	Immobilizzazioni materiali e immateriali nette
Obsolescenza dei Fabbricati	Fondo ammortamento dei Fabbricati	Valore Lordo Fabbricati
Obsolescenza delle Immobilizzazioni materiali ammortizzabili diverse dai fabbricati **	Fondo ammortamento delle Immobilizzazioni materiali ammortizzabili diverse dai fabbricati e altre **	Valore Lordo delle Immobilizzazioni materiali ammortizzabili diverse dai fabbricati e altre **

Note:

* Nella costruzione di questo indice, i contributi in conto capitale non includono i finanziamenti per investimenti da rettifica dei contributi in conto esercizio. I crediti per finanziamenti degli investimenti sono stati sottratti al fine di includere esclusivamente i contributi in conto capitale assegnati ed effettivamente erogati dalla regione o dallo stato.

** Immobilizzazioni materiali ad esclusione di: Fabbricati, Terreni, Opere d'arte, Immobilizzazioni in corso.

Tabella 15.7 **Gli indici di liquidità utilizzati nell'analisi**

Indice	Numeratore	Denominatore
Liquidità Primaria	Liquidità Immediata + Liquidità Differite	Passivo a breve*
Liquidità Secondaria	Attivo a breve	Passivo a breve*
Durata media dei Debiti verso Fornitori	Debiti verso Fornitori	(Costi per acquisti di beni e servizi, farmaceutica convenzionata, mobilità passiva infra ed extra regione, personale non dipendente) / 365

Note:

* Nelle passività a breve non sono stati inclusi i risconti passivi, coerentemente con la riclassificazione delle poste di stato patrimoniale proposta nel capitolo.

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 assommano un numero di aziende molto contenuto. Complessivamente, quindi, le aziende vengono organizzate in quattro classi: «AO PdR», «AO non-PdR», «ASL

PdR», «ASL non-PdR». La Tabella 15.8 riporta, per ogni classe, la distribuzione percentuale delle osservazioni tra le regioni. Risulta evidente come l'incidenza delle aziende di alcune regioni sia particolarmente significativa: per le regioni non-PdR, le AO lombarde (57,6%) e le ASL lombarde (20%) e venete (28%); per le regioni PdR, le AO siciliane (21,7%) e campane (19,8%). Di ciò si dovrà tener conto nell'interpretazione degli indici: per esempio, il dato medio delle «AO non-PdR» rifletterà in misura preponderante la situazione delle AO lombarde.

La terza scelta ha riguardato l'analisi dei trend temporali. Per ogni indice, dopo aver calcolato un dato medio riferito all'intero periodo, si è scelto di considerare separatamente ciascun anno, per almeno due motivi. Da un lato, si è ritenuto interessante valutare l'evoluzione temporale degli indici stessi. Dall'al-

Tabella 15.8 **Distribuzione percentuale tra le regioni delle aziende incluse nell'analisi nel periodo considerato (2008-2013)**

Regione	AO	ASL
BASILICATA	3,4%	3,33%
EMILIA ROMAGNA	10,2%	14,63%
FRIULI VENEZIA GIULIA	8,5%	7,98%
LOMBARDIA	57,6%	19,96%
MARCHE	5,1%	1,33%
PROV. AUTON. BOLZANO	–	1,33%
PROV. AUTON. TRENTO	–	1,33%
TOSCANA	6,8%	15,96%
UMBRIA	3,4%	4,88%
VALLE D'AOSTA	–	1,33%
VENETO	5,1%	27,94%
N° di osservazioni per Regioni non in Piano di Rientro	354 (100%)	451 (100%)
ABRUZZO	–	6,47%
CALABRIA	9,43%	7,62%
CAMPANIA	19,81%	11,09%
LAZIO	16,67%	16,63%
LIGURIA	5,35%	6,93%
MOLISE	–	1,39%
PIEMONTE	13,84%	18,01%
PUGLIA	7,55%	8,31%
SARDEGNA	5,66%	11,09%
SICILIA	21,70%	12,47%
N° di osservazioni per Regioni in Piano di Rientro	318 (100%)	433 (100%)
N° di osservazioni totali	672	884

tro, si è voluto tener conto che, a partire dal 2012, è entrato in vigore il D.lgs. 118/2011. Tale decreto ha introdotto specifiche regole contabili, prevalentemente orientate verso due finalità (Cantù 2014): (i) perseguire l'armonizzazione dei principi e delle regole contabili adottate dalle aziende sanitarie pubbliche nella predisposizione dei bilanci; (ii) indirizzare le scelte aziendali e regionali verso specifici obiettivi di *policy* (soprattutto controllo e contenimento della spesa), anche a scapito della rappresentazione veritiera e corretta della gestione, configurando quelle che la letteratura internazionale identifica come «*accounting mutations*» (Lapsley e Pallot 2000; Pina *et al.* 2009; Lapsley 2012). Il confronto tra i valori degli indici pre- e post- riforma consente quindi di cogliere, seppur parzialmente, l'impatto delle nuove regole sulla rappresentazione contabile e sui comportamenti aziendali.

L'ultima scelta, infine, ha riguardato l'attenzione verso la variabilità interaziendale. I dati medi, infatti, inevitabilmente nascondono situazioni molto differenziate. Al riguardo, per ognuno degli anni considerati e separatamente per le quattro classi di aziende (AO PdR, AO non-PdR, ASL PdR, ASL non-PdR), ciascun indice è stato rappresentato graficamente tramite un *boxplot* che consente di visualizzare sia i valori mediani, sia la distribuzione delle aziende per quartili.

15.4 Risultati

I valori medi assunti dagli indici nell'intero periodo temporale considerato, articolati per classi di aziende (AO PdR, AO non-PdR, ASL PdR, ASL non-PdR), sono presentati in Tabella 15.9, Tabella 15.10 e Tabella 15.11 rispettivamente per equilibrio economico, solidità e liquidità. Dopo ogni tabella, gli indici più significativi sono approfonditi tramite *boxplot* al fine di analizzarne anche l'evoluzione temporale e la variabilità interaziendale.

15.4.1 Equilibrio economico

Gli indici di equilibrio economico sono presentati, come detto, in Tabella 15.9.

Per quanto riguarda l'equilibrio economico complessivo, come rappresentato dal risultato d'esercizio in rapporto ai proventi caratteristici, il dato medio 2008-13 segnala una situazione di sostanziale pareggio per le AO non-PdR, di limitato disavanzo per le ASL non-PdR (-1,46%) e PdR (-3,36%), di disavanzo amplissimo per le AO PdR (-12,25%). Nel tempo, si coglie comunque un evidente miglioramento (Figura 15.1). Per quanto riguarda le AO non-PdR, i risultati riflettono la preponderanza delle AO lombarde, che nel tempo hanno spesso approvato consuntivi in perfetto pareggio. Per le altre classi di aziende, è evidente la distinzione tra regioni non-PdR e PdR. Nelle ASL non-PdR, si parte da disavanzi comunque contenuti e si registra una progressiva convergenza verso il pareggio, con un an-

nullamento della variabilità. Nelle ASL e nelle AO PdR, il punto di partenza è evidentemente peggiore; le ASL si differenziano però dalle AO per una più chiara tendenza al miglioramento dei risultati e alla contrazione della variabilità, fenomeni che nelle AO si presentano in misura significativa solo nel 2013.

A indicazioni sostanzialmente analoghe si giunge laddove, anziché sulla gestione complessiva, si focalizzi l'attenzione sulla sola gestione caratteristica (Tabella 15.9).

Quanto alla gestione straordinaria, il suo valore medio complessivo (Tabella 15.9) è sempre molto contenuto (< 0,5% dei proventi caratteristici). La sua analisi non offre quindi evidenze né sulla limitata attendibilità dei dati contabili, né su sistematici comportamenti di significativa sovra o sottostima di specifiche voci di provento o di costo. Anche i *boxplot* (Figura 15.2) mostrano ambiti di variabilità piuttosto contenuti (± 2 punti percentuali), soprattutto nelle aziende non-PdR. Tra le aziende PdR, la variabilità si è fortemente ridotta nelle ASL, mentre resta elevata nelle AO. Nel 2012, anno di entrata in vigore del D.lgs. 118/2011, la variabilità ha inaspettatamente raggiunto il minimo in tutte le classi di aziende. Per converso, almeno in alcune classi di aziende, la variabilità è stata molto elevata

Tabella 15.9 **Valori medi degli indici di equilibrio economico, per classi di aziende, 2008-13**

Valori medi 2008-2013	AO		ASL	
	No PdR	PdR	No PdR	PdR
Incidenza del risultato di esercizio sui proventi della gestione caratteristica	-0,22%	-12,25%	-1,46%	-3,36%
Risultato delle gestioni parziali: Contributo della gestione caratteristica	-0,30%	-11,61%	-1,35%	-2,70%
Risultato delle gestioni parziali: Contributo della gestione straordinaria	0,41%	0,02%	0,20%	-0,17%
Composizione dei proventi della gestione caratteristica: Incidenza della produzione valorizzata a volumi e mix	73,94%	48,73%	9,33%	9,11%
Composizione dei proventi della gestione caratteristica: Incidenza della produzione valorizzata a volumi e mix sui proventi della gestione caratteristica espressi al netto della sterilizzazione degli ammortamenti	75,88%	50,41%	9,42%	9,19%
Composizione dei proventi della gestione caratteristica: Incidenza dei ricavi da libera professione	3,18%	2,67%	0,74%	0,49%
Incidenza dei costi della gestione caratteristica: Costi per beni e servizi	34,62%	39,81%		
Incidenza dei costi della gestione caratteristica: Costi del personale	59,78%	65,99%		
Incidenza dei costi della gestione caratteristica: Produzione esterna extra gruppo pubblico regionale			27,48%	31,78%
Incidenza dei costi della gestione caratteristica: Costi per beni e servizi su Risorse per la Produzione Interna			32,37%	32,10%
Incidenza dei costi della gestione caratteristica: Costi per il personale su Risorse per la Produzione Interna			66,18%	69,45%
Incidenza del costo per Libera professione sui costi del personale dirigente medico	16,04%	10,32%	6,51%	4,03%

Figura 15.1 **Incidenza del risultato di esercizio sui proventi della gestione caratteristica, per classe di aziende, 2008-13**

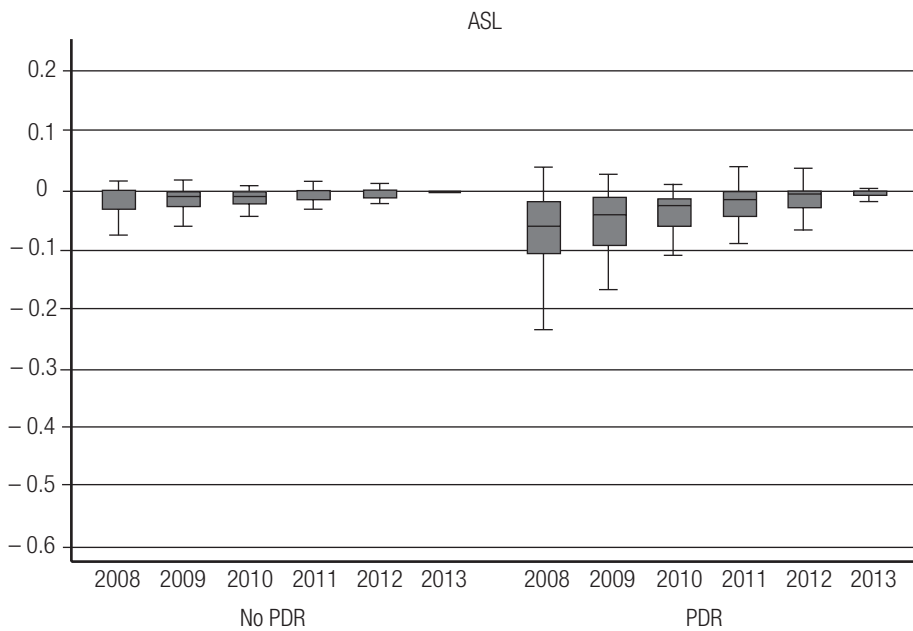
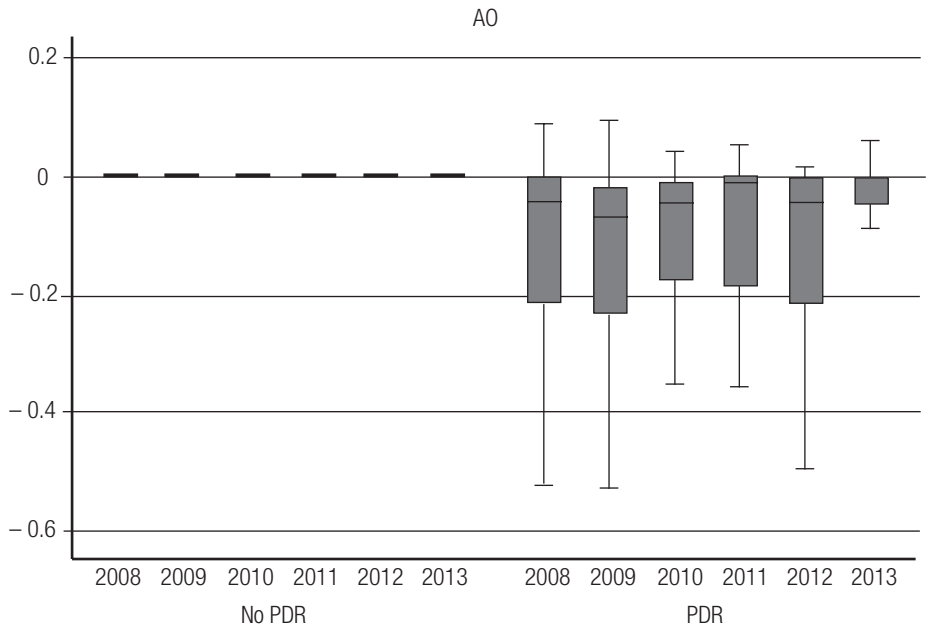
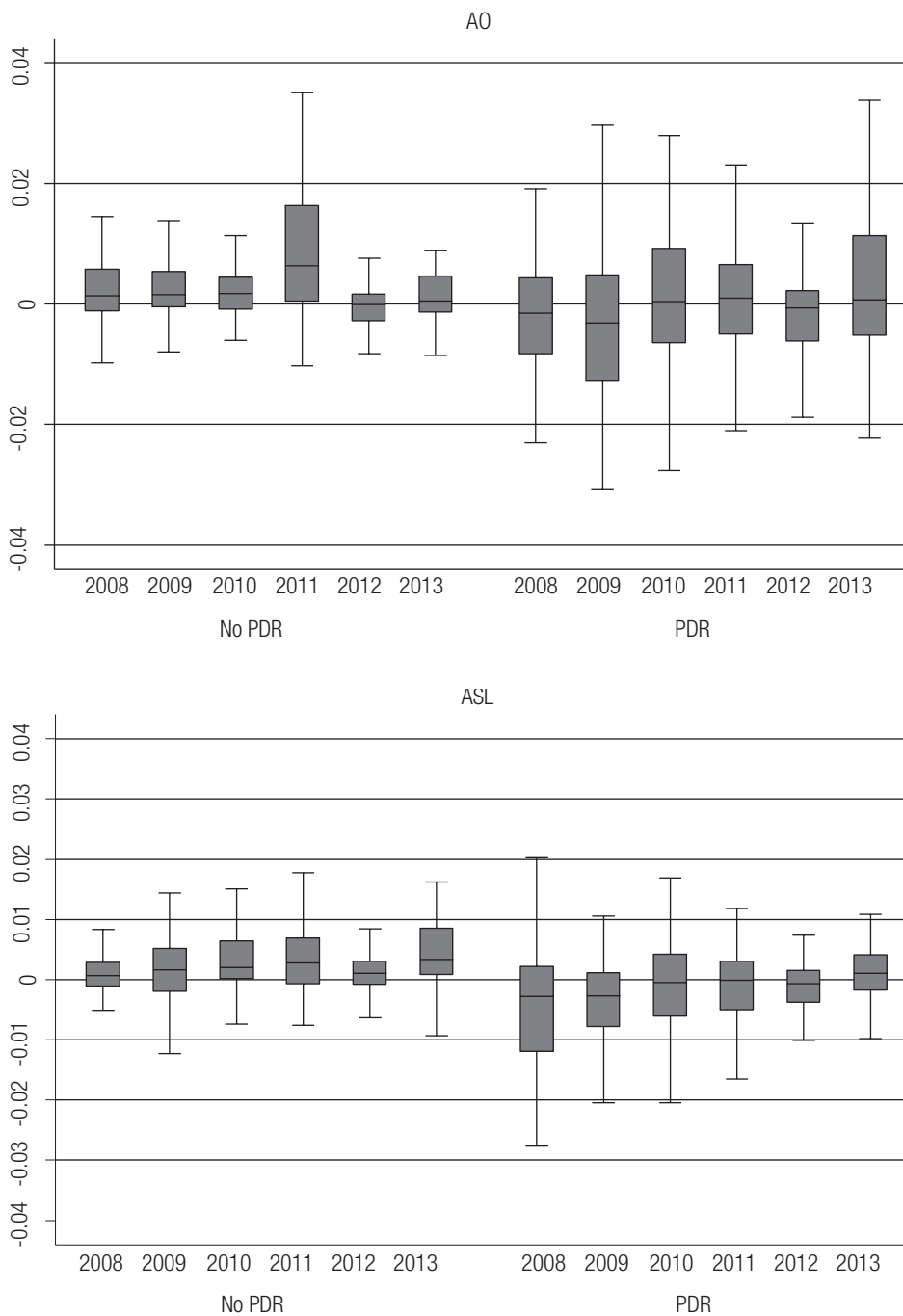


Figura 15.2 **Incidenza del risultato della gestione straordinaria sui proventi della gestione caratteristica, per classe di aziende, 2008-13**



nell'anno precedente (2011), forse per effetto di «pulizie contabili» effettuate in preparazione all'introduzione del nuovo sistema di regole. La riduzione rilevata nel 2012, peraltro, pare essere stata temporanea, perché nel 2013 la variabilità è di nuovo aumentata.

Nell'approfondimento delle principali voci che compongono la gestione caratteristica (indici di composizione dei ricavi e di incidenza dei costi) è opportuno trattare ASL e AO separatamente perché, come già evidenziato, in alcuni casi sono stati utilizzati indici diversi, mentre in altri casi i medesimi indici vanno comunque interpretati diversamente.

Nel caso delle AO, spicca innanzi tutto la limitata incidenza della produzione valorizzata a volumi e mix rispetto al totale dei proventi caratteristici (Tabella 15.9). Ciò vale soprattutto per le AO PdR (mediamente 48,7%), ma anche per quelle non-PdR (mediamente 73,9%). Il dato si modifica solo marginalmente (diventando rispettivamente 50,4% e 75,8%) se dal denominatore si omettono le sterilizzazioni degli ammortamenti. Si sarebbe quindi portati a concludere che una quota significativa di finanziamento delle AO (circa un quarto nelle regioni non-PdR e addirittura la metà in quelle PdR) sia rappresentata da voci quali i finanziamenti per funzione e i contributi di riequilibrio. Il dato va però interpretato con cautela per almeno due motivi: (i) la diffusione di sistemi di finanziamento che impongono «tetti» per specifico produttore ha fortemente indebolito la distinzione tra finanziamenti a tariffa e contributi in conto esercizio, al punto che alcuni erogatori pubblici potrebbero interpretare il tetto come budget assegnato e rilevarlo come contributo in conto esercizio; (ii) persistono storiche eterogeneità nelle prassi regionali e aziendali di classificazione dei finanziamenti regionali tra le voci di provento. Quanto ai dati di evoluzione temporale e di variabilità interaziendale (Figura 15.3), le AO PdR si distinguono sia per la progressiva, ulteriore riduzione nel valore mediano dell'indicatore nel corso del tempo, sia soprattutto per l'amplessima variabilità.

Il medesimo indicatore, riferito alle ASL, assume un significato profondamente diverso, perché il finanziamento a tariffa riguarda unicamente la mobilità attiva. In merito, dalla Tabella 15.9 e dalla Figura 15.3 si evince una sostanziale analogia tra ASL PdR e non-PdR, con medie complessive che si attestano in entrambi i casi intorno al 9%.

Sempre in tema di composizione dei ricavi, infine, può essere rilevante conoscere quale quota dei proventi caratteristici derivi dall'attività libero professionale *intramoenia*. Al riguardo, per le AO, la Tabella 15.9 presenta un dato medio complessivo piuttosto contenuto (circa 3%) e sostanzialmente analogo tra aziende assoggettate o meno ai PdR; la Figura 15.4 mostra una sostanziale stabilità delle mediane nel tempo, accompagnata da una variabilità abbastanza contenuta, soprattutto nelle aziende non-PdR. Quanto alle ASL (sia PdR che non PdR) il valore medio per il periodo considerato è ancora inferiore (< 1%), con mediane stabili nel tempo e ridotta variabilità interaziendale.

Figura 15.3 **Incidenza della produzione valorizzata a volumi e mix sui proventi della gestione caratteristica, per classi di aziende**

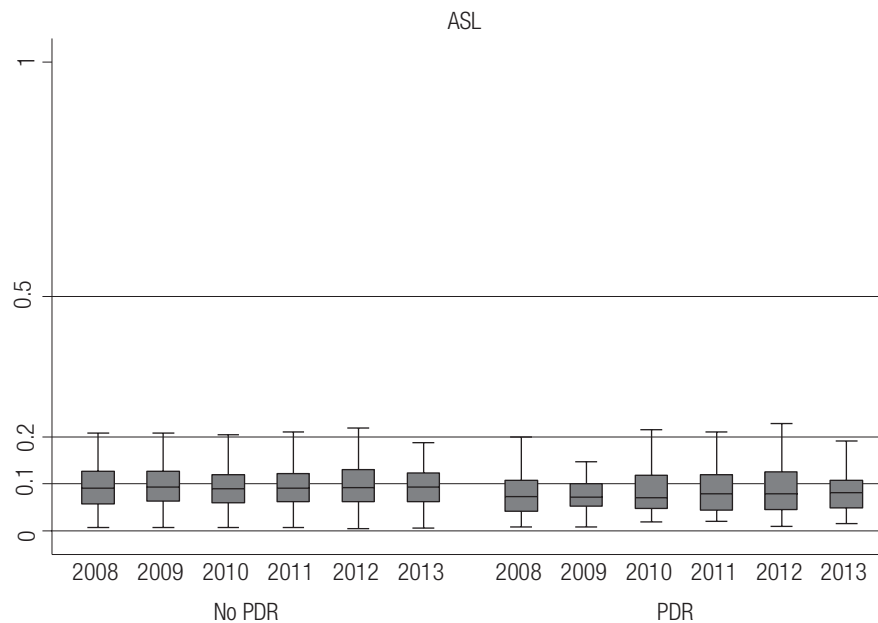
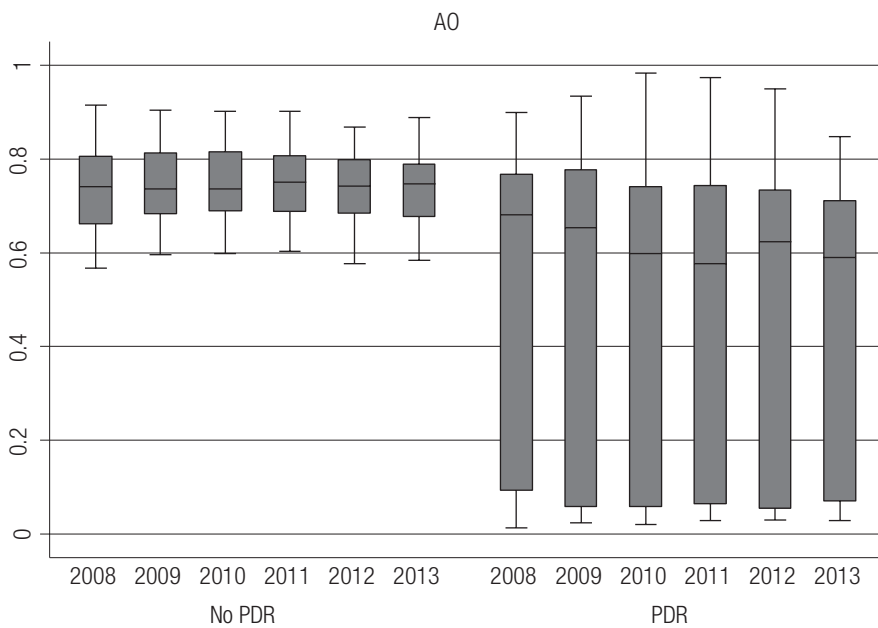


Figura 15.4 **Incidenza dei ricavi da libera professione intramoenia sui proventi della gestione caratteristica, per classi di aziende, 2008-13**

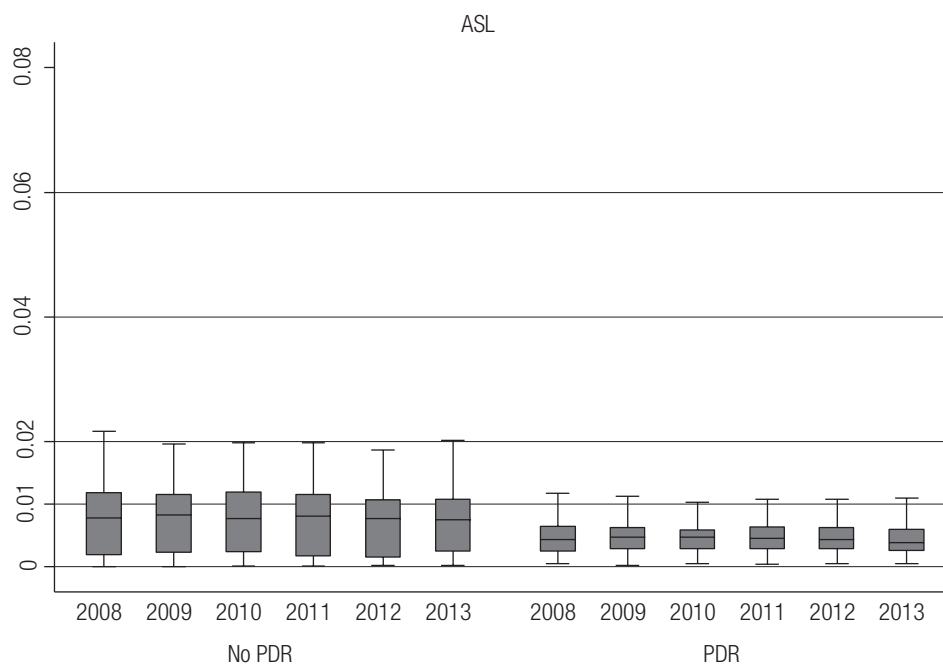
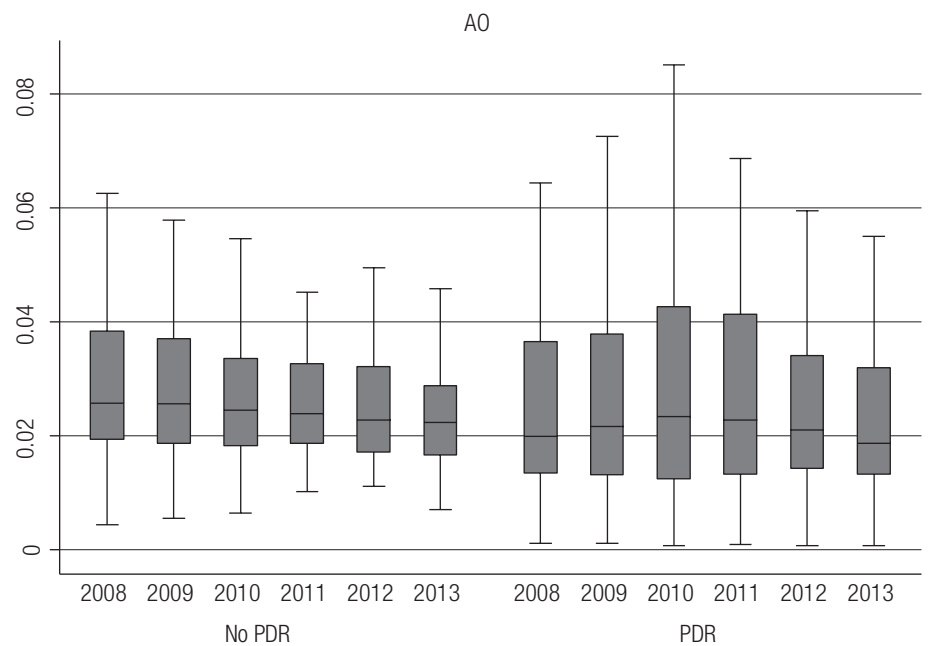
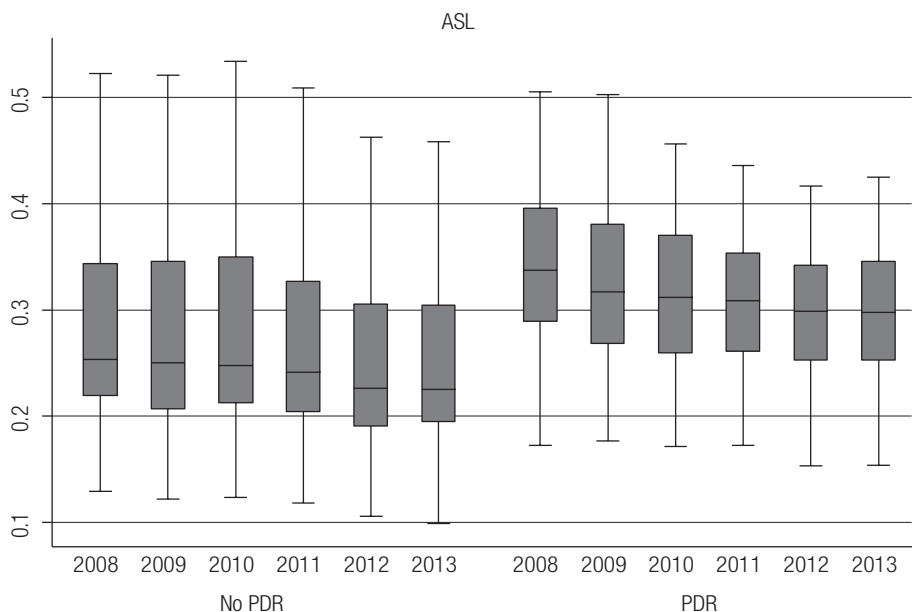


Figura 15.5 **Incidenza dei costi per servizi affidati a produttori esterni (esclusi quelli per mobilità passiva verso altre aziende sanitarie pubbliche della regione) sui proventi della gestione caratteristica, per classe di ASL, 2008-13**



Passando ad analizzare l'incidenza dei costi, si può innanzi tutto ricordare che le ASL si differenziano dalle AO anche per la presenza di una funzione di committenza a fianco della funzione di produzione diretta dei servizi. In merito, la Tabella 15.9 mostra come i costi per servizi affidati a produttori esterni (esclusi quelli per mobilità passiva verso altre aziende sanitarie pubbliche della regione) siano stati mediamente pari a 31,78% nelle ASL PdR e 27,48% nelle ASL non-PdR, con una differenza dunque superiore a quattro punti percentuali. La Figura 15.5 conferma la differenza tra ASL PdR e non-PdR; mostra, d'altra parte, una progressiva riduzione dell'indicatore in entrambe le classi di aziende, ma soprattutto in quelle assoggettate a PdR, contribuendo così a spiegare il graduale assottigliamento del divario tra aziende PdR e non-PdR in termini di risultati economici complessivi; evidenzia, infine, un'elevata variabilità, più accentuata nelle ASL non-PdR, presumibilmente per la differente presenza e rilevanza di soggetti privati accreditati¹².

La variabilità risulta ancora più accentuata se si considera al numeratore tutta la produzione affidata all'esterno (incluso cioè anche quella erogata da soggetti pubblici della regione). Questo in conseguenza della forte eterogeneità dei

¹² Per un approfondimento sul tema si rimanda al Cap. 5 del presente Rapporto.

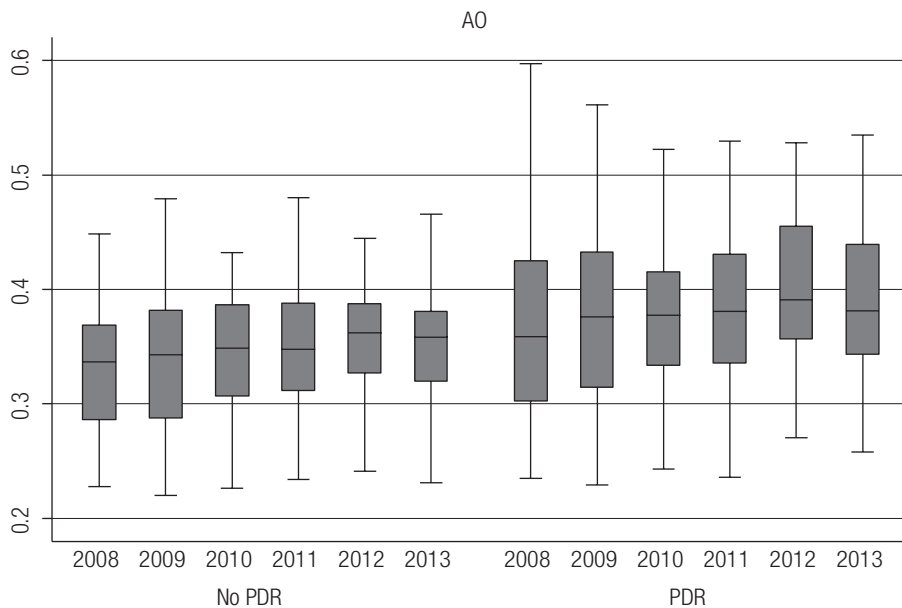
modelli istituzionali, in termini di costituzione di Aziende Ospedaliere autonome e di competenze affidate alle ASL (si pensi, per esempio, alle differenze tra Lombardia e Toscana).

Quanto alla funzione di produzione diretta, le due principali classi di costo sono beni e servizi da un lato, personale dall'altro. Nel sistema di indici qui proposto, la loro incidenza è valutata in rapporto al totale dei proventi caratteristici per le AO e alle risorse per la produzione interna per le ASL. L'interpretazione, però, è sufficientemente analoga da consentire un'analisi congiunta.

L'incidenza dei costi per beni e servizi, nel periodo considerato, è stata mediamente pari a 39,8% nelle AO PdR, 34,6% nelle AO non-PdR, 32,1% nelle ASL PdR, 32,3% nelle ASL non-PdR (Tabella 15.9). I *boxplot* (Figura 15.6 e Figura 15.7) evidenziano dinamiche in lieve crescita (a eccezione del 2013) e sostanzialmente simili tra tutte le classi di aziende, con variabilità più spiccate tra le AO PdR.

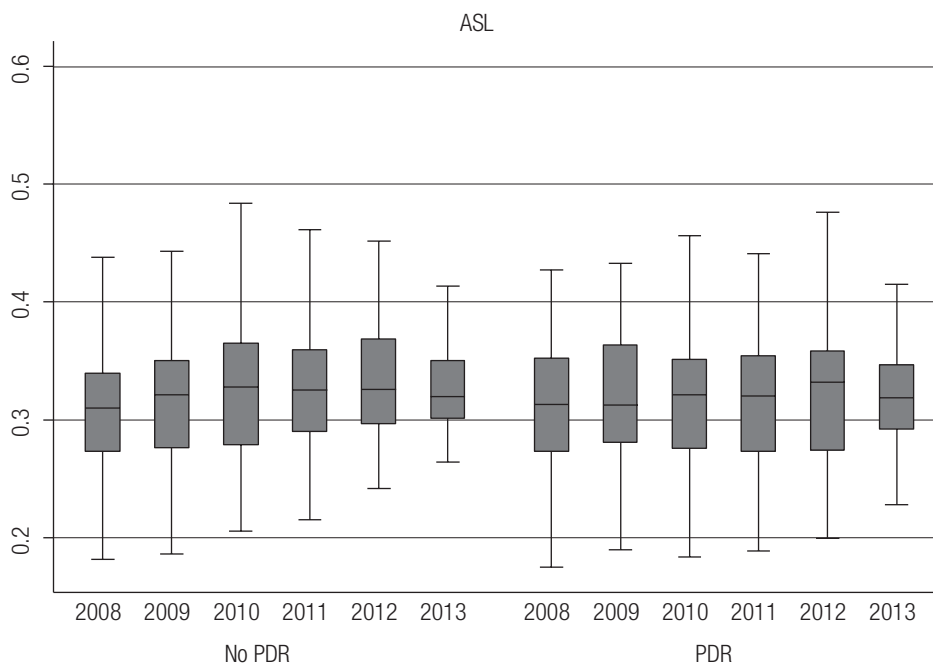
L'incidenza dei costi per il personale¹³, d'altra parte, si attesta su valori molto elevati: è stata, infatti, mediamente pari al 66% nelle AO PdR, al 59,8% nelle AO non-PdR, al 69,4% nelle ASL PdR, al 66,1% nelle ASL non-PdR (Tabella 15.9). Si rileva, in altri termini, un'evidente distanza tra le aziende PdR e non-PdR, pari me-

Figura 15.6 **Incidenza dei costi per beni e servizi sui proventi della gestione caratteristica, per classe di AO, 2008-13**



¹³ Si ricorda che tale voce include i costi relativi al personale convenzionato e non dipendente, nonché l'IRAP (cfr. par. 15.3).

Figura 15.7 **Incidenza dei costi per beni e servizi destinati alla produzione diretta sulle risorse per la produzione interna, per classe di ASL, 2008-13**



diamente a tre punti percentuali nelle ASL e sei nelle AO. I *boxplot* (Figura 15.8 e Figura 15.9), d'altra parte, rivelano un'evidente tendenza alla diminuzione di mediane e variabilità, per tutte le classi di aziende, ma soprattutto per quelle assoggettate a PdR, che giungono così nel 2013 a ridurre significativamente la distanza rispetto alle aziende non-PdR, pur senza annullarla completamente. Emerge dunque un'ulteriore, significativa determinante sia del graduale miglioramento dei risultati economici complessivi, sia del decrescente divario tra aziende PdR e non-PdR.

Anche nel caso dei costi, infine, un ultimo indice si focalizza sulla libera professione *intramoenia*, indagando specificamente l'incidenza delle retribuzioni erogate a tale titolo rispetto al costo totale del personale dirigente medico¹⁴. Il dato medio complessivo (Tabella 15.9) è 16% per le AO non-PdR, 10,3% per le AO PdR, 6,5% per le ASL non-PdR e 4% per le ASL PdR, con valori mediani pressoché stabili nel tempo, ma caratterizzati da un'ampia variabilità soprattutto tra le AO (Figura 15.10)¹⁵.

¹⁴ Si segnala che questa modalità di costruzione dell'indice tende a sovrastimarli, dal momento che una parte dei compensi per libera professione può essere erogato anche al personale del comparto.

¹⁵ Per questo indicatore sono state escluse dal calcolo dei valori medi e dai *boxplot* tre Aziende (una AO del Lazio e due della Sardegna) che presentavano valori anomali.

Figura 15.8 **Incidenza dei costi per il personale sui proventi della gestione caratteristica, per classe di AO, 2008-13**

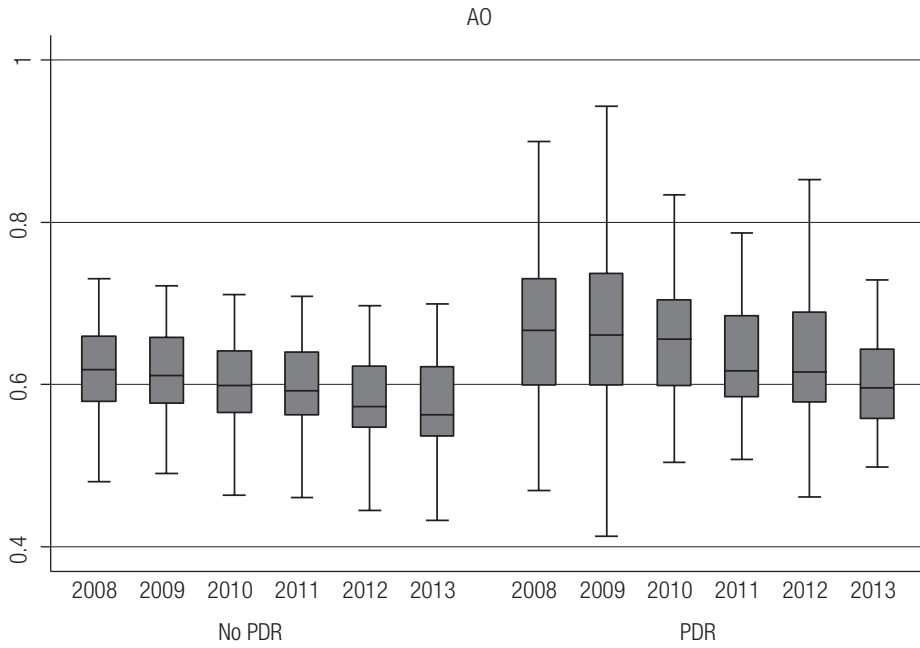


Figura 15.9 **Incidenza dei costi per il personale sulle risorse per la produzione interna, per classe di ASL, 2008-13**

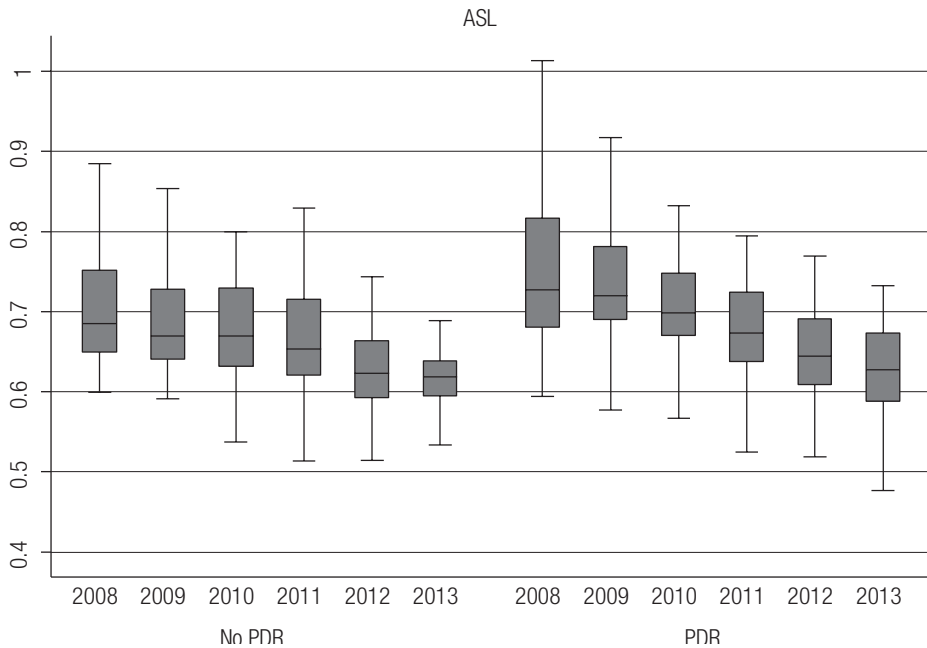
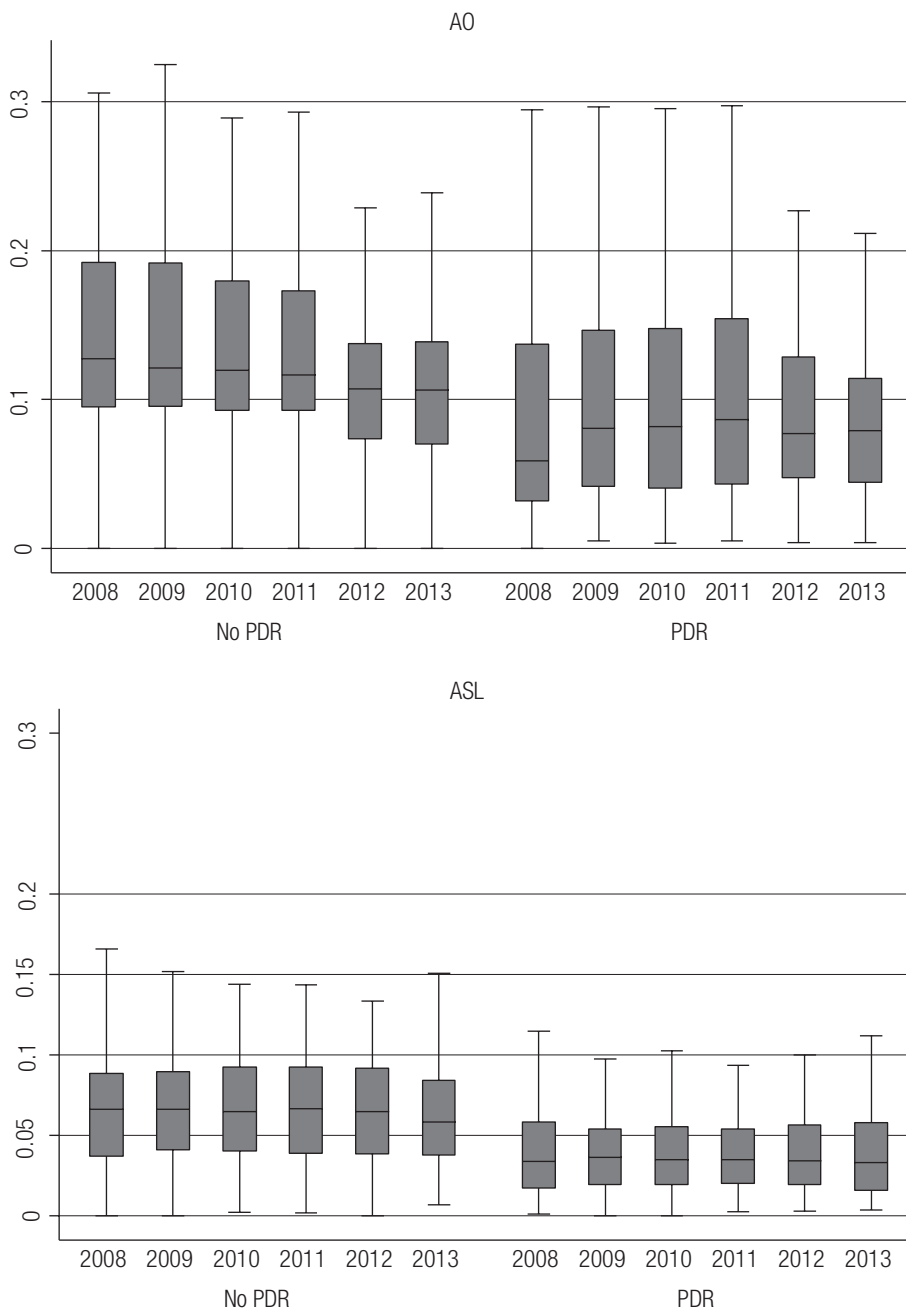


Figura 15.10 **Incidenza dei costi per libera professione intramoenia sui costi totali del personale dirigente medico per classi di aziende, 2008-13**



15.4.2 Solidità

Gli indici di solidità analizzati sono presentati in Tabella 15.10.

Malgrado la presenza di disavanzi ormai molto contenuti, anche nelle regioni PdR, il livello di indebitamento delle aziende sanitarie pubbliche resta elevato, presumibilmente per effetto delle ampie perdite accumulate negli esercizi precedenti e non ancora coperte. Al 31/12/2013, infatti, le aziende analizzate totalizzavano perdite cumulate (dell'esercizio 2013 e degli esercizi precedenti, al netto di eventuali utili 2013 e degli esercizi precedenti) pari a circa 33,7 miliardi di Euro, a fronte di contributi per ripiano perdite iscritti nel patrimonio netto (cui dovrebbero corrispondere, secondo quanto stabilito dal D.lgs. 118/2011¹⁶, ripiani assegnati, ma non ancora erogati) per circa 21,3 miliardi. Risultano quindi ancora presenti nei bilanci delle aziende sanitarie circa 12,4 miliardi di perdite non coperte nemmeno in termini di assegnazioni, di cui però il 70% (8,9 miliardi) compensato, a livello di consolidato regionale, da contributi per ripiano perdite iscritti nei bilanci delle GSA, presumibilmente per ripiani assegnati alla «sanità», ma per ora non erogati, né allocati tra le aziende¹⁷.

La fragilità patrimoniale delle aziende sanitarie pubbliche emerge con evidenza già dal rapporto di indebitamento, il cui valore medio sull'intero periodo considerato (Tabella 15.10) è sempre superiore al 60%, con un minimo nelle AO non-PdR (60.4%) e un valore addirittura > 1 (indicativo di un patrimonio netto negativo) nelle ASL PdR. Le aziende sanitarie pubbliche, in altri termini, sono fortemente indebitate. Si noti, tra l'altro, che l'indice è stato definito in modo «generoso»: visto che le quote di contributi in conto capitale imputate a conto economico sono interpretate come ricavi, infatti, coerenza vorrebbe che le quote non ancora imputate a conto economico fossero specularmente interpretate come risconti passivi; nell'analisi, invece, si è seguita l'impostazione normativa¹⁸ e si sono considerate tali quote come parte ideale del patrimonio netto, con conseguente sovrastima di quest'ultimo. I *boxplot* (Figura 15.11) confermano il maggior indebitamento delle ASL rispetto alle AO e delle aziende PdR rispetto alle altre. Evidenziano, inoltre, la frequente presenza di patrimoni netti negativi, soprattutto (ma non solo) nelle ASL PdR. Tali patrimoni netti negativi sembrano derivare prevalentemente dalle consistenti perdite accumulate nel tempo: i fondi di dotazione, infatti, presentano mediamente valori quasi nulli. Si segnala, peraltro, che la consistenza dei fondi di dotazione era molto variabile prima dell'entrata in vigore del D.lgs. 118/2011, mentre ora è molto più omogenea e di importo generalmente limitato in tutte le aziende.

¹⁶ Art. 29, lettera d).

¹⁷ Nei consolidati regionali, in altri termini, le perdite non coperte nemmeno in termini di assegnazioni ammontano a 12,4-8,9=3,5 miliardi.

¹⁸ D.lgs. 118/2011, art. 29, lettera c).

Tabella 15.10 **Valori medi degli indici di solidità patrimoniale, per classi di aziende, 2008-13**

Valori medi 2008-2013	AO		ASL	
	No PdR	PdR	No PdR	PdR
Rapporto di indebitamento	60,4%	79,6%	84,7%	113,9%
Indice di Copertura delle Immobilizzazioni	61,7%	26,5%	30,3%	-28,1%
Copertura delle Immobilizzazioni materiali e immateriali tramite Contributi in conto capitale	60,2%	61,3%	41,5%	64,4%
Indice di Obsolescenza dei Fabbricati	28,2%	29,1%	34,2%	29,2%
Indice di Obsolescenza delle Immobilizzazioni materiali ammortizzabili diverse dai fabbricati	72,3%	74,4%	74,7%	76,4%

La limitata solidità patrimoniale delle aziende sanitarie pubbliche è confermata anche dal basso grado di copertura delle immobilizzazioni. Il valore medio sull'intero periodo considerato (Tabella 15.10) è sempre ampiamente inferiore a 1, trovando il proprio massimo nelle AO non-PdR (61,7%), assumendo per converso valori negativi nelle ASL PdR e attestandosi intorno al 26-30% nelle altre due classi di aziende. Indicazioni analoghe provengono dai *boxplot* (Figura 15.12), che inoltre segnalano una variabilità molto più spiccata nelle ASL rispetto alle AO e confermano la rarità delle situazioni di piena auto-copertura (indice di copertura ≥ 1).

A prima vista, la limitata copertura delle immobilizzazioni confligge con l'aspettativa che le aziende sanitarie pubbliche finanzino la maggior parte dei propri investimenti con contributi in conto capitale. È possibile, però, che l'indice sia condizionato dalla presenza di perdite pregresse che ne erodono il numeratore. Per meglio indagare questo aspetto viene quindi proposto un ulteriore indice, che pone al numeratore i soli finanziamenti per investimenti da soggetti pubblici e privati¹⁹ e al denominatore le immobilizzazioni materiali e immateriali nette²⁰. Tale indice assume valori medi più omogenei tra le diverse tipologie di aziende (Tabella 15.10), ma comunque decisamente inferiori all'unità: 41,5%

¹⁹ Come già specificato, tale valore non include i finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio. Se non venissero esclusi, infatti, l'indice risulterebbe gonfiato a causa del particolare meccanismo contabile di attuazione dell'ammortamento integrale previsto dalla casistica applicativa sulla sterilizzazione degli ammortamenti. Quest'ultima stabilisce l'obbligo di stornare i contributi in c/esercizio da ricavo a patrimonio netto. In questo modo, i contributi iscritti nel patrimonio netto si incrementano anche a fronte di investimenti finanziati con risorse proprie.

²⁰ Rispetto a questo indicatore, nel calcolo dei valori medi e nella rappresentazione dei *boxplot* sono state omesse 34 osservazioni (corrispondenti a 5 aziende delle Regioni Calabria e Sardegna) che presentavano dati anomali.

Figura 15.11 **Rapporto di Indebitamento, per classi di aziende, 2008-13**

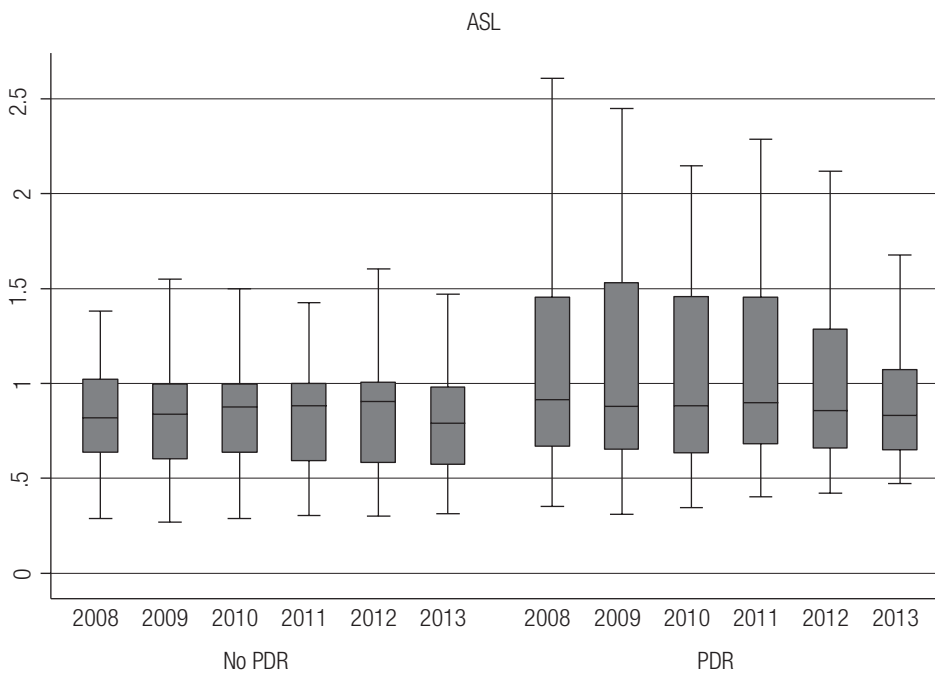
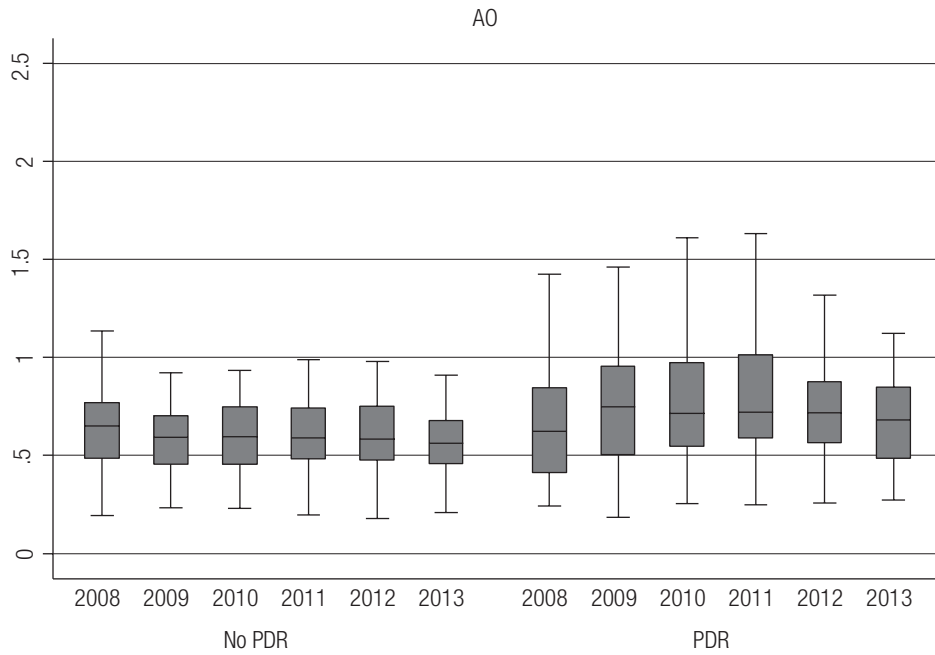
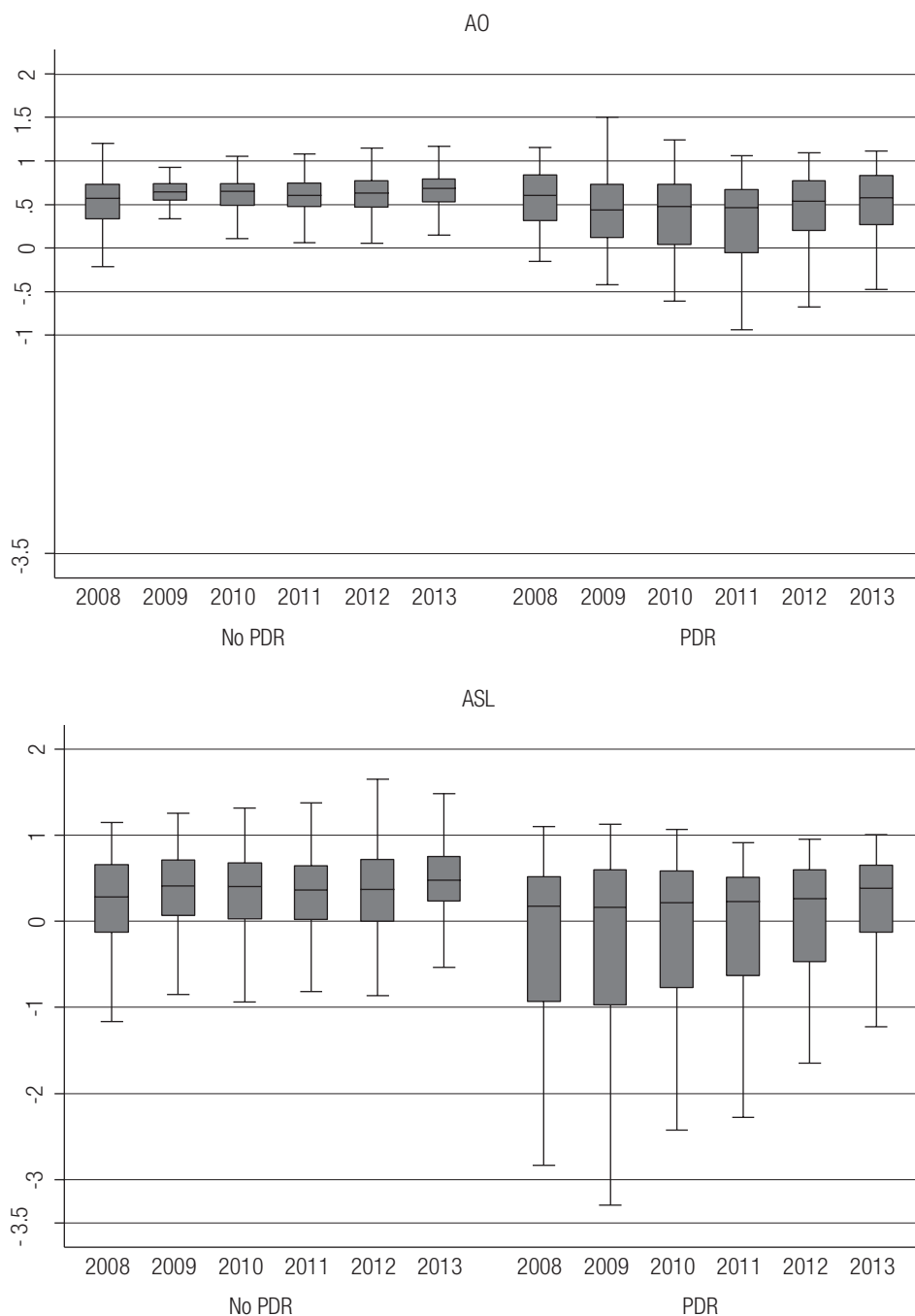


Figura 15.12 **Indice di copertura delle immobilizzazioni, per classi di aziende, 2008-13**



nelle ASL non-PdR, 60-64% nelle altre classi di aziende. Ciò conferma quanto emerso in una precedente analisi, pubblicata nel Rapporto OASI 2013 (Anessi Pessina *et al.* 2013), secondo cui le aziende sanitarie pubbliche ricorrono spesso a fonti di finanziamento degli investimenti ulteriori rispetto ai soli contributi in conto capitale (per esempio, indebitamento finanziario, impiego della liquidità prodotta dalla gestione reddituale, debito di fornitura), soprattutto in alcune regioni non-PdR (per esempio, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Marche, Umbria).

Si segnala, infine, che l'indice, dopo una fase di stabilità o riduzione nel periodo 2008-2011, ha subito un generale incremento nel biennio 2012-13 (Figura 15.13): per tutte le classi di aziende la mediana ha così superato il 50%. Ciò è presumibilmente dovuto a comportamenti sia «reali» sia «contabili» innescati dal D.lgs. 118/2011. Tra i comportamenti «reali», l'obbligo di ammortamento integrale nell'anno di acquisto dei «cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio» rende difficilmente sostenibile per le aziende il finanziamento degli investimenti con risorse proprie. Di conseguenza, le aziende tenderanno ad effettuare investimenti solo in presenza di contributi in conto capitale, generando quindi un aumento dell'indice. Tra i «comportamenti contabili», si segnala l'indicazione ministeriale di inserire, tra le voci che compongono i contributi iscritti nel patrimonio netto, i «finanziamenti per beni di prima dotazione». Questa indicazione ha comportato, per le aziende che avevano inizialmente iscritto i finanziamenti per beni di prima dotazione all'interno del fondo di dotazione, uno storno da fondo di dotazione a finanziamenti per investimenti, di nuovo generando un aumento dell'indice²¹.

La solidità di un'azienda, infine, dipende anche dalla sua capacità di mantenere e rinnovare le proprie immobilizzazioni (fabbricati, attrezzature ecc.). Nell'analisi sono stati quindi calcolati due indici di obsolescenza delle immobilizzazioni materiali, uno per i fabbricati e uno per le altre immobilizzazioni materiali ammortizzabili (escludendo dunque terreni, opere d'arte e immobilizzazioni in corso). Con specifico riferimento a quest'ultimo indice, i risultati mostrano gradi di obsolescenza molto elevati: la media complessiva (Tabella 15.10) è infatti pari circa al 75% in tutte le classi di aziende. Negli ultimi due anni, inoltre, l'obsolescenza si è ulteriormente aggravata, con mediane che hanno superato per tutte le classi di aziende l'80% (Figura 15.14). Ciò può, in parte, derivare dalla contrazione della spesa per investimenti, ma più probabilmente riflette il

²¹ Invece, non dovrebbe aver avuto effetti sull'indice la disposizione (art. 29, lett. c, D.lgs. 118/2011) che richiede alle aziende di rilevare i finanziamenti per investimenti e i correlati crediti già sulla base del provvedimento di assegnazione. È vero, infatti, che le previgenti normative e prassi regionali prevedevano spesso che il contributo fosse rilevato in momenti successivi. Come già segnalato, tuttavia, l'indice qui presentato è stato costruito considerando, al numeratore, i finanziamenti per investimenti al netto dei relativi crediti, rendendo così irrilevanti gli eventuali contributi assegnati, ma non ancora erogati.

Figura 15.13 **Indice di copertura delle immobilizzazioni materiali e immateriali con contributi in conto capitale, per classi di aziende, 2008-13**

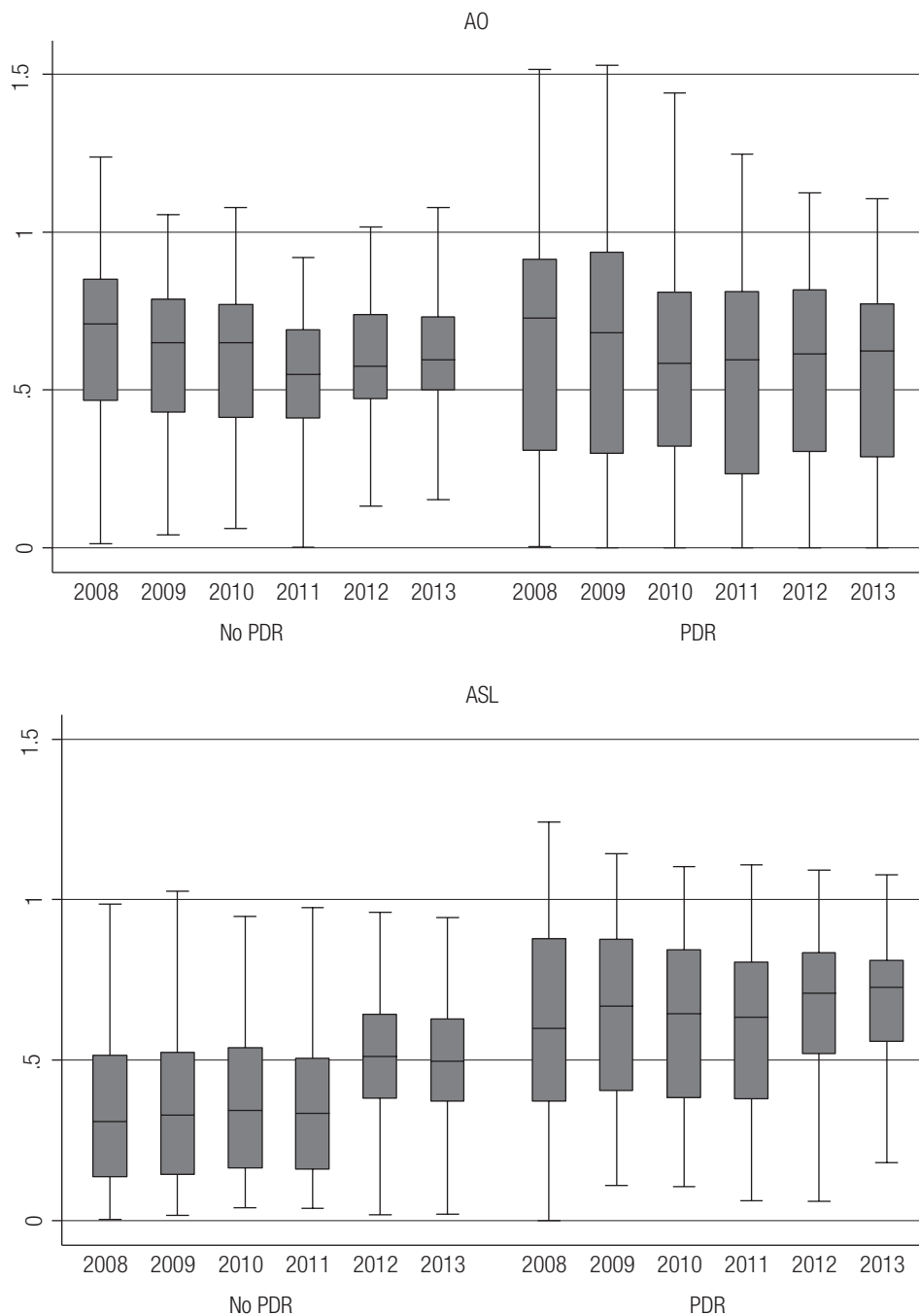
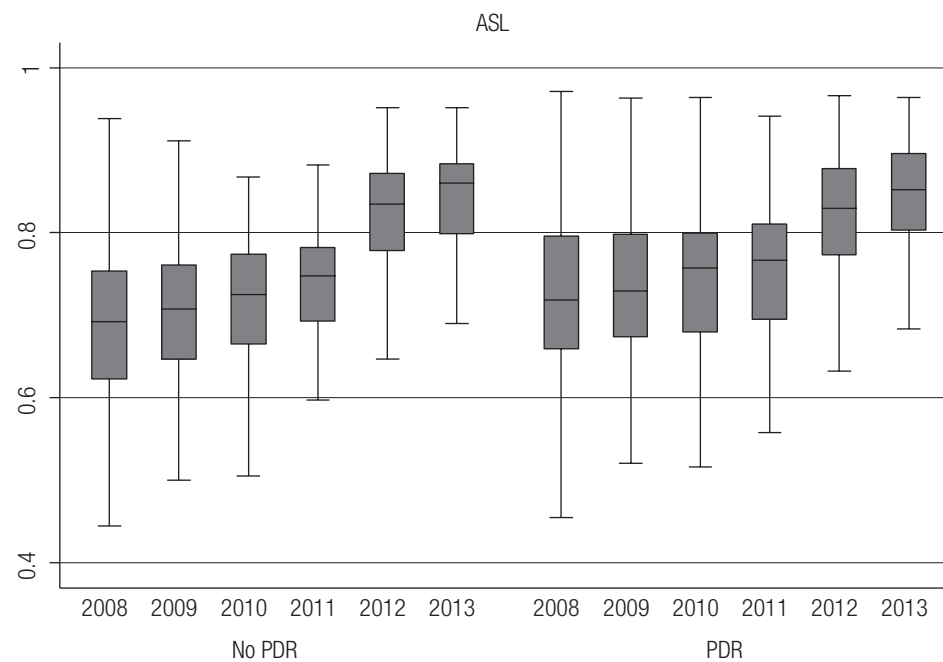
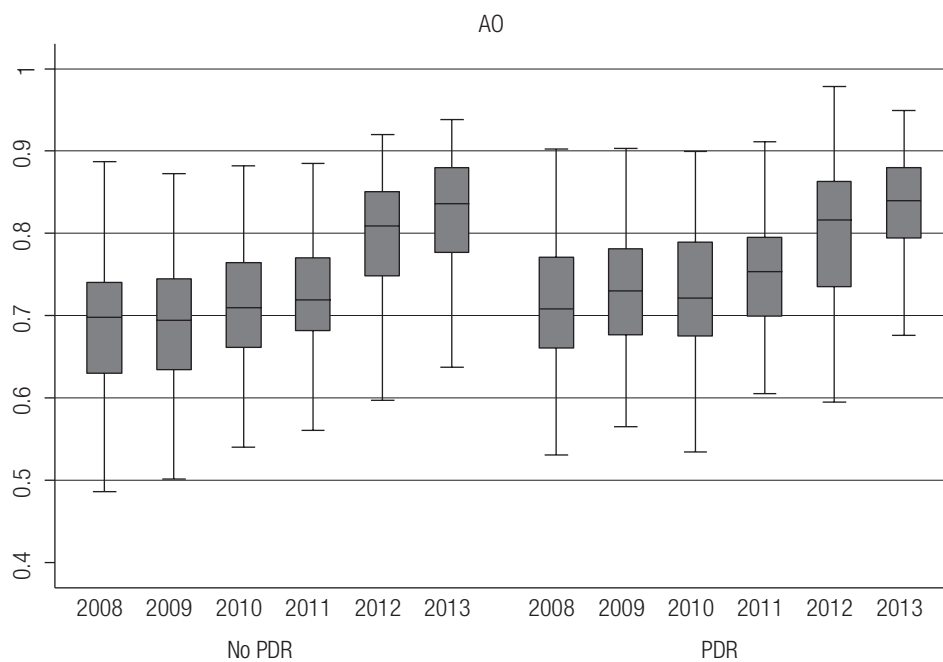


Figura 15.14 **Tasso di obsolescenza delle altre immobilizzazioni materiali ammortizzabili, per classi di aziende, 2008-13**



passaggio ai coefficienti di ammortamento sanciti dal D.lgs. 118/2011, che in molti casi si sono rivelati superiori a quelli precedentemente stabiliti da ciascuna regione²². Sicuramente, il passaggio ai coefficienti di ammortamento sanciti dal D.lgs. 118/2011 ha ridotto la variabilità interaziendale nel tasso di obsolescenza delle immobilizzazioni.

Per completare l'analisi e formulare più fondate considerazioni, sarebbe necessario approfondire se l'obsolescenza delle immobilizzazioni di proprietà dell'azienda rifletta un effettivo impoverimento della capacità produttiva o piuttosto il ricorso a diverse modalità di mantenimento e rinnovamento del patrimonio (soprattutto tecnologico), quali i contratti di *leasing* o di *global service*. Al riguardo, però, i dati di bilancio non forniscono ancora informazioni attendibili.

15.4.3 Liquidità

L'ultima dimensione analizzata concerne la liquidità. Gli indici utilizzati sono presentati nella Tabella 15.11. Come per la solidità, già dai dati medi complessivi emerge una situazione di diffusa criticità.

L'indice di liquidità secondaria, in particolare, è mediamente di poco > 1 nelle AO non-PdR e ampiamente < 1 per tutte le altre classi di aziende e soprattutto per le ASL PdR (Tabella 15.11). Nel biennio 2012-13, peraltro, anche le AO non-PdR hanno visto una contrazione dell'indice, per cui i valori mediani sono scesi anche in questo caso al di sotto di 1. Per converso, nel medesimo periodo, l'indice è migliorato sia nelle AO PdR che nelle ASL PdR, pur rimanendo < 1 (Figura 15.15).

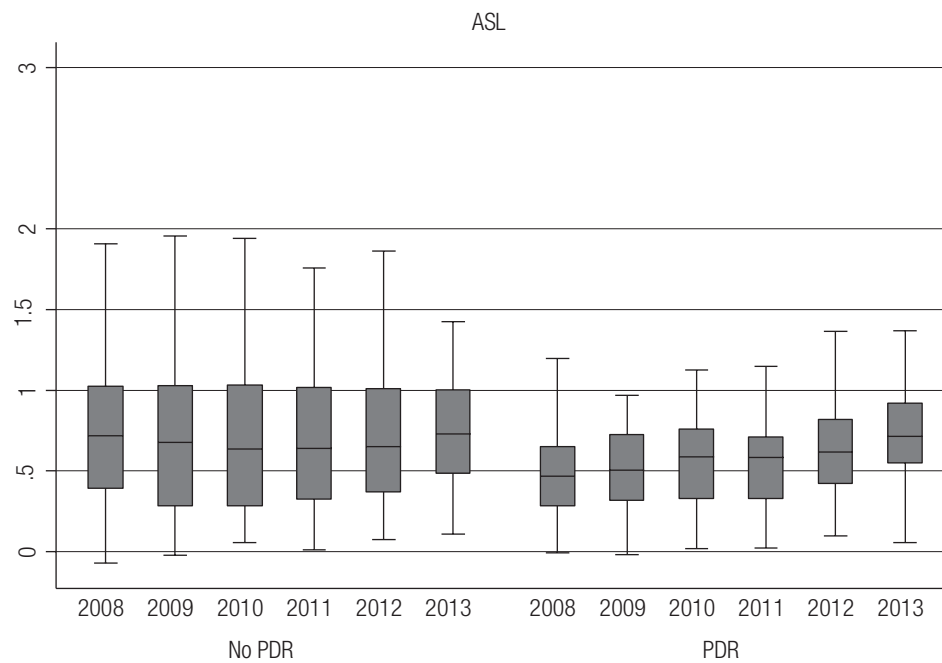
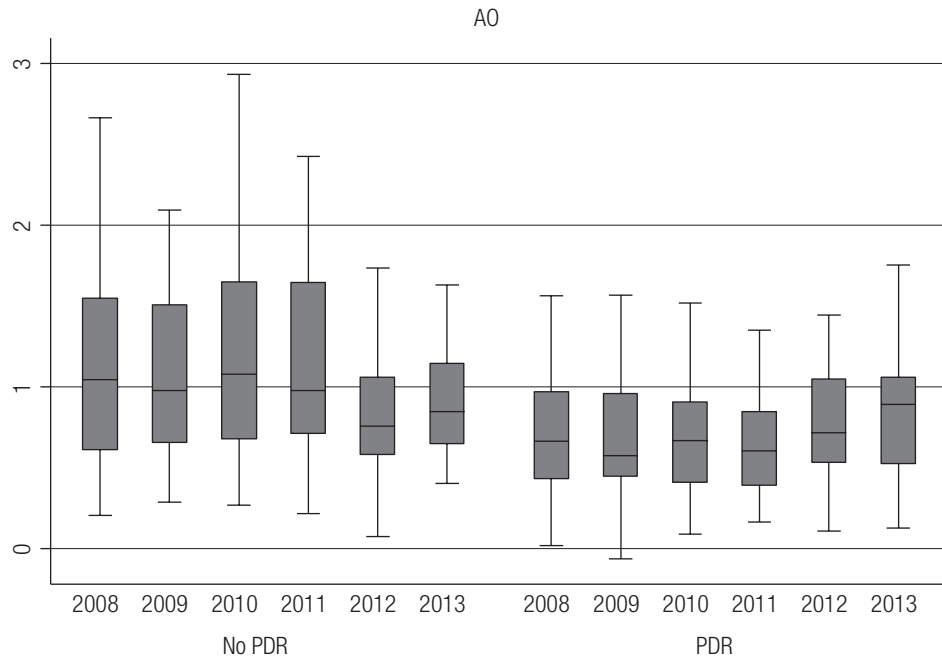
La medesima situazione emerge analizzando l'indice di liquidità primaria, che si discosta solo leggermente da quello di liquidità secondaria (Tabella 15.11), a indicare un peso relativamente limitato di rimanenze e risconti attivi rispetto al totale dell'attivo a breve.

Tabella 15.11 **Valori medi degli indici di liquidità, per classi di aziende, 2008-13**

Valori medi 2008-2013	AO		ASL	
	No PdR	PdR	No PdR	PdR
Liquidità Secondaria	1,16	0,76	0,74	0,58
Liquidità Primaria	1,06	0,69	0,69	0,54
Durata media dei debiti verso fornitori	170	354	140	242

²² Si ricorda, al riguardo, che le aziende hanno dovuto provvedere al ricalcolo retrospettivo dei fondi ammortamento, come se le nuove aliquote stabilite dal D.lgs. 118/2011 fossero sempre state in vigore.

Figura 15.15 **Indice di liquidità secondaria, per classi di aziende, 2008-13**



Per indagare ulteriormente la situazione di liquidità delle aziende, infine, è stato costruito un indice di durata media dei debiti verso fornitori. L'indice evidenzia tempi medi di pagamento molto lunghi non solo nelle regioni assoggettate a PdR (354 giorni per le AO e 242 per le ASL), ma anche nelle altre (170 giorni per le AO e 140 per le ASL) (Tabella 15.11). Evidenzia, d'altra parte, una recente tendenza alla riduzione sia dei valori, sia della variabilità (Figura 15.16). Va peraltro sottolineato come l'attendibilità dell'indice dipenda in misura cruciale dalla coerenza tra numeratore (i debiti verso fornitori) e denominatore (i costi d'acquisto che hanno generato tali debiti) e come tale coerenza sia pressoché impossibile da garantire. Al riguardo, si ricorda che l'indice è stato costruito includendo: (i) al numeratore, tutti i debiti verso fornitori, compresi gli erogatori privati accreditati, in modo da superare eventuali eterogeneità di classificazione; (ii) al denominatore, un insieme molto ampio di costi d'acquisto, comprendente anche i costi per la farmaceutica convenzionata e per il personale non dipendente, ma non i costi per l'acquisto di immobilizzazioni. L'ampiezza della gamma di costi d'esercizio inseriti al denominatore, in particolare, dovrebbe tradursi in una sottostima dell'indice, soprattutto nel caso delle ASL. L'omissione dei costi d'acquisto delle immobilizzazioni, d'altra parte, produce una sovrastima dell'indice, che può rivelarsi elevata anche alla luce del frequente ricorso a risorse proprie per l'effettuazione degli investimenti. I dati qui presentati, seppur sostanzialmente coerenti con quelli disponibili da altre fonti²³, vanno dunque interpretati con grandissima cautela.

15.5 Conclusioni

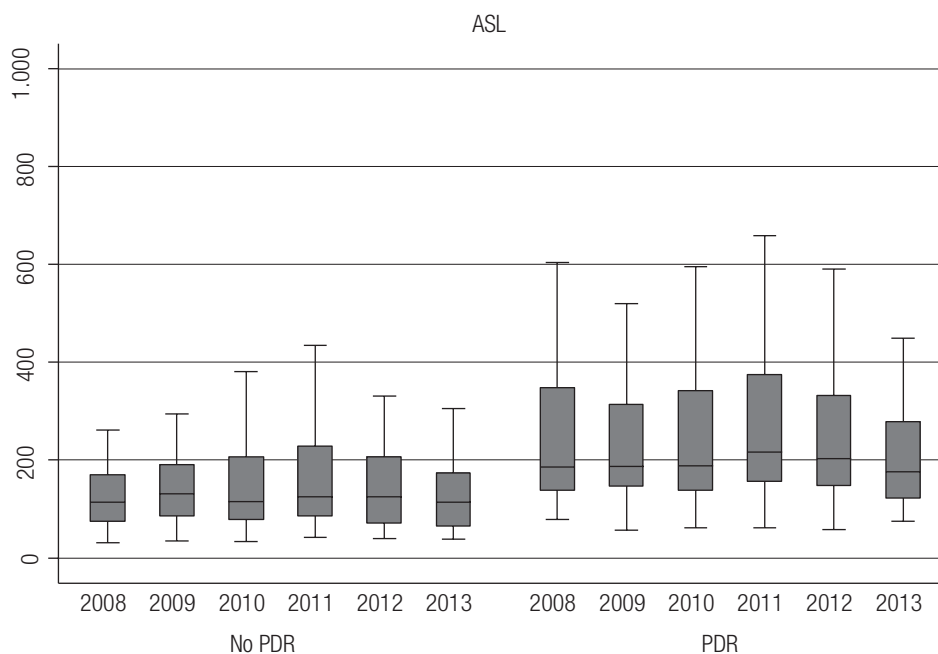
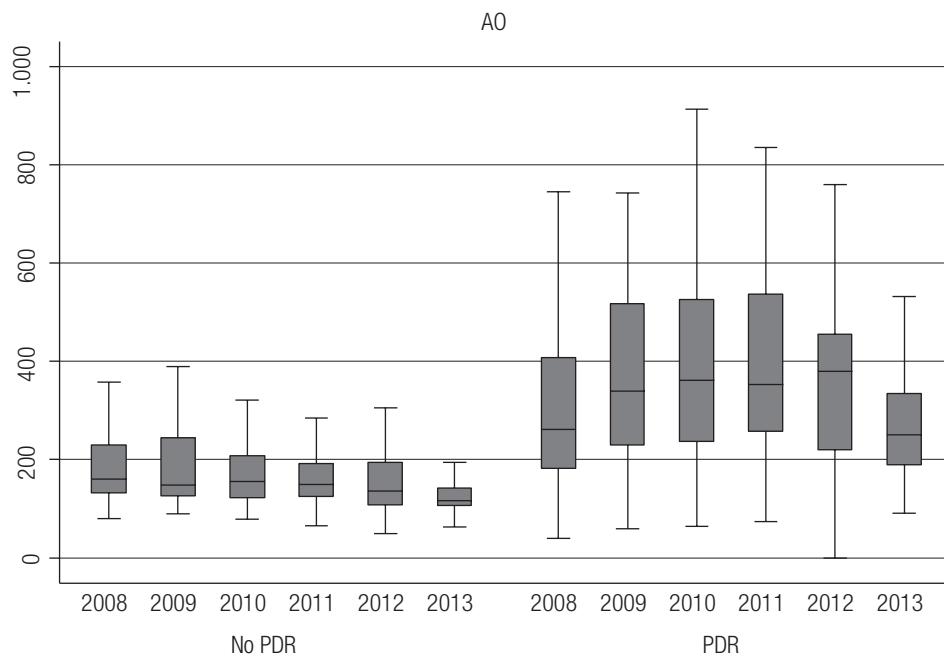
L'analisi della situazione economica, patrimoniale e finanziaria del SSN si è tradizionalmente concentrata sui soli conti economici e tende sempre più a focalizzarsi sui consolidati regionali. Gran parte delle analisi, in altri termini, ha per oggetto i conti economici consolidati dei SSR.

Il conto economico, tuttavia, non può da solo rappresentare compiutamente gli equilibri aziendali. Malgrado i processi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni e di accentramento regionale, inoltre, il SSN (e ciascun SSR) rimane un sistema di aziende. Il capitolo ha quindi proposto un'analisi dei bilanci aziendali in termini di redditività (equilibrio economico), solidità e liquidità, utilizzando a tal fine i modelli ministeriali SP e CE per tutte le aziende sanitarie pubbliche nel periodo 2008-13.

Per quanto riguarda l'equilibrio economico, dall'analisi emerge una situazione di diffuso equilibrio tra le aziende non assoggettate a PdR. Emerge, inoltre,

²³ Si vedano in particolare le elaborazioni periodicamente pubblicate da Assobiomedica (www.assobiomedica.it).

Figura 15.16 **Tempi medi di pagamento dei fornitori, per classi di aziende, 2008-13**



un evidente recupero da parte delle aziende assoggettate a PdR le quali, seppur spesso non raggiungendo ancora il pareggio, hanno mediamente ridotto il divario con le prime, anche grazie a politiche di contenimento più stringenti relativamente sia ai costi per la produzione affidata all'esterno (farmaceutica convenzionata e acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati), sia ai costi del personale. Tra le aziende in PdR, il percorso di risanamento appare più sistematico nelle ASL che nelle AO, forse per effetto di specificità regionali (circa il 58% delle osservazioni relative ad AO in PdR, per esempio, è riconducibile alle tre regioni tradizionalmente più critiche sotto il profilo economico-finanziario, ossia Lazio, Campania e Sicilia).

Molto più difficili restano invece, almeno fino al 2013, le condizioni di solidità e di liquidità, con rapporti di indebitamento molto elevati, quote rilevanti di attivo fisso netto coperte da indebitamento anziché, come ipotizzabile, da contributi in conto capitale, tassi di obsolescenza delle immobilizzazioni materiali superiori all'80%, passività a breve in eccedenza rispetto alle attività a breve, tempi di pagamento dei fornitori molto lunghi. Presumibilmente, queste criticità riflettono le ampie perdite accumulate negli esercizi precedenti e non ancora coperte (Euro € 12,360 miliardi al 31/12/2013). Nel frattempo, la situazione dovrebbe però essere migliorata per effetto delle anticipazioni di liquidità ricevute dalle aziende in attuazione dei DL 35/2013 e 66/2014²⁴.

Quest'ultima affermazione richiama un limite importante dell'analisi svolta: non essendo ancora disponibili i bilanci 2014, la rappresentazione offerta si è dovuta fermare al 31/12/2013, risultando quindi inevitabilmente datata, anche in considerazione dell'elevata dinamicità del sistema. Inoltre, va di nuovo ricordato come, nelle aziende sanitarie pubbliche, i proventi riflettano solo parzialmente la quantità, qualità e appropriatezza della produzione aziendale, con evidenti riflessi negativi sulla capacità del bilancio d'esercizio di rappresentare correttamente la *performance* aziendale. A ciò si aggiungono i persistenti dubbi sull'attendibilità dei bilanci, che hanno recentemente indotto lo Stato e le regioni ad

²⁴ In applicazione del DL 35/2013 e del DL 66/2014, in particolare, «lo Stato è autorizzato ad effettuare anticipazioni di liquidità alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano [...] al fine di favorire l'accelerazione dei pagamenti dei debiti degli enti del Servizio sanitario nazionale ed in relazione: a) agli ammortamenti non sterilizzati antecedenti all'applicazione del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118; b) alle 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, ivi compresi i trasferimenti di somme dai conti di tesoreria e dal bilancio statale e le coperture regionali dei disavanzi sanitari, come risultanti nelle voci «crediti verso regione per spesa corrente» e «crediti verso regione per ripiano perdite» nelle voci di credito degli enti del SSN verso le rispettive regioni dei modelli SP». Conseguentemente, le Regioni che hanno deciso di accedere alle somme previste dai citati decreti hanno sottoscritto un contratto di prestito con il Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento del Tesoro al fine di provvedere al pagamento dei debiti certi, liquidi ed esigibili al 31/12/2012 degli enti del proprio SSR. Nella contabilità delle aziende, l'assegnazione e l'incasso di tali risorse sono stati rilevati secondo le disposizioni previste dal D.lgs. 118/2011 (art. 29, lett. d) per il ripiano delle perdite.

avviare appositi «percorsi attuativi» tesi a conseguire la «certificabilità» dei bilanci stessi, per poterli poi assoggettare a revisione legale²⁵. Infine, va segnalato che, prevalentemente per motivi di spazio, l'analisi ha dovuto limitarsi agli aspetti più generali, evitando per esempio di indagare la situazione delle singole regioni e di sviluppare indicatori di dettaglio con cui approfondire le determinanti degli equilibri complessivi. Per sua natura, del resto, l'analisi di bilancio è atta a cogliere i sintomi, più che le sottostanti cause.

Bibliografia

- Anessi Pessina E. e Zavattaro F. (1994), «Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel Servizio Sanitario Nazionale», *Mecosan*, 3(10), pp.8-11.
- Anessi Pessina E., Sicilia F., (2009), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende», in Cantù E. (a cura di), *Rapporto Oasi 2009*, Milano, Egea, pp.191-219
- Anessi Pessina E., (2012), «La sterilizzazione degli ammortamenti», *Ragiusan*, 344, pp.76-86.
- Anessi Pessina E., Avolio M. e Furia G., (2013) «Le performance economico-finanziarie nel Servizio Sanitario Nazionale: un approfondimento infraregionale», in *Rapporto OsservaSalute 2013*, pp.238-243.
- Anessi Pessina E., Cantù E. e Vai I., (2013) «Evoluzione degli investimenti e delle modalità di finanziamento nelle aziende sanitarie pubbliche» in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2013*, Milano, Egea, pp.295-315.
- Battaglia G. e Zavattaro F., (1997). «L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale: quali strumenti operativi per l'interpretazione dei valori economici», *Mecosan*, 21, pp.9-20.
- Battaglia G. e Leoni G.,(2000), «L'analisi per quozienti di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso della Regione Piemonte», *Mecosan*, 36, pp.101-14.
- Bergamaschi M., Lecci F. e Renoldi A., (2008) «La valutazione delle performance economiche e dei costi in sanità: un confronto a livello nazionale», *Mecosan*, 68, pp.21-39.
- Cantù E., (2014), *Il bilancio delle Aziende di Servizi Sanitari*, Milano, Egea.
- Caramiello C., Di Lazzaro F. e Fiori G., (2003), *Indici di bilancio*, Milano, Giuffrè Editore.
- Cinquini L., Nuti S., Boccaccio A. e Vainieri M., (2005), «Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della regione Toscana», *Mecosan*, 54, pp.109-130.
- Corte dei Conti – Sezione delle Autonomie (2011), *Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni. Esercizi 2009-2010*, Delibera n. 6/SEZAUT/2011/FRG.

²⁵ DM 17/9/2012; DM 1/3/2013.

- De Pietro C. (2002), «Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea, pp.389-425.
- De Pietro C., (2006), «Private Medical Services in the Italian Public Hospitals: The Case for Improving HRM», *Health Policy*, 78(1), pp.56-69.
- De Pietro C., (2007), «Le retribuzioni nelle strutture ospedaliere pubbliche e private milanesi», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea, pp. 463-476.
- Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E. e Rappini V. (2013), «I consumi privati in sanità», in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2013*, Milano, Egea, pp. 223-250.
- Foglietta F., Carlini S., Grandi E. (2005) «Un modello alternativo di valutazione dell'equilibrio economico dell'area ospedaliera», *Mecosan*, 53, pp.41-66.
- Gelmetti M., (2005), «L'analisi di bilancio per indici in un'azienda sanitaria», *Sanità pubblica e privata*, 2, pp.48-60.
- Lapsley I. e Pallot J., (2000), «Public sector capital: Policy reforms and accounting mutations», in Caperchione E., Mussari R. (a cura di), *Comparative issues in local government accounting*, Boston, Kluwer.
- Lapsley I. (2012), «Accounting Mutations: Accrual Accounting in the UK Public Sector», in Capalbo F. (a cura di), *Accrual Accounting in Public Administration: International Experiences*, Torino, Giappichelli.
- Persiani N., (2007), «Principi contabili e revisione di bilancio delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 64, pp.117-127.
- Pina V., Torres L. e Yetano A. (2009), «Accrual Accounting in EU Local Governments: One Method, Several Approaches», *European Accounting Review*, 18(4), pp 765-807.
- Sforza V., (2002), «Alcune riflessioni sulla riclassificazione dello stato patrimoniale e del conto economico delle aziende sanitarie pubbliche ai fini dell'analisi di bilancio» in Anselmi L. e Saita M. (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.
- Teodori C., (2008), *L'analisi di bilancio* (2a ed.), Torino, Giappichelli.
- Tieghi M. (2000), *Il bilancio d'esercizio delle aziende sanitarie pubbliche: uno schema di analisi*, Bologna, CLUEB.
- Tieghi M. e Gigli S. (2012), «Gli strumenti per le analisi dei bilanci di esercizio delle Asp dell'Emilia Romagna», *Mecosan*, 82, pp.131-148.