

pubblicato su:


Il monitoraggio delle aziende ospedaliere: gestione economica e indicatori di volumi, qualità ed esiti

1. Introduzione e sintesi¹

Il presente studio si propone di esaminare le caratteristiche e l'evoluzione delle principali grandezze di bilancio delle aziende ospedaliere, come standardizzate in base alla metodologia elaborata per il calcolo degli scostamenti economici delle aziende sanitarie prevista dalla legge di stabilità per il 2016 (L. 208/2015), nel periodo 2010-18, affiancando a questa analisi quella delle informazioni su volume, qualità ed esiti delle prestazioni (riferite agli anni 2015-17).

La legge di stabilità per il 2016 ha introdotto nuovi meccanismi di monitoraggio capillare degli enti sanitari, individuando alcuni parametri di equilibrio

finanziario e di quantità/qualità della produzione di servizi. Il mancato rispetto di questi parametri implicava l'obbligo, per gli enti inadempienti, di presentare alla Regione un piano di rientro e riqualificazione, contenente le misure volte, entro un lasso di tempo al più triennale, a ripristinare l'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e a migliorare la qualità e l'offerta. Il monitoraggio è stato applicato inizialmente alle Aziende ospedaliere (AO), che rappresentano una quota del totale degli enti sanitari, misurata sui costi, di circa il 23 per cento. A tal fine, è stata individuata una metodologia di calcolo degli scostamenti economici, basata sulla standardizzazione dei ricavi (sulla base delle tariffe nazionali) e sull'esclusione dei

¹ Si desidera ringraziare Fabrizio Tediosi (Università di Basilea) ed Eugenio Anessi Pessina (Università Cattolica del Sacro Cuore) per gli utili suggerimenti e, per i dati e le spiegazioni fornite, il dott. Andrea Urbani, Direttore Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute, la dott.ssa Stefania Garassino, Direttore dell'Ufficio Analisi aspetti economico-patrimoniali dei bilanci degli enti

del SSN e definizione del fabbisogno finanziario del SSN presso lo stesso Ministero, la Dott.ssa Maria Chiara Corti, coordinatrice del Comitato nazionale PNE presso Agenas, nonché il dott. Mario Braga, precedente coordinatore, e la dott.ssa Angela Adduce, Dirigente generale della Ragioneria generale dello Stato.

contributi in conto esercizio indistinti (spesso concessi dalle Regioni alle aziende a meri fini di riequilibrio contabile). Al contempo sono stati specificati gli indicatori di volume, qualità ed esiti.

Il processo avviato dalla legge di stabilità per il 2016 è stato frenato dalla risposta conflittuale di alcune Regioni, con ricorsi alla Consulta, conseguente revisione delle procedure e successiva interruzione del meccanismo, forse in attesa di raggiungere una sintonia tra livelli di governo, e alcuni enti sono stati nel frattempo sottratti all'applicazione della normativa attraverso trasformazioni della loro natura giuridica.

Tuttavia, l'obbligo di calcolare i parametri finanziari utili a valutare la necessità o meno di un piano di rientro ha spinto le AO, in alcune Regioni, a una più corretta e completa contabilizzazione delle voci di bilancio. Inoltre molte aziende, anche per dimostrare che i volumi erogati sono in regola con le prescrizioni, si sono preoccupate di migliorare la rilevazione dei dati sulle prestazioni fornite. Questo rende possibile impostare studi più approfonditi e informati sulle aziende ospedaliere e sulle loro *performance*. A queste considerazioni si contrappone l'incertezza sui criteri di valutazione di alcune aziende che, essendo state aggregate ad aziende sanitarie locali nell'ambito di una ristrutturazione della rete di servizi regionale, presentano oggi caratteristiche ibride, difficili da inquadrare.

In questo studio si è inteso, tra l'altro, verificare se l'introduzione del sistema dei piani di rientro, malgrado gli ostacoli che ne hanno impedito la piena applicazione, abbia avuto un qualche effetto sugli equilibri finanziari delle AO e sui risultati in

termini di volumi, qualità ed esiti delle cure. Inoltre, si è provato a offrire qualche primo e parziale elemento di informazione su alcuni aspetti di efficienza delle AO. Analisi più approfondite sull'efficienza richiederebbero la disponibilità di informazioni sulla produzione rappresentative della diversa complessità delle prestazioni erogate e dell'articolazione delle funzioni svolte dalle singole aziende, nell'ambito dei servizi sanitari regionali (SSR) o su base nazionale. Tali analisi resterebbero comunque soggette al rischio di omettere *input* e *output* rilevanti e di non riuscire a catturare correttamente la dimensione qualitativa (esito), in un settore in cui il parametro rilevante è il rapporto costo/efficacia.

Nell'esaminare i dati delle AO va sempre tenuto presente che, al di là della definizione di azienda mutuata dal settore privato *profit*, l'oggetto di osservazione è un ente pubblico che deve fornire servizi garantiti ai cittadini e che agisce all'interno di un sistema di incentivi dettato dalle normative in essere (regolazione del settore). Mentre i costi possono essere più facilmente assimilati a quelli di un'impresa privata, anche se eventualmente soggetti a maggiori elementi di rigidità (ad esempio, per la presenza di standard di servizio e strutturali da rispettare, di una regolazione puntuale della retribuzione del personale e del *turnover*), i ricavi rappresentano, piuttosto che il corrispettivo di servizi venduti sul mercato, l'ammontare del finanziamento volto a garantire l'operatività dell'ente. Le regole di finanziamento possono includere meccanismi di incentivazione e possono anche accordare un margine di manovra alle Regioni. È plausibile che le modifiche

normative che incidono sul sistema di incentivi producano mutamenti, più o meno opportunistici, nei comportamenti, volti ad adeguare i bilanci alle nuove richieste.

Non stupisce pertanto che, stando alle analisi effettuate, emerga un cambiamento nella dinamica delle voci di bilancio a partire dal 2015, anno di approvazione delle norme sui piani di rientro degli ospedali, che fa pensare proprio a uno sforzo di adattamento ai nuovi parametri di equilibrio, legato essenzialmente all'effetto annuncio e al dibattito che ha accompagnato l'introduzione del nuovo regime. Si osserva anche un miglioramento, nel corso del triennio 2015-18, dei risultati delle aziende in termini di volumi, qualità ed esiti, ma questo aspetto è il più arduo da valutare, perché difficile da canalizzare entro parametri misurabili e monitorabili.

Per quanto riguarda i risultati di bilancio, l'analisi effettuata consente di proporre una serie di considerazioni. Innanzitutto, l'esame in serie storica (anni 2010-18) fa emergere prima del 2015 uno scostamento medio in percentuale dei ricavi, calcolato secondo la metodologia contemplata nell'ambito della normativa sui piani di rientro, abbastanza stabile, ma in aumento nel 2014. Tale aumento sembra essere legato principalmente a una progressiva riduzione dei ricavi da prestazioni, ovvero i finanziamenti alle aziende ospedaliere basati su un sistema di pagamento

prospettico, con tariffe predeterminate, che sono tarati sul volume dei servizi erogati, in presenza di costi abbastanza stabili². Distinguendo le aziende in base al fatto che risultino, secondo i nostri calcoli, adempienti o meno nel 2015 rispetto alle nuove regole introdotte, si osserva che per le aziende con scostamenti eccessivi (aziende inadempienti) tale riduzione è cominciata più presto, dal 2010. La diminuzione di questi ricavi a sua volta è stata provocata in parte, soprattutto nelle aziende adempienti, da una riduzione dei contributi per finanziare prestazioni extra-LEA e in parte, specialmente in quelle inadempienti, da una diminuzione degli introiti per prestazioni remunerate a tariffa (ricoveri, anche in mobilità attiva, e specialistica ambulatoriale, comprese le partecipazioni a partire dal 2013). Anche gli introiti da intramoenia sono risultati in calo, soprattutto nelle AO inadempienti. Hanno continuato invece a crescere nel periodo i rimborsi su farmaci (spesso innovativi e costosi) forniti a pazienti non ricoverati, soprattutto nelle aziende adempienti.

La riduzione delle entrate può essere dipesa dalle modifiche introdotte nel sistema tariffario nazionale e in quelli regionali e dalla contrazione del perimetro dell'intervento pubblico, dovuta all'effetto combinato di fattori di offerta e di domanda³. Dal lato dell'offerta hanno inciso la riduzione del personale e dei posti letto, le insufficienze organizzative che non hanno consentito di far fronte a tali

² La metodologia adottata, come si vedrà, tende a ingrandire gli effetti di variazioni dei ricavi da prestazioni, rendendo proporzionali a questi ultimi le entrate volte a coprire il costo delle funzioni svolte dall'ospedale che non sono pagate a tariffa.

³ Si osservi che la letteratura economica assume in genere che in un modello misto gli ospedali

competano per i pazienti secondo un qualche modello di competizione spaziale, anche se gli obiettivi possono essere diversi tra enti pubblici e privati (Levaggi, L. e Levaggi, R. (2017), "Oligopolistic competition for the provision of hospital care", SIEP WP n. 723, maggio).

riduzioni senza conseguenze sulla qualità dei servizi resi e l'obsolescenza dei macchinari legata alla carenza di investimenti in nuove tecnologie. Dal lato della domanda, la diminuzione della richiesta di prestazioni specialistiche – soggette a compartecipazioni rilevanti, anche per l'introduzione del cosiddetto *superticket* di 10 euro per ricetta – sembra essere dovuta, in un primo momento, agli effetti della crisi. In seguito, si è probabilmente verificato uno spostamento verso il privato, divenuto sempre più competitivo, anche grazie a politiche di prezzo e campagne pubblicitarie mirate all'induzione della domanda e all'allargamento delle quote di mercato e favorito, oltre che dal *superticket*, dall'ampliamento delle agevolazioni fiscali sul welfare aziendale.

Nel settore ospedaliero, generalmente, vi sono difficoltà a contenere i costi in misura paragonabile al ridimensionamento dei ricavi, per la quota elevata dei costi fissi e la rigidità dei fattori produttivi. Tuttavia, nel periodo osservato, nelle aziende inadempienti si è verificato un calo delle spese di personale, legato alle numerose misure adottate (con una significativa diminuzione del numero delle teste), che ha in buona misura compensato l'aumento degli acquisti di beni, specialmente farmaci, di altri servizi e degli altri costi. Nelle aziende adempienti il bilanciamento è stato minore e l'aumento del totale più rapido.

Alla riduzione delle entrate delle aziende su prestazioni remunerate a tariffa si è accompagnato, in questa fase, un incremento dei contributi in conto esercizio concessi dalle Regioni, volto essenzialmente a coprire i disavanzi di

bilancio delle AO, ma ininfluenza rispetto agli scostamenti calcolati secondo la metodologia definita ai fini della normativa sui piani di rientro.

La fotografia del sistema ospedaliero scattata nel 2015, l'anno su cui è stata applicata la procedura per l'individuazione delle aziende che avrebbero dovuto predisporre un piano di rientro, mostra differenze rilevanti tra quelle adempienti e quelle inadempienti, sia in termini di scostamento in percentuale dei ricavi, sia di livello dei ricavi, normalizzati per posto letto (operazione che non risolve perfettamente i problemi di confronto tra aziende, ma può offrire qualche primo elemento di valutazione dell'efficienza). La variabilità appare minore una volta distinte le aziende per dimensione. La maggiore capacità attrattiva delle aziende adempienti può dipendere da circostanze legate alle specialità cliniche presenti nelle diverse aziende e al relativo grado di complessità, ma anche plausibilmente da una insufficiente riorganizzazione complessiva dell'offerta e da una minore qualità dei servizi nel gruppo delle aziende inadempienti. Infatti queste ultime più frequentemente non rispettano i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti, e ottengono meno risorse dalla mobilità attiva.

Quanto ai costi, non troppo distanti nel complesso tra aziende adempienti e inadempienti se calcolati per posto letto, emerge il peso maggiore (sia in termini di incidenza sui ricavi, sia di quota sui costi complessivi) della spesa di personale nelle seconde, malgrado il calo più forte negli anni immediatamente precedenti. Le piccole e le grandi imprese, inoltre, mostrano una minore spesa per il

personale dipendente rispetto alle medie e una maggiore spesa per personale non dipendente.

A partire dal 2015, le tendenze di costi e ricavi si modificano, tanto da consentire un miglioramento consistente dei saldi fino al 2017 e un lieve peggioramento nel 2018. Si osserva infatti nelle aziende adempienti un rapido aumento dei costi, più che compensato da una ancora più veloce crescita dei ricavi, mentre le aziende inadempienti si assicurano una crescita dei ricavi meno importante, ma riescono a ridimensionare i costi nel 2016 e nel 2017. L'impressione che su questi risultati abbia influito l'introduzione della normativa sui piani di rientro non può essere corroborata dalla constatazione di una predisposizione e applicazione tempestiva di tali piani in tutte le aziende che ne avrebbero avuto la necessità, dal momento che il processo si è interrotto in molte regioni o è andato avanti con lentezza. Appare tuttavia probabile che il confronto con le nuove regole abbia spinto comunque le aziende a sforzi maggiori per non rientrare – o non rientrare più – nel novero degli enti inadempienti, sia cercando di aumentare la produzione ed erogazione effettiva (e quella contabilizzata), sia, nei casi di aziende con scostamenti eccessivi, attraverso un migliore controllo dei costi (realizzato malgrado un rialzo delle spese di personale). Può aver giovato la conclusione di alcuni processi di ristrutturazione delle reti ospedaliere. Nel confronto tra aziende adempienti e inadempienti si rafforza comunque negli anni più recenti la capacità attrattiva delle prime.

Tutto questo è avvenuto in presenza di un miglioramento dei risultati relativi a qualità, esiti e volumi. Con riguardo ai

segnali trasmessi da questi indicatori si ritiene che sia necessario adoperare tuttavia una ulteriore dose di prudenza, per la difficoltà a imbrigliare in un numero limitato di parametri tutti gli aspetti della valutazione dell'*output* e dell'*outcome* di un ospedale.

La presente analisi può contribuire alla comprensione dello stato dei grandi ospedali italiani nel momento in cui si sono trovati ad affrontare l'emergenza sanitaria in corso e può rappresentare una base di partenza per esaminare in seguito gli effetti delle ristrutturazioni adottate nelle AO per far fronte alla diffusione del COVID-19 (soprattutto attraverso l'aumento dei posti di terapia intensiva e il reclutamento di nuovo personale, previsti dai decreti legge 14, 18 e 34 del 2020).

Di seguito, si descrivono innanzitutto il quadro normativo (paragrafo 2) e la metodologia per la verifica dell'adempienza o meno ai parametri economico-finanziari e a quelli di volume, qualità ed esiti, ripercorrendo anche il laborioso processo che ha portato all'individuazione delle aziende da sottoporre a piano di rientro, alla predisposizione e all'approvazione di alcuni piani da parte delle Regioni (paragrafo 3). Quindi si riportano sinteticamente i contenuti di taluni piani, cercando di evidenziare le caratteristiche comuni tra di essi (paragrafo 4). Una volta studiati gli aspetti regolatori e gli sviluppi concreti della politica in esame, si passa alle analisi più approfondite sui bilanci e sugli indicatori di volumi ed esiti. A tal fine ci si sofferma preliminarmente su una descrizione di metodi, dati e fonti utilizzati (paragrafo 5), quindi si presentano i risultati delle verifiche compiute sul

rispetto dei parametri imposti dalla normativa sui piani di rientro dal 2015, l'anno di avvio del processo in esame (paragrafo 6), infine si confrontano i valori di alcuni indicatori economici, riferiti al 2015, per gruppi di aziende (paragrafo 7) e si analizza l'evoluzione degli scostamenti, dei costi e dei ricavi nel tempo, per le aziende adempienti e inadempienti (paragrafo 8).

2. Il quadro normativo

La L. 208/2015 ha stabilito di applicare la nuova *governance* innanzitutto alle aziende ospedaliere e solo successivamente alle aziende sanitarie locali (ASL) e ai relativi presidi a gestione diretta o altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura.

In prima battuta si è dunque stabilito che le Regioni, ogni anno, individuino, tra le AO, anche universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e gli altri enti pubblici che forniscono prestazioni di ricovero e cura, quelli che non abbiano rispettato una o entrambe le condizioni di seguito delineate⁴:

a) uno scostamento tra i costi risultanti dal conto economico (CE) consuntivo e i ricavi, determinati come remunerazione dell'attività⁵, inferiore al 10 per cento di

questi ultimi, oppure a 10 milioni in valore assoluto; successivamente queste soglie, con la legge di bilancio per il 2017 (L. 232/2016), sono state abbassate rispettivamente al 7 per cento o a 7 milioni in valore assoluto;

b) l'aderenza ad appositi parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Gli enti inadempienti rispetto ad almeno una di queste condizioni sono stati sottoposti all'obbligo di predisporre un piano di rientro.

La metodologia dettagliata di valutazione dello scostamento, l'individuazione degli ambiti assistenziali e dei parametri di riferimento per volumi, qualità ed esiti delle cure⁶, le linee guida per la preparazione dei piani di rientro sono stati rinviati a un decreto del Ministro della Salute, di concerto con quello dell'Economia e delle finanze, che è stato emanato nel giugno 2016 (Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016), sentita, come previsto dalla L. 208/2015, la Conferenza Stato-Regioni.

Nell'ambito dell'applicazione del processo di valutazione delle aziende la legge ha previsto che gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), sottoposti a obblighi di trasparenza sul bilancio⁷, attivino un sistema di monitoraggio delle attività

⁴ L. 208/2015, art. 1, comma 524, lettere a) e b).

⁵ Ai sensi del D.Lgs. 502/1992, che distingue le funzioni assistenziali, da remunerare in base al costo standard di produzione del programma (ad esempio patologie croniche, malattie rare, prevenzione, emergenza), dalle attività (assistenza ospedaliera per acuti e assistenza specialistica ambulatoriale), compensate in base a tariffe predefinite per prestazione. È stato previsto anche un aggiornamento degli schemi di bilancio allegati al D.Lgs. 118/2011.

⁶ Da fissare tenendo conto del regolamento sugli standard ospedalieri (DM 70 del 2 aprile 2015).

⁷ Con pubblicazione delle informazioni sul sito web degli enti e delle Regioni. Eventuali inadempienze degli enti implicano un illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

assistenziali e della relativa qualità, da raccordare con quello già previsto per le Regioni dal DL 158/2012, collegato al programma nazionale di valutazione esiti⁸.

Alle Regioni è stato attribuito il compito di valutare e approvare i piani di rientro⁹, che devono essere coerenti con la programmazione regionale (e, se presente, con il piano di rientro regionale) e con le linee guida previste dall'apposito decreto¹⁰.

Ulteriori disposizioni regolano le verifiche sui piani e l'erogazione delle risorse.

L'approvazione dei piani di rientro degli enti del Servizio sanitario regionale (SSR) e l'ammontare degli scostamenti vanno comunicati ai tavoli tecnici per la verifica degli adempimenti e dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), i quali hanno il compito di controllare che venga iscritta una quota del fondo sanitario regionale pari ai saldi negativi degli enti in piano di rientro nel bilancio della gestione sanitaria accentrata¹¹. In seguito la Regione (o il Commissario *ad acta*) deve verificare l'attuazione del piano con cadenza

trimestrale. Qualora il risultato di tale verifica sia positivo può essere erogata come anticipazione una parte delle risorse iscritte in bilancio, altrimenti la Regione (o il Commissario) deve adottare le misure del piano volte al riequilibrio finanziario, nel rispetto dei livelli di assistenza¹².

Le regole introdotte con la L. 208/2015 tendono a focalizzare l'attenzione a livello microeconomico, sulla produttività delle singole aziende, mirando gli sforzi verso il recupero di efficienza ed efficacia dei singoli punti di erogazione delle prestazioni. La premessa necessaria è un miglioramento della qualità e completezza delle informazioni disponibili, che può favorire il monitoraggio da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle finanze anche sulle singole aziende. Lo scopo è quello di prevenire situazioni di squilibrio economico che potrebbero trascinare l'intera Regione in piano di rientro¹³. I piani di rientro regionali, d'altronde, seppure funzionali al ripristino degli equilibri finanziari dei SSR, sono stati giudicati insufficienti ad assicurare una riorganizzazione dell'offerta sanitaria tale da garantire con continuità e in modo

⁸ Tale programma fornisce misure e indicatori utili come supporto per l'*auditing* clinico e organizzativo, il miglioramento dell'efficacia e dell'equità (si veda, in proposito, il sito dell'Agenas (<https://www.agenas.gov.it/programma-nazionale-esiti-pne>)).

⁹ La L. 208/2015 prevedeva che l'approvazione dei piani di rientro avvenisse con provvedimento della Giunta o del Commissario *ad acta*. Questa disposizione è caduta sotto la censura della Corte costituzionale (con la sentenza 192/2017, depositata il 14 luglio 2017, su cui si tornerà). Infatti la ripartizione di competenze è decisa autonomamente da ciascuna Regione tra i propri organi, in base alle proprie norme statutarie e legislative.

¹⁰ Gli interventi previsti dal piano sono da considerare vincolanti e possono portare alla revisione di provvedimenti amministrativi sulla programmazione e pianificazione aziendale.

¹¹ La gestione sanitaria accentrata gestisce direttamente presso la Regione una quota del finanziamento del proprio SSR. È stato stabilito che le Regioni con enti che, non rispettando le due condizioni, dovessero essere sottoposti a piano dovrebbero affrettarsi a istituire tale gestione accentrata, se non già presente.

¹² È stato anche stabilito che i contratti dei direttori generali degli enti sanitari (compresi quelli in essere) prevedano la decadenza automatica in caso di mancata trasmissione del piano o di esito negativo della verifica annuale.

¹³ Si veda Corte dei Conti, "Relazione allegata al giudizio di parifica del rendiconto regionale 2017 della Sezione di controllo per la Liguria" (deliberazione n. 106/2018/PARI).

sostenibile l'erogazione uniforme dei LEA¹⁴.

L'obbligo dei piani di rientro, da un lato, potrebbe rappresentare un significativo condizionamento per le politiche sanitarie regionali, influenzando la possibilità di operare sui bilanci delle singole aziende, all'interno del budget regionale, in modo da evitare l'emergere di disavanzi: infatti, il calcolo dei ricavi ai fini della valutazione dello scostamento segue procedure standard e solo attraverso la richiesta di specifiche deroghe possono essere fatte valere scelte di natura diversa delle Regioni nell'allocazione delle risorse. Dall'altro lato, le disposizioni della legge di stabilità per il 2016 hanno costituito un fattore di sostegno politico-istituzionale per le Regioni che hanno inteso procedere al riequilibrio finanziario delle proprie aziende.

A seguito di un ricorso della Regione Veneto, comunque, la Corte costituzionale ha dichiarato¹⁵ l'illegittimità della previsione che il decreto fosse emanato *sentita* la Conferenza Stato-Regioni, anziché *previa intesa*. Mentre il decreto è stato dunque nuovamente inviato alla Conferenza Stato-Regioni per l'intesa, come si vedrà in dettaglio più avanti alcune Regioni si sono comunque basate su di esso per individuare le aziende che non

rispettavano le condizionalità e hanno avviato l'operazione dei piani di rientro.

3. La metodologia di applicazione del sistema dei piani di rientro aziendali

Il disavanzo cui guardare per valutare se la condizione di equilibrio finanziario sia rispettata – punto a) del decreto – non corrisponde a quello risultante dai modelli di Conto Economico (CE) in cui sono riportati i bilanci aziendali. Su questi ultimi, infatti, influiscono diversi fattori (tariffe regionali differenziate, trasferimenti di varia natura alle aziende) tali, a volte, da annullare le perdite. Per tali ragioni ai costi e ricavi contabilizzati dalle Regioni devono essere apportate una serie di correzioni, definite dal decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016. In particolare: 1) non si tiene conto delle poste di natura straordinaria; 2) non si considera la rettifica dei contributi in conto esercizio per destinazione a investimenti; 3) si standardizzano i ricavi da prestazioni di ricovero e il finanziamento per funzioni. Di seguito queste correzioni sono descritte in maggior dettaglio.

Per quanto riguarda la prima correzione, i costi e i proventi di natura straordinaria sono esclusi proprio perché non contribuiscono a dare conto della gestione strutturale (si stima che il saldo di proventi

¹⁴ Si veda Aimone Gigio L., Alampi D., Camussi S., Ciaccio G., Guatini P., Lozzi M., Mancini A. L., Panicara E. e Paolicelli M. (2018), "La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro", Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza, n. 427; si vedano anche i lavori presentati al Workshop "L'esperienza dei Piani di Rientro dai deficit sanitari: valutazioni e prospettive", organizzato dalla Banca d'Italia e dall'Università Cattolica del Sacro Cuore,

Roma 17 giugno 2019, disponibili sul sito della Banca d'Italia al link https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/altri-atti-convegni/2019-piani-rientro-deficit-sanitari/index.html?com.dotmarketing.htmlpage.language=102&pk_campaign=EmailAlertBdi&pk_kwd=it.

¹⁵ Sentenza della Corte costituzionale 192/2017, depositata il 14 luglio 2017.

e oneri straordinari, in aggregato, calcolato sui dati di consuntivo 2015, sia stato attivo per circa 114 milioni).

Quanto alla seconda correzione, la rettifica dei contributi in conto esercizio per destinazione a investimenti viene attuata in base al D.Lgs. 118/2011. Tale disposizione richiede che i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio siano interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione. Si tratta di un'operazione che viene realizzata attraverso uno storno di ricavi piuttosto che con il consueto sistema di appostare un costo per ammortamento anticipato (al riguardo si stimano minori ricavi per circa 311 milioni nel 2015). Questa norma era stata introdotta per assicurare una rappresentazione più corretta nel bilancio, mirando a evitare lo squilibrio positivo del conto economico che deriverebbe dalla registrazione in entrata dell'intero contributo in conto esercizio a fronte della registrazione in uscita della sola rata di ammortamento del cespite acquisito¹⁶. Si tratta tuttavia di una disposizione non coerente con il principio di competenza economica¹⁷.

Passando alla terza correzione, i ricavi sono sottoposti a revisioni radicali. Il decreto li distingue in tre voci: ricavi da prestazioni, finanziamento per funzioni massimo

ammisibile e altri ricavi, come si spiega in dettaglio nel Riquadro 1 "Le correzioni sui ricavi".

Complessivamente, nel 2015, lo scostamento assoluto tra costi da conto economico e ricavi massimi ammissibili, calcolato secondo i criteri del decreto, risulta pari a circa 519 milioni, un livello inferiore al risultato di esercizio che emerge dai conti economici (pari in aggregato a 759 milioni). Tuttavia, mentre quest'ultimo viene prodotto da poche aziende con passivi elevati, in presenza di una maggioranza di aziende con risultato nullo o vicino a zero (44 aziende pari al 42,3 per cento del totale), il disavanzo ricalcolato ha una variabilità di gran lunga maggiore e non è mai nullo o quasi (fig. 1).

Lo scostamento percentuale da confrontare con il limite imposto dalla legge è misurato rapportando lo scostamento assoluto alla remunerazione dell'attività, ovvero alla somma dei ricavi da prestazioni e del finanziamento per funzioni massimo ammissibile (sono quindi escluse dal denominatore tutte le voci classificate negli altri ricavi).

Secondo lo studio del CERGAS-SDA Bocconi già citato¹⁸, l'operazione di correzione dei conti prevista dal decreto di giugno 2016 potrebbe essere migliorata.

¹⁶ La disposizione è pienamente in vigore dal 2016; per il 2015 è stato previsto che il 20 per cento venisse ammortizzato nell'anno successivo. Si osservi che nel caso di investimento coperto con contributi in conto capitale la rettifica non si rende necessaria in quanto i contributi sono iscritti nel patrimonio netto e vengono via via stornati a proventi in modo da sterilizzare l'ammortamento ogni anno imputato.

¹⁷ Si veda Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E. (2017), "Le *performances* economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei "Piani di Rientro Aziendali"", in Rapporto OASI 2017, a cura di CERGAS-SDA Bocconi.

¹⁸ Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E. (2017), *op. cit.*, i cui risultati in termini di effetti complessivi delle correzioni sono sostanzialmente confermati dalle elaborazioni di questo lavoro.

Riquadro 1 – Le correzioni sui ricavi previste dal decreto

Ricavi da prestazioni. – Questi ricavi comprendono quelli ottenuti dalla fornitura di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici, le compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini e le risorse aggiuntive delle Regioni o Province Autonome a titolo di copertura extra-LEA, ed escludono quelli per prestazioni erogate ad altri soggetti pubblici, che vengono imputati nella voce residuale degli altri ricavi. I primi dipendono dalle tariffe adottate, che alcune Regioni hanno fissato in maniera autonoma. In particolare, per alcune Aziende le tariffe medie sono più elevate di quelle nazionali, mentre nelle Regioni sottoposte a piano di rientro deve essere rispettato il tariffario massimo nazionale. Ai sensi del decreto i ricavi da prestazioni di ricovero erogate ad aziende sanitarie pubbliche della Regione e a soggetti pubblici extra-Regione sono rideterminati in base alle tariffe nazionali¹⁹ (nell'insieme, si stima che la correzione sui ricavi da prestazioni aggrava il disavanzo per circa 498 milioni²⁰).

Finanziamento per funzioni massimo ammissibile. – Questa voce sostituisce i contributi in conto esercizio effettivi indistinti²¹, non direttamente legati al numero di prestazioni erogate, che rappresentano finanziamenti per funzioni non tariffabili (come ad esempio i servizi di emergenza), ma sono concessi di fatto anche a fini di riequilibrio²². Onde pervenire a un dato di disavanzo utile a valutare l'inefficienza gestionale, come si propone il decreto, il finanziamento per funzioni ammissibile viene rideterminato in proporzione ai ricavi da prestazioni. Il coefficiente di riproporzionamento, in sede di prima applicazione, è calcolato per tutte le aziende a partire dalla disposizione normativa (D.Lgs. 502/1992) che impone per la remunerazione delle funzioni il limite massimo del 30 per cento del totale della remunerazione dell'attività (ne discende un valore aggregato di 7.387 milioni circa, contro 6.846 di contributi effettivi, con un impatto favorevole sul disavanzo aggregato). In dettaglio:

Finanziamento per funzioni massimo ammissibile = $0,30 \times$ Remunerazione dell'attività

Considerato che la remunerazione dell'attività è pari al finanziamento per funzioni massimo ammissibile più i ricavi da prestazioni normalizzati, si ottiene che:

Finanziamento per funzioni massimo ammissibile = $(0,3/1-0,3) \times$ Ricavi da prestazioni normalizzati.

Il coefficiente risulta pertanto appena inferiore al 42,9 per cento. La percentuale del 30 per cento in futuro potrebbe essere modificata.

Questo sistema di contabilizzazione può avere l'effetto di incentivare l'aumento del "fatturato" o, almeno, la più completa contabilizzazione dello stesso²³.

Altri ricavi. – Negli altri ricavi confluiscono le voci sin qui non considerate.

¹⁹ Il decreto riporta in una tabella tutti i coefficienti da utilizzare, azienda per azienda, per ricalcolare i ricavi con tariffe normalizzate. Tali coefficienti sono stati stimati, inizialmente, sul 2014 e rappresentano la differenza tariffaria percentuale tra il valore contabilizzato nei modelli CE 2014 a consuntivo e il valore, a tariffe nazionali, delle prestazioni erogate nel 2014 come quantificate dai flussi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

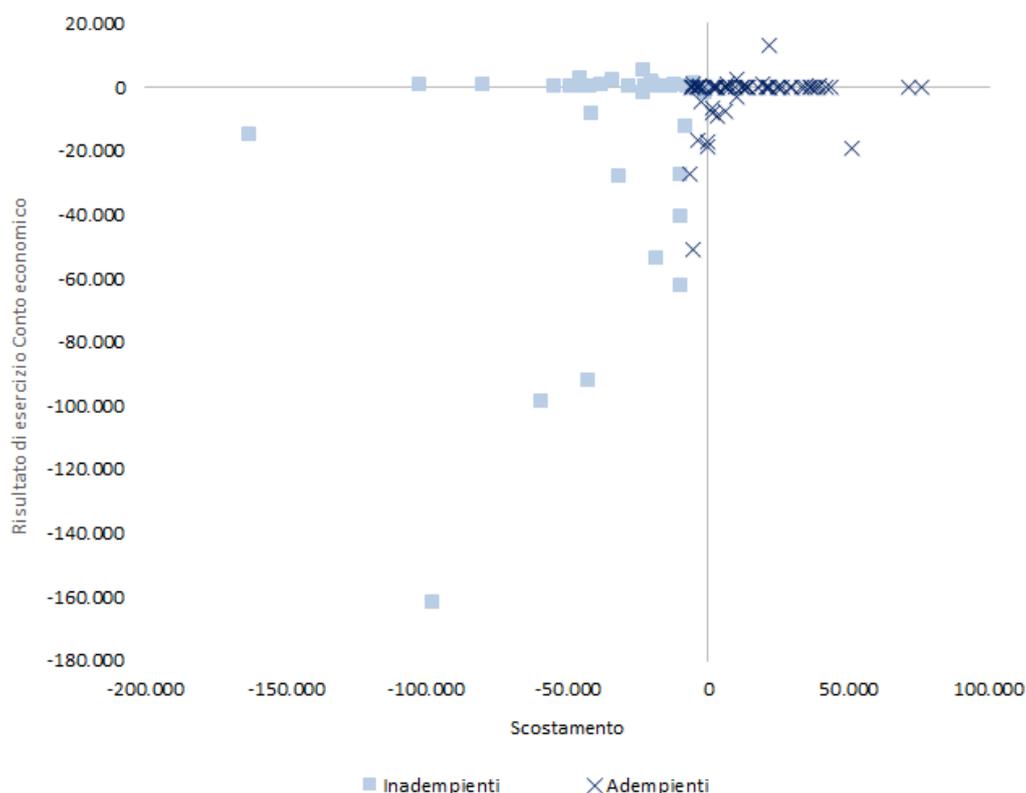
²⁰ Per calcolare l'impatto di questa revisione si sono attuate alcune correzioni ai dati dei modelli CE, su cui si tornerà più avanti.

²¹ Le voci sostituite sono i contributi da Regione o Provincia Autonoma per quota Fondo sanitario regionale indistinto, i contributi da Regione o Provincia Autonoma extra fondo (risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA e altre non vincolate e non rivolte alla copertura extra-LEA), i contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Provincia Autonoma extra fondo non vincolati.

²² Si veda Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E. (2017), *op.cit.*.

²³ Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E. (2017), *op. cit.*

Fig. 1 – Risultato di esercizio da Conto economico e come risultante dall'applicazione del decreto ministeriale (migliaia di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

Infatti, la normalizzazione delle tariffe è applicata solo alle prestazioni di ricovero e non si tiene conto di altre differenze tra Regioni nei criteri di finanziamento di alcune prestazioni (come i servizi di emergenza) e in quelli di rimborso di farmaci e dispositivi, né sono ben colte le caratteristiche specifiche di alcune discipline (quali la pediatria). Anche l'applicazione di una percentuale fissa per determinare il finanziamento per funzioni trascura le differenze tra enti in termini di attività di emergenza e/o ricerca o altri progetti o servizi svolti da una azienda per l'intera regione o anche più regioni (ad esempio la presenza di un centro sangue). Ancora, dal lato dei costi, non si considera la specificità delle Aziende Universitarie,

dove il personale è in parte a carico dell'Università. Si tenga inoltre presente che il meccanismo di determinazione del finanziamento per funzioni, che lo rende proporzionale ai ricavi da prestazioni, tende a incentivare l'aumento del fatturato (si veda il paragrafo 4 per alcune esemplificazioni di problemi di questo tipo tratte dai piani predisposti dalle AO).

Per il momento, comunque, è stato consentito alle Regioni di far valere, attraverso la presentazione al Ministero della Salute di adeguata documentazione

e/o specifici provvedimenti regionali²⁴, eventuali: 1) specificità di remunerazione delle prestazioni di emergenza territoriale, psichiatria e medicina penitenziaria o di altre attività di carattere regionale e degli investimenti a carico dei contributi in conto esercizio; 2) modifiche sul sistema di remunerazione intervenute nel corso del 2015. Questo ha consentito di introdurre alcuni margini di flessibilità nel processo.

Complessivamente, la metodologia proposta sembra avere il pregio di fare emergere le particolarità delle singole aziende in termini di funzioni non tariffate e in generale di attività la cui remunerazione potrebbe non seguire criteri di trasparenza, mentre stimola una maggiore attenzione sulla redazione dei bilanci e sull'inserimento delle informazioni nei flussi informativi (si veda ancora il paragrafo 4 per alcuni esempi). Resta evidentemente un rischio di discrezionalità nella valutazione delle diverse situazioni che può essere contrastato solo dalla massima trasparenza e divulgazione delle informazioni sulle valutazioni e sui processi.

Anche la metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e dei parametri di riferimento per la valutazione delle strutture – punto b) del decreto ministeriale del 21 giugno 2016 – è piuttosto complessa. Il processo è gestito nell'ambito del Piano Nazionale Esiti (PNE). Vengono individuate alcune aree cliniche e il punteggio di ogni stabilimento di Ente ospedaliero per ogni area è dato dalla media dei punteggi degli

indicatori relativi alla singola area, ponderati per il relativo peso.

Più in dettaglio, per ogni area viene determinata la quota di attività erogata sul totale (relativo a tutte le aree), considerando i soli ricoveri in regime ordinario con degenza superiore a un giorno relativi a tutta l'attività non esclusivamente diagnostica. Ogni area prevede poi uno o più indicatori, con punteggi compresi tra 1 (classe di valutazione molto-alta) e 5 (molto bassa) e pesi proporzionali alla corrispondente rilevanza e validità nell'ambito dell'area clinica. Per la definizione delle classi di valutazione si deve tenere conto delle soglie minime di rischio indicate nel DM 70 del 2 aprile 2015, relativo agli standard dell'assistenza ospedaliera (ad esempio, minimo 60 per cento di interventi chirurgici entro 48 ore su persone di età maggiore o uguale a 65 anni con fratture del femore), di altre indicazioni normative in vigore, della letteratura scientifica e della distribuzione osservata nelle strutture ospedaliere nell'anno più recente disponibile. Per i punteggi relativi agli indicatori relativi a parto, colecistectomia e interventi per tumore alla mammella è attribuita una particolare rilevanza al volume di attività²⁵.

Per il 2016, sono state indicate sette aree: cardiocircolatoria, sistema nervoso, apparato respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare. Il decreto riporta l'elenco degli indicatori per il 2016, distinti per area clinica, con il relativo peso e i valori soglia utili a valutare i punteggi (basati sulle SDO 2014).

²⁴ Si prevedeva che le risultanze dell'istruttoria del Ministero della Salute fossero poi condivise formalmente con le Regioni coinvolte, nel corso di appositi incontri tecnici in presenza del ministero dell'Economia e delle finanze.

²⁵ Nel caso questo sia inferiore al valore soglia riportato dal DM 70/2015 viene attribuita la classe di valutazione più bassa.

Indicatori, pesi e valori soglia vengono elaborati e pubblicati annualmente nell'ambito del PNE, insieme alle informazioni sulla valutazione di ogni singola Azienda (attraverso la piattaforma Treemap, su cui torneremo di seguito).

Si tratta quindi di individuare come non adempienti gli Enti che comprendono almeno uno stabilimento con una o più aree cliniche che presentano: 1) una quota delle attività assistenziali superiore al 15 per cento delle dimissioni totali con una valutazione di qualità *molto bassa*; 2) una quota di attività superiore al 33 per cento delle dimissioni con una valutazione di qualità *bassa*²⁶.

Si ricorda ancora che il decreto del giugno 2016 ha affrontato il caso della Regione Lombardia, che ha proceduto a una ristrutturazione del proprio SSR, accorpando la maggior parte delle AO all'interno di nuove Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) insieme alle ASL (Legge Regionale 23/2015); operazioni simili sono state in seguito realizzate nel Friuli Venezia Giulia e successivamente in Emilia Romagna²⁷. Il Decreto ha richiesto alla Lombardia di sottoporre la documentazione volta ad attestare l'assimilabilità di alcune aziende alle ASL, al fine di pervenire all'individuazione delle AO da sottoporre a piani di rientro.

Nel Riquadro 2 "L'individuazione delle aziende da sottoporre a piano di rientro nel 2015" si presentano le valutazioni sulle AO inadempienti rispetto ai parametri finanziari (punto a) del decreto) e a quelli relativi a

volume, qualità ed esiti delle cure (punto b) nel 2015 e si ripercorre il processo di verifica da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle finanze, in interlocuzione con le Regioni, sulle aziende con caratteristiche tali da richiedere un piano di rientro, che ha portato infine alla predisposizione di alcuni piani.

4. I contenuti dei piani di rientro

Malgrado il rallentamento e poi la sospensione del meccanismo di monitoraggio sulle aziende, di verifica degli squilibri e di predisposizione/realizzazione di piani di rientro, l'avvio del processo, l'enfasi posta su un concetto di equilibrio diverso dal risultato di esercizio dei CE e la stessa stesura di alcuni piani indicano che potrebbero essersi verificati alcuni cambiamenti nel modo di operare delle AO, che potrebbero aver condizionato i risultati contabili e quelli quali-quantitativi. Una lettura dei piani di rientro disponibili può aiutare a comprendere in quale direzione si siano mosse le aziende negli ultimi anni, anche in funzione dei nuovi incentivi/disincentivi, che pure sono rimasti debolmente pregnanti. Si osservi che la diluizione dei tempi di individuazione delle aziende inadempienti, di elaborazione dei piani e di approvazione degli stessi – quando pure il processo non si è interrotto del tutto – ha implicato

sfuggendo di fatto all'applicazione del decreto del 21 giugno 2016; in Emilia Romagna nel 2018 si è realizzata la fusione tra l'AUSL di Reggio Emilia e l'Azienda ospedaliera "Arcispedale Santa Maria Nuova" nell'Azienda sanitaria unica Azienda UsI di Reggio Emilia - IRCCS.

²⁶ Nel caso di ospedali riuniti le percentuali del 15 e del 33 per cento vanno riferite alle dimissioni totali dell'intera azienda ospedaliera.

²⁷ Nel Friuli Venezia Giulia l'AOU Ospedali riuniti di Trieste e quella di Udine sono state incorporate, rispettivamente, nell'Azienda sanitaria universitaria di Trieste e in quella di Udine dal maggio 2016,

Riquadro 2 – L'individuazione delle aziende da sottoporre a piano di rientro nel 2015

Le analisi sono basate sui dati dei modelli CE relativi al consuntivo 2015 e su quelli, riferiti allo stesso anno, della piattaforma Treemap contenuta nella banca dati PNE edizione 2016. Tuttavia si sono dovute apportare alcune correzioni. Infatti, in Campania e Sardegna i ricavi da prestazioni non erano stati contabilizzati nei conti CE in maniera corretta (enucleandoli dal finanziamento indistinto) e, pertanto, la Regione ha proceduto, come richiesto dal decreto del 21 giugno 2016, alla valorizzazione di tali ricavi attraverso i dati dei flussi di ricovero ospedaliero, di pronto soccorso e di attività ambulatoriali²⁸. Sono stati usati i codici di normalizzazione dei ricavi riportati dal decreto del 21 giugno 2016 per le 104 aziende ospedaliere²⁹.

Come mostra la tabella R2.1, su 104 AO individuate nei modelli CE 2015 si stima che 42 presentavano uno scostamento eccessivo nel 2015 (punto a)) e 23 non rispettavano i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure (punto b))³⁰. Le aziende individuate come inadempienti rispetto ai vincoli finanziari dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle finanze, dopo gli approfondimenti con le Regioni, sono invece solo 37, e quelle inadempienti sugli aspetti quali-quantitativi 22. Le differenze sono dovute alle seguenti cause:

- 1) la metodologia delineata dal Decreto del 21 giugno 2016 è stata applicata dal Ministero della Salute sui dati del IV trimestre 2015, come previsto, per alcune Regioni (quelle del Centro e del Nord, a eccezione del Piemonte) e sul consuntivo dello stesso anno, che nel frattempo era stato reso disponibile, per altre; i risultati del presente lavoro sono invece riferiti, come già menzionato, al consuntivo per tutte le Regioni;
- 2) la metodologia sembrerebbe essere stata applicata dal Ministero della Salute prima che il livello di scostamento ammissibile fosse ridotto da 10 a 7 milioni e dal 10 al 7 per cento dei ricavi, mentre in questa analisi si è fatto riferimento alla normativa più aggiornata;
- 3) per l'esame delle informazioni del PNE la metodologia è stata applicata in alcuni casi ai dati Treemap riferiti al 2014, in altri a quelli del 2015, mentre in questo lavoro si sono usati sempre quelli relativi al 2015;
- 4) qualche limitata differenza potrebbe discendere dalla difficoltà di tenere conto di alcuni aspetti molto specifici della metodologia o da interpretazioni lievemente diverse del decreto (ad esempio, con riguardo ai dati Treemap, l'applicazione del valore soglia per i volumi, i meccanismi di arrotondamento dei punteggi).

Ulteriori criticità sono dovute alle seguenti circostanze:

- 1) come si è visto, alcune Regioni hanno adottato piani di riordino dei propri SSR che hanno di fatto eliminato una serie di AO a rischio di andare in piano di rientro, anche attraverso accorpamenti con aziende locali (Lombardia, Friuli Venezia Giulia) e questo ha comportato l'interruzione dell'istruttoria tra Ministeri e Regioni;

²⁸ Al fine di inserire le correzioni si sono utilizzate le indicazioni presenti nei provvedimenti delle Regioni volti ad individuare gli Enti tenuti alla presentazione del piano di rientro (Deliberazione n. 63/44 del 25/11/2016 della Regione Autonoma della Sardegna e Decreto n. 102 del 29/9/2016 del Commissario ad acta e del Sub Commissario ad acta della Regione Campania), nonché quelle fornite dal Ministero della Salute. Sono state apportate anche ulteriori limitate correzioni.

²⁹ Il decreto elenca 106 aziende, di cui due chiuse (una nel Friuli Venezia Giulia e una nel Lazio). Non vi sono aziende ospedaliere autonome, e dunque soggette nella prima fase al nuovo regime di regolazione, nelle Regioni Valle d'Aosta, Abruzzo e Molise e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano.

³⁰ Per alcune aziende della Lombardia non è stato possibile valutare l'adempienza sul punto b per mancanza di informazioni sulla quota di attività di alcune aree con punteggi bassi o molto bassi.

Tab. R2.1 – Aziende inadempienti nel 2015

Numero aziende	Anno 2015; Punto a: scostamento > 7 milioni o scost. % > 7 % dei ricavi (consuntivo)	Anno 2015; Punto b: Punteggi PNE insufficienti	Aziende che sono andate o dovrebbero andare in piano di rientro nel complesso (punti a o b)	Aziende che sono andate o dovrebbero andare in piano di rientro sul punto a	Aziende che sono andate o dovrebbero andare in piano di rientro sul punto b	Aziende che sono andate o dovrebbero andare in piano di rientro nel complesso (punti a o b)	Individuazione aziende da sottoporre a piano di rientro da parte Regione ⁽¹⁾	Piano di rientro ⁽¹⁾	
	Stime degli autori			Ministero della Salute					
Piemonte	6	1	1	2	1	1	2	Sì, per azienda con scostamento eccessivo	Approvato
Lombardia	34	9	2	11	8	1	9		
Veneto	3	0	0	0	0	0	0		
Friuli Venezia Giulia	4	2	0	2	1	0	1		
Liguria	2	1	1	2	1	1	2		
Emilia-Romagna	6	1	0	1	1	0	1	Sì	Approvato
Toscana	4	0	0	0	0	0	0		
Umbria	2	0	0	0	0	0	0		
Marche	3	1	1	2	0	0	0		
Lazio	7	5	0	5	6	2	6	Sì	Approvati
Campania	10	8	7	10	7	6	9	Sì	
Puglia	4	2	1	3	2	1	3		
Basilicata	2	0	1	1	0	1	1	Sì	Approvato
Calabria	5	5	4	5	4	4	4	Sì	Non tutti approvati
Sicilia	9	6	4	8	6	4	8	Sì	
Sardegna	3	1	1	2	0	1	1	Sì	Approvato
Totale	104	42	23	54	37	22	47	32	13

Fonte: elaborazioni su dati modelli CE, PNE (Treemap), Ministero della Salute, Deliberazione n. 63/44 del 25/11/2016 della Regione Autonoma della Sardegna e Decreto n. 102 del 29/9/2016 del Commissario *ad acta* e del Sub Commissario *ad acta* della Regione Campania.

(1) Secondo le informazioni reperite, anche sui siti delle Regioni.

2) sono intervenute richieste di deroga da parte di ben dieci Regioni, in parte accolte, in parte ancora sotto il vaglio dei Ministeri, anche perché in attesa di documentazione. Tra quelle in sospeso rientrano le aziende della Regione Lombardia che avrebbero dovuto andare in piano di rientro e la cui situazione è da chiarire a seguito della ristrutturazione del SSR lombardo³¹. Quanto alle altre Regioni, solo in cinque casi il processo di revisione si è concluso, con esito favorevole nel caso del Veneto (dove due aziende risultavano inizialmente inadempienti sui dati del IV trimestre 2015) e della Sardegna (con riguardo all'azienda inadempiente sul punto a)), negativo per Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia, mentre per la Basilicata, che ha chiesto una revisione delle valutazioni per la sola inadempienza relativamente al punto b), le considerazioni della Regione sono state parzialmente accolte, ma è rimasta l'indicazione della necessità di un piano di rientro.

Considerando sia il punto a), sia il punto b), e tenendo conto delle sovrapposizioni, si perviene a un totale di 47 aziende che dovrebbero essere sottoposte a un piano di rientro, stando all'istruttoria svolta presso i Tavoli ministeriali, per alcune delle quali non è stata chiusa la procedura sulla richiesta di deroga.

Il ricorso alla Corte costituzionale e la sentenza di quest'ultima hanno interrotto il processo previsto dalla L. 208/2015, che si è bloccato del tutto in diverse Regioni, come si è visto. In altre, invece, come ad esempio il Lazio, si è ritenuto di cogliere l'occasione offerta dalla normativa per stimolare uno

³¹ La Regione Lombardia ha comunicato che "l'analisi del posizionamento delle proprie aziende per una valutazione delle performance di efficienza viene effettuata sulla base di un proprio modello redatto sulla base delle linee indicate dalla norma e considerando esclusa la parte territoriale" (si veda Corte dei Conti, "Relazione allegata al giudizio di parificazione sul rendiconto generale della regione Lombardia, esercizio 2018", Sezione regionale di controllo per la Lombardia, p. 80. In alcune aziende della Lombardia sono stati predisposti autonomi piani di efficientamento.

sforzo di riequilibrio delle aziende. In alcune Regioni (8), in qualche caso malgrado l'istruttoria sia ancora in corso, sono state individuate le aziende che avrebbero dovuto presentare un piano di rientro. Tali aziende sono concentrate soprattutto, ma non esclusivamente, nelle Regioni del Mezzogiorno e nel Lazio, anche per la soppressione delle aziende ospedaliere lombarde e di alcune friulane. Un numero relativamente basso di piani è stato predisposto e comunque non tutti quelli presentati sono stati approvati dalle Regioni, ma solo 13, a quanto ci risulta.

spesso un differimento dell'arco temporale di attuazione rispetto al triennio 2016-19.

Come accennato, la predisposizione dei piani di rientro si deve basare sulle apposite linee guida, definite dal decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016, insieme alla metodologia per l'individuazione delle AO che necessitano di un piano di rientro.

Le linee guida sottolineano, per la corretta *governance* del processo, l'importanza di individuare dei centri di responsabilità e di costo, di allocare agli obiettivi specifiche risorse (economiche, umane e strumentali) e di assicurare il monitoraggio degli interventi e la rendicontazione dei risultati.

Per quanto riguarda l'assorbimento degli scostamenti tra costi e ricavi, sono previste quattro fasi: 1) l'analisi della situazione economico-gestionale dell'ultimo triennio, volta a identificare le ragioni del disavanzo; 2) la definizione degli obiettivi, degli interventi e delle azioni, considerando il ruolo dell'azienda nella rete regionale e nazionale e i vincoli normativi, in particolare il decreto sugli standard ospedalieri³² e la programmazione regionale e/o i piani di rientro; 3) la predisposizione del conto economico tendenziale e programmatico (e la elaborazione di una tabella volta a ricapitolare gli effetti di sintesi del piano); 4)

il monitoraggio delle azioni e la verifica dei risultati. Per ogni intervento previsto dal Piano devono essere individuati alcuni indicatori di risultato, anche economico, il cronoprogramma delle scadenze e il responsabile dell'attuazione. Il decreto consiglia di indicare gli obiettivi di superamento dell'inefficienza gestionale come riportato nella tabella 1.

Quanto al rispetto dei parametri relativi alla qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, si prevedono piani specifici per le aree cliniche in cui è stata rilevata una qualità bassa o molto bassa, volti a raggiungere almeno la fascia di qualità media per ogni indicatore considerato insufficiente. Il Piano deve contenere una verifica della qualità dei dati di ricovero, una analisi della situazione attraverso *audit* clinici e organizzativi (comprese la verifica della distanza della pratica assistenziale rispetto agli standard clinici basati sulle migliori evidenze scientifiche e la definizione di indicatori volti al monitoraggio e controllo interno dell'aderenza a tali standard) e un programma di interventi.

Per esplorare i contenuti concreti dei piani di rientro, sono stati analizzati alcuni di essi, o documenti di sintesi degli stessi, delibere delle Regioni o decreti dei commissari *ad acta* che danno indicazioni alle aziende per la definizione dei piani.

³² Il Decreto 70/2015 individua come standard un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Tab. 1 – Obiettivi di superamento dell'inefficienza gestionale

Percentuale di scostamento	Rientro minimo nel triennio	Rientro minimo nel primo anno
Inferiore al 20 per cento	70 per cento	20 per cento
20-30 per cento	60 per cento	20 per cento
30-45 per cento	50 per cento	15 per cento
Superiore al 45 per cento	40 per cento	10 per cento

Fonte: decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016.

Di questi materiali si dà sinteticamente conto di seguito.

Sono stati in particolare visionati i seguenti documenti: il piano di rientro dell'AOU Città della salute e della scienza di Torino (Piemonte), approvato dalla Regione solo a dicembre 2017; una sintesi delle strategie e linee di indirizzo per il piano di rientro dell'AOU di Ferrara (Emilia-Romagna), a cura della Direzione generale della stessa Azienda (reperibile su web); il decreto del Commissario *ad acta* del Lazio 223/2017, che approva i piani di rientro delle sei AO della Regione obbligate a presentarli (AO San Camillo Forlanini, AO San Giovanni Addolorata, AOU Umberto I, IRCCS IFO, AOU Sant'Andrea, AOU Policlinico Tor Vergata) e ne propone una sintesi in apposito allegato; il piano di rientro dell'AO Santobono Pausilipon (Campania), non ancora approvato dalla Regione; il piano di riqualificazione dell'IRCCS CROB di Rionero (Basilicata); il piano di rientro dell'AO di Cosenza e alcune indicazioni sulle altre aziende della Regione Calabria tratte dai decreti del Commissario *ad acta* (n. 167, 168, 169 e 170 del 2017 e n. 80 e 81 del 2018) di approvazione (AO di Cosenza, AO di Reggio Calabria, AOU Mater Domini) o di mancata approvazione (AO Pugliese Ciaccio di Catanzaro); il piano di miglioramento della qualità delle cure e adeguamento dell'offerta dell'AOU di Sassari (Sardegna).

Dai materiali citati, non sempre di facile lettura, si sono estratte, senza pretesa di esaustività, alcune informazioni esemplificative delle criticità che i piani individuano alla base delle inadempienze e delle azioni proposte per farvi fronte, per

migliorare l'efficienza e per rafforzare gli aspetti quali-quantitativi dell'offerta.

I piani di rientro delle AO contengono alcuni elementi comuni, individuando fattori analoghi di problematicità e definendo interventi abbastanza simili. Tuttavia, emergono anche alcuni aspetti caratteristici dell'una o dell'altra struttura, la cui attenta analisi porta a definire azioni rivolte a superare specifiche criticità o a sfruttare le opportunità disponibili. Alcune AO, nei propri piani, confrontano gli andamenti delle voci di costo e ricavo con quelli degli analoghi altri enti della Regione.

Problemi e specificità di singole AO. – Molte aziende si sforzano di spiegare le proprie difficoltà come effetto di situazioni specifiche, strutturali o contingenti e, spesso, come conseguenza del ruolo a esse attribuito nell'ambito del SSR. La natura delle aziende può apparire problematica, ad esempio, per alcune delle seguenti circostanze e caratteristiche: rappresentare il centro di riferimento della rete oncologica (con utilizzo di costosi farmaci innovativi); svolgere compiti di formazione continua del personale a livello regionale (azienda universitaria); avere un ruolo di supplenza per la Regione su servizi territoriali carenti (ad esempio post-acuzie); attrarre pazienti pediatrici da altri comuni e regioni; essere collocata in

Regioni in piano di rientro, con applicazione del blocco del *turnover*; disporre di personale con età avanzata, elevato numero di richieste di permessi, presenza di condizioni di disagio lavorativo; essere dotata di strutture vecchie e inadeguate, che necessitano di ristrutturazioni; risentire di scelte precedenti che pesano sui costi (ad esempio il finanziamento della costruzione di un ospedale attraverso concessione, che accresce la spesa per i servizi in convenzione); avere bisogno di sforzi particolari per garantire la legalità.

Interventi di riorganizzazione, ristrutturazione e razionalizzazione. – Numerosi sono gli interventi di riorganizzazione previsti dai piani. Innanzitutto, spesso gli enti puntano a un ripensamento e miglioramento del sistema di integrazione nell'ambito delle reti regionali, mirando a sbarazzarsi delle attività con minore complessità o comunque non attinenti al ruolo di grandi AO (ad esempio quelle ambulatoriali a bassa e media complessità, le dimissioni protette), trasferendo alcune funzioni a carattere sovra-aziendale e rivedendo il rapporto con le Università. L'operazione, da un lato, sembra corrispondere a un obiettivo di razionalità nella gestione del SSR e, dall'altro, appare subordinata alla realizzazione di contestuali interventi sul territorio e sulle strutture alternative, affinché possano far fronte alla maggiore domanda. Si tratta evidentemente di riorganizzazioni complessive che solo la Regione può decidere e mettere in atto e che richiedono comunque tempo e impegno, anche economico-finanziario, da parte della Regione stessa.

Inoltre, i piani prevedono di trasferire e concentrare alcune attività per ottenere economie di scala dal lato delle funzioni logistiche e di supporto (unificazione di sistemi informativi, centralini, magazzini; riorganizzazione dei sistemi di approvvigionamento; integrazione dei servizi amministrativi e tecnico-professionali) e da quello delle attività sanitarie (accorpamento o declassamento delle unità operative, ad esempio chirurgiche, cercando al contempo di accrescere l'appropriatezza).

Questioni contabili e metodologiche. – Molte aziende danno evidenza di vari problemi nella rilevazione e contabilizzazione dei dati a bilancio e di quelli sul volume delle prestazioni, che avrebbero implicato l'emergere nei conti di scostamenti tali da non rispecchiare la realtà e/o l'attribuzione di punteggi insufficienti. Emergono anche diverse critiche su alcuni aspetti della metodologia applicata per valutare gli scostamenti. Ad esempio, si afferma che: i sistemi di rilevazione sottostimano le prestazioni; lo scostamento non si sarebbe determinato a tariffe vigenti; il finanziamento per funzioni non è adeguato a coprire quelle esclusive assegnate dalla programmazione regionale; alcuni oneri correnti rappresentano in realtà remunerazione del capitale investito per la costruzione dell'ospedale. Per il Lazio si lamenta che la metodologia del decreto implicherebbe ricavi ammissibili superiori a quelli reali, incentivando un incremento della produzione, che tuttavia richiederebbe una riduzione di quella delle ASL o del privato, poiché la Regione presenta un eccesso del livello assistenziale ospedaliero.

Questi aspetti sono spesso alla base delle richieste di deroga rispetto all'applicazione

standard della metodologia prevista dal decreto del 21 giugno 2016 e comunque spingono ad adottare misure volte a correggere le poste contabili.

Livelli produttivi e ricavi. – È importante osservare che le AO tendono a raggiungere l'equilibrio non soltanto attraverso la riduzione dei costi (in particolare quello del personale), ma anche tramite un incremento dell'offerta (in alcuni casi la crescita dei volumi è rivolta anche al miglioramento della qualità)³³. Ad esempio, si mira a ridurre i posti letto in *day hospital* e aumentare quelli in ricovero ordinario, oppure accrescere il numero delle dimissioni chirurgiche e la remunerazione media per raggruppamento omogeneo di diagnosi (*diagnosis-related group*, DRG) (eventualmente recuperando interventi specializzati fuori Regione). Se in qualche misura in questa scelta può giocare la ritrosia ad affrontare i nodi di una gestione inefficiente, cercando di assicurarsi un cuscinetto dal lato delle entrate, non sembra d'altronde si possa escludere che vi siano margini per accrescere la produzione pubblica (anche a parità di costo), riducendo magari il ricorso al privato accreditato, oneroso per il SSN, o al privato puro, oneroso per i cittadini, soprattutto in quelle regioni dove l'offerta pubblica è molto carente. Nel caso della specialistica ambulatoriale, erogata anche dalle strutture ospedaliere, questo richiederebbe tra l'altro un ripensamento del sistema delle compartecipazioni, il cui disegno presenta attualmente aspetti di inefficienza e

di iniquità³⁴. Su questi aspetti si tornerà in seguito.

Riduzione dei costi. – Molte sono le misure messe in cantiere dalle aziende per ridurre i costi del personale. Tale obiettivo viene perseguito, oltre che attraverso la riorganizzazione dei servizi e l'unificazione degli uffici amministrativi, cercando di favorire il collocamento in quiescenza e la mobilità interna, introducendo blocchi del *turnover*, impegnandosi a impedire che i fondi della contrattazione integrativa siano sforati a causa dell'erogazione di risorse superiori agli importi deliberati. Al contempo, in alcune aziende sono previste stabilizzazioni di personale a tempo determinato e copertura dei posti vacanti per affrontare carenze di personale (ad esempio anestesisti), concorsi e riorganizzazione interna per sostituire il personale infermieristico di cooperative esterne, eliminazione del blocco *turnover* e autorizzazione di ulteriori assunzioni (anche per ridurre le forme di lavoro alternative). Con riguardo a tali misure la Corte dei Conti ha sottolineato³⁵ che il *turnover* del personale e le nuove assunzioni sono aspetti non del tutto sotto il controllo dalle aziende.

Per governare meglio anche i costi diversi dalla remunerazione delle risorse umane vengono predisposte diverse misure: razionalizzazione degli appalti, dei contratti e delle convenzioni in essere, verifica del

³³ Tuttavia nel Lazio la stesura finale dei piani, approvata dal Commissario *ad acta*, prevede una maggiore riduzione dei costi e una limitazione della crescita dei ricavi rispetto a quanto previsto inizialmente dalle aziende, per i motivi sopra accennati.

³⁴ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2017), "L'emendamento per la riduzione del *superticket*", Flash n. 8.

³⁵ Corte dei Conti, "Relazione del Presidente della sezione regionale di controllo della Corte dei Conti per la Calabria nel giudizio di parificazione del rendiconto generale della regione per l'esercizio finanziario 2017". Il commento viene citato anche dalla relazione illustrativa del DL 35/2019 contenente misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.

costo dei servizi in concessione ed esternalizzati, accertamento della corretta esecuzione dei servizi, standardizzazione dei dispositivi medici e dei beni sanitari, maggiore controllo e appropriatezza della spesa farmaceutica.

5. Metodi, dati e fonti delle analisi sui bilanci e su volumi ed esiti

Per verificare le condizioni di adempienza o meno delle aziende alle condizioni imposte dalla legge di stabilità per il 2016 (punti *a*) e *b*)) anche dopo il 2015 e per approfondire la natura e le cause delle inadempienze e analizzare gli andamenti delle variabili economiche nel tempo è stata creata una banca dati *panel* che comprende, per tutte le AO presenti del 2015: 1) le voci di bilancio tratte dai modelli CE 2010-18 (IV trimestre per il 2018); 2) i dati relativi alle consistenze di personale, resi disponibili dal Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, per il periodo 2010-17; 3) i risultati, in termini di adempienza o meno, ai parametri di volumi, qualità ed esiti delle cure, calcolati in questo lavoro, sui dati Treemap 2016, 2017 e 2018, riferiti rispettivamente agli anni 2015, 2016 e 2017; 4) i dati relativi ai posti letto delle AO, reperibili sul sito del Ministero della Salute (Open data).

Le informazioni raccolte presentano rilevanti limiti e disomogeneità, da tenere in considerazione nell'interpretazione dei risultati:

- le trasformazioni subite dai SSR, con aggregazioni/fusioni, soppressioni di aziende, rendono problematica la

stessa identificazione delle unità di osservazione;

- la qualità delle fonti dei dati utilizzate è migliorata via via nel tempo, ma proprio per questo motivo i confronti intertemporali devono essere considerati con una certa prudenza; in particolare, per alcune Regioni i dati precedenti il 2015 non possono essere utilizzati;
- nel 2012 è cambiato il sistema di codifica delle voci di bilancio dei modelli CE;
- i coefficienti utilizzati per calcolare i ricavi da prestazioni standardizzati sono solo quelli pubblicati dal decreto del 21 giugno 2016 e calcolati sull'anno 2014, non disponendo dei parametri relativi ad altri anni;
- le correzioni realizzate al Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali non necessariamente sono riportate nel database;
- sono presenti aziende ospedaliere universitarie, con caratteristiche gestionali e di bilancio particolari;
- in qualche caso l'identificazione nel PNE degli enti che corrispondono a quelli dei modelli CE non è immediata e si presenta qualche incoerenza anche con i dati del Conto annuale;
- anche i dati del PNE sono in corso di miglioramento, ma ancora in alcuni casi da sottoporre a ulteriori verifiche secondo Agenas.

Va osservato tuttavia che il processo di definizione dei piani di rientro ha

rappresentato una spinta importante per correggere le informazioni trasmesse dalle Regioni, affrontare i dubbi sui sistemi di contabilizzazione, raggiungere in sostanza una maggiore trasparenza.

Ai problemi sopra menzionati si è cercato comunque di far fronte, ove possibile, con diverse procedure di correzione e omogeneizzazione dei dati:

- si è dovuto operare un processo di raccordo dei dati 2010-11 con quelli del 2012, che ha implicato la perdita di alcune informazioni minori;
- si è inserita la correzione dei ricavi da prestazioni, di cui si è detto nel Riquadro 2 “L’individuazione delle aziende da sottoporre a piano di rientro nel 2015”, nei conti di Campania e Sardegna per il 2015; non si dispone di elementi per correggere i dati degli anni precedenti, mentre per il 2016-18 sembra che i modelli CE non presentino più questo problema;
- i dati della Calabria appaiono particolarmente inaffidabili per gli anni precedenti il 2015, ma non si dispone di informazioni utili a correggerli; questo problema potrebbe riguardare anche altre Regioni, sia pure in misura minore;
- è stato possibile tenere conto del fatto che nel corso degli anni alcune aziende sono state aggregate, accorpando le informazioni a esse relative in tutti gli anni del periodo;
- in altri casi alcuni presidi di ASL sono stati accorpati ad aziende ospedaliere, oppure è avvenuto l’opposto (enti appartenenti ad aziende ospedaliere sono passati sotto il controllo delle ASL): purtroppo nel database non sono presenti i presidi delle ASL, dunque non è possibile correggere queste difformità, che possono dar luogo a variazioni dei costi e dei ricavi abbastanza rilevanti nell’anno in cui avviene la ristrutturazione della rete ospedaliera;
- risulta anche impossibile, dato lo stato attuale delle informazioni, ricostruire le serie quando le AO vengono accorpate con le ASL in nuove strutture organizzative (le ASST in Lombardia e le Aziende per l’Assistenza Sanitaria (AAS) e Aziende Sanitarie Universitarie Integrate (ASUI) in Friuli Venezia Giulia, o ancora l’Azienda sanitaria unica in Emilia Romagna);
- l’applicazione dei coefficienti 2014 nel calcolo dei ricavi da prestazioni standardizzati comporta alcune distorsioni, in quanto le tariffe nazionali sono state riviste nel 2012 e anche le Regioni sono intervenute nel corso del tempo con provvedimenti di revisione del tariffario; tuttavia la correzione applicata ai ricavi da prestazioni è relativamente limitata in aggregato e comunque l’evoluzione di tali ricavi nel tempo non risulta sostanzialmente diversa se calcolata sui ricavi da prestazione non standardizzati;
- in alcuni casi si è ritenuto di analizzare a parte il comportamento delle AOU integrate con il SSN (AOUSSN). In linea di massima, in queste aziende, ex Policlinici universitari a gestione diretta, una parte rilevante del

personale dipende dall'università e solo una indennità integrativa è a carico dell'AO, mentre le altre aziende ospedaliere universitarie mostrano in genere caratteristiche di bilancio più simili alle altre AO, con una quota limitata di indennità al personale universitario. Tuttavia, si è deciso di includere tra le AOSSN il Policlinico Tor Vergata, pur classificato tra le aziende ospedaliere integrate con l'università, che ha caratteristiche particolari, ma sembra sostanzialmente assimilabile agli enti di questo gruppo³⁶.

Complessivamente, solo per il 2015 possono essere considerate tutte le aziende, sia quelle delle Regioni i cui dati non erano precedentemente affidabili, sia quelle che successivamente sono state soppresse. Nelle analisi che seguono sui dati di bilancio, ove utile, oltre a separare le AOSSN (comprensive del Policlinico Tor Vergata) dalle altre AO (AAO), le aziende sono state ripartite in base alla circostanza di essere o meno adempienti rispetto al punto *a*) del decreto ministeriale nel 2015 (secondo le elaborazioni di questo lavoro) e in base alla dimensione aziendale, misurata sui posti letto.

A tal fine le aziende sono state suddivise in terzi calcolati ordinando la distribuzione

dei posti letto in maniera tale da ottenere 3 gruppi contenenti approssimativamente lo stesso numero di unità (tab. 2).

In alternativa, le aziende avrebbero potuto essere ripartite in base al personale, oppure ai ricavi³⁷ (personale e fatturato sono variabili spesso utilizzate per classificare le aziende). Adottare una variabile di bilancio, come i ricavi, o una misura strettamente collegata ai costi, come il personale, avrebbe implicato tuttavia qualche difficoltà in più nell'interpretazione dei risultati, dovuta anche alle peculiarità di alcune aziende. I posti letto sembrano rappresentare un indicatore di offerta abbastanza adeguato a valutare le dimensioni aziendali, anche se essi non misurano correttamente l'*output*, che dipende, oltre che dal tasso di occupazione degli stessi posti, dal livello di complessità delle cure fornite e dallo svolgimento contestuale di altre attività (emergenza urgenza, formazione, ecc.). Un quadro complessivo della ripartizione regionale, disaggregata per dimensione delle aziende e rispetto dei criteri del punto *a*) del decreto, è fornito nella tabella 3.

³⁶ In media, le AOSSN hanno una spesa per indennità al personale universitario pari al 34 per cento del costo totale del personale. Per l'Azienda Ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata questa quota è pari al 27 per cento.

³⁷ Il Cergas adopera appunto i ricavi per prestazioni rideterminati (cfr. Cantù E., Notarnicola E. e Anessi Pessina E., 2017, *op. cit.*).

Tab. 2 – Ripartizione delle aziende per posti letto e ampiezza dei terzi

	numero	Min (posti letto)	Max (posti letto)
<i>Piccole</i>	35	59	495
<i>Medie</i>	35	496	774
<i>Grandi</i>	34	776	2210

Fonte: elaborazioni su dati del Ministero della Salute (Open Data).

Tab. 3 – Distribuzione regionale delle aziende per dimensione e rispetto dei criteri del punto a) nel 2015 (1)

	Piccole		Medie		Grandi	
	Adempienti	Inadempienti	Adempienti	Inadempienti	Adempienti	Inadempienti
Piemonte	2	0	3	0	0	1
Lombardia	7	2	7	5	11	2
Veneto	1	0	0	0	2	0
Friuli-Venezia Giulia	1	1	0	0	1	1
Liguria	0	1	0	0	1	0
Emilia-Romagna	1	0	1	1	3	0
Toscana	1	0	1	0	2	0
Umbria	0	0	2	0	0	0
Marche	0	1	1	0	1	0
Lazio	2	1	0	2 ⁽¹⁾	0	2 ⁽¹⁾
Campania	1	4 ⁽¹⁾	1	0	0	4 ⁽¹⁾
Puglia	1	1	1	0	0	1
Basilicata	1	0	1	0	0	0
Calabria	0	4	0	1	0	0
Sicilia	0	1	3 ⁽¹⁾	3 ⁽¹⁾	0	2 ⁽¹⁾
Sardegna	1	0	1	1	0	0
Italia	19	16	22	13	21	13

Fonte: elaborazioni su dati del Ministero della Salute (Open Data).

(1) Indica le AOSSN, con l'inclusione del Policlinico Tor vergata.

6. Le aziende inadempienti nel periodo 2015-18

I dati raccolti hanno consentito innanzitutto di verificare come si evolve il quadro delle aziende inadempienti, per Regione, tra il 2015 e gli anni successivi. Si ricorda che i risultati vanno considerati con una certa cautela, per i motivi menzionati nel precedente paragrafo. Ci si sofferma

innanzitutto sul punto *b)*, poi si passerà al punto *a)*, proponendo alcuni approfondimenti sui dati relativi agli scostamenti.

L'esame dei dati Treemap evidenzia un qualche miglioramento nel tempo (tab. 4): da 23 aziende inadempienti nel 2015 si

Tab. 4 – Aziende inadempienti sul punto *b)*

	2015	2016	2017
Piemonte	1	0	0
Lombardia	2	1	1
Veneto	0	0	0
Friuli-Venezia Giulia	0	0	0
Liguria	1	0	0
Emilia-Romagna	0	0	0
Toscana	0	0	0
Umbria	0	0	0
Marche	1	1	1
Lazio	0	2	1
Campania	7	6	3
Puglia	1	1	1
Basilicata	1	1	0
Calabria	4	2	2
Sicilia	4	3	3
Sardegna	1	0	0
Totale	23	17	12

Fonte: elaborazioni su dati del PNE (Treemap), Agenas.

passa a 17 nel 2016 e a 12 nel 2017, con una riduzione in Piemonte, Lombardia (dove molte aziende sono uscite dal campo di osservazione per i motivi spiegati), Liguria, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna e un andamento oscillante nel Lazio, che complessivamente peggiora.

Passando alle risultanze relative all'inadempienza sulle prescrizioni relative all'equilibrio di bilancio (punto *a)* tab. 5), la forte riduzione nel triennio 2016-18 rispetto al 2015 è dovuta principalmente alla ristrutturazione del sistema sanitario lombardo (e friulano), che ha sottratto all'analisi la maggior parte delle aziende ospedaliere di questa Regione e, comunque, tutte quelle che mostravano uno scostamento eccessivo nel 2015.

Il Veneto, l'Umbria e la Basilicata non presentano mai aziende inadempienti. Nelle altre Regioni si nota un miglioramento complessivo fino al 2017 e un peggioramento nel 2018. Su questi risultati potrebbe aver influito, in un primo tempo, l'incentivo rappresentato dalla normativa sui piani di rientro e, in un secondo tempo, la sospensione di tutto il processo. Su questo aspetto si tornerà di seguito. Intanto si osservi che le Regioni che presentano complessivamente un miglioramento, a parte i casi sopra individuati, sono l'Emilia Romagna, il Lazio, la Puglia e la Calabria. Invece la Toscana, la Sicilia e la Sardegna (che per il 2015 ha chiesto e ottenuto la deroga) alla fine del periodo mostrano una situazione meno favorevole.

Tab. 5 – Aziende con scostamenti eccessivi (violazione del punto a))

	2015	2016	2017	2018	2018-2015 ⁽¹⁾
Piemonte	1	2	1	1	0
Lombardia ⁽²⁾	9	0	0	0	-9
Veneto	0	0	0	0	0
Friuli-Venezia Giulia ⁽²⁾	2	1	1	1	-1
Liguria	1	1	1	1	0
Emilia-Romagna	1	0	0	0	-1
Toscana	0	0	0	1	1
Umbria	0	0	0	0	0
Marche	1	0	0	1	0
Lazio	5	3	3	3	-2
Campania	8	10	8	8	0
Puglia	2	2	1	1	-1
Basilicata	0	0	0	0	0
Calabria	5	4	2	3	-2
Sicilia	6	6	5	7	1
Sardegna	1	2	2	3	2
Totale	42	31	24	30	-12

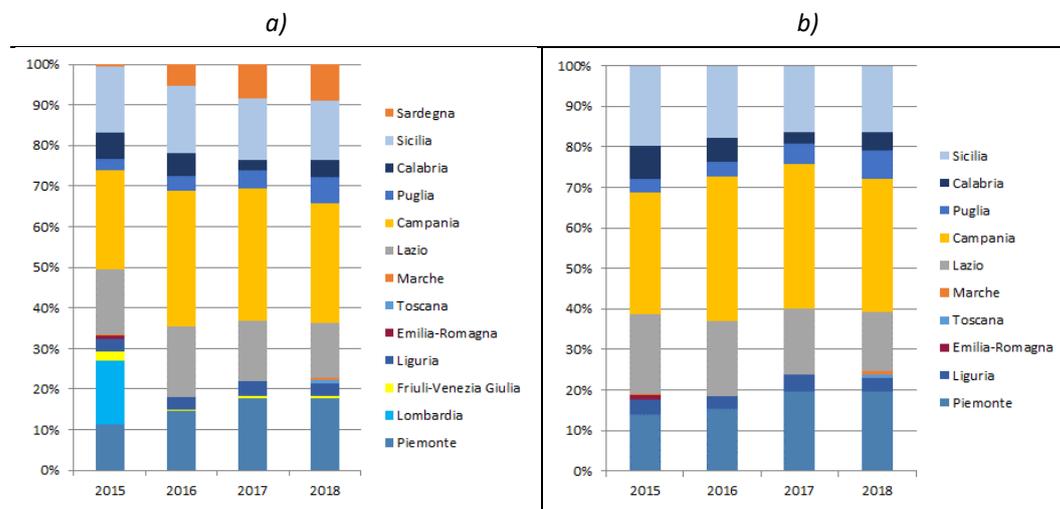
Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

(1) In alcune Regioni le aziende adempienti/inadempienti nei diversi anni sono diverse. Infatti in Piemonte una azienda entra nel gruppo delle inadempienti e poi torna a essere adempiente; nelle Marche una azienda esce dalla condizione di inadempienza e poi vi rientra; in Campania una azienda entra nel gruppo delle inadempienti, ne esce e poi vi rientra, un'altra azienda entra e due escono; in Calabria due aziende escono dal gruppo delle inadempienti, un'altra ne esce e poi vi rientra; in Sicilia una azienda entra nel gruppo delle inadempienti, un'altra ne esce e poi vi rientra. – (2) Lombardia e Friuli Venezia Giulia hanno riordinato la rete assistenziale regionale sopprimendo alcune aziende ospedaliere.

Le figure 2a) e 2b) mostrano la composizione percentuale dello scostamento totale prodottosi nelle diverse Regioni negli anni 2015-18. In alcuni casi, il numero di aziende inadempienti e lo scostamento complessivo per regione non vanno nella stessa direzione. Nella prima figura si evidenziano soprattutto la scomparsa della Lombardia e il forte ridimensionamento della quota del Friuli Venezia Giulia a partire dal 2016. L'incremento della quota della Sardegna sembra essere legato anche

all'accorpamento nelle AO della Regione di alcuni presidi di ASL. Escludendo queste tre Regioni (fig. 2b) emerge come il Piemonte e la Puglia abbiano tendenzialmente accresciuto la quota dei propri scostamenti dopo il 2015, così come la Campania, malgrado un miglioramento dal 2017. Le regioni che presentano una riduzione della quota di scostamento sono il Lazio, la Calabria, la Sicilia e la Liguria. La Toscana, l'Emilia Romagna e le Marche scompaiono dalla figura perché presentano scostamenti solo in alcuni anni.

Fig. 2 – Composizione percentuale dello scostamento assoluto su base regionale (1)
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

(1) Con esclusione di Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Sardegna nel grafico b).

7. Gli indicatori di bilancio nel 2015

Focalizzando l'attenzione sul 2015, si possono osservare, facendo ricorso a varie tipologie di indicatori, alcune differenze nelle caratteristiche della gestione finanziaria tra gruppi di aziende. Anche se una analisi approfondita delle condizioni di efficienza relativa delle imprese non è oggetto di questo studio – e richiederebbe ulteriori

informazioni di cui al momento non si dispone sui livelli produttivi delle diverse aziende (che dovrebbero consentire di tenere conto della diversa complessità delle prestazioni effettuate e delle specifiche funzioni non tariffabili svolte)³⁸ – è possibile costruire alcuni indicatori utili a suggerire qualche prima prudente considerazione.

Innanzitutto, nella tabella 6 si confrontano

³⁸ Gli studi sull'efficienza delle strutture ospedaliere sono spesso basati su tecniche di analisi di frontiera. La frontiera di produzione rappresenta l'ammontare massimo di *output* che può essere ottenuto con un livello di *input* dato, mentre la frontiera di costo caratterizza il fabbisogno minimo di spesa richiesto per produrre una certa quantità di *output*, dati i prezzi degli *input* (si veda Belotti, F. e Ilardi, G., 2017, "Consistent inference in fixed-effects stochastic frontier models", Temi di discussione, Banca d'Italia, n. 1147). L'applicazione di tale metodologia all'analisi dell'efficienza ospedaliera è stata oggetto di critiche autorevoli (Newhouse, J.P., 1994, "Frontier estimation: how useful a tool for health economics?", *Journal of Health Economics* n. 13, pp. 317-322), basate sul rischio di omettere *input* e *output* rilevanti, soprattutto in relazione agli aspetti qualitativi delle prestazioni. Tali critiche sono state

ritenute tuttavia da alcuni troppo severe (Fabbri, D., 2003, "L'efficienza degli ospedali pubblici in Italia", in Banca d'Italia (a cura di), *L'efficienza nei servizi pubblici*, Roma). Questo tipo di analisi econometrica richiede comunque almeno l'utilizzo di dati di *output* che tengano conto in qualche misura del numero delle prestazioni e della relativa complessità. Gli studi sugli ospedali italiani utilizzano dati su ricoveri o dimessi in Italia o in una singola regione, mentre il *case mix* generalmente è ricavato dal peso dei DRG (si veda, tra gli altri, Belotti, F. e Ilardi, G., 2017, *op. cit.*, Fabbri, D., 2003, *op. cit.*, e Rebba, V. e Rizzi, D., 2001, "Analisi dell'efficienza relativa delle strutture di ricovero con il metodo DEA. Il caso degli ospedali del Veneto", in Politiche sanitarie, vol. 2). Fabbri (2003) contiene una interessante analisi degli indicatori da usare come *output* e dei loro limiti.

Tab. 6 – Scostamento percentuale per tipo e dimensione di Azienda nel 2015

		Totale	AAO		AOUSSN	
			Inadempienti	Adempienti	Inadempienti	Adempienti
Piccole	Media	-6,2	-19,6	7,2	-48,7	-4,5
	Max	25,9	-3,7	25,9	-48,7	-4,5
	Min	-48,7	-48,3	-6,3	-48,7	-4,5
Medie	Media	-2,2	-17,1	6,1	-6,8	2,6
	Max	19,1	-3,9	19,1	-3,5	3,1
	Min	-34,4	-34,4	-3,6	-10,1	2,1
Grandi	Media	-3,5	-20,9	5,0	-9,2	-
	Max	21,6	-5,3	21,6	-7,0	-
	Min	-39,3	-39,3	-2,2	-11,5	-
Totale	Media	-4,0	-19,2	6,0	-14,2	0,2
	Max	25,9	-3,7	25,9	-3,5	3,1
	Min	-48,7	-48,3	-6,3	-48,7	-4,5

Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

Le informazioni sull'incidenza dei disavanzi per tipo di azienda. Lo scostamento percentuale, riferito a tutte le aziende, in media è negativo e pari al 4 per cento, più elevato per le aziende piccole e particolarmente contenuto nella classe centrale della distribuzione. In realtà, una volta enucleate le AO USSN e separate le aziende adempienti da quelle inadempienti, gli scostamenti medi per dimensione aziendale risultano meno differenziati.

Il passivo dell'insieme delle AAO con scostamento eccessivo si colloca in media a poco più del 19 per cento dei ricavi, con picchi che arrivano fino a circa il 48 per cento e un minimo pari a poco più della metà del valore indicato come soglia (7 per cento)³⁹. Quanto alle aziende rispettose dei parametri economici, queste presentano un attivo pari a circa il 6 per cento in media, mentre il massimo sfiora il 26 per cento e il

minimo, seppure negativo, è inferiore, come da attendersi, al valore soglia.

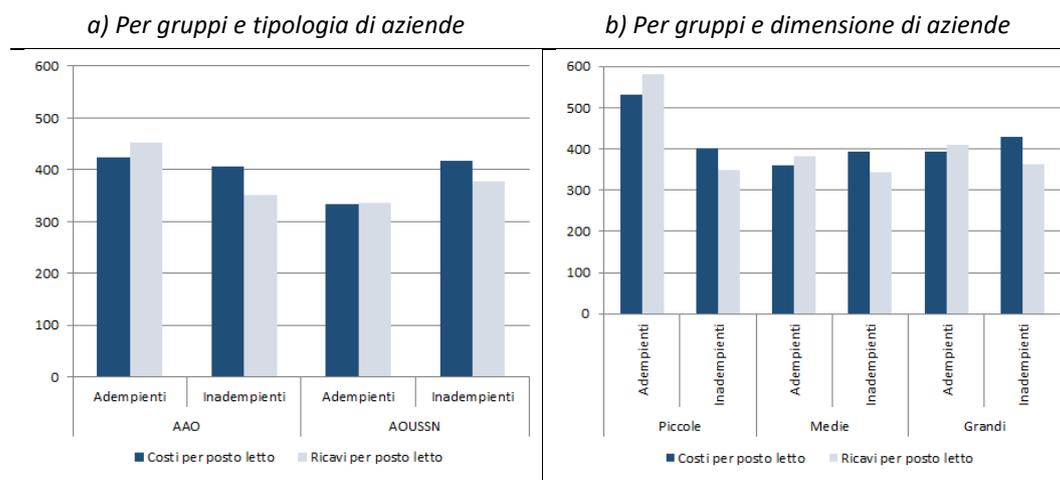
I dati relativi alle AO USSN dipendono invece da caratteristiche specifiche di singole aziende: il livello molto elevato dello scostamento percentuale delle piccole AO USSN inadempienti è dato, ad esempio, da una sola azienda. Comunque, i risultati più favorevoli si riscontrano nelle medie AO USSN.

Un primo indicatore che permette la confrontabilità dei costi e ricavi di aziende diverse è ottenuto rapportando queste poste di bilancio al numero di posti letto (ricordiamo, come già evidenziato, che questa variabile rappresenta solo una *proxy* dell'*output*).

Le figure 3a) e 3b) suggeriscono che le entrate giocano un ruolo rilevante nel

³⁹ Si tratta evidentemente di una azienda che dovrebbe andare in piano di rientro a causa di uno scostamento troppo alto in valore assoluto.

Fig. 3 – Costi e ricavi per posto letto nel 2015
(migliaia di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

discriminare tra aziende con i conti a posto e aziende con disavanzi eccessivi.

Infatti, sul gruppo delle AAO non si rileva un differenziale importante tra adempienti e inadempienti dal lato dei costi – che anzi risultano inferiori per quelle inadempienti. Di contro, compare un *gap* significativo dal lato dei ricavi (inferiori del 23 per cento nelle inadempienti). Anche le AOSSN inadempienti hanno ricavi inferiori rispetto alle AAO adempienti (del 17 per cento), ma le poche AOSSN adempienti hanno costi e ricavi più bassi di tutte le altre aziende.

Guardando alla ripartizione per dimensione, emerge che le piccole AAO adempienti presentano costi e ricavi per posto letto particolarmente consistenti (con i secondi che superano i primi), che potrebbero riflettere particolari specificità nella tipologia di servizi prodotti. Sono le aziende medie a mostrare i costi e i ricavi più bassi, anche se la distanza dalle grandi e dalle piccole inadempienti non è molto elevata. In generale comunque, nelle medie e grandi aziende, i costi risultano più alti, nel gruppo delle inadempienti, del 9

per cento circa e le differenze sui ricavi si riducono rispetto al dato aggregato (10 per cento per le medie e 12 per cento per le grandi).

I differenziali osservati sui ricavi per posto letto sembrano dare conto principalmente di una maggiore attrattività delle aziende adempienti, che potrebbe discendere sia dalla diversa distribuzione delle specialità tra le aziende, sia da condizioni di minore efficienza e capacità organizzativa (ad esempio nell'utilizzo dei posti letto e dei macchinari) delle AO inadempienti, plausibilmente accompagnate da una più scarsa qualità dei servizi forniti. Spiegazioni di questo tipo sono suggerite anche dalla maggiore frequenza, tra le aziende che non rientrano nei limiti di scostamento di bilancio concessi, di enti insufficienti anche sui punteggi relativi a volumi, qualità ed esiti, nonché dalle informazioni sulla mobilità attiva, che rappresenta circa il 6 per cento dei ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici nelle aziende inadempienti e quasi il doppio in quelle adempienti nel 2015.

Un secondo indicatore interessante (menzionato anche dalle linee guida per la preparazione dei piani di rientro) è dato dall'incidenza dei costi sui ricavi da remunerazione dell'attività (ricavi da prestazioni e finanziamento per funzioni massimo ammissibile, standardizzati secondo la metodologia del decreto del 21 giugno 2016). Si noti tuttavia che tale indicatore non riflette solo la capacità di controllare i costi, essendo anche condizionato dalla misura dei ricavi.

Complessivamente, l'incidenza dei costi totali è più elevata del 24 per cento nelle AAO inadempienti rispetto a quelle adempienti (13 per cento nelle AO USSN; fig. 4a)). Le differenze sull'incidenza dei costi totali per dimensione aziendale sono minori, come evidenzia la figura 4b), da cui emerge comunque che i costi più bassi in rapporto ai ricavi si riscontrano nelle aziende di media dimensione.

Se si guarda alle singole componenti di spesa, sempre in rapporto ai ricavi, emerge che per le AAO inadempienti, il divario rispetto a quelle adempienti è maggiore per i costi del personale dipendente (comprensivi delle indennità al personale universitario⁴⁰ e dell'IRAP relativa a personale dipendente), di quello non dipendente (consulenze, collaborazioni, interinale, rimborsi al personale in

comando, IRAP sulle collaborazioni) e per gli acquisti di altri servizi (al netto delle indennità al personale universitario e delle collaborazioni). Le AO USSN inadempienti invece si caratterizzano per l'incidenza straordinariamente più elevata, rispetto a quelle adempienti, dei costi per il personale non dipendente e anche degli acquisti di altri servizi, mentre l'incidenza del costo del personale dipendente è minore rispetto alle adempienti⁴¹.

Tuttavia, le piccole aziende (e le grandi in misura minore) presentano un'incidenza molto più elevata di quelle medie per la spesa del personale non dipendente, per gli acquisti di beni (in media costituiti per il 98 per cento da beni sanitari) e per gli altri costi, quasi interamente compensata dall'incidenza più bassa dei costi del personale dipendente.

Questi risultati trovano conferma osservando la semplice composizione dei costi⁴², che non risente dell'andamento dei ricavi (figg. 5a) e 5b)). Tra le AAO si registra una spesa di personale (riclassificata come in precedenza) più elevata nel caso delle aziende inadempienti, che lascia meno spazio agli acquisti di beni. Per le AO USSN l'aspettativa di spese di personale contenute, in considerazione del fatto che

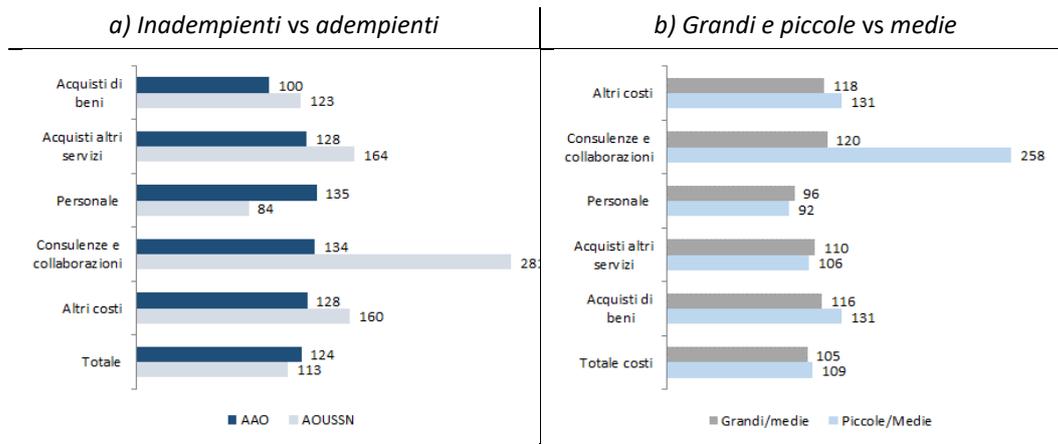
⁴⁰ Le indennità al personale universitario sono state scorporate dagli acquisti di servizi perché hanno una natura particolare, rappresentando di fatto retribuzioni di personale dipendente.

⁴¹ Le AO USSN adempienti hanno una spesa di personale relativamente elevata, in connessione a una presenza di personale universitario limitata soprattutto in due delle tre aziende considerate.

⁴² La composizione dei ricavi presenta meno interesse, in quanto una certa simmetria tra gruppi

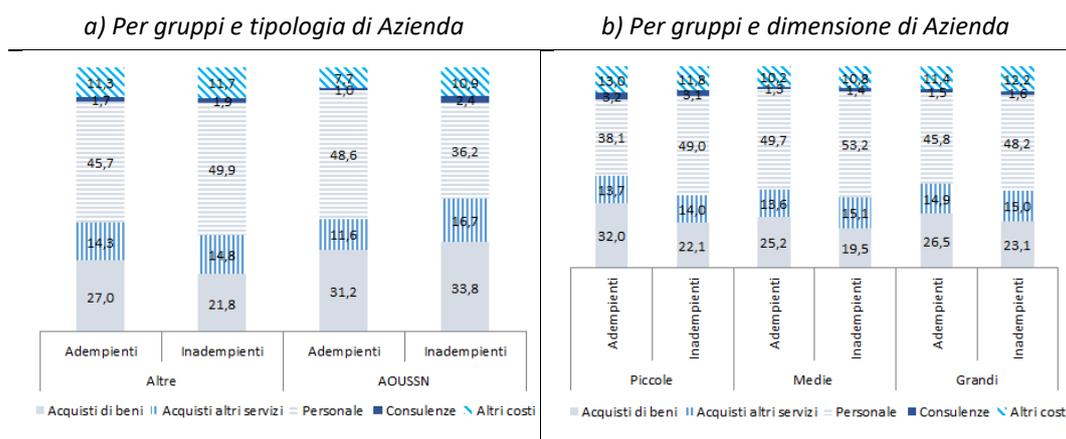
di aziende appare come il risultato della metodologia applicata per calcolarli, che standardizza i ricavi da prestazioni e il finanziamento per funzioni massimo ammissibile. I ricavi da prestazioni hanno comunque un peso un poco più elevato nelle AO USSN rispetto alle AAO (64 per cento le inadempienti e 66 le adempienti, contro 61 e 62 rispettivamente) e nelle aziende di medie dimensioni (64 per cento), seguite dalle grandi (61 per cento le inadempienti e 62 le adempienti) rispetto alle piccole (59-60 per cento).

Fig. 4 – Incidenza dei costi sui ricavi nelle aziende nel 2015
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

Fig. 5 – Composizione dei costi totali nel 2015
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE

una parte delle risorse umane è a carico delle università, trova riscontro nelle aziende inadempienti, che spendono maggiormente in acquisto di beni, acquisto di altri servizi e anche consulenze; tuttavia le AOSSN adempienti hanno una quota di spesa di personale particolarmente elevata, per i motivi già evidenziati.

Guardando alle AAO di diversa dimensione (fig. 5b)) si osserva di nuovo la peculiarità delle piccole adempienti, con una quota bassa dei costi del personale (e

specularmente elevata degli acquisti di beni, nonché, secondariamente, delle spese per personale non dipendente e degli altri costi). Le aziende di medie dimensioni hanno i costi del personale più elevati, e questo porta a comprimere gli acquisti di beni, nel caso delle inadempienti, sotto il 20 per cento.

Complessivamente, le spese per il personale, dipendente e non, nel 2015 sembrano avere avuto un ruolo rilevante nella spiegazione delle differenze di costi

tra AAO adempienti e inadempienti, risultando più elevate nelle seconde e lasciando minore spazio agli acquisti di beni. Nelle AOSSN inadempienti, che comunque spendono poco per il personale dipendente, quello non dipendente ha un peso maggiore rispetto a quanto rilevato per le adempienti. L'analisi per dimensione aziendale, a parte il comportamento particolare delle piccole adempienti, già riscontrato sui costi e ricavi per posto letto, fa emergere soprattutto il ruolo rilevante delle spese per personale dipendente nelle AAO medie e di quelle per personale non dipendente nelle AAO piccole.

8. L'evoluzione degli scostamenti, dei costi e dei ricavi

La figura 6 mostra l'evoluzione nel periodo 2010-18 dello scostamento medio in percentuale dei ricavi determinati come remunerazione dell'attività per gruppi di aziende (adempienti e non adempienti sul punto *a*) nel 2015). Poiché i dati relativi agli anni precedenti il 2015 risentono della non corretta contabilizzazione di alcune poste in Campania, Sardegna e Calabria e quelli degli anni successivi della cancellazione di alcune AO in Lombardia, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna, dall'analisi sono state escluse, per il periodo in esame, le tre Regioni del Mezzogiorno e le AO non più presenti⁴³.

Complessivamente si osserva una certa stabilità dello scostamento percentuale medio nel quadriennio 2010-13 e un peggioramento nel 2014 dovuto alle aziende inadempienti, che presentano in media un deterioramento di quasi 5 punti percentuali. Dal 2015 si evidenzia un miglioramento generalizzato, ma più intenso nelle AO inadempienti, che continua fino al 2017. Si determina tuttavia un lieve aggravamento dei conti nel 2018⁴⁴, legato soprattutto alla riduzione dell'avanzo delle AO adempienti. Queste tendenze confermano dunque, anche in termini di incidenza dei disavanzi sui ricavi, l'analisi effettuata sul numero di aziende inadempienti nei diversi anni. Più che l'effetto dei piani di rientro, che non tutte le aziende inadempienti hanno adottato, e comunque non con immediatezza, potrebbe aver inciso sul miglioramento, a partire dal 2015, lo stesso incombere della normativa in esame – che individua obiettivi e sanzioni –, mentre l'interruzione del processo potrebbe aver portato a un allentamento della tensione sugli equilibri di bilancio nel 2018.

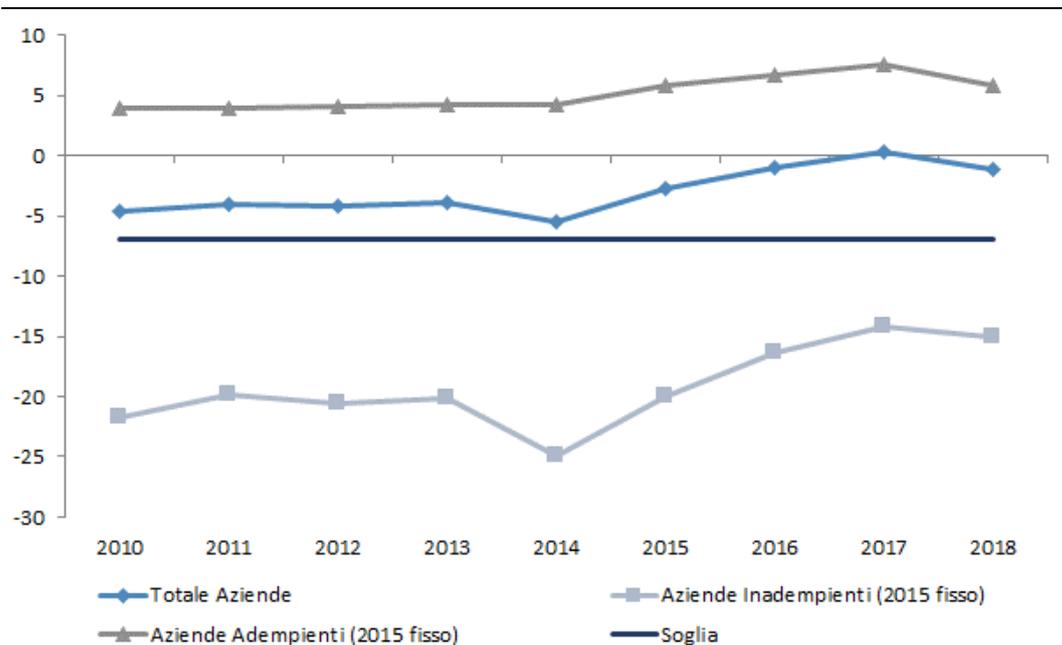
Per spiegare l'evoluzione degli scostamenti percentuali è utile osservare l'andamento dei costi e ricavi complessivi (determinati secondo la metodologia descritta in precedenza) (figg. 7, 8a) e 8b)).

⁴³ Le tendenze dei dati di scostamento, costo e ricavo riferiti a tutte le AO disponibili nei singoli periodi (fino al 2015 senza Campania, Sardegna e Calabria e dopo il 2015 senza le aziende scomparse da Lombardia e Friuli Venezia Giulia) non risultano in

genere sostanzialmente diverse da quelle qui descritte.

⁴⁴ Si ricorda che per il 2018 sono stati utilizzati i dati relativi al IV trimestre e non al consuntivo.

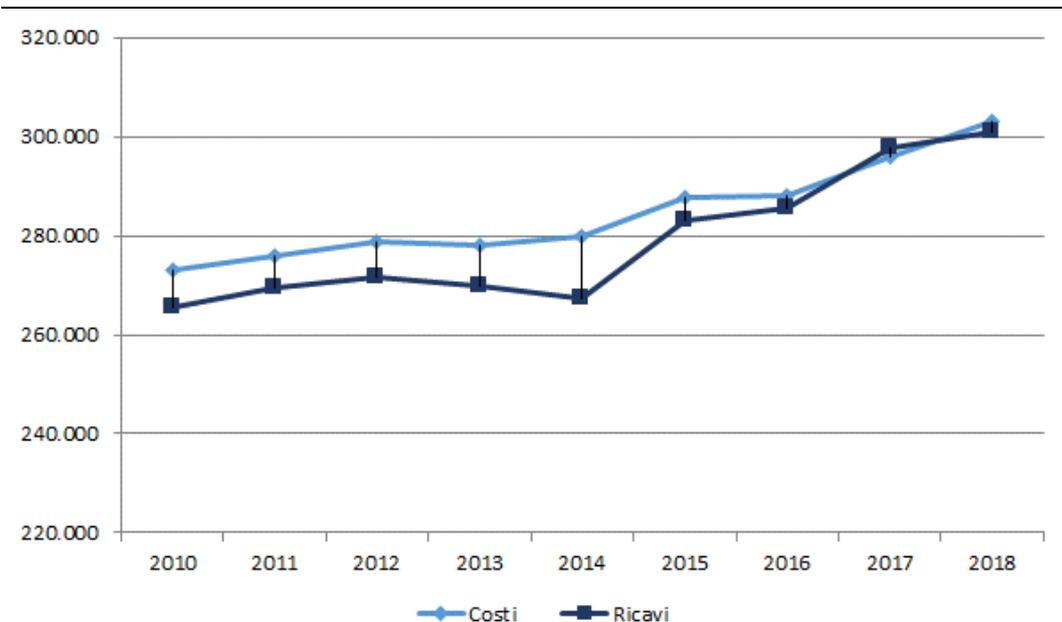
Fig. 6 – Scostamenti percentuali medi (1)
(Valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

(1) Sono escluse le regioni Campania, Calabria e Sardegna e tutte le aziende sanitarie che hanno subito accorpamenti nelle regioni della Lombardia (29 aziende), Friuli Venezia Giulia (2) ed Emilia Romagna (1).

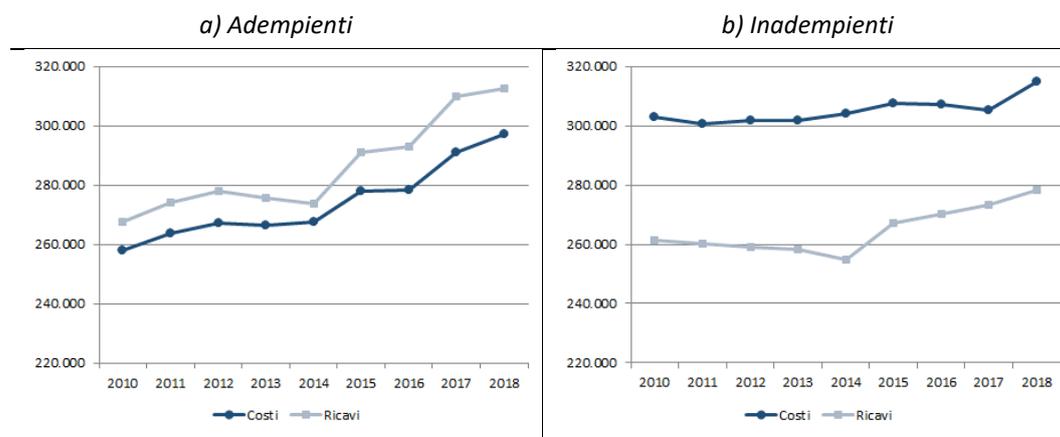
Fig. 7 – Costi e ricavi medi per il totale delle Aziende (1)
(migliaia di euro)



Fonte: elaborazioni su dati CE.

(1) Sono escluse le regioni Campania, Calabria e Sardegna e tutte le aziende sanitarie che hanno subito accorpamenti nelle regioni della Lombardia (29), Friuli Venezia Giulia (2) ed Emilia Romagna (1).

Fig. 8 – Costi e ricavi medi delle Aziende (1)
(migliaia di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

(1) Sono escluse le regioni Campania, Calabria e Sardegna e tutte le aziende sanitarie che hanno subito accorpamenti nelle regioni della Lombardia (29), Friuli Venezia Giulia (2) ed Emilia Romagna (1).

Nell'ambito di una tendenza crescente sia dei costi che dei ricavi, emerge un rallentamento di questi ultimi nel periodo che precede il 2015, e soprattutto nel 2014, nelle aziende inadempienti e nel biennio 2013-14 in quelle adempienti. Questo spiega l'aumento dello scostamento nel 2014. Successivamente i ricavi aumentano in entrambi i gruppi di aziende, ma quelle che avevano presentato un equilibrio nel 2015 riescono a incrementarli maggiormente, con un tasso di crescita medio annuo più elevato di un punto percentuale (2,4 per cento, contro 1,4 per cento delle aziende inadempienti)⁴⁵.

I costi, invece, crescono in tutto il periodo nelle aziende adempienti, mentre in quelle inadempienti, seppure più elevati in livello, appaiono più stabili, riducendosi nel 2011 e poi nel biennio 2016-17, forse anche grazie all'introduzione dei piani di rientro, che perdono il loro mordente nel 2018. Il

ridimensionamento dello scostamento medio delle aziende che erano inadempienti nel 2015, pertanto, sembra essere dovuto sia allo sforzo di controllo dei costi, alla fine venuto meno, sia a un impegno ad accrescere i ricavi, proseguito fino all'ultimo anno disponibile.

La dinamica dei ricavi e dei costi complessivi può essere ulteriormente approfondita attraverso altre scomposizioni.

L'andamento dei ricavi rispecchia principalmente l'evoluzione di quelli che rappresentano la remunerazione dell'attività (ricavi da prestazioni e finanziamento per funzioni massimo ammissibile, standardizzati), di cui quelli per funzione sono una percentuale fissa. I ricavi da prestazioni standardizzati a loro volta consistono essenzialmente in ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici (il 98 per cento circa del totale nel

in cui l'aumento appare particolarmente rilevante, forse per compensare il calo delle altre voci di entrata. La pratica sembra essersi attenuata da quando è stata introdotta la normativa sui piani di rientro.

⁴⁵ Va osservato invece che i contributi in conto esercizio, usati nel passato anche per assicurare gli equilibri di conto economico, come si è visto (ed esclusi dai ricavi considerati al fine del calcolo dello scostamento), risultano in crescita fino al 2014, anno

2015), ma comprendono anche le risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra-LEA e le compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie. Le figure 9a) e 9b) mostrano che sia per le aziende adempienti, sia per quelle inadempienti, nei primi anni di osservazione anche queste ultime due voci contribuiscono a spiegare le variazioni dei ricavi per prestazioni complessivi, con contributi sempre più frequentemente negativi: infatti, le risorse per coprire gli extra-LEA hanno un peso di qualche rilevanza solo nei primi anni e comunque si riducono tendenzialmente in entrambi i gruppi a partire dal 2012 fino ad azzerarsi (nelle aziende inadempienti⁴⁶) o quasi (in quelle adempienti) e gli introiti da compartecipazioni contribuiscono alla crescita dei ricavi in misura significativa solo nel primo biennio, poi calano progressivamente fino al 2016 (aziende adempienti) o al 2017 (inadempienti). Alla diminuzione dei ricavi nei primi anni contribuiscono poi, per le aziende inadempienti, quelli da prestazioni erogate a soggetti pubblici (in quelle adempienti solo nel biennio 2013-14). A partire dal 2015, la crescita dei ricavi da prestazioni standardizzati è legata quasi esclusivamente all'aumento dei ricavi da prestazioni erogate a soggetti pubblici.

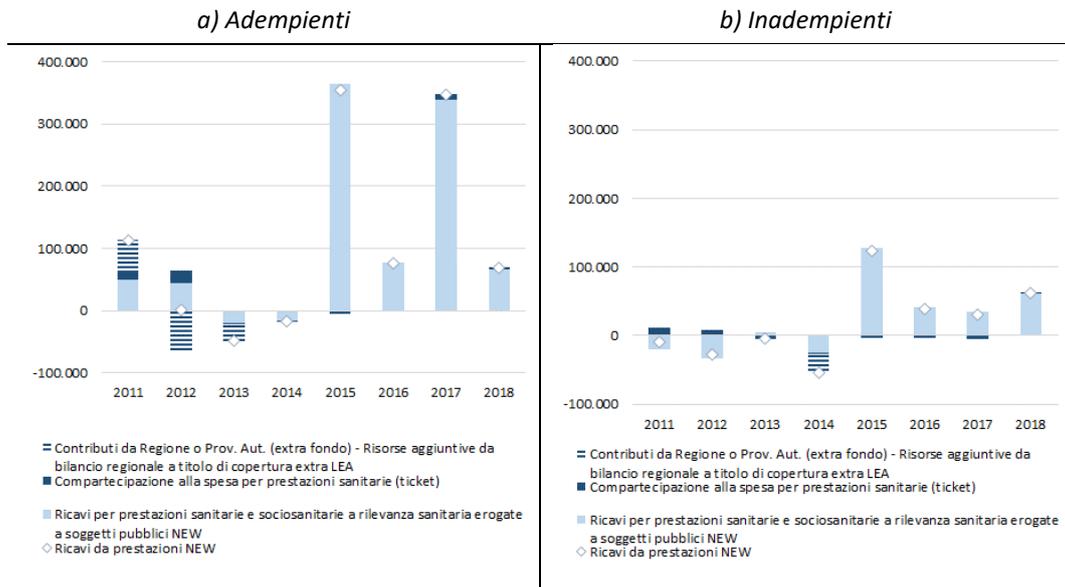
L'evoluzione decrescente negli anni 2010-14 degli introiti da prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici nelle aziende inadempienti è dovuta a sua volta alla riduzione di quelli per prestazioni di ricovero (-8 per cento) e

ambulatoriali (-16 per cento), solo in parte controbilanciata dall'aumento degli introiti da rimborso di farmaci erogati in regime non di ricovero (file F, +52 per cento) (figg. 10a) e 10b)). Quest'ultima voce continua a crescere negli anni successivi, quando anche i ricavi per prestazioni ambulatoriali presentano un lieve incremento, mentre i ricavi per prestazioni da ricovero continuano a perdere terreno fino al 2016. Nelle aziende adempienti, invece, tendenzialmente, le prestazioni ambulatoriali mostrano un andamento lievemente crescente in tutto il periodo, quelle ospedaliere una riduzione fino al 2016 (-4,6 per cento) e poi un aumento, gli introiti da file F si rafforzano in tutti gli anni, con un salto in particolare nel 2015 (+41 per cento), dovuto probabilmente all'introduzione di costosi farmaci innovativi (ai ricavi da file F fanno fronte i costi dei farmaci acquistati dalle AO, come si vedrà più avanti). Va notato che, tra gli introiti da prestazioni, quelli dovuti a mobilità attiva (prestazioni fornite a pazienti che risiedono fuori regione, principalmente ricoveri), che rappresentano circa il 10 per cento del totale in media, si riducono nelle AO inadempienti in tutto il periodo (-4,8 per cento), mentre aumentano del 2,2 per cento in quelle adempienti, malgrado il consistente calo della mobilità per ricoveri (-8,9 per cento). In termini di incidenza sui ricavi da prestazioni complessivi (non rideterminati) il peso della mobilità attiva diminuisce, passando dal 6,5 per cento al 5,8 nelle AO adempienti e dal 12,8 per cento all'11,4 in quelle adempienti.

⁴⁶ Va considerato che nelle Regioni in piano di rientro non è consentito finanziare extra-LEA con

risorse regionali, dunque tale pratica, ove presente, è stata interrotta.

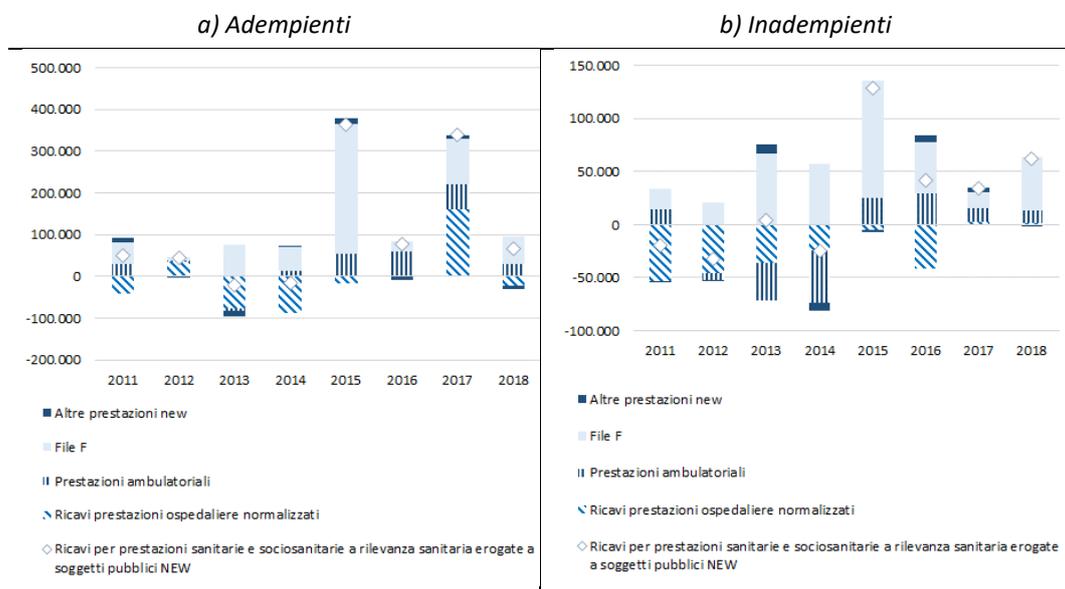
Fig. 9 – Variazioni dei ricavi per prestazioni standardizzati delle Aziende (1)
(migliaia di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

(1) Sono escluse le Regioni Campania, Calabria e Sardegna e tutte le aziende sanitarie che hanno subito accorpamenti nelle Regioni della Lombardia (29), Friuli Venezia Giulia (2) ed Emilia Romagna (1).

Fig. 10 – Variazioni dei ricavi per prestazioni rideterminati delle Aziende (1)
(migliaia di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

(1) Sono escluse le Regioni Campania, Calabria e Sardegna e tutte le aziende sanitarie che hanno subito accorpamenti nelle Regioni della Lombardia (29), Friuli Venezia Giulia (2) ed Emilia Romagna (1).

Gli altri ricavi (il 12 per cento circa dei ricavi totali) aumentano tendenzialmente in tutto il periodo (+32 per cento nelle

aziende adempienti e +14 per cento in quelle inadempienti), malgrado la riduzione delle entrate per prestazioni

intraoemia (-7 per cento nelle aziende adempienti e -27 per cento in quelle inadempienti), che rappresentano circa il 22 per cento del totale.

Dal lato dei costi (figg. 11a) e 11b)), quelli per il personale dipendente danno un contributo negativo alla riduzione del totale nei primi anni, soprattutto nelle aziende inadempienti⁴⁷, e positivo negli ultimi, soprattutto in quelle adempienti. Si ricorda peraltro che: 1) dal 2010 è stato in vigore il blocco della contrattazione e i primi aumenti relativi agli accordi 2016-18 sono arrivati nel 2018; 2) nel periodo di osservazione molte regioni hanno adottato provvedimenti di blocco del *turnover*, altre limitazioni alle assunzioni e revisioni della pianta organica (si veda il Riquadro 3 “Il personale delle AO” per un esame dell’andamento nel tempo del numero di dipendenti a tempo indeterminato); 3) sono state adottate per legge alcune regole volte a tenere sotto controllo la spesa di personale⁴⁸.

Le voci che prevalentemente, nel periodo esaminato, spingono verso una crescita dei costi sono invece gli acquisti di beni e, in alcuni anni, gli altri costi, ma si osserva anche, nelle aziende adempienti (inadempienti), il contributo positivo delle consulenze e

collaborazioni e degli acquisti di altri servizi (dei soli acquisti di altri servizi) nell’ultimo biennio (anno).

Complessivamente, la riduzione dei ricavi negli anni precedenti il 2015 è legata alla diminuzione delle risorse concesse per coprire le prestazioni extra-LEA, specialmente nelle aziende adempienti, e degli introiti per prestazioni ospedaliere e ambulatoriali e per *intraoemia*, soprattutto in quelle inadempienti (nonché dal 2013 delle compartecipazioni). La riduzione dei ricavi per prestazioni ospedaliere e ambulatoriali può essere stata influenzata dalla revisione delle tariffe delle prestazioni introdotta a fine 2012 (ed eventualmente da ulteriori altri interventi sui sistemi tariffari regionali)⁴⁹. Inoltre si deve tenere conto della riduzione dei posti letto e della contrazione della disponibilità di risorse umane. In effetti il numero dei ricoveri negli istituti pubblici⁵⁰ è diminuito del 19 per cento tra il 2010 e il 2015⁵¹. Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, soggette a compartecipazioni piuttosto elevate, è possibile che si siano verificate strozzature dal lato dell’offerta, legate plausibilmente a carenze di personale

⁴⁷ Malgrado l’incidenza del costo del personale sui ricavi risulti, nel 2015, maggiore nelle aziende inadempienti rispetto a quelle adempienti, come si è visto.

⁴⁸ Tetto alla spesa di personale pari all’importo registrato nel 2004 ridotto dell’1,4 per cento (al netto degli aumenti contrattuali successivi al 2004), introdotto nel 2007 e successivamente riconfermato, anche se allentato negli ultimi anni; limite al trattamento complessivo pari all’ammontare del 2010 (al netto dell’indennità di vacanza contrattuale).

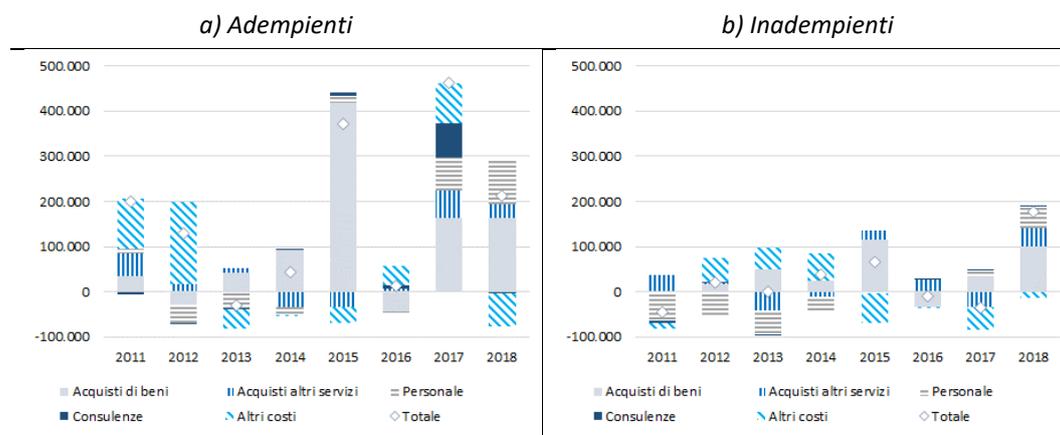
⁴⁹ Si veda la Relazione tecnica al decreto ministeriale del 18 ottobre 2012 che ha introdotto le nuove

tariffe. In essa si calcola una riduzione, con l’applicazione delle nuove tariffe rispetto a quelle vigenti nelle Regioni nel 2010, del 4,6 per cento nella valorizzazione dei ricoveri avvenuti nel 2010 nelle strutture accreditate. Per la specialistica si valuta una riduzione marginale (e un aumento in alcune regioni del Centro e del Mezzogiorno) e una limitata diminuzione anche delle compartecipazioni pagate al settore pubblico.

⁵⁰ Comprendendo in questo caso gli ospedali a gestione diretta.

⁵¹ Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO, anni vari.

Fig. 11 – Variazioni dei costi delle Aziende
(migliaia di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dei modelli CE.

(1) Sono escluse le Regioni Campania, Calabria e Sardegna e tutte le aziende sanitarie che hanno subito accorpamenti nelle Regioni della Lombardia (29), Friuli Venezia Giulia (2) ed Emilia Romagna (1).

oppure obsolescenza dei macchinari⁵², ma allo stesso tempo si ritiene che si sia verificato un ridimensionamento della domanda. Quest'ultimo fenomeno inizialmente potrebbe essere stato indotto, soprattutto nelle aziende situate in regioni economicamente deboli, dalla crisi economica, in presenza di compartecipazioni piuttosto elevate, rafforzate poi dall'introduzione del *superticket* di 10 euro per ricetta, che sembra aver spinto in qualche misura alla rinuncia alle prestazioni (soprattutto nel caso delle fasce di reddito più basse) o all'opzione per il settore privato⁵³. Tale opzione man mano sembra essersi rafforzata⁵⁴. Di qui il calo anche del gettito delle compartecipazioni. Va osservato che una diminuzione delle erogazioni può non riflettersi completamente nei costi di

produzione in presenza di costi fissi, non rapidamente comprimibili.

Il recupero di entrate negli anni successivi nelle aziende inadempienti è dovuto in parte a una ripresa delle erogazioni di prestazioni ambulatoriali (accompagnata dalla stabilizzazione dei ricoveri), plausibilmente dovuta allo sforzo specifico da parte delle aziende di potenziare la capacità produttiva e riappropriarsi di quote di mercato (oltre che per contabilizzare pienamente le prestazioni) e, in parte, al rimborso dei farmaci costosi forniti ai pazienti non ricoverati (che riflette un aumento anche dal lato dei costi). Nelle aziende adempienti i ricavi da prestazioni ospedaliere hanno recuperato gran parte del calo degli anni precedenti⁵⁵, quelli relativi all'assistenza ambulatoriale sono

⁵² Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2016), "L'intervento per l'appropriatezza della specialistica ambulatoriale", Focus tematico n. 4, luglio.

⁵³ Per quanto riguarda gli effetti del *superticket* si veda Ufficio Parlamentare di bilancio (2017), "L'emendamento per la riduzione del *superticket*", Flash n. 8, dicembre.

⁵⁴ Secondo dati Istat (Istat, "Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, anni 2012-2016",

Statistiche report, 4 luglio 2017) la spesa diretta delle famiglie per cura e riabilitazione è aumentata tra il 2012 e il 2016, malgrado un calo nel 2013, soprattutto per la crescita della componente ambulatoriale. Si veda anche Ufficio Parlamentare di Bilancio (2019), *op. cit.*

⁵⁵ Si osservi che in questo periodo la diminuzione complessiva del numero di dimissioni negli istituti pubblici ha rallentato (-7 per cento tra il 2015 e il 2018).

aumentati e il file F ha assicurato un contributo importante, soprattutto nel 2015. Queste differenze, insieme al diverso andamento della mobilità attiva nei due tipi di enti, rappresentano indizi di un miglioramento della capacità attrattiva soprattutto delle aziende adempienti.

Quanto ai costi, gli acquisti di beni sanitari (per il 92 per cento, in media, rappresentati da prodotti farmaceutici ed emoderivati e dispositivi medici) hanno dato un contributo all'aumento della

spesa in tutto il periodo (in particolare, all'aumento dei rimborsi per i farmaci di file F ha fatto riscontro, dal lato delle spese, l'incremento dei costi per acquisti di prodotti farmaceutici, con un picco nel 2015). Tuttavia, la crescita è stata frenata nei primi anni dalle spese per il personale, soprattutto nelle aziende inadempienti, mentre dal 2015 questa voce, insieme ad altre, ha contribuito all'aumento complessivo delle erogazioni.

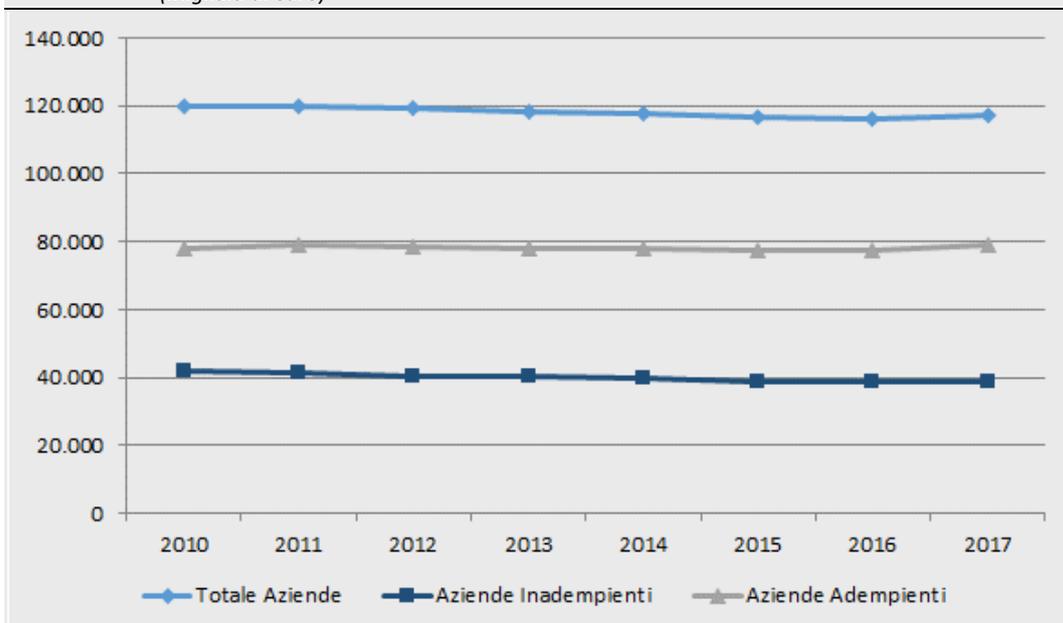
Riquadro 3 – Il personale delle AO

La riduzione dei costi del personale è in parte spiegata dall'andamento del numero di dipendenti. Per le aziende ospedaliere per le quali è stato possibile esaminare i dati di bilancio in serie storica si è verificata pertanto l'evoluzione delle dotazioni di personale dipendente a tempo indeterminato nel periodo di osservazione.

Il numero complessivo di addetti, sostanzialmente stabile nel 2011 rispetto al 2010, subisce un ridimensionamento pari al 3,2 per cento tra il 2012 e il 2016, per poi crescere lievemente nel 2017 (figg. R3.1 e R3.2). Nell'arco del periodo analizzato il calo è continuo e più intenso nelle aziende inadempienti (-7,9 per cento tra il 2010 e il 2017, contro -2,2 per cento per tutte le aziende), mentre in quelle adempienti si verifica complessivamente un lieve aumento (0,8 per cento).

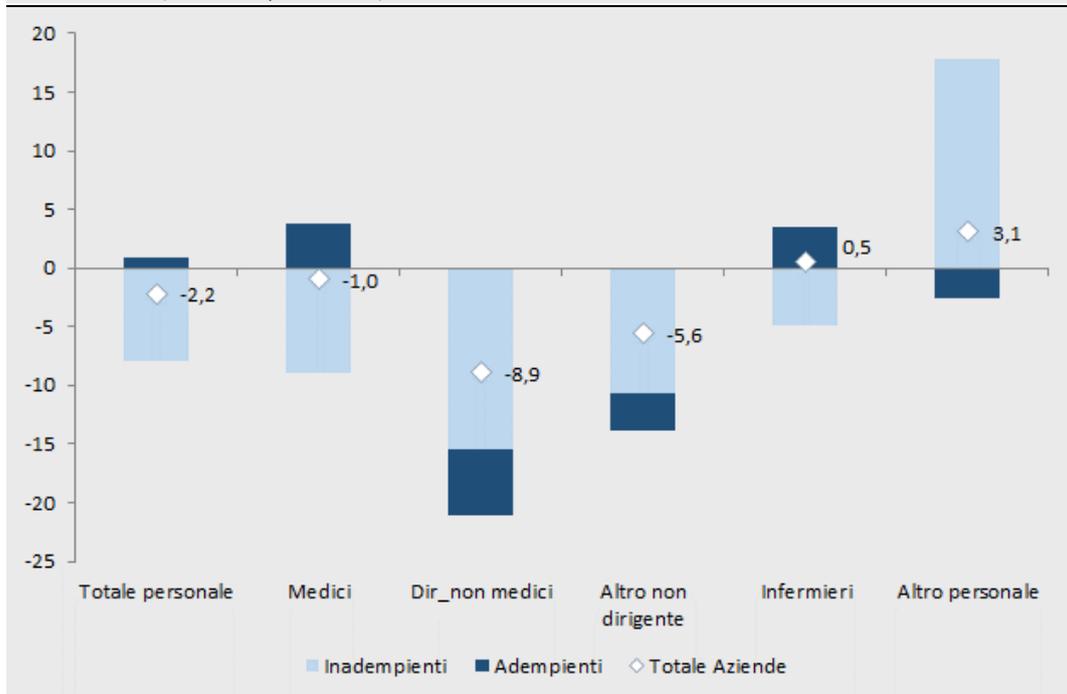
Mentre le aziende adempienti sono riuscite comunque ad accrescere le unità di personale medico (+3,8 per cento) e infermieristico (+3,5 per cento), quelle inadempienti hanno ridotto il personale di tutte le tipologie, tranne la voce residuale, che comprende dirigenti medici e personale contrattista. Tuttavia, alla fine del periodo la quota di personale sanitario risulta lievemente più elevata nelle aziende inadempienti (fig. R3.3).

Fig. R3.1 – Totale personale dipendente a tempo indeterminato per tipologia di Azienda (1)
(migliaia di euro)



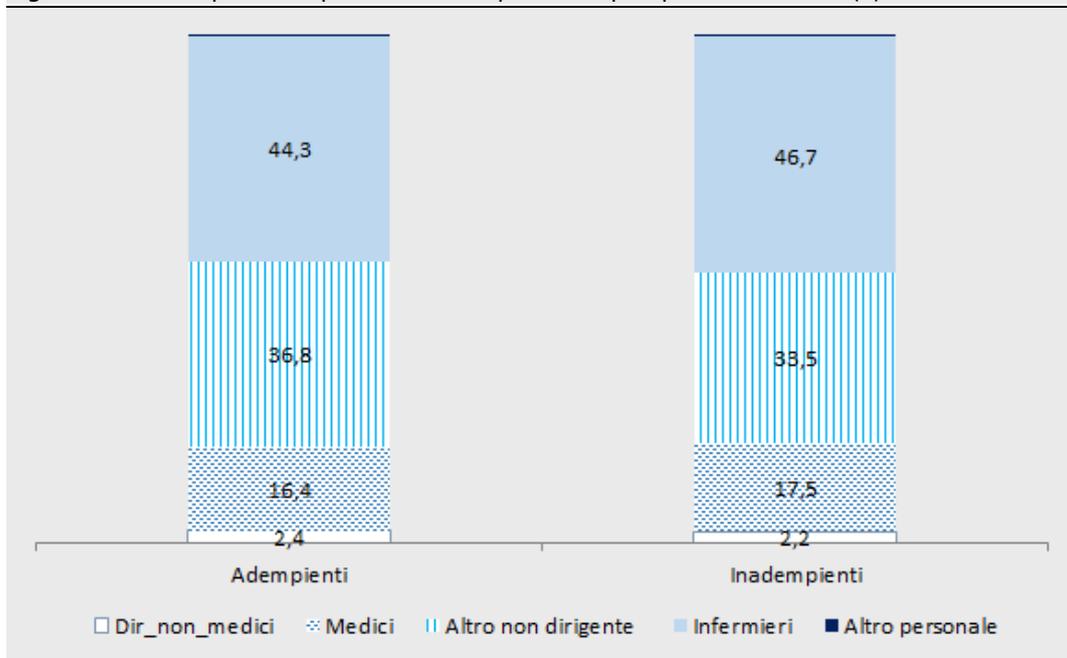
Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle finanze - Ragioneria generale dello Stato, Conto annuale.
(1) Sono escluse le Regioni Campania, Calabria e Sardegna e tutte le aziende sanitarie che hanno subito accorpamenti nelle Regioni della Lombardia (29), Friuli Venezia Giulia (2) ed Emilia Romagna (1).

Fig. R3.2 – Personale indipendente a tempo indeterminato per qualifica professionale e per tipologia di Azienda (1)
(variazioni percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle finanze - Ragioneria generale dello Stato, Conto annuale.
(1) Sono escluse le Regioni Campania, Calabria e Sardegna e tutte le aziende sanitarie che hanno subito accorpamenti nelle Regioni della Lombardia (29), Friuli Venezia Giulia (2) ed Emilia Romagna (1).

Fig. R3.3 – Composizione percentuale del personale per qualifica nel 2017 (1)



Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle finanze - Ragioneria generale dello Stato, Conto annuale.
(1) Sono escluse le Regioni Campania, Calabria e Sardegna e tutte le aziende sanitarie che hanno subito accorpamenti nelle Regioni della Lombardia (29), Friuli Venezia Giulia (2) ed Emilia Romagna (1).