

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel mondo della sanità italiana, adottando l'approccio economico-aziendale. OASI rappresenta un tavolo comune dove ricercatori e professionisti del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2013:

- presenta l'assetto complessivo del SSN, del settore sanitario (con un particolare focus sui consumi privati), nonché del sistema socio-sanitario e i principali dati che li caratterizzano (parametri di struttura, di attività, di spesa), anche in una prospettiva di confronto internazionale;
- approfondisce quattro temi di *policy* rilevanti per il sistema sanitario: gli investimenti e le relative modalità di finanziamento, la gestione dei tempi di pagamento, la selezione dei Direttori Generali, l'evoluzione del ruolo delle Società Medico Scientifiche;
- a livello aziendale, discute lo sviluppo di due innovazioni, il *lean management* e il fascicolo sanitario elettronico; propone due tematiche rilevanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie: il cambiamento dello *skill mix* e la gestione di assenze (permessi *ex lege* 104/92) e inidoneità alla mansione; approfondisce i sistemi multidimensionali di misurazione della performance e i nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario (*HealthCare Retailization*).

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Negli ultimi 35 anni, il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e alla diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in sanità; introduzione di logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie sanitarie) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



150 Years
Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5122-1



9 788823 851221

€ 60,00

www.egeaonline.it



Rapporto OASI 2013

CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi

SDA Bocconi
School of Management

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

Egea



Collana CERGAS

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





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

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

 Egea

11 I tempi di pagamento nelle aziende sanitarie. Modelli organizzativi e strumenti a confronto

di Fabio Amatucci

11.1 Introduzione e obiettivi del lavoro

Il presente lavoro vuole approfondire il sistema delle «relazioni finanziarie» tra Regioni ed aziende sanitarie e tra queste ed i fornitori del SSN (in particolare, imprese fornitrici di dispositivi medici, imprese farmaceutiche e farmacie aperte al pubblico), evidenziandone gli impatti sui tempi di pagamento.

Si tratta di un tema di grande rilevanza:

- ▶ dal punto di vista del soggetto pubblico regionale, impegnato nella gestione dei flussi di competenza e di cassa verso le proprie aziende e nella ricerca di un equilibrio economico-finanziario, data la responsabilizzazione sui disavanzi sanitari. Il posizionamento delle singole Regioni risulta fortemente differenziato e, come noto, alcune Regioni sono specificamente impegnate a ridurre nel medio-lungo periodo i propri disavanzi;
- ▶ dal punto di vista delle aziende sanitarie, impegnate, da una parte, a far fronte agli impegni nei confronti dei creditori e, dall'altra, ad iniziative di contenimento della spesa;
- ▶ per le imprese fornitrici, che nel caso specifico di farmaci e dispositivi medici hanno come unico cliente il SSN.

In una situazione di crisi economico-finanziaria come quella attuale, infatti, il ritardo nei pagamenti del sistema pubblico rischia di mettere in seria difficoltà le imprese, già provate dalla contrazione del credito concesso dalle banche e da una riduzione dei consumi. I ritardi, infatti, innanzitutto hanno un impatto sul livello di competitività delle imprese italiane, rispetto alle concorrenti europee, in quanto si riflettono sulla disponibilità di liquidità delle PMI nazionali, che sono impossibilitate a onorare i propri debiti e a programmare nuovi investimenti, anche in ricerca e sviluppo. Inoltre, regimi di pagamento più o meno virtuosi, differenti da paese a paese, incentivano la frammentazione del mercato europeo e disincenti-

vano gli investimenti delle imprese straniere negli Stati in cui i pagamenti sono più lenti, con effetti distorsivi sulla concorrenza (Nicolai, 2012).

Il capitolo è suddiviso in tre parti. Nella prima parte, dopo aver richiamato alcuni principi della gestione finanziaria nelle aziende sanitarie e descritto il processo di erogazione delle risorse per cassa a livello nazionale, si vuole offrire un framework concettuale sulle motivazioni dei «ritardati pagamenti» del SSN.

La seconda parte è dedicata all'analisi dei dati relativi ai tempi di pagamento nelle singole Regioni (sulla base dei principali database nazionali). Effettuando un'analisi comparata, si vogliono cogliere i principali trend e soprattutto le profonde disparità tra le Regioni; inoltre, considerando che le criticità sui tempi di pagamento sono particolarmente accentuate nelle Regioni sottoposte a Piano di Rientro (PdR), ad esse verrà dedicata un'attenzione specifica.

Infine, nella terza parte, verrà analizzata da un lato l'applicazione di alcuni strumenti adottati dalle Regioni per contenere i tempi di pagamento, dall'altro un caso innovativo, in termini di modello organizzativo ed operativo, coerente con la corretta gestione dei flussi finanziari.

In particolare, gli obiettivi del lavoro possono essere così articolati:

- ▶ inquadramento normativo del fenomeno, alla luce delle recenti modifiche (direttiva comunitaria 2011/7/UE e decreto legislativo 192/2012);
- ▶ ricostruzione ed analisi dei tempi di pagamento, soprattutto con riferimento ai dispositivi medici e ai farmaci;
- ▶ analisi delle principali determinanti dei ritardati pagamenti, sia in termini di gestione dei flussi finanziari che di valutazioni del disavanzo;
- ▶ analisi del valore del debito assunto dalle aziende sanitarie e dalle Regioni di riferimento, per effetto dei ritardati pagamenti;
- ▶ identificazione e valutazione di alcune soluzioni gestionali (organizzative e finanziarie) che possano agevolare e accelerare la risoluzione del fenomeno.

11.2 Programmazione dei flussi finanziari nelle aziende sanitarie

11.2.1 Importanza della gestione finanziaria nelle aziende sanitarie pubbliche

Nell'analisi dell'equilibrio finanziario delle aziende sanitarie si possono individuare tre differenti problematiche (Amatucci, 2004)¹:

¹ Sulle motivazioni dei ritardati pagamenti da parte delle aziende sanitarie concordano anche Dirindin et al. (2011): «I ritardati pagamenti sono da sempre:

- conseguenza del disequilibrio strutturale dei conti pubblici italiani (ovvero dell'enorme debito accumulato nei decenni scorsi); un problema che è soprattutto generale, ma che riguarda pesantemente anche la Sanità;
- conseguenza di inefficienze gestionali interne alle strutture sanitarie pubbliche.

- ▶ la determinazione dell'ammontare delle quote di risorse alle singole aziende sanitarie pubbliche (problematiche relative alla «competenza»);
- ▶ le modalità di erogazione dei fondi (problematiche dei «flussi di cassa» che influenzano i tempi di pagamento);
- ▶ la capacità delle singole aziende sanitarie di effettuare una corretta programmazione e gestione delle risorse finanziarie (problematiche di natura aziendale).

La prima tipologia è relativa alla distribuzione dei poteri tra Stato e Regioni e alle politiche sanitarie: negli anni, tuttavia, soprattutto in tempi recenti, la determinazione del finanziamento del settore sanitario è stato influenzato più da obiettivi di politica della finanza pubblica che da obiettivi di politica sanitaria:

- ▶ contenimento della spesa sanitaria perseguito più attraverso i tetti di spesa preventivi che non con interventi idonei a modificare i comportamenti individuali e sociali che spesso generano la spesa;
- ▶ razionalizzazione della spesa (intesa come migliore uso delle risorse assegnate) e tentativo di riequilibrio territoriale della stessa;
- ▶ definizione dei PdR relativi ad alcune Regioni in condizioni di disavanzo strutturale.

Gli obiettivi di contenimento e razionalizzazione della spesa sono stati perseguiti attraverso la creazione di una «pressione» ottenuta con una logica contabile di sottostima del finanziamento a preventivo che, in presenza però di una legislazione di garanzia e tutela dei diritti del paziente e spesso del dipendente, ed a comportamenti politici a volte deresponsabilizzanti rispetto all'equilibrio economico, ha reso necessarie integrazioni e adeguamento dei fondi in corso di gestione, nonché la copertura dei disavanzi a consuntivo con provvedimenti che sono stati liquidati in ritardo rispetto alle esigenze finanziarie che si manifestano durante la gestione ordinaria.

Con riguardo, invece, alle modalità di erogazione dei fondi assegnati, i tempi di trasferimento delle risorse finanziarie ai destinatari ultimi dei fondi (le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere) vengono dilatati da procedure guidate dal contenimento della spesa pubblica, dal rispetto di controlli formali, da esigenze di responsabilizzazione dei diversi soggetti coinvolti. In presenza, infatti, di forti esigenze di rispetto dei vincoli di cassa, nel settore pubblico allargato, si è cercato di attenuare, o almeno posticipare nel tempo, il fabbisogno del Ministero del

Al momento non è dato conoscere il confine tra disequilibrio strutturale e inefficienze gestionali, ma che queste ultime abbiano un peso importante è almeno parzialmente dimostrato dalle profonde differenze riscontrate nei tempi di pagamento tra Enti appartenenti a medesime aree territoriali, alle volte distanti solo pochi chilometri l'una dall'altra».

Tesoro, scaricando a valle l'indebitamento finanziario (coinvolgendo prevalentemente le Regioni) o l'indebitamento commerciale (aumento dei tempi di pagamento ai fornitori da parte del SSN).

Di fronte alle questioni appena evidenziate, che esulano dalla sfera di competenza e di azione delle aziende sanitarie locali e spesso anche delle Regioni, è opportuno invece affrontare il terzo ordine di problematiche, che consiste nell'evidenziare l'importanza di una corretta applicazione delle regole di gestione finanziaria da parte delle aziende sanitarie locali, quali:

- ▶ migliore programmazione dei flussi all'interno del sistema;
- ▶ sviluppo, anche attraverso il supporto delle Regioni, di una maggiore capacità di gestione finanziaria;
- ▶ approfondita analisi e verifica dei costi indotti di tipo commerciale (maggiori prezzi delle forniture), finanziari (interessi di mora), legali (eventuali contenziosi) ed organizzativi (personale impiegato per far fronte alla azione dei creditori);
- ▶ diffusione di tecniche di analisi finanziaria, quali la ricostruzione dei profili finanziari delle aziende sanitarie, l'analisi del possibile impatto delle differenti scelte finanziarie, la ricostruzione dei cash flow di breve periodo.

Con la finalità di rafforzare questi aspetti, il D.lgs. 118/2011 ha reso obbligatoria, all'interno del bilancio preventivo delle aziende, la costruzione di un piano di flussi di cassa prospettici, introducendo così elementi di reale programmazione dei flussi finanziari all'interno delle aziende sanitarie. Infatti, in mancanza di una corretta previsione della dinamica degli incassi e dei pagamenti, delle valutazioni a medio e lungo termine dei progetti di investimento, un'azienda può incorrere facilmente in problemi di liquidità e in momenti di difficoltà nei confronti dei fornitori e delle istituzioni finanziarie (Brugger, 1991). Sviluppare, quindi, alcuni strumenti per la gestione degli aspetti finanziari diviene di primaria importanza all'interno delle aziende sanitarie: questi strumenti, seppur in un contesto in cui permane un forte controllo e coordinamento da parte della Regione, hanno permesso il riconoscimento di una crescente autonomia nella programmazione e gestione delle risorse finanziarie, concretizzandosi in un maggiore e più articolato ricorso agli strumenti della finanza: strumenti di gestione della liquidità, smobilizzo e valorizzazione economica del patrimonio (immobiliare e mobiliare); attivazione di modalità di cofinanziamento privato degli investimenti, articolate operazioni di indebitamento e manovre di rinegoziazione del debito.

Per le aziende sanitarie si sono, quindi, modificati ed ampliati i compiti della gestione finanziaria: alle tradizionali attività derivanti dal modello di finanza derivata (gestione dei trasferimenti da enti di livello superiore e politiche atte ad accrescerne il livello e la flessibilità) ed alle attività di «finanza contabile», orien-

tata alla gestione del passivo, si sono, infatti, aggiunte dapprima le attività di «finanza operativa», capace di incidere sulle scelte aziendali nell'area degli investimenti e, successivamente, gli strumenti e i modelli gestionali di «finanza innovativa», destinati ad agevolare i processi di riconversione delle strutture produttive e quindi degli investimenti esistenti, non più compatibili con la nuova missione e le nuove esigenze delle aziende sanitarie. All'interno della gestione finanziaria, ha quindi assunto importanza preminente l'attività di «Programmazione e gestione delle risorse finanziarie» (Amatucci, 2004).

11.2.2 Programmazione dei flussi di cassa a livello nazionale

La quantificazione del fabbisogno finanziario ed il conseguente accesso al finanziamento della spesa sanitaria è subordinato all'intesa, da raggiungere in sede di Conferenza Stato-Regioni, sulla distribuzione delle risorse del SSN, e alla delibera adottata dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) di riparto, in assenza della quale le erogazioni di cassa vengono parametrize sulla base della precedente delibera CIPE (e dunque su importi inferiori, perché riferiti all'anno precedente). Solitamente, nel mese di febbraio di ogni anno, vi è una prima deliberazione del CIPE, che ratifica ufficialmente il raggiunto accordo tra Stato e Regioni e provvede all'assegnazione dei fondi, distinguendo:

- ▶ quote regionali per il finanziamento dei LEA (finanziamento indistinto);
- ▶ altre quote vincolate e programmate per le Regioni, PP.AA. e altri enti (a progetti specifici ed a rendicontazione della corrispondente spesa)².

Nel mese di marzo, vi è una seconda deliberazione del CIPE, che provvede ad assegnare la cassa, ovvero ad indicare le rimesse mensili complessivamente spettanti a ciascuna Regione.

Al fine di consentire in via anticipata l'erogazione del finanziamento a carico dello Stato, il Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) è autorizzato a concedere alle Regioni a statuto ordinario anticipazioni da accreditare sui conti correnti in essere presso la Tesoreria centrale dello Stato in misura sufficiente ad assicurare, insieme con gli accreditamenti dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF, l'ordinato finanziamento della spesa sanitaria corrente. Più in dettaglio, la L. 296/2006 (Legge Finanziaria per il 2007) ha stabilito, in deroga a quanto previsto dall'art. 13 del D.lgs. 56/2000, che le anticipazioni possono essere concesse nella misura pari al 97% delle somme dovute alle Regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario. All'erogazione

² Si veda il capitolo 5 del presente Rapporto per la presentazione dettagliata dei valori di spesa sanitaria pubblica corrente (finanziamento e ricavi) per il 2012.

dell'ulteriore 3% nei confronti delle singole Regioni si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla vigente normativa ed, in particolare, dall'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 intervenuta in attuazione dell'art. 1, comma 173, della L. 311/2004.

Le verifiche devono essere effettuate sui risultati conseguiti nell'anno precedente (a consuntivo) e quindi solo dopo la chiusura dell'esercizio finanziario; tuttavia, per prassi largamente diffusa, le Regioni concludono i procedimenti di verifica degli andamenti della spesa sanitaria almeno un anno dopo l'esercizio di riferimento, dal momento che le stime presuntive e provvisorie, risultano generalmente inattendibili. Vi sono, inoltre, altri fattori che concorrono ad allungare i tempi di tali controlli (e quindi a ritardare l'erogazione da parte dello Stato delle somme destinate a coprire il fabbisogno sanitario), come la dimostrazione, da parte delle Regioni, di aver adottato misure idonee al ripiano degli eventuali disavanzi maturati.

A partire dall'Accordo sulla Sanità tra Stato-Regioni dell'agosto 2001, sono stati predisposti una serie di provvedimenti che responsabilizzano le Regioni sui livelli di disavanzo e introducono la programmazione pluriennale³.

In conclusione, quindi, una serie di elementi legati al sistema di finanziamento del SSN (sottovalutazione storica delle risorse sufficienti al suo funzionamento; modalità di erogazione delle risorse statali legata alla valutazione del MEF dei bilanci e degli adempimenti regionali programmati; introduzione e valutazione dei PdR del disavanzo sanitario) hanno comportato rilevanti ritardi nella erogazione dei fondi da parte degli organi centrali, con inevitabili ritardi nel processo di gestione dei flussi finanziari da parte degli organi di livello inferiore.

11.3 Il quadro normativo di riferimento

Il ritardo dei tempi di pagamento, sia da parte di enti pubblici che privati, rappresenta un tema di rilievo strategico per lo sviluppo del Paese. La normativa, pertanto, è intervenuta più volte sulla questione, al fine di generare comportamenti virtuosi del sistema. Ad oggi, la disciplina posta dal D.lgs. 192/2012 si fonda sulla direttiva 2011/7/UE, la quale pone, come principio fondamentale, di «lottare contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, al fine di garantire il corretto funzionamento del mercato interno, favorendo in tal modo la competitività delle imprese e in particolare delle PMI».

³ In particolare, il «Patto per la Salute» del 22 settembre 2006, e il successivo DPEF del Governo 2007-2011, indicano come prioritario:

- la definizione su base pluriennale delle risorse assegnate alle Regioni;
- l'autonomia e la piena responsabilità delle Regioni, nella gestione delle risorse;
- il rientro dai disavanzi entro il 2009.

Secondo alcuni studi, infatti, in una situazione di grande difficoltà finanziaria per le aziende e con un «credit crunch» ancora molto elevato, circa un terzo dei fallimenti delle imprese italiane è da imputare ai ritardati pagamenti (Ufficio Studi CGIA, 2013) La norma nazionale, di recepimento della Direttiva, che si applica a decorrere dall'1 gennaio 2013, introduce alcuni elementi di grande rilevanza:

- ▶ Nelle transazioni in cui entrambe le parti sono imprese private, il termine di pagamento ordinario è di 30 giorni se non diversamente specificato in contratto. Tuttavia le parti possono stabilire contrattualmente un diverso termine che, però, non dovrebbe superare i 60 giorni. Un termine più ampio è tuttavia ammissibile solo se concordato espressamente e non risulti gravemente iniquo per il creditore.
- ▶ Nelle transazioni commerciali tra pubblica amministrazione e imprese, il termine di pagamento è, di regola, di 30 giorni. Le parti possono pattuire, purché in modo espresso, un diverso termine di pagamento quando ciò sia giustificato dalla natura o dall'oggetto del contratto o dalle circostanze esistenti al momento della sua conclusione: il termine non può in ogni caso superare 60 giorni. Per gli enti che forniscono assistenza sanitaria (ASL, aziende ospedaliere e policlinici) il termine ordinario di 30 giorni viene automaticamente elevato a 60.
- ▶ Dal 61° giorno si applicano gli interessi legali di mora «su base giornaliera ad un tasso pari al tasso di riferimento (tasso di interesse applicato dalla BCE, attualmente circa il 2%) maggiorato di otto punti percentuali.
- ▶ In caso di ingiustificato ritardo del pagamento, all'amministrazione potrebbero essere addebitate le spese di mora, oltre a quelle relative al risarcimento dei costi di recupero.

La norma in oggetto ha modificato, in recepimento della Direttiva comunitaria, la precedente norma che regolamentava le transazioni commerciali (D.lgs. 231/2002; Tabella 11.1).

Tabella 11.1 **Confronto normativo: D.lgs 231/2002 vs. D.lgs. 192/2012**

| D.lgs. 231/2002 | D.lgs. 192/2012 |
|--|--|
| Termine max 30 gg | Termine max 30 giorni, 60 per il settore sanitario |
| Mora automatica | Mora automatica |
| Tasso BCE + 7 punti % | Tasso BCE + 8 punti % |
| Condizioni derogabili | Condizioni non derogabili |
| Nessuna distinzione tra pubblico e privato | Distinzione tra pubblico e privato |

Fonte: nostra elaborazione su dati Assobiomedica

L'innovazione della norma italiana, che prima di altri Paesi ha recepito la Direttiva comunitaria, viene tuttavia attenuata dai comportamenti, spesso giustificabili, dei fornitori: in molti casi, il fornitore non vuole creare un contenzioso con la controparte, quindi accetta tempi più lunghi rispetto a quanto indicato nella normativa. La norma, inoltre, lascia aperta la possibilità di concordare, per iscritto, tempi più lunghi alle controparti, purché non siano gravemente iniqui per il creditore.

L'ultima innovazione normativa è legata al D.L. 35/2013, che prevede la possibilità, per le Regioni, di accedere ad un'anticipazione di liquidità, per il pagamento dei debiti sanitari accumulati al 31 dicembre 2012. In generale, è previsto che gli enti pubblici possano procedere al pagamento dei debiti attraverso:

- ▶ l'utilizzo delle risorse che gli enti hanno già a disposizione nelle loro casse;
- ▶ ovvero, in caso di assenza di risorse di cassa, l'accesso ad un apposito fondo, denominato «Fondo per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili». Il fondo è dotato complessivamente di 26 miliardi di euro e suddivisi in tre sezioni: Enti Locali (4 miliardi di euro), Regioni (8 miliardi di euro) e SSN (14 miliardi di euro, di cui 5 nel 2013 e 9 nel 2014).

Nel procedere al pagamento dei debiti arretrati, le Pubbliche Amministrazioni devono dare priorità ai pagamenti alle imprese rispetto ai pagamenti agli istituti finanziari (cessioni pro soluto) e seguire l'ordine cronologico di maturazione dei debiti, a cominciare da quelli più vecchi. L'anticipazione prevista dal D.L. 35/2013 dovrà essere restituita allo Stato in un periodo lungo (non oltre un trentennio) secondo modalità e con oneri a carico del bilancio regionale o locale di cui vanno indicate, con misure legislative, le necessarie coperture.

11.4 I tempi di pagamento dei fornitori: analisi per il settore dei dispositivi medici e dei farmaci

11.4.1 Analisi della situazione dei crediti commerciali e metodi di valutazione

In termini generali, la gestione e il controllo dei crediti è una questione che merita un attento esame, in un contesto, quale quello attuale, di crisi generalizzata del ciclo economico, caratterizzato da una sostanziale debolezza strutturale. Inoltre, sia il settore farmaceutico che il settore dei dispositivi medici sono stati interessati da numerose iniziative di contenimento della relativa spesa a carico del SSN, prevalentemente realizzate attraverso tagli di prezzo e tetti alla spesa (spending review)⁴. I problemi della sottocapitalizzazione delle imprese e le

⁴ La presentazione puntuale dei tetti di spesa (2012-2014) per dispositivi medici e farmaci è contenuta nel capitolo 5 del presente Rapporto.

conseguenti crisi di liquidità rendono la gestione dei crediti uno degli aspetti più rilevanti della gestione finanziaria, più di quanto non sia avvenuto in periodi congiunturali e ciclici più favorevoli e/o di espansione della spesa pubblica.

Mentre, in generale, nella transazioni commerciali la gestione dei tempi di pagamento rientra nelle politiche di natura commerciale, finalizzate a conseguire obiettivi di maggiore penetrazione dei mercati, nei rapporti con le aziende sanitarie pubbliche i margini di manovra sono differenti, essendo regolati da norme specifiche a tutela dei fornitori (D.lgs. 192/2012, di attuazione della Direttiva comunitaria 2011/7/UE). Per la valutazione dei crediti e dei tempi di pagamento vengono utilizzate differenti metodologie⁵; la più diffusa è costituita dal tempo medio di incasso (D.S.O. – Days of Sales Outstanding), che rappresenta la misura più sensibile dell'efficacia nella riscossione dei crediti, in quanto esprime l'effettiva dilazione concessa alla clientela. Tale indicatore è normalmente calcolato come rapporto tra i crediti complessivi ad una determinata data ed il fatturato medio giornaliero realizzato nei dodici mesi precedenti. Il D.S.O. misura, in sostanza, quanto tempo mediamente l'azienda impiega per rientrare della sua esposizione in crediti commerciali, ossia quanti giorni mediamente intercorrono tra la data di imputazione della fattura attiva al cliente e la data di scarico per effetto dell'avvenuto incasso. Tale misurazione si effettua sul totale dei crediti commerciali dell'azienda, oppure su sotto-aggregati significativi; non ha invece molto senso applicare il sistema per misurare le performance di singoli clienti.

L'indicatore analizzato presenta alcuni elementi di utilità:

- ▶ facilità di calcolo: la facilità di calcolo è immediata, in quanto i dati necessari sono ricavabili dal bilancio ufficiale; l'ammontare dei crediti dallo Stato Patrimoniale e la dimensione del fatturato dal Conto Economico;
- ▶ immediata significatività: il risultato dell'indicatore in termini di giorni intercorrenti tra il sorgere del credito e l'incasso dello stesso permette di ottenere una immediata visione della situazione commerciale dell'impresa.

Tuttavia, l'indicatore in oggetto presenta alcune criticità (Pagliacci, 2007):

- ▶ imprecisione, in quanto utilizza dati di natura e caratteristiche diverse: crediti e fatturato. I primi sono valori di stock, rilevati ad una certa data, mentre il fatturato è un valore di flusso, che cumula i valori dell'intero arco di periodo considerato. I due dati hanno inoltre caratteristiche diverse in quanto il valore di bilancio dei crediti viene esposto comprensivo di IVA, mentre il fatturato di Conto Economico viene esposto al netto di IVA; pertanto, il risultato del D.S.O. risulta costantemente sottostimato, essendo il denominatore più basso (per il valore dell'IVA) di quanto dovrebbe. Potrebbe esse-

⁵ Per un'analisi esaustiva si rimanda a Dallochio e Salvi (2011).

re apportata una correzione aggiungendo ai ricavi il valore dell’IVA, ma ciò richiederebbe di conoscere quanta parte di fatturato è soggetta ad IVA e con quale aliquota;

- ▶ approssimazione, in quanto, da un lato, include anche le poste in contenzioso, dall’altro presuppone che il calcolo venga effettuato a partire dalla data di emissione delle fatture e non dalla data di ricevimento della stessa da parte del debitore;
- ▶ eccessiva semplificazione, in quanto l’indicatore parte da premesse metodologiche convenzionali, ossia che il fatturato sia distribuito in modo lineare su tutto l’arco del periodo e che ogni giorno, compresi i festivi e feriali, venga effettuata la stessa quota di fatturazione. Nella realtà anche le aziende con attività commerciale molto regolare e standardizzata, con un ritmo di fatturazione ben distribuito nel periodo, evidenziano oscillazioni nel tempo e soprattutto in certi periodi dell’anno.

Sebbene per una valutazione globale dell’impatto dei tempi di pagamento sulla gestione aziendale sia opportuno integrare l’indicatore in oggetto con altre analisi⁶, in questo ambito si ritiene comunque sufficiente una valutazione del D.S.O..

11.4.2 L’analisi dei dati

Nell’analisi in oggetto, riferita al settore dei dispositivi medici e dei farmaci venduti direttamente alle aziende sanitarie, si fa riferimento all’indicatore di tempo medio di incasso (D.S.O.). Le fonti dei dati sono rappresentate da As-sobiomedica (attraverso le imprese associate) per il settore dei dispositivi medici e Farindustria per i farmaci venduti direttamente dalle imprese farmaceutiche alle aziende sanitarie, per farmaci utilizzati all’interno delle strutture sanitarie (in particolare negli ospedali) o distribuiti dai presidi sanitari

⁶ In particolare, si segnala l’utilità di alcune misure (Dallocchio e Salvi, 2011); innanzitutto, è importante un confronto tra il tempo medio di incasso e il tempo medio di pagamento ai fornitori (TMP), al fine di valutare il bilanciamento tra i due elementi, onde far sì che il credito ricevuto dai fornitori sia quanto più prossimo possibile al tempo di credito di cui beneficiano i clienti: il TMP ($T.M.P. = \text{Debiti}/\text{Acquisti} \cdot 365$), esprime il numero di giorni che mediamente intercorre tra la fornitura e il pagamento della stessa. L’analisi si completa con il tempo medio di giacenza delle scorte (TMGS = $\text{Scorte}/\text{Acquisti} \cdot 365$), che rappresenta un altro fattore di fabbisogno finanziario. I tre indicatori (DSO, TMP e TMGS), integrati, permettono di giungere alla determinazione del ciclo del circolante (Periodo medio di copertura delle scorte + Periodo medio di riscossione dei crediti – Periodo medio di pagamento dei fornitori = Durata del ciclo del circolante). La durata del ciclo del circolante esprime il periodo medio che intercorre tra il momento in cui vengono pagati i fornitori e quello in cui vengono incassati i crediti dagli utenti per l’erogazione del servizio: questo indicatore consente di determinare il potenziale fabbisogno finanziario generato dalla gestione caratteristica. Tale formulazione, espressa generalmente in giorni, permette di valutare di quanti giorni sia lo sbilancio negativo o positivo che l’impresa presenta nella copertura del suo fabbisogno finanziario per capitale circolante.

(secondo la modalità della c.d. distribuzione diretta). Sono quindi esclusi i farmaci distribuiti agli assistiti dalle farmacie aperte al pubblico (rilevati invece da Federfarma).

Le due rilevazioni sono comparabili dal punto di vista concettuale (entrambe rilevano le fatture non ancora incassate, per forniture ad aziende sanitarie pubbliche, comprensive di IVA, al netto di eventuali cessioni pro-soluto). Tuttavia, i dati non presentano livelli di completezza del tutto assimilabili e, conseguentemente, l'analisi della serie storica è stata effettuata per intervalli differenti, tra dispositivi medici e farmaci. I dati sui dispositivi medici coprono un intervallo temporale più ampio (gennaio 1990 – maggio 2013) rispetto a quello dei farmaci (settembre 2006 – settembre 2012) e consentono analisi di trend più significative.

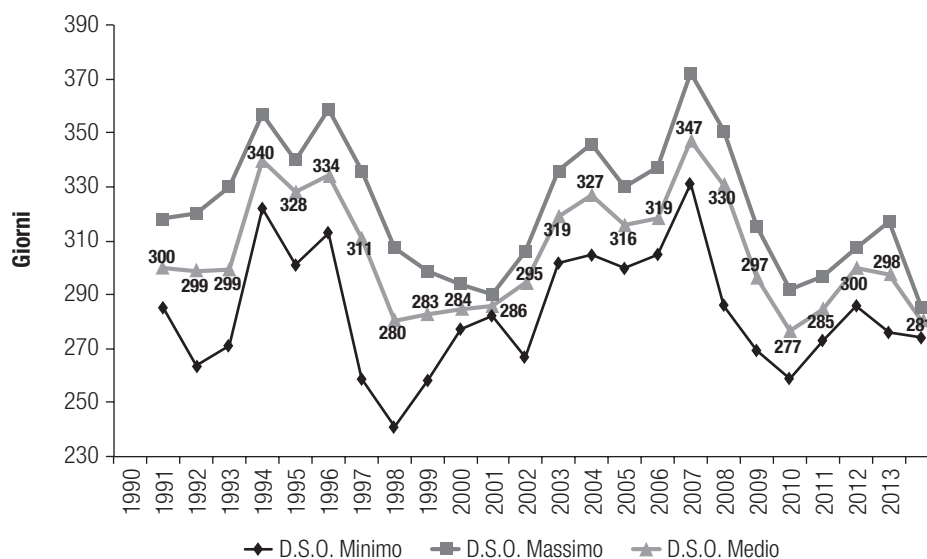
11.4.3 I tempi di pagamento per i dispositivi medici

Come visto in precedenza, i dati disponibili permettono di analizzare il dettaglio nazionale dal 1990 al 2013 (aggiornamento 31 maggio 2013).

Dall'analisi dei dati, riportati nella Figura 11.1, si osserva un andamento altalenante e incostante, senza poter individuare una precisa linea di evoluzione.

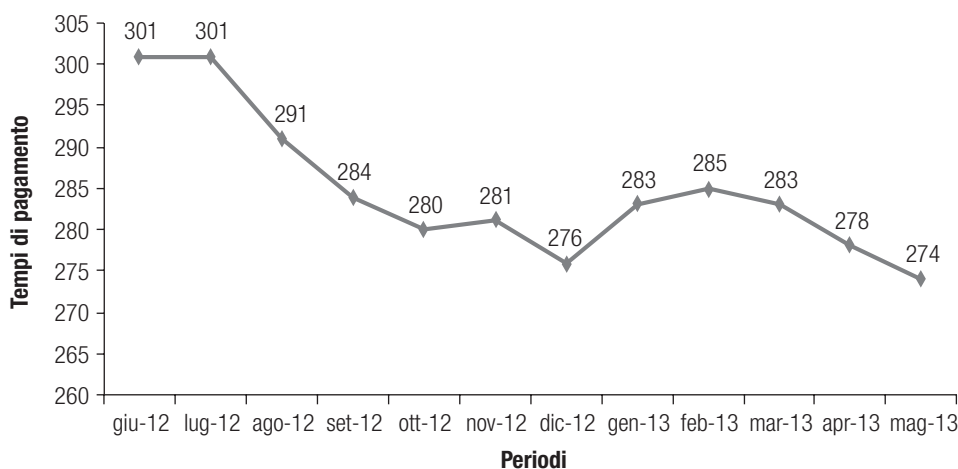
A livello nazionale, si assiste ad un trend strettamente correlato tra tempi di pagamento e andamento della spesa sanitaria pubblica: in periodi di forte contenimento della spesa (1992-1995; 2002-2006; 2009-2012) si assiste ad una cre-

Figura 11.1 **Analisi del trend del D.S.O. nazionale per dispositivi medici (1990-2013)**



Fonte: Assobiomedica

Figura 11.2 **Analisi del trend del D.S.O. nazionale per dispositivi medici (maggio 2012 – maggio 2013)**



Fonte: Assobiomedica

scita dei tempi di pagamento dei fornitori. Nei periodi di maggiore espansione della spesa sanitaria pubblica (1996-2001) si osserva invece un calo dei tempi di pagamento che si mantiene costante, nel corso degli anni, tra un minimo di 241 e un massimo di 359 giorni, senza mostrare rilevanti oscillazioni (Dirindin et al., 2011)⁷.

Analizzando in dettaglio i dati relativi agli ultimi 12 mesi (Figura 11.2), si osserva un andamento leggermente decrescente, che mostra una riduzione di circa 20 giorni rispetto all'anno precedente.

Più nel dettaglio (Tabella 11.2) e analizzando in particolare il D.S.O. medio, si evidenziano:

⁷ Anche Dirindin et al. (2011) individuano alcune fasi storiche relative alle dinamiche nazionali e regionali della spesa sanitaria: «1990-1995, gli anni della stretta, ovvero del contenimento della crescita della spesa sanitaria pubblica e delle drastiche riduzioni dal lato del finanziamento (...); – 1996-2000, gli anni della ripresa, ovvero della riorganizzazione del Ssn (attuata con l'avvio dell'aziendalizzazione e della regionalizzazione) e della ripresa della crescita della spesa sanitaria oltre che del corrispondente finanziamento; – 2001-2005, gli anni delle crisi di liquidità, ovvero delle difficoltà nei trasferimenti delle risorse alle Regioni, in particolare a causa dei ritardi nell'attivazione del monitoraggio dei Lea, della complessa applicazione del decreto 56/2000, oltre che nella sospensione della facoltà delle Regioni di utilizzare la leva fiscale; – 2006-2011, gli anni della graduale responsabilizzazione, ovvero delle minori aspettative regionali in termini di ripiano dei disavanzi pregressi da parte del governo centrale, dell'anticipazione del fabbisogno per cassa, dell'avvio dei Piani di Rientro (...). I tempi di pagamento presentano dinamiche coerenti, in linea di massima, con l'evoluzione del contesto economico-finanziario nei quattro periodi individuati, salvo alcuni ritardi temporali condizionati dalla velocità di attuazione dei cambiamenti e di reazione agli stessi nelle diverse realtà.

Tabella 11.2 **Analisi del trend del D.S.O. nazionale per dispositivi medici**

| | DSO MIN | DSO MAX | DSO MEDIO |
|----------------------|---------|---------|-----------|
| Variazioni 2013/1990 | -3,9% | -10,4% | -6,5% |
| Variazioni 2013/2004 | -8,7% | -13,6% | -11,2% |
| Variazioni 2013/2012 | -0,7% | -10,1% | -5,7% |
| Variazioni 2012/2011 | -3,5% | 3,3% | -0,7% |
| Variazioni 2013/2007 | -4,2% | -18,8% | -15,1% |

Fonte: nostra elaborazione su dati Assobiomedica

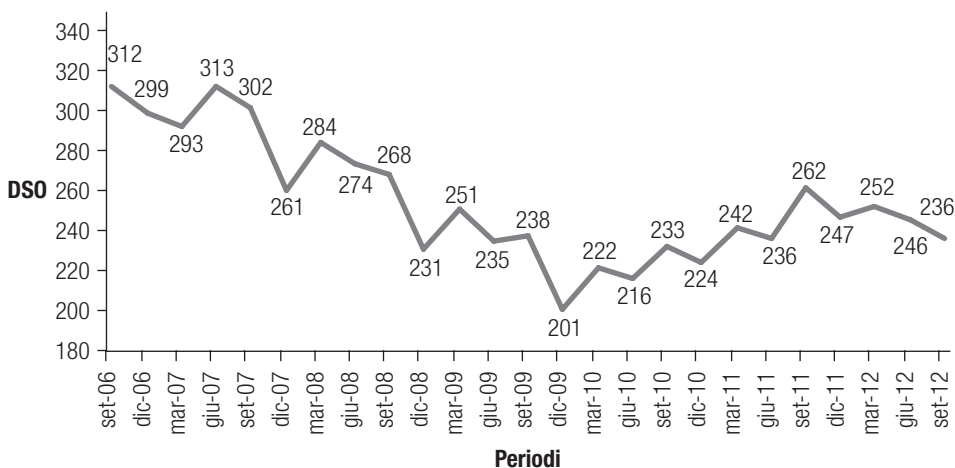
- ▶ una variazione più sensibile nel corso dell'ultimo anno (-5,7%, anno 2013 rispetto a 2012;), rispetto all'anno precedente (-0,7%, anno 2012 rispetto a 2011)⁸;
- ▶ un trend tendenzialmente decrescente a partire dal 2007 (i tempi di pagamento non sembrano essere influenzati negativamente dalla crisi);
- ▶ come le maggiori variazioni riguardino il D.S.O. massimo; questo dato mostra una riduzione generalizzata, in quanto legato non tanto ad una minore inclinazione della curva, bensì ad una sua traslazione verso il basso.

11.4.4 I tempi di pagamento per i farmaci

Il settore farmaceutico è un settore particolare all'interno del servizio sanitario. Esso presenta alcune peculiarità, che è opportuno richiamare:

- ▶ il fatturato complessivo annuale è di circa 26 miliardi di euro (Farindustria, 2012);
- ▶ la spesa farmaceutica si divide in: spesa farmaceutica ospedaliera (acquistata dalle strutture pubbliche ed erogata in regime di ricovero); spesa farmaceutica distribuzione diretta (acquistata dalle strutture pubbliche ed erogata dalle stesse/ farmacie in nome e per conto); spesa farmaceutica convenzionata (acquistata ed erogata dalle farmacie);
- ▶ i prezzi sono generalmente stabiliti dall'amministrazione pubblica (i farmaci, per essere immessi in commercio, necessitano dell'attribuzione di prezzo e classe di rimborsabilità. La classe viene individuata in fase di procedura di Autorizzazione all'immissione in commercio);
- ▶ l'acquisto dei farmaci da parte delle ASL/AO avviene attraverso le procedure ad evidenza pubblica, spesso basate sul prezzo più basso. Le procedure di gara sono spesso caratterizzate da elementi di criticità che generano numerosi contenziosi (indeterminatezza di quantità e di durata dell'appalto, automatismi delle proroghe, ampliamenti discrezionali delle forniture).

⁸ Per omogeneità, i confronti sono effettuati rispetto al mese di maggio di ogni anno.

Figura 11.3 **Analisi del trend del D.S.O. nazionale per farmaci (2006-2012)**

Fonte: Farmindustria

Sostanzialmente in linea con i dati relativi ai dispositivi medici, anche se leggermente più contenuti, appaiono i tempi di pagamento riferiti ai farmaci venduti alle aziende sanitarie (farmaci utilizzati per pazienti ricoverati, farmaci acquistati dalle aziende sanitarie e distribuiti sul territorio attraverso canali alternativi a quello convenzionato – distribuzione diretta ed in nome e per conto delle aziende da parte delle farmacie) (Figura 11.3).

11.5 Le criticità dei tempi di pagamento: le disuguaglianze regionali

Oltre al dato nazionale, che risente inevitabilmente di scostamenti anche rilevanti dalla media, è interessante analizzare le singole realtà regionali. In relazione ai dispositivi medici, la situazione al 31 maggio 2013 è riportata nella Tabella 11.3. Nella stessa tabella sono analizzati anche i dati relativi alla percentuale e allo stock di scoperto⁹ per singola Regione.

Dai dati presentati si rileva che:

- ▶ oltre il 50% dello scoperto complessivo è concentrato in cinque Regioni (Campania, Lazio, Piemonte, Calabria ed Emilia Romagna);
- ▶ circa l'80% è concentrato in 8 Regioni (le precedenti cinque più Veneto, Puglia e Toscana).

⁹ Lo scoperto è pari alla differenza tra gli acquisti (fatturato) e i pagamenti effettuati. Lo stock è il valore dello scoperto cumulato.

Tabella 11.3 **D.S.O. dispositivi medici e scoperto per Regione. Dati 2013 (aggiornamento maggio 2013)**

| Regione | D.S.O. 2013 (media) | Stima Scoperto Dispositivi medici | Percentuale di scoperto | Scoperto cumulato (per incidenza fatturato) |
|----------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|---|
| Campania | 668 | 777.955 | 16,0% | 16,0% |
| Lazio | 321 | 556.663 | 11,4% | 27,4% |
| Piemonte | 322 | 479.531 | 9,8% | 37,2% |
| Calabria | 929 | 456.648 | 9,4% | 46,6% |
| Emilia Romagna | 266 | 397.549 | 8,2% | 54,8% |
| Veneto | 259 | 384.522 | 7,9% | 62,7% |
| Puglia | 306 | 368.206 | 7,6% | 70,2% |
| Toscana | 264 | 334.414 | 6,9% | 77,1% |
| Lombardia | 105 | 249.622 | 5,1% | 82,2% |
| Sicilia | 247 | 243.311 | 5,0% | 87,2% |
| Liguria | 173 | 110.799 | 2,3% | 89,5% |
| Abruzzo | 191 | 110.519 | 2,3% | 91,7% |
| Sardegna | 230 | 102.278 | 2,1% | 93,8% |
| Molise | 895 | 104.587 | 2,1% | 96,0% |
| Marche | 139 | 63.020 | 1,3% | 97,3% |
| Friuli | 87 | 40.500 | 0,8% | 98,1% |
| Umbria | 135 | 38.735 | 0,8% | 98,9% |
| Trentino A.A. | 83 | 26.183 | 0,5% | 99,4% |
| Basilicata | 139 | 23.833 | 0,5% | 99,9% |
| Valle d'Aosta | 83 | 3.699 | 0,1% | 100,0% |
| Totale | | 4.872.576 | 100,0% | |

Fonte: Assobiomedica

L'elemento più significativo non è solo il ritardo dei pagamenti, quanto il profondo divario tra le Regioni. La deviazione standard dalla media è pari a 243 giorni, con un coefficiente di variazione (rapporto tra deviazione standard e media) pari a 0,83. Un valore così elevato del coefficiente di variazione (il cui valore varia da 0 a 1) sta a significare che la media non è una misura attendibile della distribuzione. Rilevante è anche l'ampiezza dell'intervallo (847 giorni), a dimostrare la profonda differenza tra i dati (Tabella 11.4).

Tabella 11.4 **D.S.O. dispositivi medici per Regioni. Dati di sintesi 2013, espressi in giorni**

| Dato | Valore |
|----------------------------|--------|
| Media | 292 |
| Mediana | 238 |
| Deviazione standard | 243,10 |
| Coefficiente di variazione | 0,83 |
| Intervallo | 847 |
| Minimo | 83 |
| Massimo | 929 |

Fonte: nostra elaborazione su dati Assobiomedica

Tabella 11.5 **D.S.O. dispositivi medici per Regioni (1990-2013), aggiornamento maggio 2013**

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Valle d'Aosta | 244 | 123 | 159 | 163 | 134 | 127 | 120 | 113 | 131 | 153 | 138 | 136 | 129 | 115 | 103 | 128 | 113 | 114 | 117 | 118 | 120 | 83 | 101 | 83 |
| Piemonte | 168 | 182 | 176 | 190 | 173 | 166 | 147 | 143 | 167 | 152 | 197 | 220 | 245 | 205 | 216 | 263 | 295 | 260 | 268 | 261 | 243 | 322 | 288 | 322 |
| Lombardia | 215 | 211 | 190 | 194 | 182 | 178 | 153 | 153 | 213 | 243 | 229 | 251 | 297 | 355 | 331 | 291 | 282 | 255 | 179 | 125 | 116 | 105 | 105 | 105 |
| Trentino A.A. | 145 | 134 | 133 | 118 | 117 | 112 | 120 | 113 | 117 | 106 | 116 | 110 | 111 | 94 | 91 | 96 | 100 | 99 | 98 | 97 | 91 | 83 | 88 | 83 |
| Veneto | 260 | 287 | 245 | 246 | 198 | 201 | 147 | 162 | 199 | 203 | 216 | 189 | 213 | 221 | 223 | 234 | 260 | 255 | 247 | 239 | 258 | 259 | 277 | 259 |
| Liguria | 437 | 422 | 452 | 514 | 517 | 604 | 621 | 542 | 555 | 572 | 590 | 595 | 651 | 620 | 525 | 422 | 472 | 522 | 450 | 180 | 170 | 173 | 198 | 173 |
| Friuli VG | 191 | 212 | 205 | 186 | 209 | 215 | 162 | 163 | 170 | 131 | 122 | 135 | 127 | 109 | 108 | 115 | 112 | 103 | 83 | 79 | 84 | 87 | 90 | 87 |
| Emilia Romagna | 297 | 265 | 284 | 282 | 284 | 311 | 327 | 366 | 343 | 353 | 322 | 286 | 298 | 313 | 340 | 382 | 415 | 429 | 320 | 272 | 278 | 266 | 284 | 266 |
| Toscana | 347 | 273 | 256 | 306 | 282 | 349 | 327 | 240 | 212 | 210 | 210 | 195 | 186 | 217 | 259 | 261 | 316 | 171 | 190 | 200 | 232 | 264 | 257 | 264 |
| Marche | 363 | 379 | 451 | 603 | 562 | 426 | 424 | 363 | 375 | 356 | 344 | 376 | 350 | 289 | 244 | 246 | 247 | 316 | 185 | 146 | 124 | 139 | 155 | 139 |
| Umbria | 239 | 232 | 255 | 300 | 309 | 398 | 354 | 265 | 220 | 262 | 202 | 199 | 232 | 205 | 203 | 229 | 251 | 215 | 180 | 148 | 162 | 135 | 162 | 135 |
| Basilicata | 246 | 259 | 233 | 236 | 251 | 212 | 138 | 137 | 157 | 148 | 143 | 170 | 193 | 154 | 176 | 196 | 245 | 197 | 169 | 188 | 140 | 139 | 146 | 139 |
| Abruzzo | 331 | 312 | 284 | 346 | 366 | 300 | 243 | 176 | 190 | 180 | 208 | 206 | 293 | 420 | 483 | 544 | 512 | 345 | 286 | 212 | 207 | 191 | 194 | 191 |
| Calabria | 470 | 497 | 538 | 614 | 657 | 661 | 517 | 302 | 248 | 240 | 238 | 235 | 299 | 320 | 354 | 455 | 440 | 533 | 551 | 691 | 804 | 929 | 968 | 929 |
| Campania | 509 | 494 | 511 | 570 | 574 | 628 | 571 | 456 | 440 | 419 | 351 | 333 | 371 | 414 | 491 | 588 | 747 | 609 | 589 | 621 | 704 | 668 | 763 | 668 |
| Lazio | 437 | 422 | 452 | 514 | 517 | 604 | 621 | 542 | 555 | 572 | 590 | 595 | 651 | 620 | 525 | 422 | 472 | 522 | 450 | 396 | 400 | 321 | 350 | 321 |
| Molise | 368 | 379 | 305 | 388 | 467 | 494 | 284 | 260 | 277 | 210 | 203 | 249 | 342 | 390 | 457 | 590 | 793 | 879 | 681 | 630 | 761 | 895 | 893 | 895 |
| Puglia | 486 | 488 | 529 | 637 | 633 | 582 | 592 | 492 | 399 | 384 | 444 | 557 | 551 | 416 | 243 | 200 | 227 | 302 | 353 | 401 | 331 | 306 | 340 | 306 |
| Sardegna | 345 | 291 | 291 | 400 | 389 | 355 | 287 | 259 | 241 | 232 | 327 | 389 | 369 | 422 | 365 | 307 | 282 | 307 | 265 | 267 | 300 | 230 | 281 | 230 |
| Sicilia | 387 | 409 | 427 | 502 | 469 | 431 | 465 | 368 | 360 | 335 | 282 | 254 | 257 | 265 | 266 | 262 | 260 | 309 | 302 | 217 | 261 | 247 | 274 | 247 |

Fonte: Assobiomedica

L'analisi del dato del D.S.O. medio, per singola Regione, dal 1990 al 2013, esprime in maniera inequivocabile i trend di crescita degli ultimi anni (Tabella 11.5).

Come visto in precedenza, l'analisi per singola Regione evidenzia in maniera molto chiara le forti disparità regionali. Tali variazioni sono state, tra gli altri fattori, influenzate anche da provvedimenti tesi ad allentare temporaneamente, ma in modo rilevante, le tensioni di cassa (si pensi, ad esempio all'impatto delle cartolarizzazioni dei crediti sul trend di alcune Regioni, quali il Lazio).

Analizzando i trend di medio periodo, si possono ricavare le seguenti indicazioni:

- ▶ destano notevole preoccupazione alcune Regioni (Campania, Calabria e Molise) a causa di un trend di crescita ininterrotto dei tempi di pagamento, da almeno 4-5 anni;
- ▶ sono da monitorare costantemente: la Regione Piemonte e la Regione Puglia soprattutto per alcune realtà aziendali che presentano tempi molto alti e ancora in crescita; il Veneto, per una crescita generalizzata ormai da 5 anni.

Un confronto interessante è dato dalla variazione tra i primi cinque mesi del 2013 e i primi cinque mesi del 2012; mentre quasi tutte le Regioni mostrano una generale riduzione dei tempi di pagamento, in alcuni casi rilevante (Valle d'Aosta, Sardegna e Umbria), dati preoccupanti (Tabella 11.6) riguardano soprattutto il valore assoluto di alcune realtà (Campania, Calabria, Molise, Lazio e Puglia), che rimangono ben al di sopra di valori accettabili (>360 giorni).

Tabella 11.6 **D.S.O. dispositivi medici per Regioni. Variazioni 2013/2012 (primi cinque mesi)**

| Regione | 2013 | 2012 | Variazione | Regione | 2013 | 2012 | Variazione |
|----------------|------|------|------------|------------|------|------|------------|
| Valle d'Aosta | 83 | 111 | -25% | Umbria | 135 | 169 | -20% |
| Piemonte | 322 | 294 | 9% | Basilicata | 139 | 155 | -10% |
| Lombardia | 105 | 112 | -6% | Abruzzo | 191 | 200 | -5% |
| Trentino A.A. | 83 | 93 | -11% | Calabria | 929 | 998 | -7% |
| Veneto | 259 | 291 | -11% | Campania | 668 | 803 | -17% |
| Friuli VG | 87 | 99 | -13% | Lazio | 321 | 377 | -15% |
| Liguria | 173 | 205 | -16% | Molise | 895 | 885 | 1% |
| Emilia Romagna | 266 | 299 | -11% | Puglia | 306 | 354 | -14% |
| Toscana | 264 | 265 | 0% | Sardegna | 230 | 300 | -24% |
| Marche | 139 | 160 | -13% | Sicilia | 247 | 288 | -14% |

Fonte: nostra elaborazione su dati Assobiomedica

11.5.1 Le disparità regionali per i farmaci

Anche in relazione ai tempi di pagamenti dei farmaci acquistati dalle aziende sanitarie è interessante analizzare i dati regionali (Tabella 11.7).

Dall'analisi dei dati, si può affermare che, in generale, i tempi di pagamento per i farmaci:

- ▶ sono sostanzialmente più contenuti dei tempi per i dispositivi medici, in termini sia di trend nazionale, che di variabilità interregionale;
- ▶ evidenziano tassi di accelerazione più forti e stabili nel tempo nelle Regioni con forme particolari di distribuzione, soprattutto diretta (Campania, Toscana, Emilia Romagna e Umbria), ma anche alcune che hanno fatto accordi per la distribuzione in nome e per conto (es. Liguria);
- ▶ potrebbero aumentare, in termini prospettici, dato il mix sempre più «ospedaliero» del mercato farmaceutico e come politica «alternativa» a ticket e dato l'impatto più nel medio-lungo periodo delle politiche di governo del comportamento prescrittivi.

La stima dello scoperto, aggiornato a fine 2012, si attesta intorno ai 4 miliardi di euro (dati Farminindustria).

Anche in relazione ai tempi di pagamento per i farmaci, emerge una rilevante disparità tra le Regioni. La deviazione standard dalla media è pari a 180 giorni, con un coefficiente di variazione pari a 0,74. Anche in questo caso, un valore così elevato del coefficiente di variazione sta a significare che la media non è una misura attendibile della distribuzione. Rilevante è anche l'ampiezza dell'intervallo (722 giorni), a dimostrare la profonda differenza tra i dati (Tabella 11.8).

Tabella 11.7 **D.S.O. farmaci per Regioni. Dati terzo trimestre 2012**

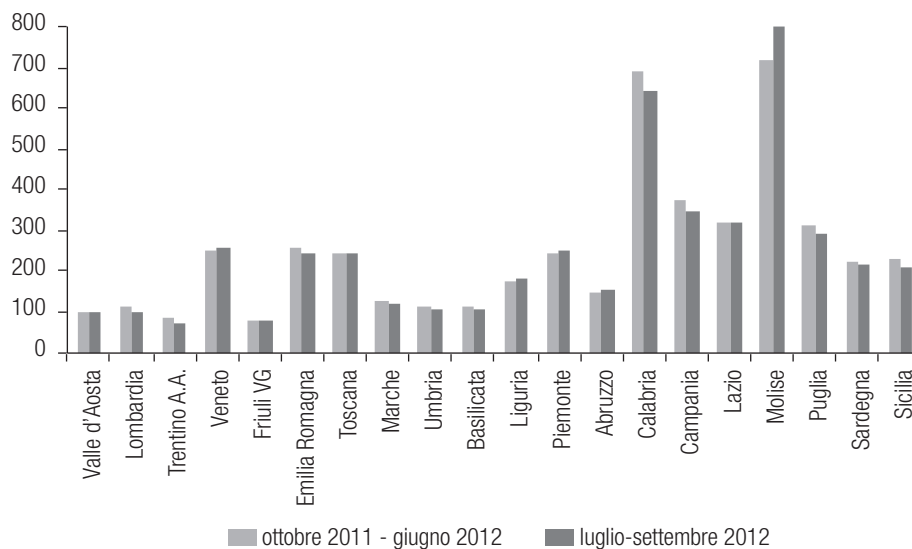
| Regione | luglio-settembre 2012 | Regione | luglio-settembre 2012 |
|----------------|-----------------------|------------|-----------------------|
| Valle d'Aosta | 98 | Umbria | 105 |
| Piemonte | 253 | Basilicata | 106 |
| Lombardia | 101 | Abruzzo | 153 |
| Trentino A.A. | 75 | Calabria | 641 |
| Veneto | 260 | Campania | 347 |
| Friuli VG | 77 | Lazio | 319 |
| Liguria | 181 | Molise | 797 |
| Emilia Romagna | 243 | Puglia | 292 |
| Toscana | 247 | Sardegna | 218 |
| Marche | 120 | Sicilia | 207 |

Fonte: Farminindustria

Tabella 11.8 **D.S.O. farmaci per Regione. Dati di sintesi (2012)**

| Dato | Valore |
|----------------------------|--------|
| Media | 242 |
| Mediana | 213 |
| Deviazione standard | 180,07 |
| Coefficiente di variazione | 0,74 |
| Intervallo | 722 |
| Minimo | 75 |
| Massimo | 797 |

Fonte: nostra elaborazione su dati Farmindustria

Figura 11.4 **D.S.O. farmaci. Trend (terzo trimestre 2012, rispetto a tre trimestri precedenti)**

Fonte: nostra elaborazione su dati Farmindustria

Osservando, invece, alcuni trend (terzo trimestre 2012, rispetto ai 4 trimestri precedenti), i dati più rilevanti non riguardano tanto il valore assoluto di alcune realtà (in linea con quanto visto per i dispositivi medici (Figura 11.4): Molise, 797 giorni; Campania, 347 giorni), quanto il trend crescente di alcune Regioni (Molise, + 11%, ma anche il Piemonte, con + 4%, e la Liguria, + 3%).

Analizzando i trend regionali di medio periodo, si possono ricavare le seguenti indicazioni:

- ▶ destano notevole preoccupazione alcune Regioni (Liguria, Emilia Romagna, Toscana e Piemonte) a causa di un trend di crescita ininterrotto dei tempi di pagamento, da almeno 4 anni (solo la Toscana evidenzia una riduzione nell'ultimo trimestre del 2012);
- ▶ all'interno di questo gruppo di Regioni, sono da monitorare costantemente: la Regione Liguria, i cui tempi sono cresciuti del 42%; la Campania, i cui tempi si sono quasi raddoppiati (da 367 giorni a fine 2003, a 728 a fine 2012).

11.5.2 Una valutazione critica dei tempi di pagamento nelle Regioni

In relazione ai dati appena presentati, relativi ai tempi di pagamento nelle Regioni, è necessario effettuare due ordini di considerazioni. Da un lato, occorre chiarire come il dato medio regionale nasconda una variabilità molto significativa all'interno delle singole Regioni, per cui non sempre la media risulta attendibile. Dall'altro lato, occorre valutare la disparità tra le differenti categorie di fornitori, che spesso deriva da precise scelte decisionali (in termini politici o gestionali) dei vertici regionali o aziendali.

In relazione al primo punto, in base ai dati disponibili, è importante valutare la variabilità tra i tempi di pagamento presenti all'interno della singola Regione. Nella Tabella 11.9, oltre al dato medio regionale, in relazione ai dispositivi medici, vengono presentati i dati medi delle singole aziende sanitarie (per ragioni di privacy, non sono indicati i nomi delle singole aziende, peraltro resi pubblici sul sito Assobiomedica).

La tabella, i cui dati si riferiscono a maggio 2013, mostra come la media delle aziende e il dato regionale siano, per la maggior parte dei casi, poco significativi: in molti casi, il coefficiente di variazione pari o superiore a 0,5 (Veneto, Toscana, Umbria, Abruzzo, Campania, Lazio e Sardegna), ancora una volta dimostra come la media sia una misura non attendibile della distribuzione. Molto significative, in questo senso, sono alcune Regioni, dove l'intervallo tra il valore massimo del D.S.O. e quello minimo è molto rilevante (Veneto, 466 giorni; Emilia Romagna, 279; Toscana, 467; Piemonte, 277; Abruzzo, 280; Calabria, 1019; Campania, 1254; Lazio, 256; Puglia, 383; Sardegna, 337 e Sicilia, 285). Paradossale è il caso di alcune Regioni, quali ad esempio la Campania, dove, accanto ad aziende sanitarie che presentano un D.S.O. pari a 103 giorni, ce ne sono altre che presentano D.S.O. di 1.509, 1.465 e 1.290 giorni.

In relazione, invece, al secondo punto (disparità tra le differenti categorie di fornitori), emerge in maniera netta come i fornitori di prodotti farmaceutici presentino tempi di pagamento ben più contenuti rispetto ai fornitori di dispositivi medici e altri prodotti: in media, quasi due mesi di differenza (47 giorni; Tabella 11.10). Molto significativa la differenza che si registra nelle Regioni del Sud dove si arriva a circa tre mesi in meno. La Tabella 11.11 permette di cogliere in maniera ancor più evidente le differenze nell'evoluzione delle due serie.

Tabella 11.9 D.S.O. dispositivi medici. Variabilità intra-regionale (dati riferiti al mese di maggio 2013)

| Regione | dato regionale | Az 1 | Az 2 | Az 3 | Az 4 | Az 5 | Az 6 | Az 7 | Az 8 | Az 9 | Az 10 | Az 11 | Az 12 | Az 13 | Az 14 | Az 15 | Az 16 | Deviazione Standard | Coefficiente di variazione | Intervallo | Max | Min | |
|----------------|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------|----------------------------|------------|------|-----|--|
| Valle d'Aosta | 78 | 77 | | | | | | | | | | | | | | | | 22 | 0,22 | 91 | 166 | 75 | |
| Lombardia | 98 | 166 | 89 | 94 | 97 | 137 | 97 | 100 | 80 | 98 | 108 | 75 | 120 | 94 | 118 | 100 | 90 | 1 | 0,01 | 2 | 85 | 83 | |
| Trentino A.A. | 82 | 85 | 83 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Veneto | 254 | 163 | 116 | 104 | 420 | 164 | 248 | 188 | 95 | 362 | 272 | 401 | 259 | 77 | 543 | 417 | 84 | 141 | 0,55 | 466 | 543 | 77 | |
| Friuli VG | 84 | 96 | 69 | 90 | 97 | 21 | 53 | 77 | 47 | 86 | 47 | | | | | | | 24 | 0,29 | 76 | 97 | 21 | |
| Emilia Romagna | 255 | 119 | 264 | 287 | 216 | 357 | 284 | 318 | 249 | 398 | 225 | 267 | 156 | 256 | 238 | 258 | 224 | 66 | 0,26 | 279 | 398 | 156 | |
| Toscana | 257 | 114 | 286 | 223 | 329 | 215 | 194 | 550 | 251 | 293 | 581 | 252 | 164 | 125 | 237 | 169 | | 131 | 0,51 | 467 | 581 | 125 | |
| Marche | 124 | 75 | 124 | 126 | | | | | | | | | | | | | | 24 | 0,19 | 51 | 126 | 75 | |
| Umbria | 127 | 100 | 132 | 77 | 230 | | | | | | | | | | | | | 59 | 0,46 | 154 | 230 | 77 | |
| Basilicata | 138 | 171 | 137 | 123 | | | | | | | | | | | | | | 20 | 0,15 | 48 | 171 | 123 | |
| Liguria | 165 | 85 | 120 | 133 | 200 | 139 | 147 | 146 | 176 | 190 | | | | | | | | 34 | 0,20 | 115 | 200 | 85 | |
| Piemonte | 327 | 323 | 281 | 215 | 295 | 330 | 309 | 344 | 358 | 368 | 389 | 300 | 492 | 260 | 321 | 321 | 402 | 61 | 0,19 | 277 | 492 | 281 | |
| Abruzzo | 195 | 279 | 381 | 113 | 101 | | | | | | | | | | | | | 117 | 0,60 | 280 | 381 | 101 | |
| Calabria | 926 | 1257 | 952 | 706 | 1043 | 1224 | 238 | 406 | | | | | | | | | | 367 | 0,40 | 1019 | 1257 | 238 | |
| Campania | 644 | 103 | 256 | 1465 | 676 | 655 | 639 | 911 | 770 | 207 | 1509 | 262 | 1035 | 1290 | | | | 457 | 0,71 | 1254 | 1509 | 103 | |
| Lazio | 318 | 332 | 438 | 522 | 316 | 365 | | 448 | 321 | 332 | 277 | 338 | 320 | 389 | 469 | 267 | 376 | 71 | 0,22 | 256 | 1509 | 267 | |
| Molise | 856 | 1082 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puglia | 300 | 170 | 488 | 238 | 357 | 326 | 553 | 216 | 384 | | | | | | | | | 125 | 0,42 | 383 | 553 | 170 | |
| Sardegna | 217 | 280 | 168 | 183 | 144 | 114 | 415 | 137 | 78 | 350 | | | | | | | | 108 | 0,50 | 337 | 415 | 114 | |
| Sicilia | 236 | 268 | 155 | 194 | 256 | 273 | 172 | 398 | 259 | 365 | 146 | 283 | 248 | 286 | 113 | 237 | 120 | 79 | 0,34 | 285 | 398 | 113 | |

Fonte: nostra elaborazione su dati Assobiomedica

Tabella 11.10 **Confronto tra i ritardi nei pagamenti per dispositivi medici e farmaci (2003-2011)**

| Regioni | Dispositivi medici, 2003-2011 | Farmaci, 2003 - 2011 | Differenza |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------|------------|
| Italia | 299 | 252 | 47 |
| Regioni Nord | 263 | 227 | 36 |
| Regioni Centro | 281 | 244 | 37 |
| Regioni Sud | 442 | 355 | 87 |
| Regioni Statuto Speciale | 179 | 160 | 19 |

Fonte: nostra elaborazione su dati Dirindin et. al. (2011)

Tabella 11.11 **Confronto tra i ritardi nei pagamenti per dispositivi medici e farmaci, media nazionale (2006-2012)**

| Anno | Dispositivi medici | Farmaci | Differenza |
|------|--------------------|---------|------------|
| 2006 | 347 | 306 | 42 |
| 2007 | 330 | 292 | 38 |
| 2008 | 297 | 264 | 32 |
| 2009 | 277 | 231 | 45 |
| 2010 | 285 | 224 | 61 |
| 2011 | 300 | 247 | 53 |
| 2012 | 298 | 245 | 53 |

Fonte: nostra elaborazione su dati Assobiomedica e Farindustria

Con riferimento alla situazione nelle singole Regioni (Tabella 11.12), l'analisi evidenzia indici D.S.O. relativi ai dispositivi medici significativamente più elevati rispetto ai farmaci, soprattutto nelle Regioni che generalmente presentano D.S.O. più elevati (Campania, Calabria e Molise) e in particolare negli anni più recenti. Molto significativa la situazione della Campania: i tempi di pagamento dei fornitori di dispositivi medici superano di circa 400 giorni quelli dei fornitori di farmaci. Più allineati invece i valori relativi alle Regioni settentrionali. In generale, quindi, le Regioni con deficit contenuti tendono a praticare tempi di pagamento per dispositivi medici lievemente superiori ai farmaci, mentre le Regioni sottoposte a PdR tendono a pagare prioritariamente i farmaci, rinviando il pagamento dei dispositivi medici. Una delle motivazioni di questa scelta va sicuramente rinvenuta nel maggior peso relativo (sul totale alla spesa sanitaria regionale) dei farmaci rispetto ai dispositivi medici.

I dati presentati mostrano come le Regioni adottino criteri di priorità per le differenti categorie di fornitori (Dirindin et al., 2011). A parte la spesa per il personale (dipendente e convenzionato), che avviene con esborsi regolari, le azien-

Tabella 11.12 **Confronto tra i ritardi nei pagamenti per dispositivi medici e farmaci, per Regione (luglio – settembre 2012)**

| Regione | Dispositivi Medici | Farmaci | Differenza |
|----------------|--------------------|------------|------------|
| Valle d'Aosta | 98 | 98 | 0 |
| Lombardia | 102 | 101 | 1 |
| Trentino A.A. | 89 | 75 | 14 |
| Veneto | 270 | 260 | 10 |
| Friuli VG | 84 | 77 | 7 |
| Emilia Romagna | 275 | 243 | 32 |
| Toscana | 252 | 247 | 5 |
| Marche | 155 | 120 | 35 |
| Umbria | 167 | 105 | 62 |
| Basilicata | 145 | 106 | 39 |
| Liguria | 199 | 181 | 18 |
| Piemonte | 286 | 253 | 33 |
| Abruzzo | 189 | 153 | 36 |
| Calabria | 961 | 641 | 320 |
| Campania | 750 | 347 | 403 |
| Lazio | 332 | 319 | 13 |
| Molise | 895 | 797 | 98 |
| Puglia | 346 | 292 | 54 |
| Sardegna | 269 | 218 | 51 |
| Sicilia | 266 | 207 | 59 |
| Media | 307 | 242 | 65 |

Fonte: nostra elaborazione su dati Assobiomedica e Farindustria

de sanitarie adottano alcuni criteri di «prioritizzazione» nei flussi di pagamento (Dirindin et al., 2011; Amatucci et al., 2011) e la presenza di specifiche convenzioni, regionali o nazionali, che regolano le modalità di pagamento e che impegnano il settore sanitario;

- ▶ l'importanza strategica della fornitura ai fini della erogazione dell'assistenza sanitaria;
- ▶ l'incidenza del fattore lavoro (in particolare, di quello operante all'interno del territorio regionale) nella fornitura eseguita;
- ▶ i rischi di crisi di liquidità per i fornitori, in particolare di quelli locali e di minori dimensioni, in caso di ritardi eccessivi;
- ▶ la capacità di pressione dei fornitori (singoli o associati), soprattutto di quelli più organizzati e rappresentati politicamente;
- ▶ il rischio di aumento dei costi del contenzioso e degli oneri per interessi.

Considerando che nel 2012 la spesa per il personale pesa, in media, circa il 31% della spesa complessiva (vedi Capitolo 5 del presente Rapporto), che la spesa per la farmaceutica in convenzione (anch'essa pagata in tempi rapidi) pesa circa l'8% della spesa, che la spesa per medicina convenzionata pesa il 6% e la spesa per prestazioni (ospedaliere, assistenza specialistica e altra assistenza convenzionata) erogate dalle strutture sanitarie private accreditate, normalmente pagata in tempi contenuti, pesa circa il 21% della spesa sanitaria complessiva, ne deriva che la quota di spesa sulla quale sono possibili, e di fatto sono operati, ritardi nei pagamenti pesa circa il 34% del totale, un valore che coincide con la spesa per l'acquisto di beni e servizi. Su tale spesa, generalmente sono pagati in via prioritaria gli acquisti di servizi strettamente funzionali all'erogazione dell'assistenza (pulizia, mense, lavanderia, manutenzioni, ecc.), in ragione della loro importanza e del rilevante contenuto di lavoro (Dirindin et al., 2011). I restanti fornitori sono pagati secondo modalità che di volta in volta risentono delle disponibilità di cassa e rispondono a criteri di priorità influenzati spesso da logiche differenti e/o di natura politica.

11.5.3 I tempi di pagamento nelle Regioni sottoposte a Piani di Rientro¹⁰

Come visto in precedenza, l'analisi ha voluto prendere in considerazione soprattutto la differenza tra le Regioni sottoposte a PdR e le altre Regioni, al fine di verificare eventuali trend tra la specifica situazione di bilancio di una Regione e i tempi di pagamento. Come emerge dalla tabella successiva (Tabella 11.13), la differenza tra le Regioni sottoposte a PdR e le altre Regioni è molto significativa, con un trend costantemente crescente negli ultimi 10 anni. La differenza media tra le due categorie presenta dati allarmanti (circa 280 giorni), soprattutto per la «tenuta» dei fornitori locali.

Tabella 11.13 **D.S.O. dispositivi medici per Regioni. Confronto tra Regioni in PdR e altre Regioni (1990-2013)**

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Media Regioni non P.d.R. | 255 | 238 | 241 | 263 | 253 | 253 | 227 | 207 | 214 | 216 | 204 | 205 |
| Media regioni P.d.R. | 394 | 390 | 396 | 468 | 476 | 483 | 435 | 354 | 343 | 330 | 343 | 363 |
| Differenza media | 139 | 152 | 155 | 204 | 223 | 230 | 208 | 147 | 130 | 113 | 139 | 158 |
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Media Regioni non P.d.R. | 214 | 207 | 208 | 218 | 234 | 215 | 177 | 161 | 161 | 156 | 167 | 156 |
| Media regioni P.d.R. | 403 | 409 | 392 | 405 | 450 | 459 | 420 | 388 | 418 | 428 | 455 | 428 |
| Differenza media | 189 | 202 | 185 | 187 | 216 | 244 | 243 | 226 | 258 | 272 | 288 | 272 |

Fonte: nostra elaborazione su dati Assobiomedica

¹⁰ Come visto nel capitolo 5 del presente Rapporto, le Regioni in PdR sono: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia. Nonostante, ad oggi, alcune di queste Regioni siano «uscite» dal PdR, nel presente capitolo, dovendo analizzare le serie storiche, si considerano tutte.

Figura 11.5 **Evoluzione D.S.O. dispositivi medici, Regioni non in PdR (2004-2013)**

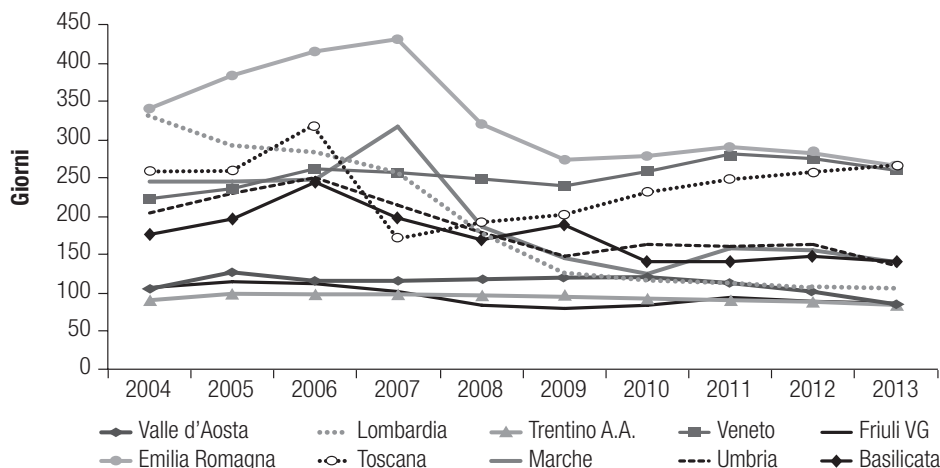
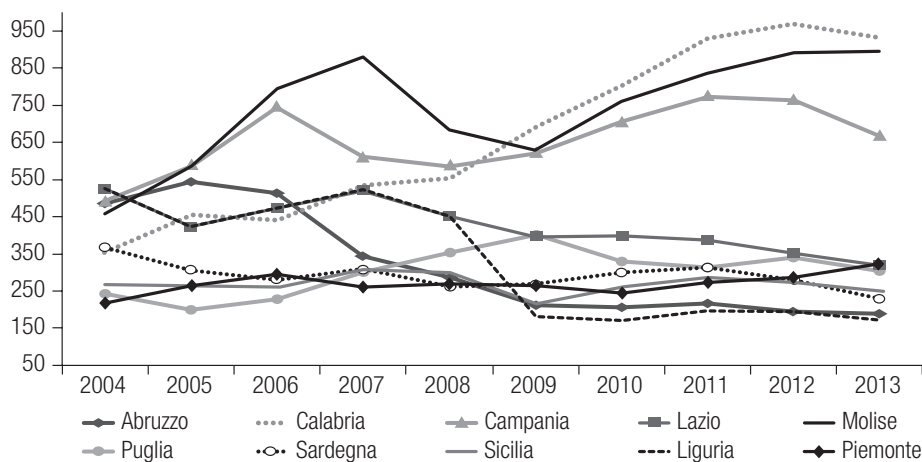


Figura 11.6 **Evoluzione D.S.O. dispositivi medici, Regioni in PdR (2004-2013)**



Fonte: nostra elaborazione su dati Assobiomedica

Oltre ai dati riportati in tabella, le Figura 11.5 (Regioni non sottoposte a PdR) e Figura 11.6 (Regioni sottoposte a PdR), mostrano linee di tendenza fortemente differenti tra loro. La differenza tra le figure è duplice:

- ▶ da un lato, le curve delle Regioni in PdR sono tendenzialmente in crescita, soprattutto negli ultimi anni (2009-2013);
- ▶ dall'altro lato, le curve delle Regioni in PdR, rispetto alle altre Regioni (costruite utilizzando lo stesso intervallo di giorni, 50-950) sono traslate verso l'alto di circa 250-300 giorni).

L'analisi del dato D.S.O. medio, per singola Regione, dal 1990 al 2013, esprime in maniera inequivocabile i trend di crescita degli ultimi anni.

Anche considerando solo l'evoluzione mensile dell'anno 2012 (Tabella 11.14), emerge come il divario tra le Regioni non tenda ad attenuarsi. Con riferimento agli ultimi dati disponibili (maggio 2013, cfr. Tabella 11.15), per le Regioni in PdR le variazioni negative sono molto più marcate rispetto alle altre realtà regionali. Soprattutto, l'evoluzione degli ultimi 20 anni mostra come per tutte le Regioni la riduzione sia significativa (variazioni superiori al 60% in Friuli VG, Marche e Valle d'Aosta). Per le Regioni in PdR, invece, i

Tabella 11.14 **Confronto D.S.O. dispositivi medici tra Regioni in PdR e altre Regioni(2012)**

| | Gen. | Febb. | Mar. | Apr. | Mag. | Giu. | Lug. | Ago. | Sett. | Ott. | Nov. | Dic. |
|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Regioni non P.d.R. | | | | | | | | | | | | |
| Valle d'Aosta | 116 | 113 | 106 | 111 | 108 | 105 | 107 | 98 | 89 | 88 | 87 | 81 |
| Lombardia | 120 | 111 | 112 | 109 | 106 | 107 | 109 | 99 | 97 | 98 | 98 | 98 |
| Trentino A.A. | 91 | 95 | 96 | 93 | 91 | 93 | 95 | 89 | 83 | 80 | 79 | 72 |
| Veneto | 291 | 292 | 292 | 291 | 289 | 292 | 293 | 259 | 257 | 255 | 258 | 250 |
| Friuli VG | 104 | 103 | 100 | 95 | 93 | 90 | 88 | 84 | 81 | 84 | 80 | 76 |
| Emilia Romagna | 307 | 303 | 301 | 295 | 289 | 289 | 283 | 275 | 267 | 265 | 269 | 262 |
| Toscana | 270 | 274 | 264 | 261 | 258 | 254 | 253 | 250 | 252 | 241 | 249 | 258 |
| Marche | 168 | 164 | 160 | 157 | 153 | 155 | 157 | 154 | 154 | 150 | 150 | 134 |
| Umbria | 170 | 166 | 170 | 168 | 169 | 170 | 176 | 165 | 161 | 145 | 147 | 135 |
| Basilicata | 160 | 159 | 158 | 155 | 144 | 149 | 155 | 146 | 135 | 133 | 132 | 131 |
| Media Regioni non P.d.R. | 180 | 178 | 176 | 174 | 170 | 170 | 172 | 162 | 158 | 154 | 155 | 150 |
| Regioni P.d.R. | | | | | | | | | | | | |
| Abruzzo | 211 | 207 | 198 | 195 | 188 | 188 | 187 | 191 | 190 | 190 | 191 | 189 |
| Calabria | 993 | 988 | 999 | 998 | 1010 | 993 | 990 | 951 | 943 | 914 | 925 | 913 |
| Campania | 805 | 801 | 803 | 804 | 801 | 782 | 770 | 748 | 732 | 719 | 709 | 685 |
| Lazio | 400 | 401 | 411 | 335 | 339 | 338 | 343 | 338 | 315 | 325 | 327 | 331 |
| Liguria | 209 | 206 | 204 | 203 | 204 | 200 | 206 | 197 | 194 | 187 | 185 | 179 |
| Molise | 912 | 864 | 888 | 895 | 864 | 880 | 890 | 879 | 917 | 913 | 934 | 875 |
| Piemonte | 291 | 294 | 296 | 298 | 290 | 286 | 291 | 289 | 277 | 275 | 283 | 289 |
| Puglia | 352 | 352 | 356 | 352 | 358 | 349 | 353 | 343 | 342 | 316 | 308 | 299 |
| Sardegna | 297 | 297 | 299 | 308 | 300 | 291 | 277 | 262 | 267 | 268 | 258 | 243 |
| Sicilia | 299 | 295 | 289 | 281 | 275 | 277 | 275 | 262 | 262 | 262 | 259 | 248 |
| Media regioni P.d.R. | 477 | 471 | 474 | 467 | 463 | 458 | 458 | 446 | 444 | 437 | 438 | 425 |
| Differenza media | 297 | 293 | 298 | 293 | 293 | 288 | 287 | 284 | 286 | 283 | 283 | 275 |

Fonte: nostra elaborazione su dati Assobiomedica

Tabella 11.15 **D.S.O. dispositivi medici. Confronto tra Regioni in PdR e altre Regioni**

| Regione | Variazioni 2013/1990 | Variazioni 2013/2004 | Variazioni 2013/2012 | Variazioni 2012/2011 | Variazioni 2013/2007 |
|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Regioni P.d.R. | | | | | |
| Valle d'Aosta | -66,2% | -19,7% | -18,0% | -10,2% | -27,8% |
| Lombardia | -51,3% | -68,4% | -0,7% | -5,7% | -59,0% |
| Trentino A.A. | -42,9% | -8,8% | -6,2% | -3,5% | -16,4% |
| Veneto | -0,2% | 16,5% | -6,2% | -1,4% | 1,8% |
| Friuli | -54,7% | -19,6% | -3,6% | -5,1% | -15,6% |
| Emilia Romagna | -10,5% | -21,7% | -6,3% | -1,5% | -37,9% |
| Toscana | -23,9% | 2,3% | 2,9% | 4,0% | 54,3% |
| Marche | -61,8% | -43,1% | -10,3% | -1,7% | -56,1% |
| Umbria | -43,5% | -33,6% | -16,6% | 1,0% | -37,1% |
| Basilicata | -43,3% | -20,6% | -4,8% | 4,5% | -29,1% |
| Media Regioni non P.d.R. | -38,8% | -24,9% | -6,3% | -1,1% | -27,6% |
| Regioni P.d.R. | | | | | |
| Abruzzo | -42,5% | -60,5% | -1,6% | -10,2% | -44,8% |
| Calabria | 97,6% | 162,5% | -4,0% | 4,2% | 74,4% |
| Campania | 31,2% | 36,0% | -12,5% | -1,3% | 9,7% |
| Lazio | -26,7% | -38,9% | -8,5% | -9,6% | -38,6% |
| Liguria | -60,4% | -67,0% | -12,5% | 1,0% | -66,8% |
| Molise | 143,1% | 96,1% | 0,3% | 6,9% | 1,8% |
| Piemonte | 91,0% | 49,2% | 11,6% | 5,2% | 23,7% |
| Puglia | -37,1% | 25,8% | -10,1% | 8,7% | 1,4% |
| Sardegna | -33,4% | -37,2% | -18,2% | -10,1% | -25,2% |
| Sicilia | -36,2% | -7,2% | -9,7% | -4,1% | -20,0% |
| Media regioni P.d.R. | 8,6% | 9,1% | -5,9% | 0,6% | -6,7% |
| Differenza media | 95,5% | 47,1% | -5,7% | 1,6% | 11,7% |

Fonte: nostra elaborazione

ritardi sono aumentati sensibilmente. È cresciuta, infatti, in maniera significativa la differenza tra i due gruppi di Regioni (95,5% tra il 2013 – 272 giorni e il 1990 – 139 giorni).

Discorso simile vale per i farmaci, dove però i dati regionali si riferiscono solo ai trimestri dal 2011 a settembre 2012 (Tabella 11.16). Anche in questo caso, tuttavia, come visto in precedenza, i ritardi di pagamento per i farmaci tendono ad essere più contenuti rispetto ai dispositivi medici, soprattutto nelle Regioni in PdR. Invece, il trend medio, nelle Regioni in PdR tende ad attenuarsi (-1,8%), mentre la differenza media tra le due categorie di Regioni resta costante.

Tabella 11.16 **D.S.O. per farmaci. Confronto tra Regioni in Piano di rientro e altre Regioni (2011-2012)**

| | luglio 2011-giugno 2012 | luglio-settembre 2012 | Variazioni 2012-2011 |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| Regioni non P.d.R. | | | |
| Valle d'Aosta | 97 | 98 | 1,0% |
| Lombardia | 114 | 101 | -12,9% |
| Trentino A.A. | 85 | 75 | -13,3% |
| Veneto | 249 | 260 | 4,2% |
| Friuli | 79 | 77 | -2,6% |
| Emilia Romagna | 256 | 243 | -5,3% |
| Toscana | 245 | 247 | 0,8% |
| Marche | 125 | 120 | -4,2% |
| Umbria | 112 | 105 | -6,7% |
| Basilicata | 111 | 106 | -4,7% |
| Media Regioni non P.d.R. | 147 | 143 | -2,9% |
| Regioni P.d.R. | | | |
| Abruzzo | 151 | 153 | 1,3% |
| Calabria | 693 | 641 | -8,1% |
| Campania | 374 | 347 | -7,8% |
| Lazio | 323 | 319 | -1,3% |
| Liguria | 176 | 181 | 2,8% |
| Molise | 720 | 797 | 9,7% |
| Piemonte | 243 | 253 | 4,0% |
| Puglia | 310 | 292 | -6,2% |
| Sardegna | 225 | 218 | -3,2% |
| Sicilia | 233 | 207 | -12,6% |
| Media regioni P.d.R. | 345 | 341 | -1,2% |
| Differenza media | 198 | 198 | 0,1% |

Fonte: nostra elaborazione su dati Farmindustria

11.6 Interventi per la riduzione dei tempi di pagamento nelle Regioni in Piano di Rientro

Dopo aver analizzato i dati e i trend più significativi dei tempi di pagamento nelle singole Regioni, è importante verificare se gli interventi effettuati negli ultimi anni, soprattutto per le Regioni sottoposte a PdR, specificatamente finalizzate alla riduzione dei ritardi di pagamento, hanno generato effetti positivi. In particolare, si vuole verificare l'effetto delle operazioni di cartolarizzazione e di smobilizzo dei debiti sul grado di liquidità delle Regioni e quindi sui tempi di pagamento ai fornitori, attraverso il confronto con le serie storiche dei tempi medi di pagamento degli ultimi dieci anni.

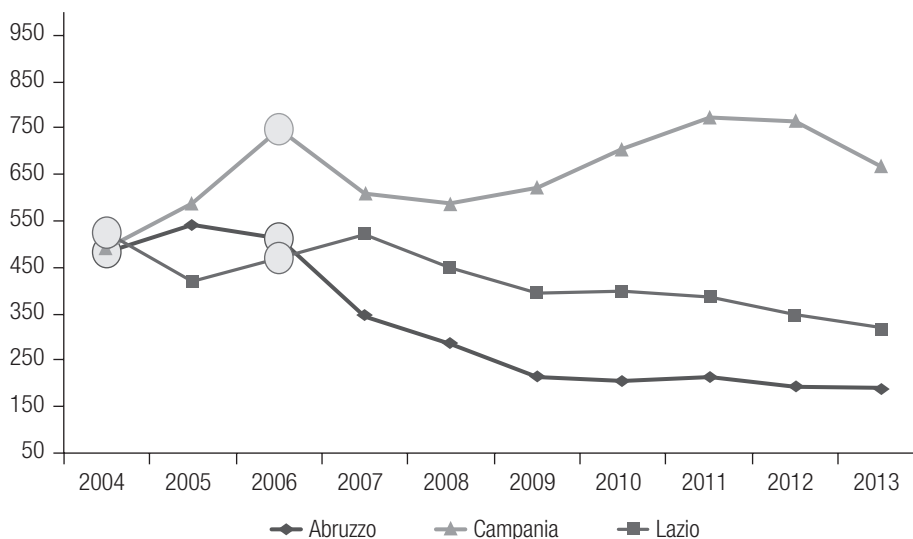
Le operazioni di cartolarizzazione e di smobilizzo dei debiti hanno interessato nel tempo diverse realtà regionali. Come è facile ipotizzare, le operazioni di cartolarizzazione (Tabella 11.17) hanno avuto effetti molto positivi sui tempi di pagamento (Figura 11.7). Tuttavia, in quasi tutti i casi, dopo una prima fase positiva, collegata all'immissione di liquidità derivante dall'operazione, i tempi sono tornati ai livelli precedenti e, in alcuni casi, sono addirittura cresciuti. Di fatto, l'operazione di cartolarizzazione ha sì il beneficio di apportare liquidità al sistema, ma se non collegato ad un reale processo di riforma del settore, tende a generare effetti perversi, collegati soprattutto ai costi e ai canoni di rimborso dell'operazione, spesso sovradimensionati a causa di eccessive remunerazioni dei soggetti pro-

Tabella 11.17 **Operazioni di cartolarizzazione**

| Regione | Anno | Operazione | Oggetto | Importo |
|----------|------|--------------------|---------------------------------|--------------|
| Abruzzo | 2004 | FIRA | Crediti fornitori vs. aziende | 335 milioni |
| Abruzzo | 2006 | D'Annunzio | Crediti fornitori vs. aziende | 327 milioni |
| Campania | 2006 | So.Re.Sa. | Crediti fornitori vs. aziende | 2,7 miliardi |
| Lazio | 2001 | Cartesio | Crediti fornitori vs. Stato | 500 milioni |
| Lazio | 2003 | Cartesio San. Imm. | Sale and lease back con crediti | 1,9 miliardi |
| Lazio | 2004 | Gepira | Quote fondo immobiliare | 204 milioni |
| Lazio | 2006 | Atlantide | Crediti fornitori vs. aziende | 1,6 miliardi |

Fonte: nostra elaborazione

Figura 11.7 **Impatto delle operazioni di cartolarizzazione sui DSO**



Fonte: nostra elaborazione

Tabella 11.18 Operazioni di smobilizzo dei debiti

| Regione | Data inizio operazione | Data firma cessione | Durata (mesi) | Periodo fatture | Importo (ml €) |
|---|------------------------|---------------------|---------------|------------------------------|----------------|
| Piemonte (DGR 46-4188/06 e 1-4242/06) | nov-06 | dic-06 | 1 | scadute 30.11.06 | 91 |
| Abruzzo (DGR 786/06) | ago-06 | nov-06 | 3 | dall'1.1.2005 al 14.07.2006 | 85 |
| Campania (DGR 1338/06) | apr-06 | mar-07 | 11 | dal 1995 al 31.12.2005 | 412 |
| Campania (DGR 1956/07) | nov-07 | mag-08 | 6 | dall'1.1.2006 al 31.3.2007 | 205 |
| Campania (DGR 541/09) | mar-09 | set-09 | 6 | dall'a.a.2007 al 31.3.2009 | 320 |
| Campania (Decr. Comm. 12/2011 e 48/2011) | mar-11 | fine 2011 | 9 | scadute | 120 |
| Lazio (DGR 1329/03) | gen-04 | set-04 | 8 | dal 31.12.1995 al 31.12.2003 | 204 |
| Lazio (DGR 526/04) | nov-04 | mar-05 | 4 | dall'1.1.2004 al 30.11.2004 | 142 |
| Lazio (DGR 1132/05) | dic-05 | lug-06 | 7 | dall'1.12.2005 al 31.12.2005 | 205 |
| Lazio (DGR 342/07) | giu-07 | dic-07 | 6 | dall'1.1.2006 al 31.12.2006 | 260 |
| Lazio (DGR 1041/07) | dic-07 | mar-08 | 3 | dall'1.1.2007 al 31.12.2007 | 187 |
| Lazio (DGR 162/08) | mar-08 | apr-08 | 1 | fino al 31.12.2006 | 16 |
| Lazio (DGR 698/08) | ott-08 | fine 2009 | 12 | scadute | 15 |
| Lazio (DGR 572/2010) | dic-10 | gen-11 | 10 | scadute | |
| Lazio (DGR 509/10) | dic-10 | gen-11 | | scadute | 30 |
| Molise (DGR 739/06) | giu-06 | mar-07 | 9 | entro 31.12.2006 | 19 |
| Calabria (DGR 884/04) | nov-04 | ott-05 | 11 | fino al 31.5.2005 | 110 |
| Sicilia (LR 20/2003 e accordo quadro agosto 2006) | feb-06 | mar-07 | 13 | dall'1.1.2003 al 31.12.2006 | 105 |

Fonte: Farmindustria

tagonisti dell'operazione (istituti di credito, arranger, società di consulenza, società di rating, ecc.; Amatucci et al., 2008). Tra l'altro, le operazioni di cartolarizzazione ad oggi non sono più percorribili, in quanto, alla luce del parere di Eurostat, recepito dalla Legge Finanziaria per il 2007 (L. 296/2006), esse vengono equiparate ad operazioni di indebitamento, rendendo di fatto vana l'operazione stessa.

Diverso è il caso, invece, delle operazioni di smobilizzo dei debiti, attivate da singole Regioni, spesso attraverso anticipazioni bancarie alle imprese, grazie alla copertura di fondi di garanzia regionali (Tabella 11.18). Anche le operazioni in oggetto fanno registrare una riduzione dei tempi di pagamento, dovuta all'accordo con i fornitori per il pagamento delle fatture scadute.

11.7 Un modello innovativo di gestione dei pagamenti: il Fondo socio-sanitario di Finlombarda

La Regione Lombardia, attraverso la costituzione di un Fondo socio-sanitario, ha individuato una soluzione per fornire una risposta ai ritardi di pagamento nel settore sanitario.

Prima dell'avvio del Fondo, la Regione Lombardia registrava ritardi nei pagamenti dei fornitori di circa 280-300 giorni (anno 2006), con conseguente pagamento di rilevanti interessi di mora e creazione di un'elevata esposizione debitoria. Inoltre, le procedure amministrative e gestionali erano caratterizzate da una bassa informatizzazione, con inevitabili inefficienze nello scambio delle informazioni sia tra aziende sanitarie e fornitori, sia all'interno del sistema sanitario. Al fine di affrontare tali criticità, la DGR n. VIII/004680 del 9 maggio 2007 ha costituito, presso Finlombarda S.p.A. il Fondo Socio-sanitario, destinato al pagamento dei fornitori di beni e servizi delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, Fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia. Il Fondo viene alimentato periodicamente attraverso erogazioni regionali, sulla base delle previsioni di spesa effettuate da Finlombarda.

Gli obiettivi del Fondo sono molteplici:

- ▶ miglioramento e stabilizzazione dei flussi finanziari, così da consentire, da un lato di assolvere prontamente agli obblighi assunti dalle aziende sanitarie in relazione all'acquisizione di beni e servizi, dall'altro di evitare l'aggravio della spesa causato dagli interessi moratori in ragione del ritardato pagamento;
- ▶ riduzione dei tempi medi di pagamento dei fornitori delle aziende sanitarie;
- ▶ costante monitoraggio e controllo della spesa, anche per assicurare l'effettiva destinazione delle risorse trasferite per l'estinzione delle posizioni debitorie;
- ▶ ottimizzazione della gestione finanziaria delle aziende che presuppone la piena conoscenza dei flussi finanziari, dei costi, delle eventuali diseconomie e delle passività.

Attraverso la costituzione del Fondo, la Regione ha centralizzato i flussi finanziari delle aziende sanitarie in Finlombarda S.p.A., quale unico soggetto pagatore, riducendo i passaggi intermedi di trasferimento delle risorse e permettendo una sensibile riduzione dei tempi di pagamento, che, dall'anno di costituzione del Fondo, si sono ridotti di circa il 60%.

Il modello di funzionamento della Regione Lombardia si può suddividere in alcune fasi:

- ▶ Fase 1: Accentramento. A partire dal 2007 è iniziata la prima fase del progetto, caratterizzata dall'erogazione straordinaria delle risorse finanziarie alla 15 ASL della Regione allo scopo di sanare il debito pregresso e contribuire, attraverso l'estinzione del debito con maggiore anzianità, alla riduzione del tempo medio di pagamento dei fornitori dell'intero Sistema Sanitario Regionale. Con l'erogazione dei primi 1.620.000.000 di euro è iniziata la fase di accentramento delle dinamiche di pagamento in capo a Finlombarda. I tempi di pagamento, inizialmente pari a circa 280 giorni, si sono ridotti a 180, ad inizio 2008.
- ▶ Fase 2: Riduzione procedure. A partire dal 2008, è stata rinnovata la modalità di gestione del Fondo prevedendo il pagamento diretto da parte di Finlombarda dei fornitori di beni e servizi delle Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Lombardia che alla stessa hanno conferito apposito mandato giuridico. Tale fase ha comportato l'efficientamento e la riduzione delle procedure di liquidazione delle fatture con conseguente impatto sui tempi di pagamento. Nel 2008 i tempi scendono a 170 giorni (in media) per arrivare a fine 2009 a 120 giorni.
- ▶ Fase 3: Automatizzazione. Nel 2010 il sistema di pagamento si è evoluto attraverso l'utilizzo di una piattaforma unica di interscambio delle informazioni: il G3S. Tale sistema ha consentito l'acquisizione automatizzata dei dati delle fatture, la ricezione da parte di Finlombarda in tempo reale dei dati di pagamento e il monitoraggio delle tempistiche di processo e dei dati economico-finanziari da parte di Regione Lombardia attraverso un'apposita reportistica ad hoc. Inoltre, con la L.R. 19/2010, si è stato stabilito che tutti i nuovi contratti fossero pagati a 60 giorni. Il processo di informatizzazione, attraverso la creazione di una piattaforma informatica ad hoc, permette a Finlombarda di ricevere in tempo reale le indicazioni di pagamento e alla Regione Lombardia di monitorare l'andamento dei pagamenti.

Il modello adottato da Regione Lombardia ha prodotto significativi vantaggi, sia di natura economico-finanziaria (abbattimento dei tempi di pagamento; riduzione degli interessi di mora; progressivo azzeramento dell'utilizzo di anticipazioni di tesoreria da parte delle aziende sanitarie e dei relativi costi), sia di natura procedurale (efficientamento ed informatizzazione del sistema di inter-

scambio delle informazioni; tempestività e trasparenza dei flussi dei dati quali-quantitativi da e verso le aziende sanitarie e verso i fornitori; reportistica direzionale specifica per il monitoraggio delle dinamiche di spesa). Si ritiene, pertanto, che altre Regioni possano studiare e verificare l'adozione di un modello simile: soprattutto le Regioni che già si avvalgono, per alcune attività, di società regionali per i servizi sanitari (società finanziarie, società per gli acquisti) potrebbero trarre beneficio dall'adozione di un modello costruito sulla base dell'esperienza di Regione Lombardia.

11.8 Considerazioni conclusive

Le analisi delle modalità di gestione di flussi finanziari, a livello centrale e regionale e dei tempi di pagamento dei fornitori del SSN, consentono di evidenziare almeno tre fattori critici del SSN.

Il primo riguarda i consistenti ritardi nei pagamenti dei fornitori, con riferimento in particolare a dispositivi medici (281 giorni in media a maggio 2013) e farmaci (236 giorni in media nell'ultima rilevazione disponibile, riferita a settembre 2012). A fronte di tale dato medio nazionale, si registrano (i) notevoli fluttuazioni nel trend storico, con maggiori incrementi in periodi di contenimento della spesa pubblica e riduzioni nei periodi in cui la tensione sul controllo della spesa pubblica si è, almeno parzialmente, ridotta; (ii) considerevoli variabilità interregionali con i fornitori di alcune Regioni sistematicamente esposte a tali ritardi: in molte Regioni, soprattutto quelle sottoposte a PdR è stato evidenziato come esistono differenze nei tempi di pagamento di fornitori di beni e servizi e come, ad esempio, si cerchi di privilegiare erogatori locali di servizi «labour intensive» rispetto a imprese fornitrici di beni.

Il secondo fattore critico è rappresentato dalla sostanziale correlazione tra ritardi nei pagamenti e disavanzi, con un conseguente circolo vizioso che espone maggiormente a ritardi nei pagamenti i fornitori nelle Regioni che presentano le maggiori criticità sotto il profilo economico-finanziario. Osservando il dato dei pagamenti per i dispositivi medici, il divario tra le Regioni in PdR e le altre Regioni è cresciuto da 139 giorni (1990) a 272 giorni (2013) (cfr. Tabella 11.13).

Il terzo fattore, causa in parte del primo, è la sostanziale non adeguatezza dei sistemi di gestione dei flussi di cassa. Le Regioni presentano sistematiche tensioni di cassa in primo luogo per le modalità di assegnazione delle risorse e, soprattutto, per la complessità delle verifiche che devono essere effettuate prima di procedere alla erogazione dei fondi, da parte degli organi centrali. Tale fenomeno si ripercuote sulle aziende sanitarie e, quindi sulle relazioni tra queste ed i fornitori. Senza un'azione concertata tra i diversi attori, non è possibile trovare soluzioni soddisfacenti e/o sopportabili sul piano economico-finanziario. Ci si

riferisce anche alla definizione delle risorse per il SSN, generalmente sottostimate per esigenze di controllo della spesa. Questo fenomeno si ripercuote sui soggetti a valle del processo (Regioni e aziende sanitarie), costrette a procedere ad onerose operazioni di indebitamento (anche attraverso strumenti di finanza innovativa), o a scaricare a loro volta sulle imprese fornitrici (ritardi nei tempi di pagamento) le tensioni di cassa.

Le tensioni finanziarie evidenziate nelle pagine precedenti troppo spesso sono state unicamente ascritte alle modalità e tempi di erogazione dei fondi da parte dello Stato centrale. Analogamente, una maggiore flessibilità nei processi di erogazione viene spesso considerata l'unica soluzione a problemi di cassa delle Regioni. Si ritiene invece necessario investire in una maggiore capacità di gestione dei flussi finanziari da parte delle Regioni e delle aziende sanitarie. Diventa necessario implementare strumenti di programmazione, che fanno riferimento principalmente a:

- ▶ sviluppo, anche attraverso il supporto delle Regioni, di una maggiore capacità di gestione finanziaria (quantificazione e qualificazione dei fabbisogni finanziari della gestione, indotti dalle decisioni economico-reali; individuazione delle forme di copertura del fabbisogno; valutazione della compatibilità dei programmi aziendali con le condizioni di approvvigionamento dei mercati finanziari; gestione della liquidità).
- ▶ approfondita analisi e verifica dei costi indotti di tipo commerciale (maggiori prezzi delle forniture), finanziari (interessi di mora), legali (eventuali contenziosi) ed organizzativi (personale impiegato per far fronte alla azione dei creditori);
- ▶ diffusione di tecniche di analisi finanziaria, quali la ricostruzione dei profili finanziari delle aziende sanitarie, l'analisi del possibile impatto delle differenti scelte finanziarie, la ricostruzione dei cash flow di breve periodo (investimento particolarmente importante alla luce della direttiva che fissa in 60 gg. il limite per il pagamento).

Si ritiene che solo facendo riferimento ad una nuova concezione di finanza per le aziende sanitarie, che si occupi in maniera integrata di problematiche relative al finanziamento e alle modalità di impiego efficiente delle risorse, prestando attenzione alle operazioni e agli strumenti offerti dalla dottrina economico-aziendale, si possa seriamente affrontare il problema dei ritardi nei tempi di pagamento. Un miglioramento dei tempi di pagamento delle aziende sanitarie passa non solo attraverso interventi normativi dello Stato, ma soprattutto dall'applicazione, a livello aziendale, di alcune regole gestionali, in particolare improntate ad una corretta applicazione delle regole di gestione finanziaria da parte delle aziende sanitarie locali.

Bibliografia

- Amatucci F., Esposito P. e Ricci P. (2011), «Il governo del territorio e delle relazioni interistituzionali con il mercato dei fornitori locali, attraverso i «tempi di pagamento» del SSN. La gestione dell'«insostenibilità finanziaria» e la programmazione di politiche perequative», in XVI Convegno Nazionale Associazione Italiana di Economia Sanitaria – AIES, Università di Napoli, 2011, Diritti nazionali, differenze regionali e federalismo. Il sistema sanitario italiano a 150 anni dall'Unità.
- Alta Direzione s.r.l. (2006), «Il controllo dei crediti commerciali», in «Missione Impresa», edito da Alta Direzione s.r.l, Milano.
- Amatucci F. (2004), «La funzione finanza nelle aziende sanitarie», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di, 2004), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Amatucci F., Borgonovi E., Lecci F., Marsilio M. e Vecchi V. (2008), «L'innovazione finanziaria per gli investimenti delle Aziende sanitarie», in Fondazione Farmafactoring, Sanità e Finanza: una cultura in crescita, Angeli, Milano.
- Assobiomedica (2007), «Tempi medi di pagamento», sito web Assobiomedica.
- Bollettini Ufficiali Regionali (Regione Campania, Lazio, Lombardia, Brugger G. (1991), *La gestione del capitale circolante*, Egea, Milano.
- Brugger G. (1991, a cura di), *La gestione del capitale circolante*, Milano, EGEA.
- Brunetti G., Olivotto L. (1992), *Il controllo del capitale circolante*, UTET, Torino.
- Brusati L. (2002), *I sistemi di finanziamento delle aziende pubbliche*, Egea, Milano.
- Brusoni M. e Marsilio M. (2007), «La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea, 2007.
- Brusoni M., Cappellaro G. e Marsilio M. (2008), «Processi di accentrimento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2008*, Milano, Egea.
- Cuccurullo C., F. Ferrè e F. Lega (2010), «I Piani di Rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa», in Anessi Pessina E., Cantù E., *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, Egea.
- Dalocchio M. (1995), *Finanza d'azienda*, Egea, Milano.
- Dalocchio M., Salvi A. (2011), *Finanza aziendale*, Milano, EGEA
- Dirindin N. et al. (2011), «I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche». Dato 2011 e anni precedenti, Assobiomedica.
- Fiorani G. e Meneguzzo M. (2008), «Piani Regionali di rientro. Analisi dinamica sistemica», Mecosan, 2008.

- Gazzaniga P. (2002, a cura di), *Il mercato dei Dispositivi medici: profilo ed aspetti critici*, Centro Studi Assobiomedica, sito web Assobiomedica.
- Nicolai M. (2012), «I ritardi nei pagamenti delle PA, le soluzioni proposte e i nodi ancora da sciogliere», Newsletter Finlombarda, sito web Finlombarda
- Pagliacci M. (2007), *La politica del credito commerciale nella gestione aziendale*, Franco Angeli, Milano.
- Poddighe F. e Madonna S. (2006), *I modelli di previsione delle crisi aziendali: possibilità e limiti*, Giuffrè.
- Ufficio Studi CGIA di Mestre (2013), «I tempi di pagamento nelle amministrazioni pubbliche».