

**Collana CERGAS**

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

**Rapporto OASI 2010****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori 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 2010:

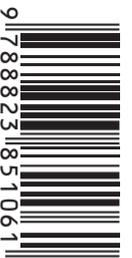
- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliere-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

**Elena Cantù** si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È coordinatrice di OASI.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer  
Ingelheim**

ISBN 978-88-238-5106-1



9 788823 851061

[www.egeaonline.it](http://www.egeaonline.it)

**Rapporto OASI 2010**

a cura di  
**Elena Cantù**

# Rapporto OASI 2010

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

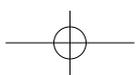
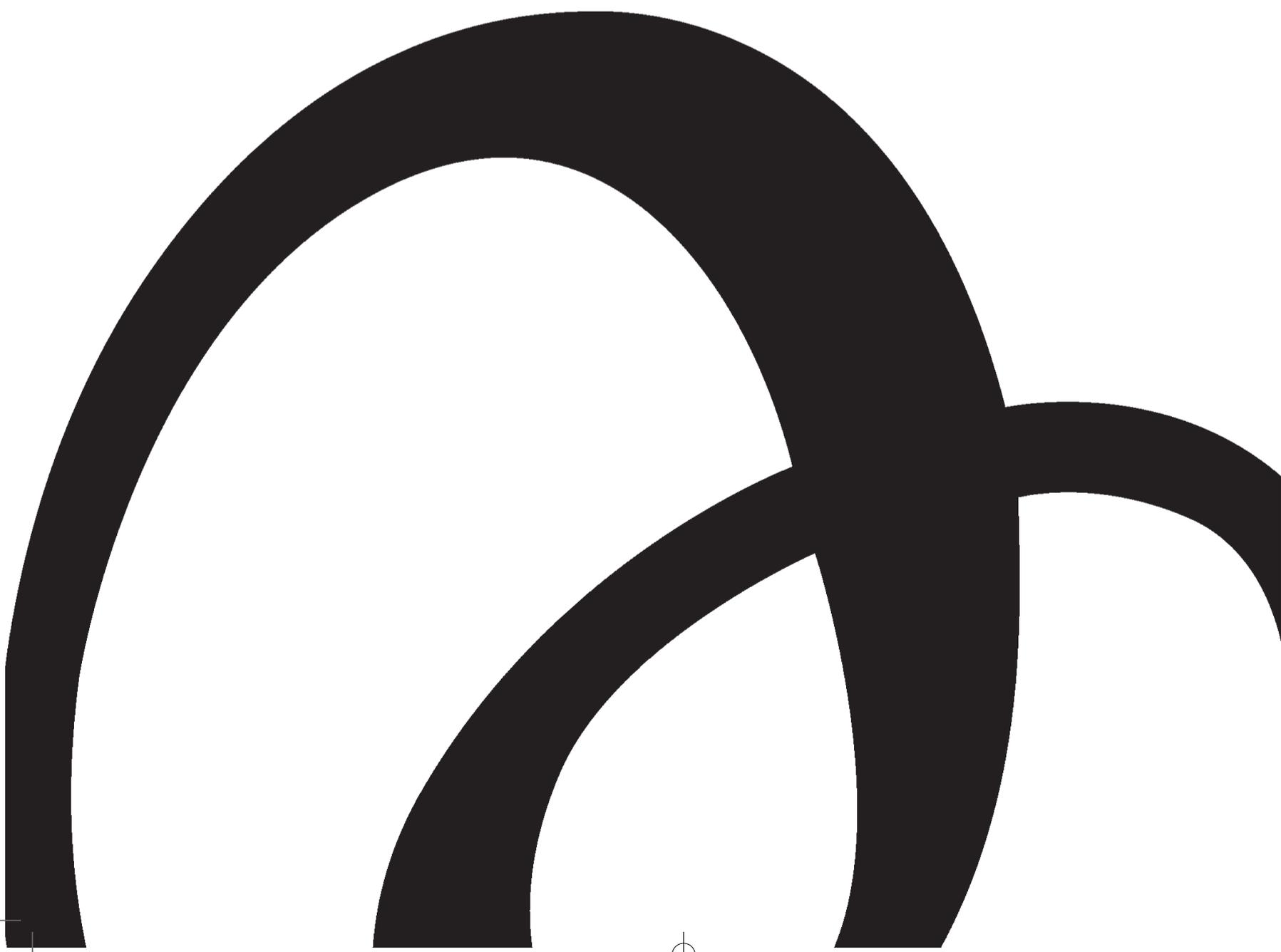
Elena Cantù

SDA Bocconi



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

 **Egea**



## 4 L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008

di Eugenio Anessi Pessina e Mariafrancesca Sicilia<sup>1</sup>

### 4.1 Introduzione

Il capitolo analizza i bilanci consolidati dei Servizi Sanitari Regionali (SSR)<sup>2</sup> per l'anno 2008. Propone inoltre alcuni dati relativi alle singole aziende.

Nel Rapporto 2002 (Anessi Pessina 2002) l'analisi era stata interamente riferita alle aziende nella convinzione, propria dell'approccio economico-aziendale, «che la funzionalità complessiva del sistema dipenda dai livelli di funzionalità di ogni azienda e dall'interazione tra le aziende stesse». Nel Rapporto 2004 (Anessi Pessina 2004) i processi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni, accentrato regionale e riassetto istituzionale avevano invece suggerito di spostare l'attenzione sul livello regionale. Negli anni successivi, tali processi si sono ulteriormente intensificati<sup>3</sup>, senza però giungere ad annullare l'autonomia aziendale. Pertanto, come già nei Rapporti 2005 (Anessi Pessina 2005) e 2009 (Anessi Pessina e Sicilia 2009), anche quest'anno si privilegia l'attenzione al livello consolidato regionale, ma si dedica una breve analisi anche al livello aziendale, soprattutto nell'ottica di investigare la variabilità interaziendale all'interno di ciascuna regione.

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 4.1, 4.2 e 4.5 sono attribuiti a Eugenio Anessi Pessina, gli altri a Mariafrancesca Sicilia.

<sup>2</sup> Più precisamente, il bilancio consolidato si riferisce alla sola componente pubblica del SSR (ASL, AO, AOU pubbliche, IRCCS pubblici, «spese dirette regionali»), quindi al «gruppo sanitario pubblico regionale».

<sup>3</sup> Significativo è il frequente riferimento normativo alla responsabilità regionale sull'operato e sull'equilibrio economico-finanziario delle «proprie» aziende sanitarie pubbliche. Si veda per esempio l'Intesa Stato-Regioni del 23/03/05 (art. 6 – *Obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario*): «Le Regioni si impegnano a [...] garantire [...] l'equilibrio economico-finanziario del [SSR] nel suo complesso, con riferimento alle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico». Un'ulteriore, forte spinta alla regionalizzazione verrà indubbiamente dalla recente L. 42/09 di «delega al governo in materia di federalismo fiscale».

Il capitolo è così organizzato. Il § 4.2 illustra dati e metodi. Il § 4.3 presenta i risultati economici regionali per il 2008 e ne analizza le determinanti. Il § 4.4 sintetizza i risultati economici aziendali, indagandone la variabilità infraregionale. Il § 4.5 propone alcune considerazioni conclusive.

## 4.2 Dati e metodi

L'analisi si fonda sui valori di conto economico per l'esercizio 2008 come raccolti, rettificati e consolidati dal Ministero della Salute attraverso il nuovo modello CE<sup>4</sup>. Malgrado la loro indubbia rilevanza, vengono quindi esclusi dall'analisi lo stato patrimoniale, la nota integrativa, la relazione sulla gestione, eventuali altri allegati al bilancio. I valori di stato patrimoniale, infatti, sono raccolti dal Ministero tramite il nuovo modello SP<sup>5</sup>, ma non vengono ancora pubblicati, mentre gli altri documenti non sono nemmeno oggetto di rilevazione uniforme a livello nazionale.

Rispetto agli anni scorsi, l'introduzione del nuovo modello CE ha comportato alcune marginali modifiche metodologiche.

Come in passato, i conti economici consolidati regionali (CE 999)<sup>6</sup> sono stati innanzi tutto verificati e rettificati in base alla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP, edizioni 2008 e 2009). Le rettifiche hanno però dovuto tener conto della nuova articolazione delle voci. Una sintesi è presentata nel Riquadro 4.1.

Successivamente, i conti economici così rettificati sono stati riclassificati secondo lo schema proposto nel Riquadro 4.2. Lo schema si caratterizza come segue<sup>7</sup>:

<sup>4</sup> DM Salute 31 dicembre 2007: «Nuovi modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni e aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale (già policlinici universitari a gestione diretta di diritto pubblico), integrati con le codifiche informatiche» (G.U. Serie Generale n. 14 del 17/01/2008).

<sup>5</sup> Cfr. nota 4.

<sup>6</sup> Nella codifica ministeriale, i modelli CE delle singole aziende sono contrassegnati dai relativi codici azienda; il modello relativo alle attività gestite direttamente dalla regione e quello consolidato regionale sono invece contraddistinti rispettivamente dai codici 000 e 999.

<sup>7</sup> Il Riquadro 4.2 si riferisce ai consolidati regionali. Lo schema è peraltro facilmente adattabile ai conti economici aziendali. Le principali differenze riguardano i finanziamenti regionali di parte corrente, che possono essere così organizzati: (i) la quota capitaria nell'aggregato A; (ii) la mobilità attiva e più in generale il finanziamento a tariffa nell'aggregato C; (iii) il finanziamento per funzioni anch'esso nell'aggregato C, in quanto correlato a specifici servizi offerti dall'azienda, seppur ritenuti non tariffabili; (iv) il cosiddetto finanziamento «straordinario» (es. fondi di riequilibrio), laddove identificabile, nella gestione straordinaria, se non addirittura nell'area di riconciliazione, in quanto indipendente dai servizi offerti dall'azienda e per molti versi assimilabile a trasferimenti di capitale per ripiano delle perdite. Naturalmente, i conti economici aziendali conterranno non solo la mobilità interregionale, ma anche quella interaziendale all'interno della medesima regione. Potendo disporre dei relativi dati (ma questo vale anche per i consolidati regionali), al saldo di mobilità è opportuno sostituire i valori disaggregati di mobilità attiva (aggregato C) e passiva (aggregato B).

#### Riquadro 4.1 **Rettifiche ai modelli CE 999 (consolidati regionali)**

- La voce «A01005 – Contributi da regione e provincia autonoma per quota fondo sanitario regionale», relativa alla «quota del [FSR] che ciascuna regione e provincia autonoma attribuisce alle proprie aziende sanitarie», è stata sostituita dalle «quote di finanziamento assegnate a ciascuna regione e provincia autonoma per l'anno di competenza con delibera CIPE». Ciò «anche a fronte dei diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione delle suddette voci di bilancio adottati da ciascuna regione e provincia autonoma», al fine di «annullare tali disomogeneità e di uniformare le situazioni economiche territoriali, rendendole confrontabili anche nel tempo» (RGSEP 2009, vol. II: 306). In particolare, le quote di finanziamento in oggetto sono rappresentate da: **(a)** «IRAP e addizionale regionale IRPEF» (RGSEP 2009, tabella SA.7); **(b)** «fabbisogno sanitario ex Dlgs 56/2000 – IVA e accise» (RGSEP 2009, tabella SA.8); **(c)** «FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato» (RGSEP 2009, tabella SA.13); **(d)** «partecipazione delle regioni a statuto speciale» (RGSEP 2008, tabella SA.9).
- Per gli stessi motivi, limitatamente alle regioni a statuto speciale e alle province autonome, le voci «A01030 – Contributi da regione (extra fondo) vincolati» e «A01060 – Contributi da regione (extra fondo) – Altro» sono state sostituite dagli «ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e dal settore privato» (RGSEP 2009, tabella SA.10), dopo avervi sottratto sia le «partecipazioni da parte di regioni a statuto speciale e di province autonome – da Delibera CIPE» (RGSEP 2008, tabella SA.9), sia la somma delle voci CE «A01035 – Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) vincolati», «A01045 – Contributi in conto esercizio per ricerca corrente», «A01050 – Contributi in conto esercizio per ricerca finalizzata», «A01065 – Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) – Altro» e «A01075 – Contributi in conto esercizio da enti privati».
- Le voci CE relative alla mobilità interregionale (A02080, A02085, A02095, A02100, A02150, B02045, B02065, B02085, B02165, B02190, B02265, B02295, B02325) sono state sostituite da: **(a)** «saldo mobilità sanitaria interregionale» (RGSEP 2009, tabella SA.3); **(b)** «mobilità verso Bambin Gesù e SMOM», calcolata come differenza tra il totale dei costi sostenuti dalla regione (RGSEP 2009, tabella SA.3) e la somma delle singole voci di costo (RGSEP 2009, tabella App SA.1).

- La riclassificazione distingue le due modalità fondamentali con cui il «gruppo sanitario pubblico regionale» svolge la funzione di tutela della salute: (i) produzione diretta di servizi oppure (ii) affidamento a terzi tramite contratti (principalmente mobilità passiva verso aziende sanitarie private accreditate) e convenzioni (principalmente medicina generale e assistenza farmaceutica).

#### Riquadro 4.2 **Schema di riclassificazione del conto economico consolidato regionale**

A1. Finanziamento attribuito alla Regione da riparto  
 A2. Contributi da Regione (extra-fondo)  
 A) FINANZIAMENTO COMPLESSIVO

B1. Medicina generale  
 B2. Assistenza farmaceutica convenzionata  
 B3. Assistenza da altri soggetti pubblici della regione  
 B4. Assistenza ospedaliera da privato  
 B5. Altra assistenza da privato  
 B6. Saldo mobilità interregionale e internazionale  
 B) COSTI PER PRESTAZIONI AFFIDATE ALL'ESTERNO

FINANZIAMENTO TRATTENUTO (FT=A-B)

C1. Saldo libera professione intramoenia  
 C2. Proventi da ticket  
 C3. Altri proventi tipici  
 C) ALTRI PROVENTI GESTIONE CARATTERISTICA

## Riquadro 4.2 (segue)

RISORSE PER LA PRODUZIONE INTERNA (RPI=A-B+C)

D1. Costi per beni e servizi

D2. Costi del personale

D3. Ammortamenti

D4. Accantonamenti e svalutazioni crediti

D) COSTI PER LA PRODUZIONE INTERNA

RISULTATO OPERATIVO GESTIONE CARATTERISTICA (ROGECA= A-B+C-D)

E1. Risultato gestione accessoria

E2. Risultato gestione finanziaria

E3. Risultato gestione straordinaria

E4. Risultato gestione tributaria

E) RISULTATO GESTIONI EXTRACARATTERISTICHE

RISULTATO NETTO D'ESERCIZIO (RN=A-B+C-D+E)

F) STERILIZZAZIONE AMMORTAMENTI

RISULTATO DI BILANCIO (RB=A-B+C-D+E+F)

\*\*\*\*\*

MARGINE OPERATIVO LORDO (MOL) =A-B+C-D1-D2

- ▶ La riclassificazione evidenzia inoltre le cinque principali determinanti dell'equilibrio economico dei SSR: finanziamento regionale (A); capacità di conseguire proventi aggiuntivi (C); capacità di contenere i costi della produzione diretta (D) e di quella affidata a terzi (B); contributo delle gestioni non tipiche (E).
- ▶ Nell'aggregato A, il nuovo modello CE consente di distinguere il finanziamento derivante dal riparto nazionale (A1) da eventuali risorse «extra fondo» stanziare dalle singole regioni (A2).
- ▶ Nell'aggregato B, rispetto agli anni precedenti, assume minore importanza la «assistenza da altri soggetti pubblici della regione» perché i principali tra tali soggetti (IRCCS pubblici e policlinici universitari pubblici a gestione diretta) fanno ormai parte dell'area di consolidamento. Il nuovo modello CE esplicita inoltre la mobilità internazionale che però, dato il suo scarso peso relativo, è stata sommata a quella interregionale.
- ▶ Nell'aggregato C trovano separata indicazione il saldo tra ricavi e costi dell'attività libero-professionale intramoenia (C1) e i proventi da ticket (C2), cui si aggiunge una voce residuale (C3). Laddove possibile, i concorsi, recuperi e rimborsi (per esempio, i rimborsi per personale comandato presso altre aziende) sono stati esclusi dall'aggregato C e portati a detrazione dei costi cui si riferiscono.
- ▶ Nell'aggregato D, il costo del personale (D2) è definito in modo ampio. Com-

prende infatti, tra l'altro, gli accantonamenti per rinnovi contrattuali, il costo del lavoro non dipendente, l'IRAP (tranne la quota relativa ad attività commerciali).

- ▶ Nell'aggregato E, la gestione tributaria comprende anche le imposte e tasse diverse da quelle sul reddito, quali l'ICI. La gestione straordinaria comprende invece tutte le plus e minusvalenze, tutte le donazioni non vincolate a investimenti, tutte le sopravvenienze e insussistenze; vi sono inoltre inseriti tutti i saldi relativi a operazioni infra-gruppo che nel processo di consolidamento non si sono annullati.
- ▶ Va segnalata la distinzione tra risultato netto (RN) e risultato di bilancio (RB). Il risultato di bilancio è il risultato economico dell'esercizio come riportato nei bilanci aziendali e ripreso nei modelli CE. Il risultato netto è invece il risultato economico dell'esercizio che si ritiene opportuno utilizzare nell'analisi in quanto offre la migliore rappresentazione della situazione economica dell'azienda. La differenza tra i due risultati è rappresentata dalla «sterilizzazione degli ammortamenti», ossia dalle quote dei contributi in conto capitale da regione progressivamente stornate a conto economico, che nella riclassificazione qui proposta vengono escluse dai proventi e collocate in un'apposita «area di riconciliazione» (aggregato F) al solo scopo di esplicitare e motivare la differenza tra i due risultati (cfr. per esempio Teodori 2000: 46). Concettualmente, infatti, la sterilizzazione si giustifica solo sottolineando la terzietà della regione rispetto alle aziende sanitarie pubbliche, così da sostenere che l'investimento finanziato dal trasferimento di capitale non è un costo per l'azienda e non deve influenzarne il risultato economico<sup>8</sup>. Questa posizione, comunque indebolita dal progressivo rafforzamento del ruolo della regione come capogruppo<sup>9</sup> (Anessi Pessina e Cantù, 2005; Cantù, 2006; Anessi Pessina e Macinati, 2008), è evidentemente inapplicabile al bilancio consolidato dei SSR.
- ▶ Lo schema propone inoltre altre due configurazioni di risultato economico: il risultato operativo della gestione caratteristica e il margine operativo lordo (MOL). Quest'ultimo assume particolare rilevanza sia per l'importanza che il settore pubblico attribuisce alle dinamiche finanziarie (il MOL approssima il flusso di CCN generato dalla gestione caratteristica corrente), sia per i limiti di attendibilità e confrontabilità di ammortamenti e accanto-

<sup>8</sup> L'opportunità di sterilizzare l'ammortamento dei cespiti finanziati da contributi in conto capitale, in generale e con riferimento specifico alle aziende pubbliche, è comunque un tema ampiamente dibattuto nella letteratura italiana e internazionale (cfr. per esempio Anthony 1978: 64-75; 1989: 139-47; Santesso e Sostero 1999).

<sup>9</sup> Secondo i Principi Contabili Internazionali per il Settore Pubblico, «when an entity recognizes an increase in net assets as a result of a nonexchange transaction, it recognizes revenue». Tuttavia, «if an inflow of resources satisfies the definition of contributions from owners, it is not recognized as [...] revenue» (IPSAS 23, § 46).

namenti (a loro volta riconducibili sia alle stime su cui si è fondata la redazione degli stati patrimoniali iniziali, sia all'eterogeneità delle indicazioni regionali e delle politiche aziendali in materia di accantonamenti: Anessi Pessina, 2003).

- ▶ Importante è anche il risultato intermedio denominato «risorse per la produzione interna» (RPI). Tale risultato evidenzia i proventi che residuano dopo aver remunerato le prestazioni affidate a terzi e che possono quindi essere destinati alla copertura dei costi per la produzione diretta di servizi.
- ▶ Nessuna di queste configurazioni di risultato, peraltro, corrisponde all'avanzo o disavanzo riportato nella RGSEP. Tale avanzo o disavanzo, infatti, notoriamente esclude alcune «voci introdotte dalla contabilità economica» (Riquadro 4.3). In particolare, il risultato netto presentato in questo capitolo sarà sistematicamente peggiore dell'avanzo / disavanzo riportato nella RGSEP perché, a differenza di quest'ultimo, comprende tra i costi anche le quote di ammortamento.

Quanto ai quozienti, data la frequente indisponibilità o inattendibilità dei valori patrimoniali, una soluzione semplice ma efficace è il riferimento alla popolazione residente. La spesa pro-capite, infatti, è l'indicatore di spesa sanitaria più classico e diffuso anche a livello internazionale. In particolare, il risultato netto pro-capite può essere scomposto in due sistemi alternativi di indici (Riquadro 4.4). Nel sistema additivo, ogni voce di conto economico è rapportata alla popolazione. Nel sistema moltiplicativo, il risultato netto pro-capite è espresso come prodotto di due fattori, rispettivamente rappresentativi della produzione affidata a terzi e di quella svolta internamente (oltre al contributo delle gestioni non caratteristiche – aggregato E). Questo permette di evidenziare che i costi per la produzione interna (D) vanno commisurati alle ri-

#### Riquadro 4.3 Schema di raccordo tra risultato economico e avanzo / disavanzo RGSEP

<b>+ Risultato di bilancio</b>
– Costi capitalizzati da utilizzo contributi regionali in c/capitale (sterilizzazione ammortamenti)
<b>= Risultato netto</b>
+ Ammortamento delle immobilizzazioni immateriali
+ Ammortamento dei fabbricati
+ Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali
+ Svalutazione dei crediti
+ Svalutazione di attività finanziarie
– Costi capitalizzati da costi sostenuti in economia (incremento immobilizzazioni per lavori interni)
– Costi capitalizzati da utilizzo altri contributi in c/capitale
– Rivalutazione di attività finanziarie
<b>= Avanzo / Disavanzo RGSEP</b>

Riquadro 4.4 **Sistemi di indici****Sistema additivo**

$$\frac{RN}{POP} = \frac{MOL}{POP} - \frac{D3+D4}{POP} + \frac{E}{POP} =$$

$$\left( \frac{A}{POP} - \frac{B}{POP} + \frac{C}{POP} - \frac{D1+D2}{POP} \right) - \frac{D3+D4}{POP} + \frac{E}{POP}$$

**Sistema moltiplicativo**

$$\frac{RN}{POP} = \frac{RPI}{POP} \cdot \frac{RN}{RPI} = \left( \frac{A}{POP} - \frac{B}{POP} + \frac{C}{POP} \right) \cdot \left( 1 - \frac{D1+D2}{RPI} - \frac{D3+D4}{RPI} + \frac{E}{RPI} \right)$$

sorse che residuano dopo aver remunerato gli erogatori esterni ( $RPI=A-B+C$ ), ossia che i SSR con maggiori risorse per la produzione interna (grazie all'elevato finanziamento, ai limitati costi per la produzione affidata a terzi, e/o a elevati proventi tipici propri delle aziende sanitarie) possono permettersi più elevati costi della produzione interna senza pregiudicare l'equilibrio economico<sup>10</sup>.

### 4.3 I risultati economici regionali per l'anno 2008

I conti economici consolidati regionali, riclassificati ed espressi in termini pro-capite, sono presentati nella Tabella 4.1. Di fatto, la Tabella presenta gli indici propri del sistema additivo.

Per il 2008, il risultato netto pro-capite è negativo in tutte le regioni, tranne PA di Bolzano (+5 €) e Marche (+1). La perdita media nazionale è di € 93. Cinque regioni presentano perdite pro-capite < € 40 (Umbria, Friuli VG, Lombardia, Veneto e Piemonte); tre hanno perdite per 40-50 € (Toscana, Emilia-Romagna e Calabria); sei per 70-110 € (Sicilia, PA di Trento, Basilicata, Liguria, Sardegna e Puglia). Le situazioni più critiche riguardano Abruzzo (€ 128), Valle d'Aosta (€ 144) e Campania (€ 163), ma soprattutto Molise (€ 247) e Lazio (€ 330). Tra le regioni con perdite < € 50, una sola (Calabria) è del Sud. Tra le regioni con perdite > € 50, d'altra parte, solo tre (Valle d'Aosta, PA di

<sup>10</sup> I due sistemi di quozienti possono applicarsi anche ai bilanci aziendali: quello additivo soltanto alle ASL, quello moltiplicativo anche alle AO. Nelle AO il riferimento alla popolazione non avrebbe significato, le RPI corrispondono ai proventi della gestione caratteristica e la scomposizione di RN/RPI valuta dunque l'incidenza delle diverse configurazioni di risultato e delle diverse voci di provento e di costo rispetto ai proventi tipici.

Tabella 4.1 Conti economici consolidati regionali – Valori pro-capite riclassificati (2008)

	PIE	VDA	LOM	BZ	TN	VEN	FVG	LIG	EMR	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR	ITA
A1-Finanziamento attribuito alla Regione da riparto	1691	1646	1625	1610	1593	1611	1682	1852	1691	1706	1700	1681	1613	1647	1685	1599	1625	1695	1662	1599	1616	1645
A2-Contributi da Regione (extra-fondo)	91	362	2	567	298	46	97	1	14	0	0	3	16	26	0	2	35	4	71	6	56	31
<b>A-Finanziamento complessivo</b>	<b>1781</b>	<b>2009</b>	<b>1627</b>	<b>2177</b>	<b>1892</b>	<b>1657</b>	<b>1779</b>	<b>1853</b>	<b>1705</b>	<b>1707</b>	<b>1700</b>	<b>1684</b>	<b>1629</b>	<b>1673</b>	<b>1685</b>	<b>1601</b>	<b>1660</b>	<b>1699</b>	<b>1733</b>	<b>1605</b>	<b>1672</b>	<b>1676</b>
B1-Medicina generale	108	106	93	101	106	107	98	100	112	108	106	114	103	120	148	119	118	146	118	113	113	108
B2-Assistenza farmaceutica convenzionata	184	169	163	121	150	154	184	208	170	172	183	189	225	202	199	192	210	193	243	213	202	188
B3-Assistenza da altri soggetti pubblici della regione	29	1	24	15	216	47	2	121	63	13	0	9	3	0	0	0	1	0	1	0	0	21
B4-Assistenza ospedaliera da privato	103	9	193	44	101	115	39	17	77	50	20	61	266	72	108	126	176	11	117	124	59	128
B5-Altra assistenza da privato	215	125	253	295	117	225	147	207	145	150	154	132	249	183	175	211	194	213	175	218	169	206
B6-Saldo mobilità interregionale e internazionale	19	110	-5	-11	29	-22	-7	19	-35	-17	14	25	39	60	73	53	52	70	118	45	39	21
<b>B-Costi per prestazioni affidate all'esterno</b>	<b>658</b>	<b>519</b>	<b>721</b>	<b>565</b>	<b>719</b>	<b>627</b>	<b>464</b>	<b>671</b>	<b>531</b>	<b>476</b>	<b>477</b>	<b>529</b>	<b>886</b>	<b>637</b>	<b>701</b>	<b>701</b>	<b>751</b>	<b>635</b>	<b>771</b>	<b>713</b>	<b>581</b>	<b>673</b>
<b>FINANZIAMENTO TRATTENUTO (FT=A-B)</b>	<b>1123</b>	<b>1490</b>	<b>906</b>	<b>1612</b>	<b>1172</b>	<b>1030</b>	<b>1315</b>	<b>1182</b>	<b>1174</b>	<b>1231</b>	<b>1223</b>	<b>1155</b>	<b>742</b>	<b>1035</b>	<b>984</b>	<b>900</b>	<b>909</b>	<b>1065</b>	<b>962</b>	<b>892</b>	<b>1091</b>	<b>1003</b>
C1-Saldo libera professione intramoenia	0	3	-3	0	2	0	2	1	5	7	-2	3	-7	1	1	-2	-1	-1	0	-1	1	-1
C2-Proventi da ticket	25	35	19	33	28	26	26	22	30	28	24	26	21	21	17	7	11	17	8	8	17	19
C3-Altri proventi tipici	27	27	44	65	25	40	86	50	40	44	45	36	35	15	7	24	17	20	10	22	12	33
<b>C-Altri proventi gestione caratteristica</b>	<b>52</b>	<b>65</b>	<b>60</b>	<b>98</b>	<b>55</b>	<b>66</b>	<b>114</b>	<b>74</b>	<b>75</b>	<b>79</b>	<b>67</b>	<b>64</b>	<b>49</b>	<b>37</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>52</b>

Tabella 4.1 (segue)

	PIE	VDA	LOM	BZ	TN	VEN	FVG	LIG	EMR	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR	ITA
<b>RISORSE PER LA PRODUZIONE INTERNA (RPI=A-B+C)</b>	1175	1555	966	1710	1227	1097	1429	1256	1249	1309	1291	1220	792	1072	1010	929	936	1101	981	920	1120	1055
D1-Costi per beni e servizi	459	552	358	540	456	451	558	500	495	533	513	464	438	434	402	356	388	412	287	286	434	415
D2-Costi del personale	709	1098	588	1121	801	626	838	806	735	774	751	712	612	688	787	616	568	720	696	650	738	667
<b>MARGINE OPERATIVO LORDO (MOL= A-B+C-D1-D2)</b>	7	-95	21	49	-29	19	32	-51	20	2	26	43	-257	-50	-180	-44	-21	-30	-2	-15	-51	-27
D3-Ammortamenti	40	42	37	49	67	51	56	41	55	43	37	36	34	35	27	23	21	39	17	31	30	37
D4-Accantonamenti e svalutazioni crediti	2	1	3	1	0	4	11	4	5	8	4	9	10	11	17	66	9	11	9	5	3	12
<b>D-Costi per la produzione interna</b>	1210	1693	985	1711	1324	1133	1464	1352	1290	1357	1306	1222	1094	1167	1234	1061	987	1181	1009	971	1205	1130
<b>RISULTATO OPERATIVO GESTIONE CARATTERISTICA (ROGECA=A-B+C-D)</b>	-35	-138	-19	-1	-97	-36	-35	-96	-41	-48	-15	-2	-302	-95	-224	-132	-51	-80	-28	-50	-85	-75
E1-Risultato gestione accessoria	4	2	0	2	0	2	4	2	3	4	1	2	1	1	7	2	1	1	1	1	1	2
E2-Risultato gestione finanziaria	-9	0	-8	0	0	-10	0	-3	-15	-8	-2	-2	-20	-8	-9	-12	-6	-1	-14	-18	-3	-10
E3-Risultato gestione straordinaria	9	-6	-5	8	15	13	2	1	6	12	-3	5	-7	-24	-17	-19	-52	-6	-7	-9	-23	-6
E4-Risultato gestione tributaria	-3	-2	-2	-4	-4	-3	-4	-3	-2	-4	-2	-2	-2	-2	-3	-2	-2	-2	-1	-2	-2	-2
<b>E-Risultato gestioni extracaratteristiche</b>	0	-6	-15	6	10	1	2	-3	-8	5	-6	3	-29	-33	-23	-31	-59	-8	-21	-28	-25	-17
<b>RISULTATO NETTO D'ESERCIZIO (RN=A-B+C-D+E)</b>	-35	-144	-34	5	-87	-35	-34	-99	-49	-43	-21	1	-330	-128	-247	-163	-110	-88	-49	-78	-110	-93
<b>F-Quote contributi regionali c/ capitale</b>	20	42	34	25	69	0	48	26	39	14	22	11	21	25	13	11	11	31	11	16	7	21
<b>RISULTATO DI BILANCIO (RB=A-B+C-D+E+F)</b>	-15	-102	0	30	-18	-35	14	-73	-10	-29	1	12	-309	-103	-234	-152	-99	-57	-38	-62	-103	-72

Trento e Liguria) sono del Nord e per le prime due lo statuto speciale complica comunque l'interpretazione del dato<sup>11</sup>.

Se anziché il risultato netto si considerano le altre configurazioni di risultato economico (Tabella 4.2), i valori si modificano, ma il posizionamento relativo delle regioni resta pressoché invariato. Con riferimento alle medie nazionali:

- ▶ La differenza tra risultato netto (−93 € pro-capite) e risultato operativo della gestione caratteristica (−75 € pro-capite) è dovuta alle gestioni extracaratteristiche. Tra queste, l'accessoria e la tributaria hanno rilevanza marginale: le medie nazionali sono rispettivamente pari a +2 e −2 € pro-capite; i valori regionali superano in un solo caso i 5 € pro-capite. Gli oneri finanziari pesano invece per 10 € pro-capite a livello nazionale, con punte > € 15 in Emilia-Romagna, Sicilia e Lazio. La gestione straordinaria, infine, ha mediamente un saldo negativo di 6 € pro-capite, che scaturisce però da situazioni regionali molto differenziate: Toscana, Veneto e PA di Trento hanno saldi positivi per 12-15 € pro-capite; Molise, Campania, Sardegna e Abruzzo hanno invece saldi negativi per 17-24 € pro-capite; la Puglia ha un saldo negativo pari addirittura a 52 € pro-capite<sup>12</sup>.
- ▶ La differenza tra risultato operativo della gestione caratteristica (−75 € pro-capite) e MOL (−27 € pro-capite) è dovuta ad ammortamenti e accantonamenti. Per gli ammortamenti, il dato medio nazionale è di 37 € pro-capite, con valori spesso molto più elevati al Nord e invece bassi (< € 25) in alcune regioni del Sud (Campania, Puglia e Calabria). L'entità degli ammortamenti, tuttavia, dovrebbe essere correlata alla quota di produzione che il «gruppo» svolge internamente anziché affidarsi a terzi. Più che il dato pro-capite, pertanto, è interessante il rapporto con le RPI (Tabella 4.3). Tale rapporto si colloca nell'intervallo 2-3% in otto regioni e nell'intervallo 3-4,5% in altre dieci regioni, con percentuali più elevate per la PA di Trento (5,5%) e Veneto (4,7%), particolarmente basse invece in Calabria (1,7%). Quanto agli accantonamenti, il dato medio nazionale è di 12 € pro-capite, con la maggior parte delle regioni sotto i 10 € e un valore invece particolarmente elevato per la Campania (66 €)<sup>13</sup>.
- ▶ La differenza tra risultato netto (−93 € pro-capite) e risultato RGSEP (−58 € pro-capite) è quasi completamente riconducibile agli ammortamenti, per-

<sup>11</sup> Le regioni a statuto speciale, in virtù della loro ampia autonomia fiscale, provvedono al finanziamento del SSN nei rispettivi territori senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato. Fa eccezione soltanto la Sicilia.

<sup>12</sup> Tale ammontare dipende principalmente dalla voce «E02050 – Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale». Il valore della Puglia spiega l'86% del valore nazionale in corrispondenza di tale conto.

<sup>13</sup> Il valore elevato della Campania è spiegato dal conto «B15020 – Altri accantonamenti per rischi».

ché gli altri elementi di scostamento sintetizzati nel Riquadro 4.3 hanno generalmente rilevanza molto limitata.

Quanto al posizionamento relativo delle regioni, la forte correlazione tra le diverse configurazioni di risultato ha come principali eccezioni:

- ▶ Trento, dove la compresenza di elevati proventi straordinari ed elevati ammortamenti rende particolarmente penalizzante il posizionamento fondato sul risultato operativo della gestione caratteristica.
- ▶ Calabria dove, al contrario, il saldo fortemente negativo delle gestioni extra-caratteristiche, combinato con ammortamenti molto ridotti, rende particolarmente premiante il posizionamento fondato sul risultato operativo della gestione caratteristica.

Tabella 4.2 **Conti economici consolidati regionali – Posizionamento relativo delle regioni in base alle diverse configurazioni di risultato pro-capite (2008)**

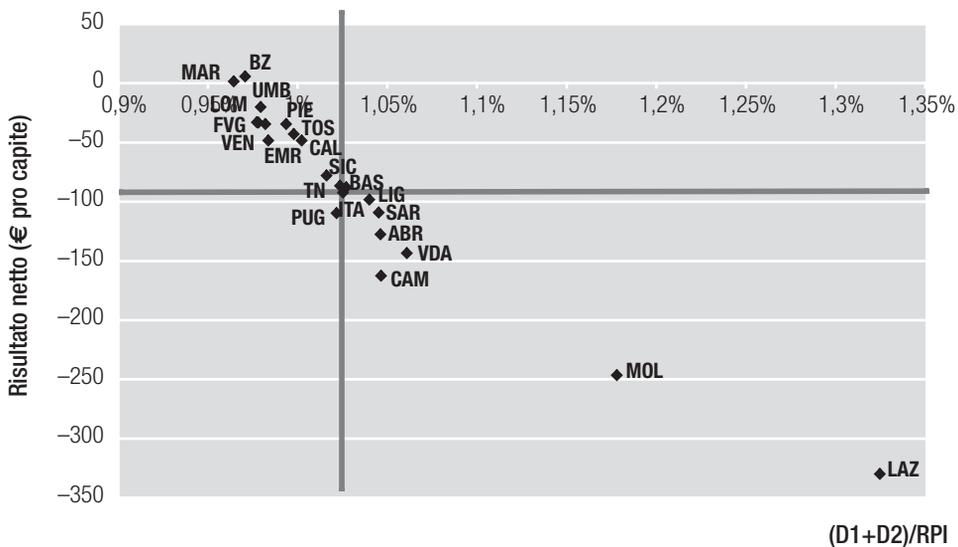
	Risultato netto	Risultato di bilancio	Risultato operativo gestione caratteristica	MOL	Risultato RGSEP
LAZ	-330	-309	-302	-257	-299
MOL	-247	-234	-224	-180	-220
CAM	-163	-152	-132	-44	-140
VDA	-144	-102	-138	-95	-101
ABR	-128	-103	-95	-50	-93
PUG	-110	-99	-51	-21	-88
SAR	-110	-103	-85	-51	-79
LIG	-99	-73	-96	-51	-68
ITA	-93	-72	-75	-27	-58
BAS	-88	-57	-80	-30	-49
TN	-87	-18	-97	-29	-20
SIC	-78	-62	-50	-15	-52
CAL	-49	-38	-28	-2	-33
EMR	-49	-10	-41	20	6
TOS	-43	-29	-48	2	-1
PIE	-35	-15	-35	7	1
VEN	-35	-35	-36	19	14
LOM	-34	0	-19	21	0
FVG	-34	14	-35	32	18
UMB	-21	1	-15	26	10
MAR	1	12	-2	43	24
BZ	5	30	-1	49	31

- ▶ Puglia, dove l'elevato saldo negativo della gestione straordinaria comporta un posizionamento migliore del MOL e del risultato operativo della gestione caratteristica rispetto al risultato netto.
- ▶ Campania, dove l'elevato ricorso agli accantonamenti comporta un posizionamento migliore del MOL rispetto al risultato operativo della gestione caratteristica e al risultato netto.

Passando ad analizzare le determinanti dei risultati economici, indicazioni particolarmente significative si possono trarre dal sistema moltiplicativo di indici. Al riguardo, la Figura 4.1 pone sull'asse delle ordinate il risultato netto pro-capite, mentre l'asse delle ascisse rappresenta l'incidenza sulle RPI dei costi per beni e servizi (D1) e per il personale (D2). La correlazione tra le due grandezze è pressoché perfetta. La performance economica di un SSR, in altri termini, è strettamente correlata alla sua capacità di dimensionare correttamente la struttura operativa interna, in coerenza con la quota di prestazioni affidate a terzi tramite contratti e convenzioni.

I dati presentati nella Figura 4.1 possono essere approfonditi lungo due direzioni. Il primo approfondimento consiste nel valutare l'incidenza sulle RPI delle singole voci di costo (Tabella 4.3). Restando a un livello aggregato, si può per esempio notare come l'incidenza dei costi per beni e servizi (D1/RPI) sia molto più elevata nel Lazio che nel resto d'Italia (55%, contro il 39% della media nazionale

Figura 4.1 **Correlazione tra risultato netto ed incidenza dei costi per beni e servizi e per personale (D1+D2) sulle risorse per la produzione interna (2008)**



e un massimo del 41% in Veneto, Toscana, Abruzzo e Puglia. L'incidenza dei costi del personale (D2/RPI) è invece critica sia nel Lazio, sia in Molise (rispettivamente 77 e 78%, contro il 63% della media nazionale e un massimo del 71% in Valle d'Aosta, Calabria e Sicilia). Il secondo approfondimento consiste nel confrontare gli indici del sistema moltiplicativo con quelli del sistema additivo. Emerge così, per esempio, come in termini pro-capite (Tabella 4.1) i costi per beni e servizi del Lazio siano vicini alla media nazionale e quelli per il personale siano addirittura i più bassi d'Italia, con la sola eccezione di Puglia e Lombardia. L'apparente discrepanza è spiegata dalla struttura complessiva dei costi: i costi di produzione interna del Lazio non sono eccessivi in assoluto; lo diventano perché il Lazio acquista un elevatissimo volume di prestazioni da terzi e non può quindi permettersi di dedicare rilevanti risorse finanziarie anche alla produzione interna.

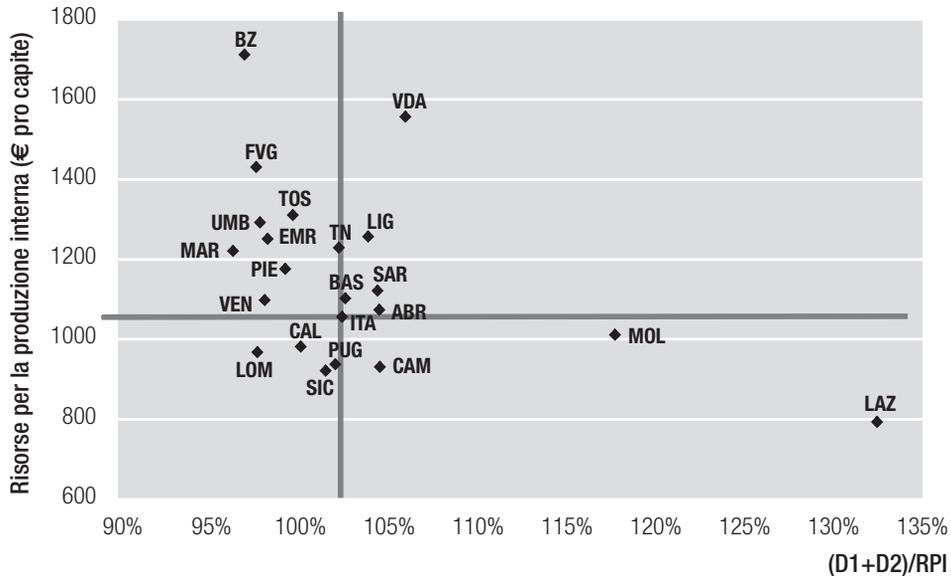
Tabella 4.3 **Conti economici consolidati regionali – Rapporto tra costi della produzione interna e RPI (2008)**

	Costi per beni e servizi (D1)/RPI	Costi per personale (D2)/RPI	Costi per beni e servizi (D1) + Costi per personale (D2)/RPI	Ammortamenti (D3)/RPI	Accantonamenti e svalutazioni crediti (D4)/RPI
PIE	39,1%	60,3%	99,4%	3,4%	0,2%
VDA	35,5%	70,6%	106,1%	2,7%	0,1%
LOM	37,0%	60,8%	97,8%	3,8%	0,3%
BZ	31,6%	65,5%	97,1%	2,9%	0,1%
TN	37,1%	65,3%	102,4%	5,5%	0,0%
VEN	41,1%	57,1%	98,2%	4,7%	0,4%
FVG	39,1%	58,7%	97,8%	3,9%	0,8%
LIG	39,8%	64,2%	104,0%	3,3%	0,3%
EMR	39,6%	58,8%	98,4%	4,4%	0,4%
TOS	40,7%	59,1%	99,8%	3,3%	0,6%
UMB	39,8%	58,2%	98,0%	2,9%	0,3%
MAR	38,1%	58,4%	96,5%	3,0%	0,8%
LAZ	55,2%	77,3%	132,5%	4,3%	1,3%
ABR	40,5%	64,1%	104,7%	3,2%	1,0%
MOL	39,8%	78,0%	117,8%	2,7%	1,7%
CAM	38,4%	66,3%	104,7%	2,4%	7,1%
PUG	41,5%	60,7%	102,2%	2,3%	1,0%
BAS	37,4%	65,4%	102,7%	3,6%	1,0%
CAL	29,3%	71,0%	100,3%	1,7%	0,9%
SIC	31,0%	70,6%	101,6%	3,3%	0,5%
SAR	38,7%	65,8%	104,6%	2,7%	0,3%
ITA	39,3%	63,2%	102,6%	3,5%	1,1%

Il riferimento ai dati pro-capite è comunque utile per introdurre un secondo passaggio: le regioni in condizioni economiche critiche non devono necessariamente perseguire l'equilibrio tramite l'ulteriore riduzione dell'attività svolta internamente. In via alternativa o complementare, possono invece cercare di ridurre i costi delle prestazioni affidate a terzi. Le differenze interregionali nel quoziente  $(D1+D2)/RPI$ , infatti, sono imputabili non solo al numeratore, ma anche al denominatore: *ceteris paribus*, minori costi per la produzione affidata a terzi comporterebbero denominatori più elevati e quindi quozienti più contenuti.

Al riguardo, la Figura 4.2 riprende in ascissa il rapporto  $(D1+D2)/RPI$  e pone in ordinata le RPI pro-capite. Il riferimento alle medie nazionali consente inoltre la suddivisione delle regioni in quattro quadranti. Dalla Figura si possono trarre due principali indicazioni. Da un lato, le regioni con maggiori difficoltà economiche (Campania, Molise e Lazio) effettivamente dispongono di RPI pro-capite più basse rispetto alla media nazionale, mentre quelle economicamente più solide presentano generalmente valori superiori alla media. D'altro lato, non mancano eccezioni: in Lombardia, le RPI pro-capite sono sostanzialmente analoghe a Campania e Molise, ma il contenimento dei costi per la produzione interna è stato evidentemente più incisivo, consentendo perdite più limitate; ragionamenti analoghi valgono per il Veneto nei confronti dell'Abruzzo e per le Marche nei confronti della Liguria. Proprio l'Abruzzo e la Liguria, come la Sardegna

Figura 4.2 **Correlazione tra risorse pro-capite per la produzione interna e incidenza su tali risorse dei costi per beni e servizi e per personale  $(D1+D2)$  (2008)**



e soprattutto la Valle d'Aosta, presentano forti perdite malgrado valori delle RPI pro-capite superiori alla media nazionale.

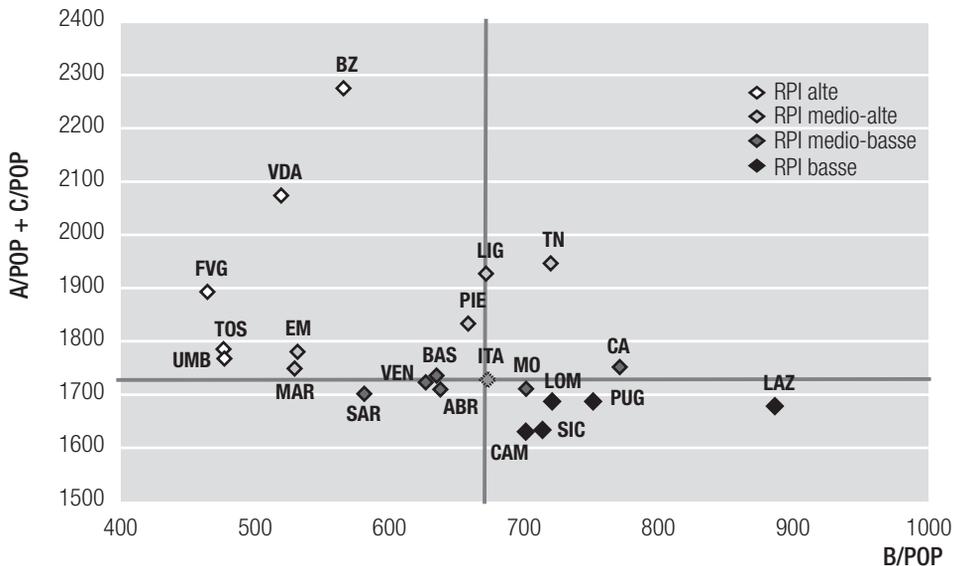
Anche in questo caso, i dati presentati nella Figura possono essere approfonditi tramite l'analisi delle singole voci di costo delle prestazioni affidate a terzi. Limitando l'attenzione alle regioni con le RPI più basse (Lazio, Sicilia, Campania, Puglia, Lombardia, Calabria e Molise), per esempio, si può osservare (Tabella 4.1) come nel Lazio generino costi pro-capite particolarmente elevati in termini comparativi l'assistenza farmaceutica convenzionata e l'assistenza ospedaliera e non ospedaliera da privato; in Sicilia la farmaceutica convenzionata e l'assistenza non ospedaliera da privato; in Campania la medicina generale e l'assistenza ospedaliera da privato; in Puglia la medicina generale, la farmaceutica convenzionata e l'assistenza ospedaliera da privato; in Lombardia l'assistenza ospedaliera e non ospedaliera da privato; in Calabria la medicina generale, la farmaceutica convenzionata e la mobilità interregionale; in Molise la medicina generale e la mobilità interregionale.

L'entità delle RPI, peraltro, dipende non solo dai costi per le prestazioni affidate a terzi (aggregato B), ma anche dai finanziamenti regionali (aggregato A) e dagli altri proventi caratteristici delle aziende sanitarie (aggregato C). Al riguardo, la Figura 4.3 riporta sull'asse delle ascisse i costi pro-capite delle prestazioni affidate a terzi ( $B/POP$ ) e sull'asse delle ordinate i proventi caratteristici, sempre pro-capite ( $A/POP + C/POP$ ). Anche in questo caso, le medie nazionali suddividono le regioni in quattro quadranti; le regioni sono inoltre contrassegnate da simboli di tonalità diversa a seconda del livello delle RPI pro-capite. La Figura evidenzia come le regioni con RPI pro-capite particolarmente basse (Lazio, Sicilia, Campania, Puglia e Lombardia) abbiano non solo costi particolarmente elevati per le prestazioni affidate a terzi ( $B/POP$  superiore alla media nazionale), ma anche finanziamenti contenuti ( $A/POP + C/POP$  inferiore alla media nazionale). Il rovescio vale per le regioni con RPI pro-capite particolarmente elevate (Umbria, Toscana, Friuli VG, ma soprattutto Valle d'Aosta e PA di Bolzano).

In conseguenza delle differenze nei livelli di finanziamento, le regioni con costi pro-capite più elevati non sono necessariamente quelle con le maggiori perdite, e viceversa. Al riguardo:

- ▶ La Figura 4.4 riporta in ordinata il risultato netto pro-capite e in ascissa i costi pro-capite sia della produzione interna, sia di quella affidata a terzi ( $D/POP + B/POP$ ), con le medie nazionali a suddividere ancora una volta le regioni in quattro quadranti.
- ▶ La Figura 4.5 circoscrive l'analisi ai costi che concorrono a determinare il MOL (B, D1, D2), quindi alle determinanti del fabbisogno finanziario della gestione caratteristica corrente. Rappresenta inoltre le informazioni in modo diverso: l'asse delle ascisse riporta il fabbisogno finanziario pro-capite della

Figura 4.3 **Correlazione tra risorse pro-capite per la produzione interna, proventi caratteristici (A+C) e costi delle prestazioni affidate a terzi (B)(2008)**



produzione interna, ossia  $(D1+D2)/POP$ ; l'asse delle ordinate riporta invece il fabbisogno finanziario pro-capite per prestazioni affidate all'esterno, ossia  $B/POP$ ; le rette diagonali sono isofabbisogno (per esempio, Puglia, Veneto, Marche hanno tutte fabbisogni pro-capite intorno a € 1700).

Pur nella diversità degli approcci, entrambe le Figure mostrano come il relativo equilibrio economico di alcune regioni del Nord (principalmente PA di Bolzano e Friuli VG, ma anche Piemonte) derivi non dal contenimento dei costi, bensì dall'elevata disponibilità di risorse; come i costi pro-capite siano particolarmente elevati anche nelle altre regioni a statuto speciale del Nord (Valle d'Aosta e PA di Trento) e in Liguria, oltre che nel Lazio e in Molise; come invece la Campania, malgrado i forti disavanzi, si caratterizzi per costi pro-capite inferiori alla media nazionale; come i costi pro-capite più bassi si ritrovino in Sicilia e Lombardia. In più, la Figura 4.5 evidenzia l'assenza di una combinazione ottimale di produzione interna ed erogazione da parte di terzi, almeno sotto il profilo economico finanziario e in ottica trasversale<sup>14</sup>: tra le regioni con fabbisogni più contenuti vi sono infatti regioni più vicine all'asse X (per esempio Umbria e Toscana), che privilegiano quindi la produzione interna, ed altre più vicine all'asse Y (per esempio Sicilia, Lombardia e Puglia), che privilegiano invece l'affidamento a terzi.

<sup>14</sup> Per un'analisi longitudinale si veda il capitolo 3.

Figura 4.4 **Correlazione tra costi e risultato netto pro-capite (2008)**

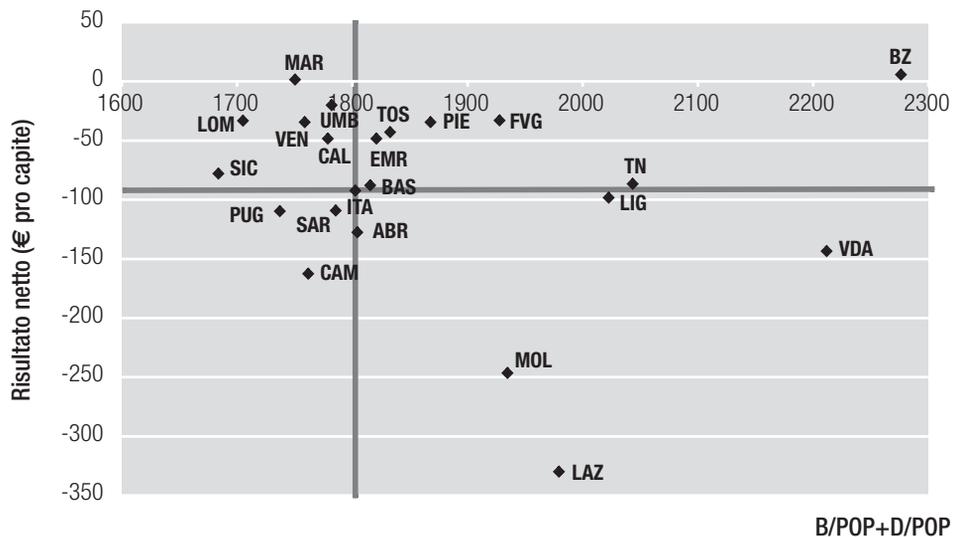
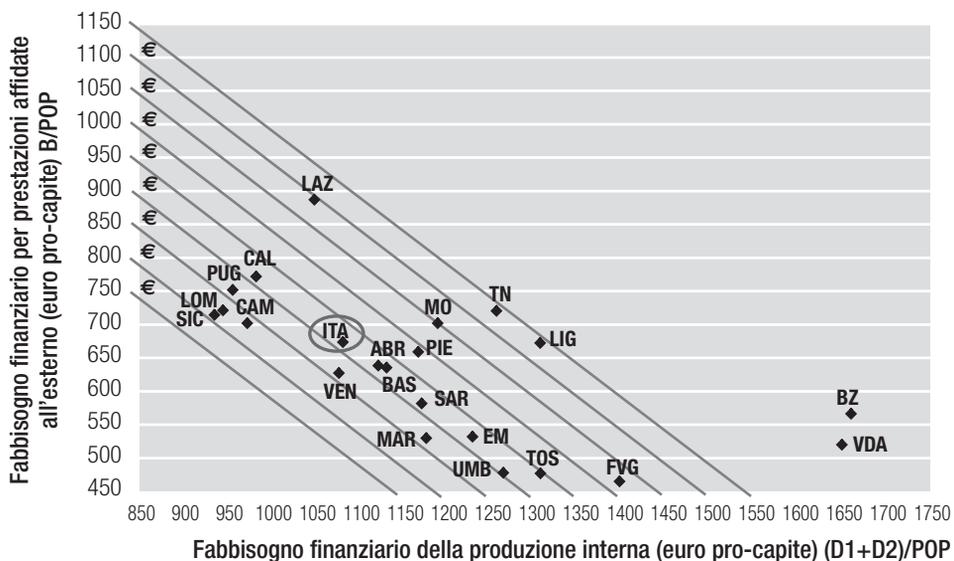


Figura 4.5 **Fabbisogno finanziario della gestione caratteristica corrente e mix tra produzione interna ed esterna (2008)**



Un terzo e ultimo passaggio consiste quindi nell'approfondire l'entità e la composizione dei proventi. Al riguardo, si può innanzi tutto analizzare il peso relativo delle diverse tipologie di proventi caratteristici. Si noti come questo equivalga a identificare il concorso al finanziamento della sanità regiona-

le da parte (i) della collettività nazionale, tramite il «riparto» e la determinazione dei FSR; (ii) della collettività regionale, tramite i finanziamenti «extra-fondo»; (iii) dei pazienti in regime di SSN, tramite i ticket; (iv) dei pazienti in libera professione intramoenia; (v) dei soggetti che ricevono altre prestazioni sanitarie e non sanitarie a pagamento; (vi) dei periodi futuri tramite la generazione di perdite. La Figura 4.6 presenta i dati pro-capite, mentre la Figura 4.7 ne evidenzia l'entità in rapporto ai costi (il complemento a 100 è rappresentato dalle perdite). Gli aspetti più significativi possono essere così sintetizzati:

- ▶ Il FSR pro-capite è particolarmente elevato in Liguria (€ 1852). Di finanziamenti relativamente elevati (€ 1690-1710) beneficiano però anche Piemonte, Emilia-Romagna, Basilicata, Umbria e Toscana. Tra le regioni a statuto ordinario, quelle con FSR pro-capite più bassi (€ 1599-1625) sono Campania, Veneto, Lazio, Lombardia e Puglia.
- ▶ Nessuna regione copre con il FSR la totalità dei propri costi. Tra le regioni a statuto ordinario, le percentuali di copertura più elevate (94-96%) riguardano Lombardia, Umbria e Marche; quelle più basse Molise, Campania, Abruzzo Puglia (86-90%) e soprattutto il Lazio (80%).

Figura 4.6 **Proventi tipici pro-capite (2008)**

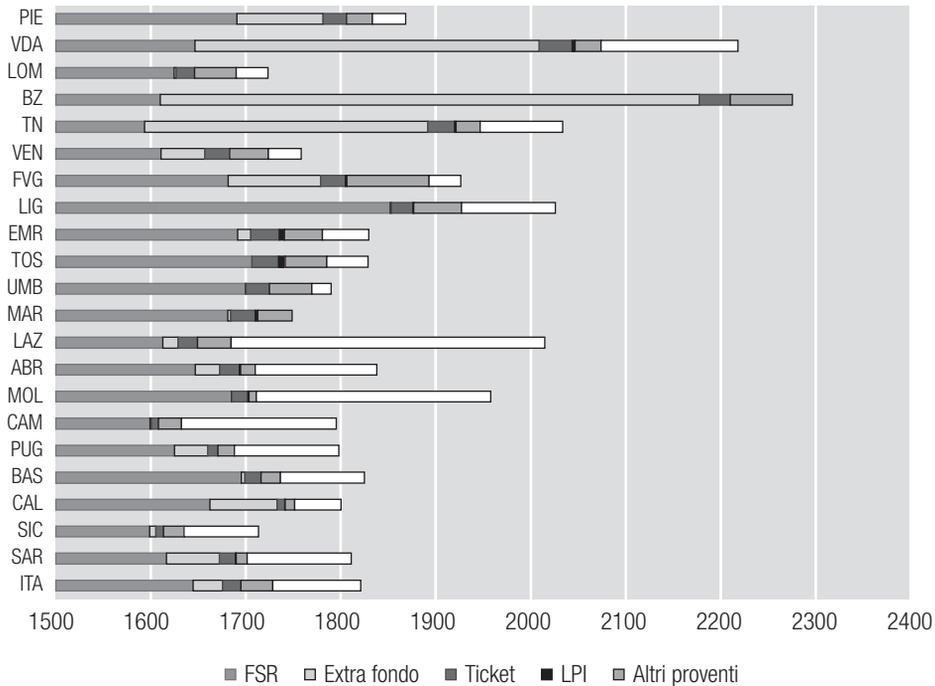


Figura 4.7 Proventi tipici in rapporto ai costi (2008)

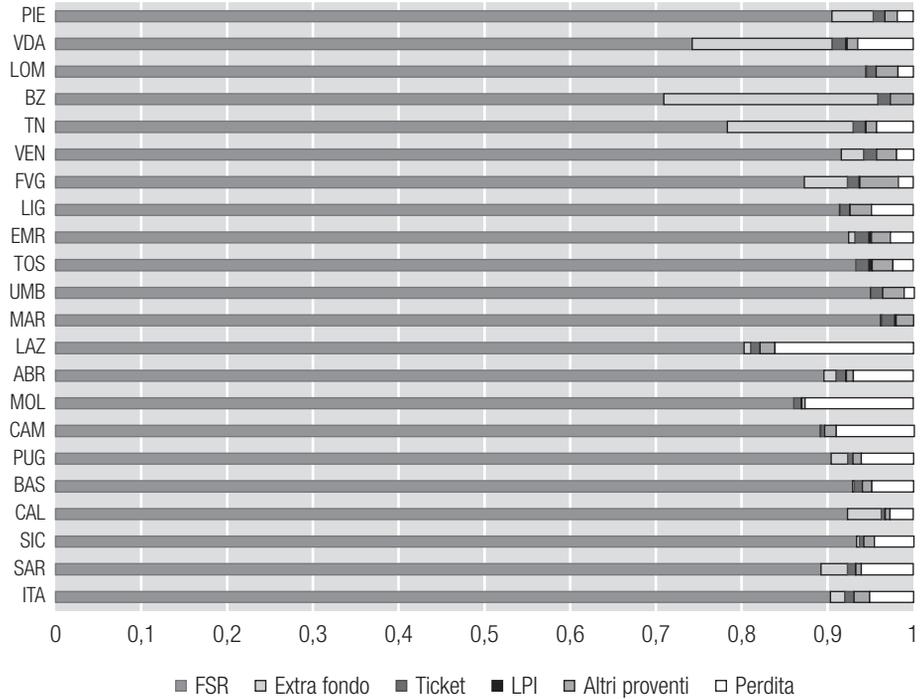


Figura 4.8 Fabbisogno coperto da riparto e ticket pro-capite (2008) – Regioni a statuto ordinario

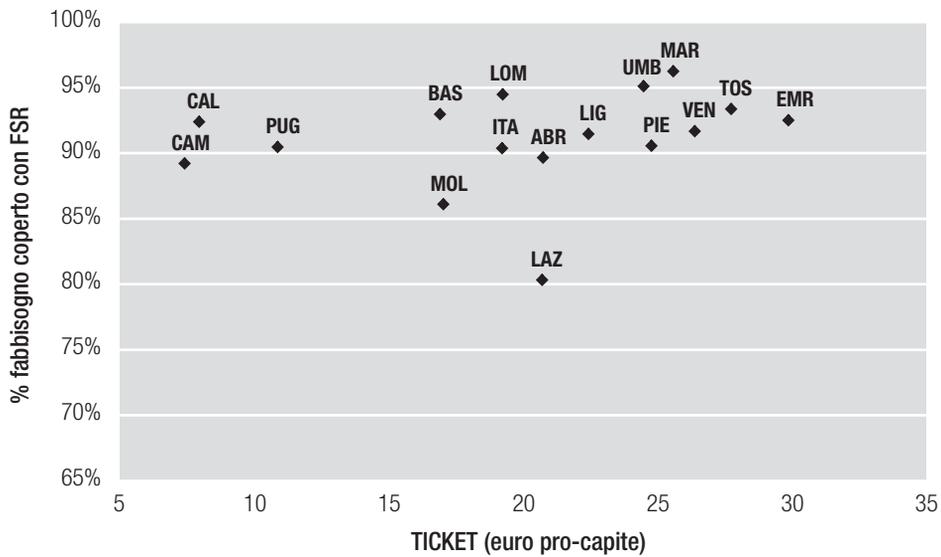
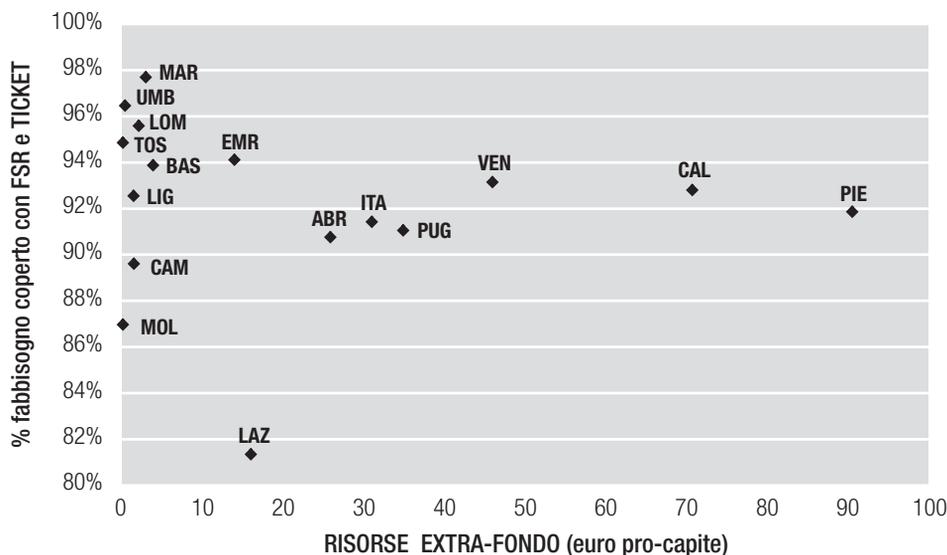


Figura 4.9 **Fabbisogno coperto da riparto + ticket e risorse extra-fondo pro-capite (2008) – Regioni a statuto ordinario**



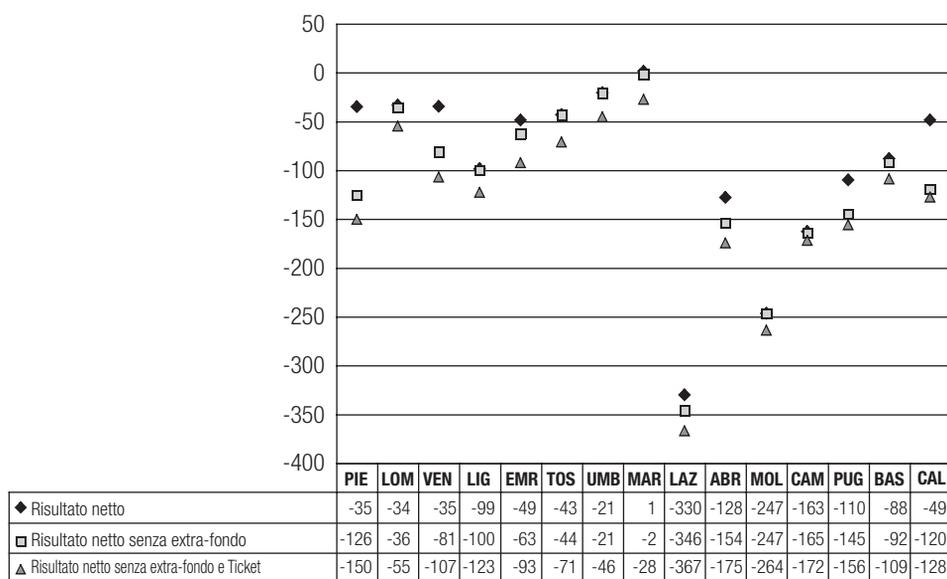
- ▶ I proventi pro-capite da ticket sono più elevati al Centro-Nord, con punte (€ 28-35) in Toscana, Trento, Emilia-Romagna, PA di Bolzano e Valle d'Aosta e un minimo in Lombardia (€ 19). Tra le regioni a statuto ordinario del Centro-Nord, in particolare, alcune di quelle che riescono meno a contenere i costi entro il finanziamento da riparto (Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, ma non Piemonte e Liguria) sembrano fare maggior ricorso al ticket (Figura 4.8). Al Centro-Sud, i proventi da ticket più elevati si ritrovano nel Lazio e in Abruzzo (€ 21 pro-capite).
- ▶ Il ricorso a finanziamenti extra-fondo è particolarmente elevato nelle regioni a statuto speciale del Nord. Tra le altre, spiccano Piemonte (€ 91 pro-capite), Calabria (€ 71), Sardegna (€ 56) e Veneto (€ 46). Valori > 10 € pro-capite si ritrovano in altre quattro regioni (Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo e Puglia). Ad eccezione di Molise e Campania, l'attivazione di risorse extra-fondo caratterizza generalmente le regioni che meno riescono a contenere i costi entro le risorse da riparto e i proventi da ticket (Figura 4.9).
- ▶ I margini garantiti dalla libera professione intramuraria sono generalmente molto limitati, se non addirittura negativi.

Queste considerazioni hanno rilevanti implicazioni anche per l'interpretazione dei risultati netti dei diversi SSR.

Al riguardo, la Figura 4.10 mostra come si modificherebbe il risultato netto delle regioni a statuto ordinario<sup>15</sup> se venissero meno le risorse «extra fondo» ed

<sup>15</sup> Le regioni a statuto speciale sono state escluse in virtù delle loro specificità.

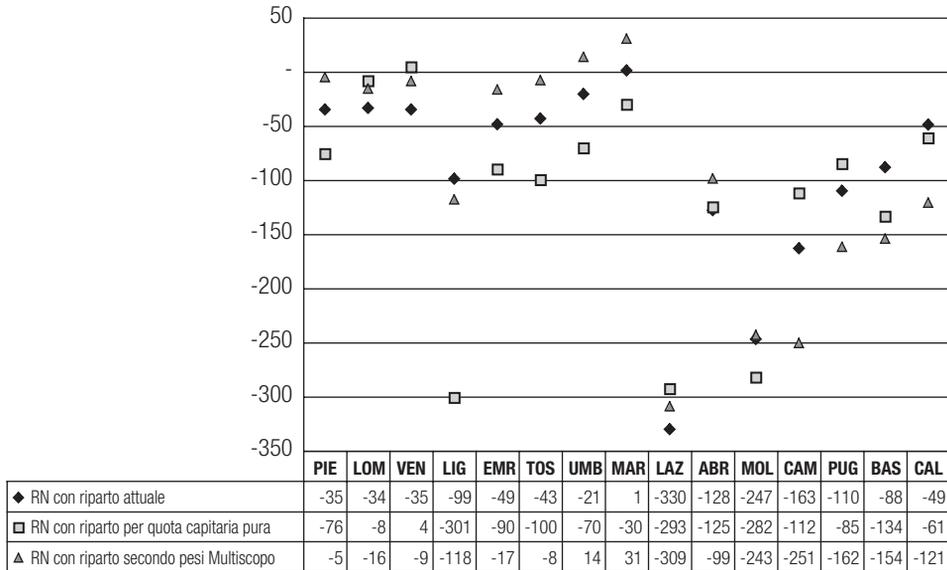
Figura 4.10 **Risultato netto pro-capite dei SSR, effettivo e nell'ipotesi di assenza di finanziamenti «extra-fondo» e proventi da ticket (2008)**



eventualmente anche i proventi da ticket. Le più penalizzate sarebbero Piemonte, Calabria e Veneto. Mantenendo i ticket, perdite < € 50 pro-capite si registrerebbero solo in quattro regioni (Marche, Umbria, Lombardia e Toscana). Eliminando anche i ticket, le perdite supererebbero i 50 € pro-capite in tutte le regioni tranne Marche e Umbria.

Analogamente, la Figura 4.11 mostra come si modificherebbe il risultato netto se venissero usati differenti criteri di ponderazione della popolazione per il riparto delle risorse finanziarie, ossia per la determinazione dei FSR. Ponderare la popolazione implica naturalmente un amplissimo grado di soggettività. Non esiste, infatti, un sistema di pesi oggettivo o comunque universalmente riconosciuto, come testimoniano sia gli intensi processi negoziali che caratterizzano ogni anno il riparto dei fondi tra le regioni, sia la variabilità interregionale e intertemporale dei criteri di ponderazione della quota capitaria assegnata dalle regioni alle ASL (Jommi, 2000; Cantù e Jommi, 2003; Carbone, Jommi e Salvatore, 2004). Recentemente, d'altra parte, il tema è diventato di particolare attualità nell'ottica del federalismo fiscale. Nella Figura 4.11, in particolare, si è deciso di mettere a confronto il riparto attuale con due possibili alternative: (i) l'assenza di ponderazione, quindi il riparto per quota capitaria «pura»; (ii) una ponderazione fondata sui dati dell'indagine Multiscopo Istat, nella versione

Figura 4.11 Risultato netto pro-capite dei SSR, effettivo e secondo possibili criteri alternativi di riparto del finanziamento (2008)



«attenuata»<sup>16</sup>. Anche in questo caso, dalla simulazione sono state escluse le regioni a statuto speciale. Dell'eventuale riparto per quota capitaria pura beneficerebbero Campania, Veneto e Lazio nonché, seppur in misura minore, Lombardia, Puglia e Abruzzo. Le uniche regioni a statuto ordinario con perdite < 50 € pro-capite sarebbero Marche, Lombardia e Veneto. In condizioni economiche critiche si confermerebbero Lazio e Molise, seguite da Abruzzo e Campania, cui si aggiungerebbero la Basilicata e soprattutto la Liguria. L'eventuale riparto secondo i pesi dell'Indagine Multiscopo, d'altra parte, avvantaggerebbe tutte le regioni tranne Liguria, Puglia, Basilicata, Calabria e Campania, a testimoniare come l'attuale sistema di finanziamento non sia particolarmente penalizzante per le regioni del Sud. Marche e Umbria conseguirebbero un risultato positivo; tutte le altre regioni del Centro-Nord tranne la Liguria conterrebbero le perdite entro i 20 € pro-capite; le regioni in condizioni più critiche resterebbero Lazio e Molise; migliorerebbe invece il posizionamento relativo dell'Abruzzo. È infine interessante osservare come Liguria, Basilicata e Calabria registrarebbero una riduzione del proprio finanziamento in entrambe le alternative proposte. Per converso, Lombardia, Veneto, Lazio e Abruzzo vedrebbero in entrambi i casi aumentare il proprio finanziamento.

<sup>16</sup> Come suggerito da Di Virgilio *et al.* (2008: 98), la versione «attenuata» utilizza i pesi tratti dall'Indagine Multiscopo Istat per ripartire il 75% dei fondi, ipotizzando che il rimanente 25% debba essere ripartito per quota capitaria pura.

#### 4.4 I risultati economici delle aziende sanitarie pubbliche

Con riferimento al livello aziendale, è innanzi tutto opportuno analizzare la distribuzione delle aziende in base al risultato netto conseguito nel 2008. A tal fine, la Tabella 4.4 propone una distribuzione per intervalli di risultato e per tipologia di azienda. A quest'ultimo riguardo, la naturale distinzione tra ASL e AO<sup>17</sup> è integrata da una classificazione delle ASL in base alla presenza, sul loro territorio, di aziende pubbliche (AO, AOU, IRCCS pubblici, policlinici universitari a gestione diretta pubblici, enti di ricerca) e/o aziende private (case di cura private accreditate, ospedali classificati, IRCCS privati policlinici universitari privati).

La tabella evidenzia come solo il 6% delle aziende (N=17) abbia riportato risultati netti positivi, mentre il 21% (N=60) subisca perdite superiori a € 30 ML. Tra le tipologie di aziende, i risultati migliori (perdite nette contenute entro i 10 ML) si riscontrano tra le AO (71%), tra le ASL sul cui territorio non insistono altre aziende (47%) e tra le pochissime ASL sul cui territorio insistono solo aziende pubbliche (100%). Più critica è la situazione delle ASL sul cui territorio insistono anche o solo aziende private.

Tabella 4.4 **Distribuzione delle aziende per risultato netto (2008)**

Fascia	Valore risultato netto	Asl senza aziende (N=32)	Asl con solo aziende private (N=59)	Asl con solo aziende pubbliche (N=4)	Asl con entrambe le tipologie di aziende (N=62)	AO/policlinici/IRCCS pubblici (126)	Totale complessivo (N=283)
F+20	≥ 20 ML	0%	0%	0%	0%	0%	0%
F+10	≥10 ML/ <20 ML	0%	0%	0%	2%	1%	1%
F+0	≥0 ML/ <10 ML	3%	3%	25%	0%	9%	5%
F-0	≥-10 ML/ <0 ML	44%	32%	75%	44%	61%	50%
F-10	≥-20 ML/ <-10 ML	41%	17%	0%	15%	13%	17%
F-20	≥-30 ML/ <-20 ML	3%	7%	0%	6%	6%	6%
F-30	<-30 ML	9%	41%	0%	34%	9%	21%
<b>Totale complessivo</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

<sup>17</sup> Nell'analisi, l'acronimo AO è usato in senso ampio e comprende, oltre alle aziende ospedaliere, gli IRCCS pubblici, i policlinici universitari a gestione diretta pubblici e gli enti di ricerca.

Tabella 4.5 **Distribuzione delle ASL per risultato netto pro-capite (2008)**

Fascia	Valore risultato netto pro-capite	Asl senza aziende (N=32)	Asl con solo aziende private (N=59)	Asl con solo aziende pubbliche (N=4)	Asl con entrambe le tipologie di aziende (N=62)	Totale complessivo (N=157)
F+20	≥ 53	0%	0%	0%	2%	1%
F+10	≥26 / <53	0%	0%	0%	0%	0%
F+0	≥0 / <26	3%	3%	25%	0%	3%
F-0	≥-26 / <0	19%	27%	75%	48%	35%
F-10	≥-53 / <-26	19%	17%	0%	13%	15%
F-20	≥-79 / <-53	13%	10%	0%	3%	8%
F-30	<-79	47%	42%	0%	34%	39%
<b>Totale complessivo</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Se al risultato netto si sostituisce il MOL, che esclude gestioni non tipiche, ammortamenti e accantonamenti, i valori ovviamente migliorano, ma le differenze tra tipologie di aziende restano sostanzialmente invariate.

Più rilevante è l'analisi delle ASL sulla base del risultato netto pro-capite (Tabella 4.5: gli intervalli di frequenza sono ovviamente riparametrati in funzione della popolazione). Tra le ASL con i risultati migliori, infatti, si confermano le pochissime sul cui territorio insistono soltanto aziende pubbliche. Peggiorano invece i risultati delle ASL sul cui territorio non insistono aziende, oppure insistono solo aziende private. L'apparente contraddizione tra le due serie di dati è spiegata dalla forte diversità dimensionale tra le diverse tipologie di ASL: se la popolazione media complessiva di un'ASL è di quasi 380.000 abitanti, quella delle ASL sul cui territorio insistono solo aziende private è di circa 315.000 e quella delle ASL senza altre aziende sul proprio territorio è solo di circa 154.000.

Considerata la centralità del livello regionale nella valutazione degli equilibri economici, a livello aziendale un approfondimento di particolare interesse concerne la variabilità dei valori all'interno della medesima regione. Dopo aver concentrato l'attenzione sul «gruppo», in altri termini, è opportuno valutare se le aziende del gruppo presentino *performance* relativamente omogenee, oppure se i risultati di gruppo scaturiscano da realtà aziendali molto differenziate.

A tal fine, per ogni regione, la Tabella 4.6 riporta i range tra valori massimo e minimo di alcune variabili: l'ammontare pro-capite del risultato netto e degli aggregati A, B, C e (D1+D2) per le ASL; i rapporti RN/RPI e (D1+D2)/RPI per le AO. Limitatamente alle ASL, la Figura 4.12 propone poi un quadro di sintesi,

Tabella 4.6 **Rampe di variabilità infraregionale dei risultati economici aziendali e delle loro determinanti (2008)**

	ASL					AO	
	RN/POP	A/POP	B/POP	C/POP	(D1+D2)/POP	RN/RPI	(D1+D2)/RPI
PIE	59	562	959	278	604	6%	4%
VDA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
LOM	17	424	572	115	832	7%	5%
BZ	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TN	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
VEN	286	522	915	434	783	11%	8%
FVG	51	397	687	242	966	9%	8%
LIG	113	242	518	76	527	18%	16%
EMR	31	278	467	285	677	2%	2%
TOS	45	253	359	201	547	4%	7%
UMB	31	183	480	149	735	1%	1%
MAR	NA	NA	NA	NA	NA	1%	2%
LAZ	291	466	1684	985	572	67%	60%
ABR	281	109	246	334	591	0%	0%
MOL	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
CAM	502	494	374	232	689	44%	39%
PUG	212	109	406	91	353	17%	15%
BAS	236	192	299	138	676	0%	1%
CAL	238	197	271	13	276	49%	18%
SIC	115	222	386	64	333	28%	28%
SAR	252	457	243	13	615	76%	73%

NA: non applicabile (il range può essere calcolato solo in presenza di almeno 2 ASL o AO)

classificando le regioni in base alla variabilità (i) nei risultati netti aziendali e (ii) nelle grandezze che li determinano<sup>18</sup>.

Per le ASL, le regioni a più elevata variabilità dei risultati netti pro-capite sono Campania, Lazio, Veneto, Abruzzo e Sardegna. Le situazioni più omogenee si riscontrano invece in Lombardia, Emilia Romagna, Umbria, Toscana e Friuli V.G. La Figura 4.12 mostra peraltro come un'elevata variabilità (omogeneità)

<sup>18</sup> Nella Figura le 16 regioni (vengono escluse le cinque che hanno solo una ASL) sono state posizionate, lungo ciascuna dimensione, in base ai terzili: 5 con variabilità bassa, 6 con variabilità media, 5 con variabilità alta.

Figura 4.12 **Grado di variabilità infraregionale nei risultati netti delle ASL e nelle loro determinanti (2008)**

		Livello di variabilità relativo del RN		
		ALTO	MEDIO	BASSO
Livello di variabilità relativo medio di A, B, C e D1+D2	ALTO	Abruzzo Sardegna	Calabria Puglia Sicilia	
	MEDIO	Campania	Basilicata Liguria	Emilia Romagna Toscana Umbria
	BASSO	Lazio Veneto	Piemonte	Friuli Venezia Giulia Lombardia

dei risultati netti non discenda necessariamente da un'elevata variabilità (omogeneità) delle singole determinanti (si vedano per esempio Abruzzo e Sardegna, e, all'estremo opposto, Lazio e Veneto).

Per le AO, le regioni a più elevata variabilità dei risultati netti comprendono di nuovo Sardegna, Lazio, Campania, cui si aggiungono Calabria e Sicilia. *Range* di variazione più contenuti ( $\leq 5\%$ ) si ritrovano in Abruzzo, Basilicata, Umbria, Marche, Emilia Romagna e Toscana.

#### 4.5 Conclusioni

Il capitolo si proponeva di analizzare i risultati economici consolidati dei sistemi regionali di aziende sanitarie pubbliche, divenuti centrali per effetto dei processi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni, accentrato regionale, riassetto istituzionale e, in prospettiva, compiuto federalismo fiscale. Nel contempo, intendeva anche proporre alcune valutazioni relative al livello aziendale. Di seguito si propongono alcune considerazioni conclusive.

Primo, le *performance* economiche dei SSR sono sistematicamente negative. I dati pubblicati nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP), che per il 2008 danno in equilibrio economico nove regioni, riflettono una concezione di equilibrio di derivazione finanziaria, che esclude gli ammortamenti. In realtà, solo due SSR (PA di Bolzano e Marche) conseguono l'equilibrio economico nel 2008; altri sette (più la Calabria, che però pare aver sottostimato le quote di ammortamento) contengono le perdite entro i 50 € pro-capite. Va peraltro sottolineato come il posizionamento relativo dei SSR nella RGSEP sia fortemente correlato a quello fondato sui risultati economici netti propriamente intesi.

Secondo, le *performance* economiche dei SSR sono fortemente differenziate.

Particolare criticità rivestono le situazioni del Lazio, del Molise e, seppur in misura minore, di Campania e Abruzzo, oltre che della Valle d'Aosta, che però può contare sulla particolare autonomia finanziaria garantita dallo statuto speciale. Nel Lazio, in particolare, il FSR ha coperto solo l'80% dei costi e il disavanzo ha toccato i 330 € pro-capite.

Terzo, l'equilibrio economico si raggiunge ricercando una coerenza tra le due modalità fondamentali con cui il «gruppo sanitario pubblico regionale» svolge la funzione di tutela della salute: produzione diretta di servizi oppure affidamento a terzi tramite contratti (principalmente mobilità passiva verso aziende sanitarie private accreditate) e convenzioni (principalmente medicina generale e assistenza farmaceutica). Ogni modalità presenta punti di forza e debolezza. Il privato, per esempio, è più difficilmente controllabile in modo diretto, ma certamente più reattivo rispetto al sistema di incentivi che gli vengono proposti. Non è però possibile dare spazio a una delle due modalità senza specularmente contenere l'altra. Si ribadisce dunque l'importanza, per i SSR che si affidano prevalentemente all'attività di terzi, di dimensionare correttamente la propria struttura produttiva interna, nonché di dotarsi della volontà politica e delle capacità tecniche che sono necessarie per guidare l'operato degli erogatori privati verso gli obiettivi perseguiti dalla collettività regionale. Al riguardo, le cinque regioni con performance economiche peggiori presentano situazioni abbastanza differenziate: il Lazio ha una struttura produttiva interna piuttosto contenuta, ma insufficiente a compensare i costi per prestazioni affidate a terzi, che sono nettamente superiori al resto del Paese; lo stesso vale, seppur in misura minore, per la Campania; maggiori sforzi di contenimento della struttura produttiva interna sono invece ipotizzabili in Abruzzo e soprattutto in Molise; la Valle d'Aosta si affida prevalentemente alla produzione interna, ma presenta costi elevatissimi, che nemmeno l'elevata disponibilità di risorse finanziarie riesce interamente a coprire.

Quarto, nell'interpretare i risultati economici occorre tener conto dei livelli di finanziamento, con particolare riferimento a due aspetti: (i) il diverso ricorso da parte delle regioni a ulteriori finanziamenti, posti a carico dell'intera collettività regionale (finanziamenti extra-fondo) oppure dei singoli pazienti (principalmente ticket); (ii) la soggettività dei criteri di ponderazione della quota capitaria e la possibilità che tali criteri subiscano modifiche. Tra le regioni con le migliori *performance* economiche, le situazioni più robuste al riguardo sembrano quelle di Lombardia e Marche, che non fanno rilevante ricorso a finanziamenti extra-fondo (a differenza di Piemonte, Veneto ed Emilia-Romagna) né paiono particolarmente sensibili a modifiche nei criteri di ponderazione della quota capitaria (a differenza di Toscana e Umbria). Tra le regioni in difficoltà finanziaria vengono invece sistematicamente confermate le criticità di Lazio, Molise, Campania e Abruzzo, anche se la Campania trarrebbe particolari benefici dal passaggio alla quota capitaria pura e l'Abruzzo dal riferimento ai pesi dell'Indagine

Multiscopo. Per metà delle regioni a statuto ordinario, peraltro, l'attuale meccanismo di riparto non è una via di mezzo tra quota capitaria pura e pesi Multiscopo: Lombardia, Veneto, Lazio e Abruzzo vedrebbero in entrambi i casi aumentare il proprio finanziamento, mentre Liguria, Basilicata e Calabria registrerebbero in entrambi i casi una riduzione.

Quinto, anche le singole aziende sanitarie si caratterizzano per la sistematica presenza di perdite, spesso anche gravi: nel 2008 si sono rilevati solo 17 casi (6%) di risultati netti positivi e 141 (50%) di perdite contenute entro € 10 ML, a fronte di 65 (23%) con perdite tra 10 e 30 ML e ben 60 (21%) con perdite superiori a € 30 ML. In queste circostanze è evidentemente irrealistico prevedere la decadenza automatica dei Direttori Generali in presenza di disavanzi.

Sesto, anche tra le aziende le performance economico-finanziarie sono fortemente differenziate. Tra le diverse tipologie di azienda, le AO presentano *performance* mediamente superiori alle ASL. Tra queste ultime (nel capitolo si è proposta una classificazione in quattro categorie a seconda che sul loro territorio insistano aziende pubbliche e/o aziende private), spicca il caso delle ASL sul cui territorio non insistono altre aziende sanitarie, oppure insistono solo aziende private. Le loro perdite sono limitate in valore assoluto, ma superiori a quelle di altre categorie di ASL in termini pro-capite. La loro popolazione contenuta (rispettivamente circa 154.000 e 315.000 abitanti, contro una media complessiva di circa 380.000), in altri termini, genera una sorta di «illusione ottica», contenendo la dimensione delle perdite complessive. Più in generale, i dati sembrano smentire ancora una volta la diffusa convinzione secondo cui, per un'ASL, avere una o più AO sul proprio territorio causi difficoltà economiche: in termini pro-capite, le perdite più contenute si riscontrano proprio nelle ASL sul cui territorio insistono solo o anche aziende pubbliche.

Sempre con riferimento al livello aziendale, infine, va segnalata l'eterogeneità tra i risultati di aziende della medesima regione, malgrado il progressivo «accentramento regionale» e la distribuzione alle aziende di finanziamenti straordinari correlati ai disavanzi in corso di formazione. Ciò conferma la presenza di forti specificità aziendali. Conferma anche che molte variabili chiave restano sotto il controllo delle singole aziende e che il loro efficace utilizzo continua a dipendere, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse. Suggestisce, inoltre, che i provvedimenti di sanzione e di sostegno alle regioni in difficoltà sappiano differenziare tra le diverse situazioni locali.

Quanto detto, naturalmente, presuppone l'attendibilità e la confrontabilità dei bilanci. Recenti analisi della Corte dei Conti (2009) indicano però l'esatto contrario, almeno per alcune regioni. In prospettiva, pare quindi necessario intervenire almeno sui seguenti fronti: (i) predisporre un sistema valido, uniforme e condiviso di principi contabili per le aziende sanitarie pubbliche; (ii) predisporre un adeguato sistema di norme e principi di consolidamento che, a partire dai bilanci aziendali, conduca alla redazione di un bilancio consolidato completo e attendi-

bile del Servizio Sanitario Regionale; (iii) definire un adeguato sistema di standard di controllo interno su cui le aziende possano costruire le procedure amministrative sottostanti alla produzione dei dati di bilancio; (iv) operare una revisione straordinaria degli stati patrimoniali; (v) definire un modello complessivo di *governance* dei controlli sui bilanci attualmente in essere (collegio sindacale, regione, Ministeri, Corte dei Conti) e di futura attivazione (certificazione), in modo da chiarire le responsabilità, eliminando sovrapposizioni e incongruenze.

## Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2002), «L'equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche nel periodo 1998-2000», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, pp. 487-527, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. (2003), «L'informativa esterna di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: quali progressi?», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, pp. 193-222, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. (2004), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali nel 2001», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, pp. 207-232, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, pp. 217-249, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. e Cantù E. (2005), «Il consolidamento dei bilanci delle aziende pubbliche del Servizio Sanitario Regionale», *Economia & Management*, 5: 47-52.
- Anessi Pessina E. e Macinati M. (2008), «Bilancio, programmazione e controllo nel gruppo sanitario pubblico regionale», in Pezzani F. (a cura di), *Ripensare il ruolo e la governance delle Regioni*, pp. 61-96, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. e Sicilia M. (2009), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, pp. 191-219, Milano, EGEA.
- Anthony R.N. (1978), *Financial accounting in nonbusiness organizations*, Stamford, CT, Financial Accounting Standards Board.
- Anthony R.N. (1989), *Should business and nonbusiness accounting be different?*, Boston, MA, Harvard Business School Press.
- Cantù E. (2006), *Il consolidamento dei bilanci nelle aziende pubbliche del Servizio Sanitario Regionale*, Ricerca SDA-Bocconi, Milano.

- Cantù E. e Jommi C. (2003), «I sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque realtà regionali: un aggiornamento al 2003», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, pp. 168-192, Milano, EGEA.
- Carbone C., Jommi C. e Salvatore D. (2004), «I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, pp. 125-158, Milano, EGEA.
- Corte dei Conti (2009), *Relazione sulla gestione delle risorse statali destinate alla riduzione strutturale del disavanzo del servizio sanitario nazionale. Delibera n.22/2009/G*, Roma.
- Di Virgilio E., Tavini G., Pieroni E., Cislighi C., Laurelli F., Mainardi E., Cavazza M., Cobello F., Stanislao F.D. e Simonetti U. (2008), «Analisi della spesa sanitaria attraverso i Conti Economici (CE)», *Monitor*, 21: 90-99.
- Jommi C. (2000), «I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Santesso E. e Sostero U. (1999), «La sterilizzazione degli ammortamenti: alcune riflessioni critiche», *Mecosan*, 30: 37-43.
- Teodori C. (2000), *L'analisi di bilancio*, Torino, Giappichelli.