

I TEMPI DI PAGAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE:
ALLA RICERCA DI SPIEGAZIONI

NERINA DIRINDIN, MASSIMILIANO PIACENZA, GIUSEPPE SORRENTI, GILBERTO TURATI

I TEMPI DI PAGAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE: ALLA RICERCA DI SPIEGAZIONI

Nerina Dirindin, Massimiliano Piacenza, Giuseppe Sorrenti, Gilberto Turati –
Dipartimento di Scienze Economico-Sociali e Matematico-Statistiche, Università di Torino

INTRODUZIONE

In questo lavoro si affronta il tema del ritardo nei pagamenti della Pubblica Amministrazione, una questione ritenuta prioritaria dal Governo Monti che – in più occasioni – ha annunciato interventi per sanare l'esposizione debitoria pregressa senza, per ora, giungere a proposte legislative concrete. E' un tema del quale sappiamo troppo poco (Pisauro, 2012) e, come accade anche in altri contesti, quel poco che sappiamo è riferito alla sanità. Sono infatti alcune associazioni di categoria, come Assobiomedica, Federfarma o Farindustria, che raccolgono e diffondono informazioni sui ritardi nei pagamenti per i propri associati.

Il lavoro si concentra in particolare sull'indice DSO (acronimo di *Days of Sales Outstanding*) elaborato da Assobiomedica, un indice comunemente impiegato dalle imprese per calcolare i ritardi con i quali si ricevono i pagamenti dei propri crediti. Due sono gli obiettivi del lavoro: il primo è descrittivo, il secondo interpretativo. Da un lato, si vuole descrivere la variabilità dell'indice DSO, sia a livello nazionale sia a livello regionale, nell'arco degli ultimi venti anni, un periodo che ha visto cambiamenti profondi nell'ambito della sanità. Si va dalla firma del Trattato di Maastricht nel 1992, che ha inaugurato la stagione del rigore finanziario, al varo della prima forma embrionale di federalismo fiscale con il Decreto Legislativo 56/2000, fino agli anni dei piani di rientro per le regioni in situazioni finanziarie critiche. Accanto alla variabilità nel tempo e fra regioni, si vuole anche esplorare la stagionalità nel corso dell'anno, così come la variabilità all'interno delle regioni e fra categorie differenti di fornitori, confrontando il dato Assobiomedica con quello di altre associazioni imprenditoriali. Dall'altro lato, il secondo obiettivo del lavoro è quello di identificare un modello interpretativo da sottoporre a test empirico, attraverso una analisi econometrica multivariata.

I risultati del lavoro mostrano – a livello nazionale – una relativa stabilità dell'indice DSO, con ritardi nei pagamenti compresi tra i 9 e gli 11 mesi, ormai da oltre venti anni. Si tratta di una situazione imbarazzante per il nostro paese, alla luce del Decreto Legislativo 231/2002 che ha recepito la direttiva 2000/35/CE, prevedendo termini di pagamento di 30 giorni. La ciclicità dell'indice DSO nella forbice dei 9-11 mesi sembra riconducibile a quattro distinte fasi che ricalcano i rapporti tra il governo centrale e le regioni, in particolare per quanto riguarda la disponibilità di risorse. Alla stretta del finanziamento legata alle condizioni imposte alla finanza pubblica dalla firma del Trattato di Maastricht si accompagna infatti un aumento dei tempi di pagamento. La situazione nazionale nasconde tuttavia una variabilità regionale molto ampia, che ricalca il dualismo territoriale caratterizzante anche i servizi forniti dalle amministrazioni regionali: le Regioni a Statuto Speciale, in particolar modo del Nord, hanno tempi di pagamento mediamente più contenuti rispetto alle Regioni a Statuto Ordinario; le Regioni a Statuto Ordinario del Nord hanno pagamenti più rapidi in media delle Regioni a Statuto Ordinario delle altre aree del paese. Fra le regioni del Sud, Calabria, Campania e Molise presentano andamenti decisamente esplosivi: rispetto alla media nazionale, i tempi di pagamento in queste regioni sono ormai tre volte più lunghi. Anche la situazione media regionale nasconde una ampia variabilità all'interno di ciascuna regione: in Campania, per esempio, l'azienda di Benevento presenta un indice DSO di 106 giorni, mentre a Napoli si

registra un ritardo di 1.676 giorni. Le analisi esplorative sui dati mostrano inoltre sia una variabilità nei ritardi dei pagamenti in corso d'anno, sia una variabilità tra categorie di fornitori. Per quanto riguarda la variabilità nel corso dei mesi, si osserva che il ritardo cresce da gennaio a luglio, mese nel quale si registra un ritardo medio maggiore di circa 30 giorni rispetto a dicembre; da luglio in avanti, i ritardi tendono invece di nuovo a ridursi. Per quanto riguarda la variabilità tra categorie di fornitori, si osserva infine che l'indice DSO elaborato da Assobiomedica è maggiore del corrispondente indice DSO elaborato da Farmindustria, segno - da un lato - che i ritardi che caratterizzano Assobiomedica sovrastimano il fenomeno generale dei ritardati pagamenti della Pubblica Amministrazione, dall'altro lato che le imprese associate ad Assobiomedica subiscono trattamenti peggiori rispetto ad altre imprese fornitrici delle Aziende Sanitarie. Studiando la relazione tra fatturato aggregato e DSO sembra tuttavia emergere una qualche capacità di pressione da parte dell'associazione: laddove i volumi sono maggiori, minori sembrano essere i tempi di pagamento.

Il modello interpretativo sviluppato nella seconda parte del lavoro mostra come l'indice DSO sia influenzato dai disavanzi di gestione dei servizi sanitari regionali, dalla gestione della liquidità e dai trasferimenti per cassa del governo centrale verso i governi regionali, nonché dall'efficienza del ciclo passivo da parte delle regioni. Il test empirico mostra l'importanza dei disavanzi nonché di alcune variabili politiche, come l'orientamento politico dei governi regionali, nell'influenzare l'evoluzione dell'indice DSO. In particolare, maggiore il disavanzo di gestione, maggiore il ritardo nei pagamenti.

Il lavoro è organizzato come segue: nel paragrafo 2 si descrive la variabilità dell'indice DSO lungo una pluralità di dimensioni, mettendo in luce l'evoluzione nel tempo e la differenziazione fra regioni e all'interno delle regioni. Nel paragrafo 3 si costruisce innanzitutto il modello interpretativo dell'evoluzione dell'indice DSO, che si testa poi con un modello econometrico multivariato. Il paragrafo 4 conclude brevemente il lavoro.

1. LE DINAMICHE DELL'INDICE DSO

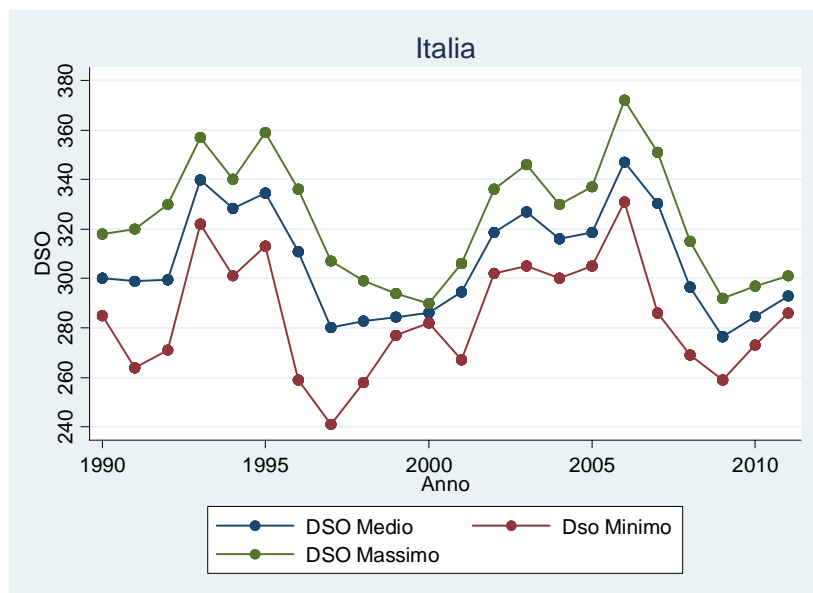
1.1. LA DINAMICA A LIVELLO NAZIONALE

Il DSO è un indice utilizzato per misurare il numero di giorni a partire dalla data di emissione di una fattura necessari ad un fornitore per ricevere il pagamento di una vendita effettuata. L'indice DSO di Assobiomedica è calcolato a partire da una rilevazione campionaria che raccoglie i tempi di pagamento riscontrati presso le imprese associate, con riguardo ai crediti vantati nei confronti di un campione di Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere di tutte le regioni italiane. Da qui l'importanza dell'indice che rappresenta nei fatti l'unica informazione disponibile sui *tempi di pagamento* per una quota rilevante dei debiti delle Pubbliche Amministrazioni.

Se qualcosa sappiamo dei tempi di pagamento, ben più complessa è la raccolta di informazioni sullo stock di debito. L'esposizione debitoria della sanità è desumibile dallo stato patrimoniale delle Aziende Sanitarie. La ricostruzione non è peraltro immediata, soprattutto nelle regioni con forti esposizioni debitorie, dove i dati presentano incongruenze e incertezze anche rilevanti (Corte dei Conti, 2011). Recentemente, la Corte dei Conti (2010) ha effettuato una ricognizione presso le Regioni, ricostruendo una breve serie storica e distinguendo i debiti verso fornitori dalle altre tipologie di debiti, come i mutui (cfr. Corte dei Conti, 2010). Nel 2008, ultimo anno per il quale risultano disponibili i dati, le passività verso i fornitori ammontavano a 30,7 miliardi di euro (28,1 a carico delle Regioni a Statuto Ordinario e 2,6 delle Regioni a Statuto Speciale), pari a circa il 60% delle passività complessive della sanità. Dalla ricostruzione della Corte si evidenzia una graduale riduzione del debito: per le Regioni a Statuto Ordinario i debiti verso fornitori passano dai 34 miliardi del 2006 ai 28,1 del 2008. Per il 2009, i dati parziali - riferiti solo ad alcune regioni - confermano la tendenza alla riduzione dell'indebitamento. Le regioni che, nel 2008, presentavano la maggiore esposizione debitoria (in valore assoluto) sono il Lazio e la Campania: rispettivamente 7,0 e 5,3 miliardi di euro. Seguono l'Emilia Romagna e la Lombardia (con 2,5 miliardi ciascuno), il Veneto (2 miliardi), la Puglia (1,8) e la Sicilia (1,6).

Le indicazioni circa la dinamica dei debiti verso fornitori relativa al periodo 2005-2009 desumibili dalla ricostruzione dello stock di debito complessivo della Corte dei Conti sembra coerente con quella dell'indice DSO rilevato da Assobiomedica a livello nazionale, che registra una flessione proprio tra il 2005 e il 2009 (Figura 1). Nel periodo 1990-2011, il valore medio nazionale del DSO registra peraltro una "relativa" stabilità: considerando il dato medio, i valori sono sempre compresi tra 270 e 350 (tra i 9 e gli 11 mesi, ormai da oltre venti anni), con una media pari a 307 giorni. Il DSO medio raggiunge valori massimi negli anni 1993-95 e 2006-07. I valori minimi di DSO si riscontrano invece nel 1997 e nel 2009. Per i fornitori, l'ormai pluridecennale relativa stabilità dei tempi di pagamento rende più sopportabile il ritardo delle effettive corrisposizioni, perché riduce l'incertezza sui flussi di pagamento e consente - una volta assorbito il primo ritardo - un flusso regolare (ancorché sempre differito) e certo (in quanto garantito dalla Pubblica Amministrazione) di riscossioni.

Figura 1. Evoluzione dell'indice DSO a livello nazionale: 1990-2011



Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

Per quanto relativamente stabili, i ritardi nei pagamenti della Pubblica Amministrazione – di cui l'indice DSO è una spia – mettono l'Italia in una situazione imbarazzante rispetto alla normativa comunitaria. In materia di pagamenti nelle transazioni tra imprese e Pubbliche Amministrazioni relative alle forniture di beni e servizi, le norme in vigore (D.lgs. 231/2002, di recepimento della direttiva 2000/35/CE) prevedono infatti tempi ben più contenuti. Il termine di pagamento è fissato in 30 giorni dalla data di ricevimento della fattura o, qualora posteriore, in 30 giorni dalla data di ricevimento delle merci o delle prestazioni. La normativa prevede anche che: a) gli interessi di mora decorrano automaticamente dal giorno successivo alla data di scadenza dei termini di pagamento; b) il tasso di interesse moratorio sia fissato in misura pari al tasso di interesse del principale strumento di finanziamento BCE maggiorato di 7 punti percentuali; c) le imprese abbiano diritto al risarcimento dei costi sostenuti per il recupero delle somme non tempestivamente corrisposte; d) siano nulli gli accordi sulla data del pagamento o sulle conseguenze del ritardato pagamento, in deroga alle previsioni legali, che risultino gravemente iniqui per il creditore; e) siano legittimate processualmente le associazioni di categoria degli imprenditori rappresentate nel CNEL ai fini di far accertare la grave iniquità delle condizioni di pagamento. La direttiva n. 35/2000 della Commissione Europea è stata recentemente modificata ed entro il 16 marzo 2013 tutti gli stati membri sono tenuti a dare attuazione alla nuova direttiva 2011/7/CE entrata in vigore il 15 marzo 2011. La nuova direttiva, che si applica ad ogni pagamento effettuato tra Pubbliche Amministrazioni e imprese, prevede che il termine di pagamento sia ancora fissato in 30 giorni; in sede di recepimento, gli stati membri possono tuttavia prorogare il termine fino a 60 giorni nel caso di enti pubblici che forniscono assistenza sanitaria. Si prevede inoltre che: a) il tasso degli interessi moratori sia calcolato a partire dal tasso di riferimento della BCE, aumentato di almeno 8 punti percentuali; b) le imprese abbiano diritto, oltre agli interessi di mora, alla rifusione delle spese per il recupero del credito; c) gli stati membri debbano assicurare alle

imprese creditrici la possibilità di ottenere un titolo esecutivo mediante una procedura accelerata, entro 90 giorni dalla presentazione del ricorso.

1.2. LA DINAMICA A LIVELLO REGIONALE

Alla relativa stabilità del DSO medio nazionale non corrisponde un analogo andamento nelle singole regioni, che mostrano invece dinamiche molto differenziate. Considerate le differenti modalità di finanziamento, una prima distinzione rilevante è fra le regioni a statuto ordinario (RSO) e quelle a statuto speciale (RSS). Le RSS mostrano un DSO medio notevolmente minore rispetto alle RSO: da 207 a 331 giorni. Il risultato non è sorprendente, visto che fra le RSS ci sono – come vedremo tra breve - le tre regioni con i pagamenti più rapidi dell'intero paese, ovvero la Valle D'Aosta, il Trentino e il Friuli. Regioni come la Calabria o la Campania, con tempi di pagamento mediamente tra le sette e le otto volte più lunghi di queste tre regioni, non possono che allontanare le prestazioni dei due gruppi. Date le particolarità delle RSS, nel seguito l'analisi è svolta tenendole separate dalle restanti regioni.

Una seconda differenziazione rilevante è naturalmente per macro-aree. La Tabella 1 confronta il dato medio nazionale riferito all'intero periodo considerato con quello medio del Nord, del Centro e del Sud. Il DSO delle regioni del Nord è quello più basso (in particolare nel Nord-est), cresce nelle regioni del Centro e diventa molto elevato in quelle del Sud. Si noti che i dati medi relativi al pagamento nel Meridione sono quasi doppi rispetto a quelli del Nord-est. Per quel che si è detto in precedenza, queste medie sono però influenzate dalla performance delle RSS del Nord. Se escludiamo le RSS, le conclusioni precedenti rimangono però sostanzialmente invariate. E' vero che si registra un peggioramento nei tempi di pagamento delle regioni del Nord, ma il peggioramento lascia invariato il ranking: queste regioni pagano comunque meglio delle regioni del Centro e del Sud.

Tabella 1. DSO medio per macro-aree geografiche

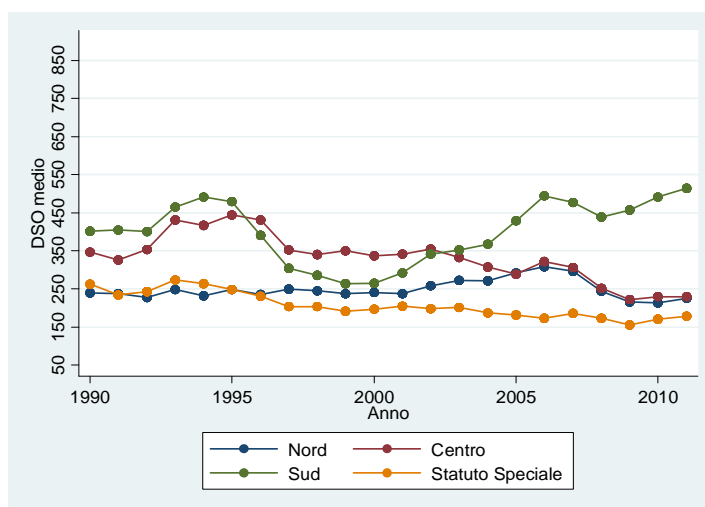
Italia (RSO e RSS)	Nord		Centro	Sud	
300	204		335	379	
	Nord (solo RSO)			Sud (solo RSO)	
	249			396	
	Nord-ovest	Nord-est		Meridione	Isole
	208	199		396	327
	Nord-ovest (solo RSO)	Nord-est (solo RSO)			
	234	273			

Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

La precedente intuizione trova conferma anche nella Figura 2, dove viene rappresentato l'andamento del DSO medio per aree territoriali. Le RSS hanno il DSO più contenuto dell'intero

Paese e in continua lenta riduzione. Le RSO del Nord presentano un DSO appena superiore, con un andamento relativamente costante, fatta eccezione per un leggero incremento nel biennio 2006-07 osservato anche a livello nazionale. Il DSO delle regioni del Centro presenta valori più elevati rispetto alle regioni del Nord, con un andamento molto variabile nel tempo: negli anni dal 1993 al 1996 il DSO assume valori piuttosto elevati e successivamente tende a decrescere fino a raggiungere, dal 2005 in poi, all'incirca gli stessi valori delle regioni del Nord. Le RSO del Sud presentano valori piuttosto elevati, con un primo picco nel triennio dal 1993 al 1995 (simile a quello del Centro), una consistente riduzione negli anni successivi (quando i valori si avvicinano a quelli del Nord), per poi ricominciare a crescere dal 2001 fino a raggiungere gli attuali valori elevati.

Figura 2. Evoluzione dell'indice DSO per macroaree: 1990-2011

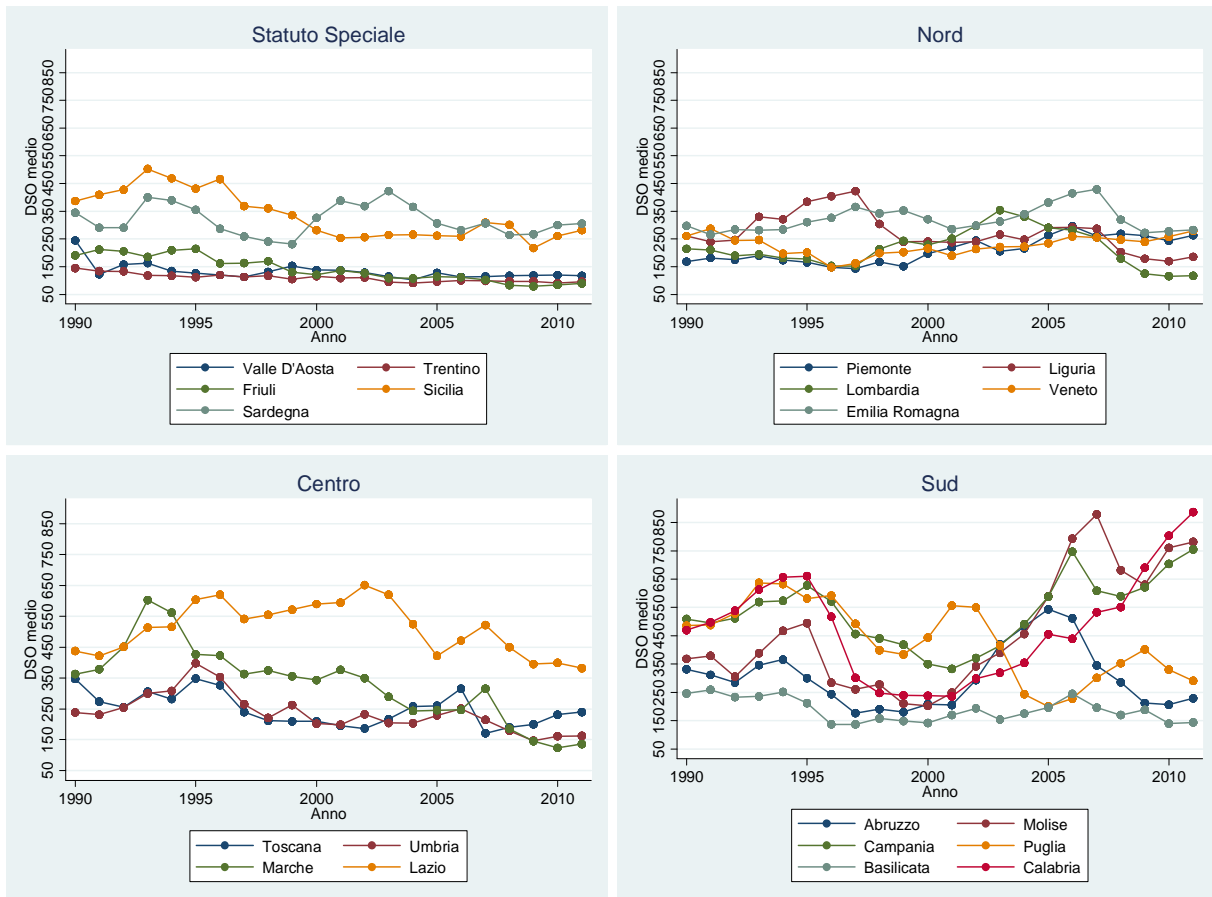


Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

L'evoluzione del DSO medio in ciascuna regione è rappresentato nella Figura 3, che raggruppa le regioni distinguendo tra RSS e RSO e tra macroaree. In generale, le RSO del Nord hanno un DSO piuttosto contenuto e in forte riduzione a partire dal 2007, ovvero da quando gli incentivi all'equilibrio di bilancio iniziano a produrre significativi effetti positivi. Nel periodo 1990-2011, Piemonte e Veneto sono mediamente caratterizzati da valori di DSO piuttosto bassi mentre in Emilia Romagna e in Liguria l'indice DSO è mediamente più elevato. Le regioni del Centro registrano andamenti differenziati dell'indice; in particolare, Toscana e Umbria hanno valori paragonabili a quelli delle regioni del Nord, mentre il Lazio presenta un DSO notevolmente più elevato. Anche nel Centro si osserva una generale tendenza alla riduzione dei tempi di pagamento a partire dal 2007, salvo per la Toscana che registra un lieve aumento (partendo peraltro da valori piuttosto contenuti). Le RSO del Sud presentano andamenti dell'indice DSO molto variabili nel tempo, che raggiungono picchi superiori agli 850 giorni, come il Molise nel 2007 e la Calabria nel 2011. Tra le regioni del Sud, quella con minori tempi di pagamento è sistematicamente la Basilicata. Al contrario, Calabria, Campania, Molise e Puglia presentano valori dell'indice DSO molto più elevati. Va comunque evidenziato come in Puglia negli ultimi anni sembra essere iniziato un significativo trend di diminuzione dei tempi di pagamento. Ne risulta, fra le regioni del Sud, un andamento che negli anni più recenti tende a divaricarsi: alcune regioni tendono a ridurre i loro DSO verso valori prossimi a quelli del Nord (Basilicata, Puglia e Abruzzo), mentre altre mantengono livelli elevati e crescenti (Calabria, Campania e Molise). La dinamica sembra essere effetto del sistema di incentivi e

penalizzazioni: negli anni più recenti, le regioni in grado di adempiere alle indicazioni nazionali beneficiano degli incentivi (soprattutto in termini di disponibilità di risorse per cassa), mentre le regioni in maggiori difficoltà finiscono per essere soggette solo a sanzioni (peggiorando ulteriormente la loro situazione).

Figura 3. Evoluzione dell'indice DSO nelle regioni: 1990-2011 (gg.)

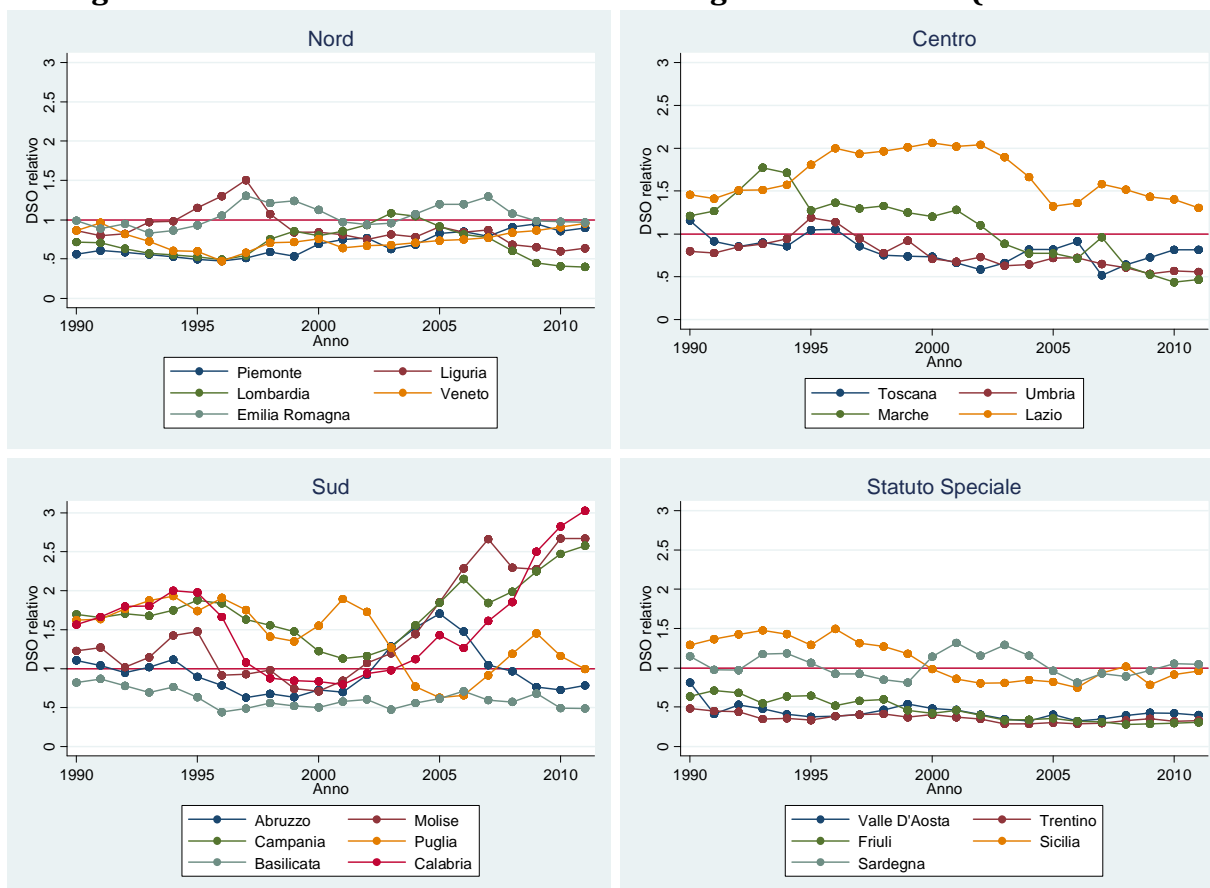


Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

Dall'analisi delle RSS si nota infine come Valle D'Aosta, Friuli e Trentino abbiano tempi particolarmente contenuti, con un indice DSO sempre minore di 250 giorni. La Sicilia e la Sardegna presentano invece un DSO maggiore, paragonabile tuttavia a quello del gruppo delle migliori regioni del Sud.

Le tendenze e le anomalie evidenziate osservando i dati regionali sono confermate nella Figura 4, considerando gli indici regionali DSO standardizzati rispetto al dato medio nazionale dello stesso periodo. Tutte le RSO del Nord e le RSS stanno al di sotto della media nazionale. Situazioni di tensione dal punto di vista finanziario si osservano invece in Lazio, Campania, Calabria e Molise, cioè regioni con forti disavanzi, oggi sotto la lente del Ministero dell'Economia.

Figura 4. Evoluzione dell'indice DSO nelle regioni: 1990-2011 (media Italia = 1)



Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

1.3. LA CICLICITA' DELL'INDICE DSO NEL PERIODO 1990-2011

Le dinamiche nazionali e regionali sembrano evidenziare almeno quattro fasi storiche, ciascuna contraddistinta da specifiche caratteristiche:

- **1990-1995, gli anni della stretta**, ovvero del contenimento della crescita della spesa sanitaria pubblica e delle drastiche riduzioni dal lato del finanziamento, ridotto nel triennio 1992-94 anche in valori correnti, in relazione alle priorità della finanza pubblica di raggiungere gli obiettivi stabiliti nel Trattato di Maastricht;
- **1996-2000, gli anni della ripresa**, ovvero della riorganizzazione del Ssn (attuata con l'avvio dell'aziendalizzazione e della regionalizzazione) e della ripresa della crescita della spesa sanitaria oltre che del corrispondente finanziamento;
- **2001-2005, gli anni delle crisi di liquidità**, ovvero delle difficoltà nei trasferimenti delle risorse alle regioni, in particolare a causa dei ritardi nell'attivazione del monitoraggio dei Lea, della complessa applicazione del decreto 56/2000, oltre che

- nella sospensione della facoltà delle regioni di utilizzare la leva fiscale;
- **2006-2011, gli anni della *graduale responsabilizzazione***, ovvero delle minori aspettative regionali in termini di ripiano dei disavanzi pregressi da parte del governo centrale, dell'anticipazione del fabbisogno per cassa, dell'avvio dei Piani di rientro e di riorganizzazione dei servizi sanitari delle regioni in grave disavanzo, dello sblocco dell'autonomia fiscale delle regioni, in un crescendo di incentivi e (soprattutto) di penalizzazioni che segnano progressivamente i comportamenti delle regioni.

Come avremo modo di discutere nel seguito, i tempi di pagamento presentano dinamiche coerenti, in linea di massima, con l'evoluzione del contesto economico-finanziario nei quattro periodi individuati, salvo alcuni ritardi temporali condizionati dalla velocità di attuazione dei cambiamenti e di reazione agli stessi nelle diverse realtà. Le quattro fasi, i cui confini sono definiti convenzionalmente secondo la sequenza dei lustri, corrispondono a periodi storici ben precisi sul piano dei flussi di competenza e delle innovazioni normative introdotte; i confini appaiono per contro leggermente sfalsati sul piano dei flussi di cassa e dei tempi di pagamento, proprio in ragione dei tempi di cui sopra. La Tabella 2 mostra la dinamica dell'indice DSO medio per ciascun quinquennio con riferimento alle macroaree geografiche. Si noti come passando dal primo al secondo quinquennio, quello della ripresa, il DSO decresce in tutti i casi eccetto che al Nord, dove per la verità i valori erano già in precedenza piuttosto bassi. Nel terzo periodo, la crisi di liquidità determina un consistente aumento del DSO al Nord e (soprattutto) al Sud, mentre al Centro si verifica un forte abbassamento del DSO (sostanzialmente per effetto della dinamica del Lazio). Infine nell'ultimo periodo, la fase degli incentivi e delle penalizzazioni sembra sortire effetti positivi ovunque tranne che al Sud dove gli effetti sono negativi: i tempi continuano infatti ad aumentare significativamente. Da notare come le RSS registrino un continuo miglioramento, pur partendo da una situazione già notevolmente buona.

Tabella 2. Evoluzione dell'indice DSO nelle macroaree

	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
Italia	333	275	287	302
RSO Nord	239	242	266	256
RSO Centro	388	362	325	266
RSO Sud	442	301	356	472
RSS	254	205	194	172

Nota: RSO Regioni a Statuto Ordinario, RSS Regioni a Statuto Speciale

Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

Pare opportuno ricordare brevemente alcune caratteristiche dei diversi quinquenni. Il primo periodo, dal 1990 al 1995, è caratterizzato dalle restrizioni imposte dal percorso di risanamento della finanza pubblica avviato in Italia nel 1992, con la sottoscrizione del *Trattato di Maastricht*, e proseguito nel 1997, con la firma del *Patto di stabilità e crescita*. Il rapporto fra la spesa per la sanità pubblica e il Pil, che aveva raggiunto il massimo storico nel 1991 (6,3%), si riduce drasticamente a partire dal 1992 raggiungendo nel 1995 il valore minimo di 5,1%. Parallelamente si riducono i disavanzi annuali: nel 1995 il bilancio della sanità è prossimo all'equilibrio.

Il secondo periodo, dal 1996 al 2000, è caratterizzato da una profonda riorganizzazione del

servizio sanitario, attraverso la progressiva creazione delle Aziende Sanitarie, dalla ripresa della crescita della spesa sanitaria pubblica e dal conseguente aumento dei disavanzi. Alla fine degli anni Novanta, il Ssn dichiara disavanzi pregressi per oltre 30 miliardi di vecchie lire (di cui 10 riferiti al quinquennio precedente), con ricadute sui tempi di pagamento che si manifestano in maniera rilevante negli anni successivi. Risulta chiaro che le regioni non hanno alcun incentivo a chiudere il bilancio in pareggio, anzi risentono dell'incentivo opposto, stante il rifinanziamento ex post del governo centrale a favore delle regioni in disavanzo. Ciò nonostante alcune regioni lungimiranti avviano un percorso di progressiva riorganizzazione dei loro sistemi sanitari, creando in tal modo i presupposti per affrontare con minori difficoltà le successive fasi di più stringente responsabilizzazione. Il periodo si chiude con la terza riforma del Ssn che introduce la nozione di Livelli Essenziali di Assistenza.

Il terzo periodo, dal 2001 al 2005, è caratterizzato da una grave crisi di liquidità che si riflette pesantemente sui tempi di pagamento dei fornitori e sui costi delle anticipazioni, nonostante le notevoli risorse messe a disposizione dal governo centrale per il ripiano dei disavanzi pregressi, tuttavia solo gradualmente trasferite per cassa (Caruso e Dirindin, 2011). Il periodo ha inizio con l'Accordo del 3 agosto 2000 (poi recepito dalla finanziaria per il 2001) che rivede al rialzo il fabbisogno indistinto della sanità ed esclude la spesa sanitaria dalla disciplina del Patto di Stabilità Interno. Nell'agosto del 2001 interviene il secondo Accordo che integra ulteriormente le risorse e fissa le responsabilità rispettivamente dello Stato e delle Regioni nel nuovo quadro federalista della sanità pubblica (già definito dal d.lgs. 229/99 e poi sancito dalla riforma della Costituzione): spetta al Governo centrale definire i Lea e garantirne la copertura, mentre le Regioni ricevono l'integrazione del finanziamento solo dopo la verifica dell'effettiva erogazione dei Lea e del ripiano degli eventuali disavanzi. Di qui le penalizzazioni (stabilite dalla legge finanziaria per il 2002) a carico delle regioni in caso di mancato rispetto degli impegni, provvedimento che ha l'effetto di bloccare per cassa parte delle risorse delle Regioni¹. I primi tentativi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni si traducono quindi in una grave «crisi di liquidità», particolarmente pesante nel periodo 2003-2005. Solo nel 2005, anno che segna la fine del quinquennio, si dà avvio al progressivo superamento della crisi di liquidità delle regioni: si autorizzano anticipazioni in misura pari al 95% del fabbisogno sanitario annuale; si sblocca il ricorso, in presenza di disavanzi sanitari, agli aumenti dell'addizionale regionale all'Irpef e dell'aliquota dell'Irap. Regioni e Governo si accordano (23 marzo 2005) per destinare 2 miliardi di euro al ripiano dei disavanzi 2001-2003 (di cui 550 milioni per policlinici universitari e Irccs e altri 50 milioni per il Lazio) e procedono alla ridefinizione del fabbisogno del Ssn per il triennio 2005-2007. Sempre nel 2005, il nuovo «patto di stabilità sanitario» modifica i meccanismi di accesso al finanziamento (comma 184 della legge Finanziaria per il 2005): tutte le regioni percepiscono l'anticipazione del 95% del fabbisogno per cassa, ma solo le regioni adempienti e in equilibrio percepiscono il restante 5%. In sostanza, il meccanismo di penalizzazione delle regioni non in equilibrio o non in linea con gli obiettivi della programmazione nazionale permette al governo di imporre l'adozione di un *Piano di rientro*, dalla cui effettiva attuazione dipende l'erogazione per cassa delle risorse bloccate. Sempre nel 2005, il Governo stanziava altri 2 miliardi a titolo di concorso al ripiano dei disavanzi degli anni 2002-2004 e un ulteriore miliardo a favore delle sole regioni in grave disavanzo a condizione che sottoscrivano un piano di rientro.

¹ La crisi di liquidità risente, fra l'altro, di un sistema di anticipazioni mensili basato (d.lgs 446/97) su un valore del fabbisogno finanziario inferiore a quello annualmente definito perché calcolato al netto delle integrazioni previste con l'accordo del 2001. Le Regioni lamentano inoltre la mancata applicazione del comma 6 dell'articolo 13 del d.lgs. 56/00 secondo il quale le anticipazioni di cassa avrebbero dovuto essere "sufficienti ad assicurare ... l'ordinario finanziamento della spesa sanitaria corrente".

Il quarto e ultimo periodo, dal 2006 ai nostri giorni, può essere definito (con qualche eccesso di ottimismo) quello della *graduale responsabilizzazione* delle regioni. Il periodo si giova della svolta del 2005 (intesa del 23 marzo 2005) con la quale il Governo tenta di superare l'incentivo perverso delle Regioni a chiudere in disavanzo: un bilancio in equilibrio permette infatti di beneficiare di un'anticipazione premiante; al contrario, un bilancio in disavanzo innesca un processo di diffida che può portare al commissariamento e all'aumento delle aliquote fiscali regionali; peggio ancora, un disavanzo superiore al 5% del finanziamento ordinario fa scattare la trappola dei piani di rientro con perdita dell'autonomia gestionale. Un crescendo quindi di incentivi e (soprattutto) penalizzazioni che segnano, pur in maniera differenziata, i comportamenti delle regioni nella seconda metà del decennio. Sono progressivamente definiti i presupposti per l'avvio di percorsi di rientro effettivo dai disavanzi: l'automatismo sulla leva fiscale è la pre-condizione per l'accesso al fondo transitorio a favore delle regioni in difficoltà (definito con la finanziaria 2007) e l'attuazione dei piani di rientro approvati dal Governo centrale è la *condicio sine qua non* per liberare per cassa le risorse precedentemente non assegnate a causa di inadempienze. La finanziaria 2007 riprogramma il fabbisogno del Ssn per il periodo 2007-09, portandolo al 6,6% del Pil, e prevede una revisione straordinaria dei Lea (ancora in sospeso). Le anticipazioni vengono innalzate al 97%, ma solo per le regioni che chiudono in pareggio. Per le regioni con elevati disavanzi si incentiva ulteriormente l'adozione dei piani di rientro con l'istituzione di un fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per il 2007, 850 per il 2008 e 700 per il 2009, la cui successiva erogazione per cassa permette di contenere i ritardi nei pagamenti dei fornitori. Successivamente, di fronte alla voragine scoperta con i piani di rientro siglati nel 2007, il governo stanziava a favore delle regioni in dissesto finanziario un ingente prestito per ristrutturare il loro debito che peserà sul saldo netto da finanziare del 2008 per 9,1 mld.

I quattro periodi presi in considerazione si susseguono alternando fasi di sostanziale difficoltà (la prima e la terza), con fasi di parziale ripresa (la seconda) e di maggiore responsabilizzazione (la quarta). Il DSO medio nazionale assume nei quattro periodi andamenti differenti, mostrando una tendenza ad aumentare nelle fasi di difficoltà e a diminuire nelle altre fasi. Nel primo periodo i tempi medi di pagamento subiscono un aumento a partire dal 1992, in coincidenza con la riduzione della spesa complessiva (che opera, come si discuterà tra breve, al denominatore dell'indice DSO e produce, *ceteris paribus*, un aumento dell'indicatore). Nel secondo periodo i tempi si riducono (da 335 nel 1995 a 287 nel 2000), in coincidenza con la nascita delle Aziende Sanitarie e, soprattutto, la ripresa della crescita della spesa e del finanziamento. Nel terzo periodo i tempi di pagamento riprendono rapidamente a crescere, a causa dell'enorme mole di disavanzi accumulati nel corso degli anni e della crisi di liquidità del settore. La dinamica crescente si protrae fino al 2006 (agli inizi del quarto periodo), stanti le difficoltà a produrre un'accelerazione dei pagamenti con strumenti non ancora ben definiti sul versante delle erogazioni per cassa. A partire dal 2007, i sistemi di incentivazione e di penalizzazione iniziano a produrre i loro effetti: l'indice DSO medio nazionale riprende rapidamente a diminuire (di oltre 70 giorni, dal 2006 al 2009, oltre il 20% in meno), nonostante le persistenti (e talvolta crescenti) difficoltà di alcune regioni sottoposte a piano di rientro. La debole inversione di tendenza a partire dal 2009 mostra un aumento che, per quanto di dimensioni contenute, è probabilmente il segno di nuove difficoltà del settore sanitario, in coincidenza con una crisi di liquidità che tocca tutti i settori dell'economia (e non solo la sanità).

1.4. LA STAGIONALITÀ DELL'INDICE DSO

Sino a qui abbiamo considerato un valore medio annuale dell'indice DSO. Un ulteriore aspetto da considerare è tuttavia l'andamento dell'indice DSO durante i mesi dell'anno. La ciclicità durante l'esercizio economico difficilmente può spiegare le differenze nei tempi di pagamento che si verificano tra regioni, ma può comunque aiutare a cogliere elementi importanti della gestione della cassa nelle diverse regioni. La stagionalità dei tempi di pagamento può essere analizzata utilizzando una semplice regressione (OLS pooled) che, *a parità di regione e di anno*, ci consenta di cogliere l'effetto dei singoli mesi dell'anno sui ritardi di pagamento. I risultati sono riportati nella Tabella 3.

Tabella 3. La stagionalità dei pagamenti

Variabile Dipendente: DSO	
Risultati relativi al mese di Dicembre	
Gennaio	13.21** (6.479)
Febbraio	20.29*** (6.391)
Marzo	20.68*** (6.420)
Aprile	21.97*** (6.285)
Maggio	20.56*** (6.248)
Giugno	23.62*** (6.230)
Luglio	30.33*** (6.210)
Agosto	19.50*** (6.250)
Settembre	16.52*** (6.294)
Ottobre	13.69** (6.333)
Novembre	12.83** (6.389)
N	5,060
R ²	0.666

Errori standard robusti in parentesi

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Nel modello sono inserite 20 dummies di regione e 22 dummies di anno

Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

Dall'analisi dei coefficienti (relativi al valore del mese di Dicembre) si osserva immediatamente come tutti siano statisticamente significativi e di segno positivo. I ritardi di pagamento tendono ad aumentare significativamente da gennaio fino a luglio, per poi ridursi nei mesi successivi. Il coefficiente relativo al mese di luglio segnala che, rispetto a dicembre, i tempi di pagamento aumentano in media di un mese; ad agosto il ritardo si riduce a 20 giorni rispetto a dicembre, mentre a novembre la differenza è di soli 12 giorni. Questa stagionalità può essere probabilmente spiegata con la tendenza delle aziende ad accelerare il completamento delle procedure di verifica e di pagamento dei propri debiti con l'avvicinarsi della chiusura dell'esercizio economico ed è indicativa del dilatarsi dei tempi "fisiologici" necessari per il pagamento, un "elastico" che può arrivare come detto fino ad un mese di ritardo in più. Nel seguito del lavoro ci concentreremo sul dato medio annuale, senza scordare tuttavia che dietro al dato medio si nasconde la variabilità mensile appena discussa.

1.5. LA VARIABILITÀ INTRA-REGIONALE DELL'INDICE DSO

Se il dato medio annuale nasconde la ciclicità mensile appena discussa, il dato medio regionale nasconde una variabilità rilevante all'interno delle singole regioni. I dati disaggregati a livello regionale sono tuttavia disponibili finora solo per i mesi di settembre e ottobre 2011². Per quel che riguarda settembre 2011, sono disponibili i dati di 286 aziende collocate su tutto il territorio nazionale, che diventano 295 per il mese di ottobre. Nelle Tabelle 4 e 5 vengono individuati i casi più virtuosi e i casi critici con il relativo valore del DSO.

Tabella 4. Il ranking delle Aziende Sanitarie per DSO (settembre 2011)

I casi virtuosi				I casi critici			
Rank	Città	Regione	DSO	Rank	Città	Regione	DSO
1	Mondovì	Piemonte	23	277	Campobasso	Molise	986
2	Crema	Lombardia	46	278	Monteruscello	Campania	992
3	Merano	Trentino	62	279	Cosenza	Calabria	1.033
4	Bergamo	Lombardia	63	280	Catanzaro	Calabria	1.038
5	Seriate	Lombardia	67	281	Salerno	Campania	1.157
6	Busto Arsizio	Lombardia	68	282	Cosenza	Calabria	1.257
7	Jalmicco	Friuli	69	283	Napoli	Campania	1.321
8	Gemona	Friuli	70	284	Crotone	Calabria	1.335
9	Vimercate	Lombardia	71	285	Caserta	Campania	1.414
10	Desenzano del Garda	Lombardia	75	286	Napoli	Campania	1.676

² La disponibilità dei dati Assobiomedica disaggregati per azienda sanitaria era, al momento della stesura del rapporto, limitata ai due mesi considerati (settembre e ottobre 2011). L'analisi econometria mostra peraltro come l'utilizzo di mesi prossimi alla chiusura dell'esercizio contabile potrebbe fornire risultati di difficile interpretazione. In allegato sono comunque riportati i dati riferiti al periodo settembre - dicembre 2011.

Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

Per quel che riguarda il mese di Settembre, il minor ritardo di pagamento si è registrato in Piemonte, nell'azienda di Mondovì (il cui dato peraltro è stato dichiarato errato dai vertici dell'azienda sanitaria). Solo 24 aziende delle 286 per le quali è presente la rilevazione del DSO riescono ad avere un DSO inferiore o uguale ai 90 giorni. Tra queste nessuna è nel Sud mentre ben 17 sono lombarde. La prima azienda "virtuosa" del Sud si trova alla posizione 45 ed è l'azienda di Benevento (Campania) con un indice DSO di 106 giorni. Il caso più critico si registra invece a Napoli con un ritardo di 1.676 giorni. Tutti i valori superiori ai 1.000 giorni si registrano in Calabria e Campania. Situazione molto simile si registra nel mese di Ottobre; Mondovì occupa il primo posto mentre la Lombardia è la regione più efficiente nelle procedure di pagamento. In questo caso sono 25 le aziende che riescono a mantenere un ritardo inferiore ai 90 giorni, 16 con sede in Lombardia. Per quel che riguarda i casi più critici valgono le stesse considerazioni relative al mese di Settembre.

Tabella 5. Il ranking delle Aziende Sanitarie per DSO (ottobre 2011)

I casi virtuosi				I casi critici			
Rank	Città	Regione	DSO	Rank	Città	Regione	DSO
1	Mondovì	Piemonte	52	286	Catania	Sicilia	930
2	Vimercate	Lombardia	63	287	Catanzaro	Calabria	953
3	Bergamo	Lombardia	66	288	Salerno	Campania	1.000
4	Novi Ligure	Piemonte	69	289	Cosenza	Calabria	1.022
5	Jalmicco	Friuli	69	290	Catanzaro	Calabria	1.137
6	Brunico	Trentino	69	291	Cosenza	Calabria	1.242
7	Seriate	Lombardia	70	292	Napoli	Campania	1.297
8	Crema	Lombardia	76	293	Caserta	Campania	1.363
9	Desenzano del Garda	Lombardia	77	294	Napoli	Campania	1.484
10	Milano	Lombardia	79	295	Crotone	Calabria	1.582

Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

Il ranking delle aziende rende evidente la variabilità nei ritardi di pagamento all'interno di ogni singola regione. Le tabelle 6 e 7 riassumono la situazione relativa ai due mesi analizzati. Con il termine "Differenziale DSO" si intende la differenza tra l'azienda con il ritardo massimo e quella con ritardo minimo situate nella specifica regione, mentre il "Coefficiente di Variazione" è il rapporto tra la deviazione standard e la media regionale nello stesso periodo. E' interessante notare come nelle regioni più in difficoltà con i pagamenti si osservi anche una forte variabilità. Ad esempio, in Calabria troviamo aziende in grado di pagare i fornitori in meno di 200 giorni (Reggio Calabria) e altre con tempi superiori ai 1.300 giorni (Crotone). Questo significa che, probabilmente, anche in territori contraddistinti da difficoltà nel

contenere i tempi di pagamento esistano casi “virtuosi” che riescono ad abbassare la media regionale. In entrambi i mesi oggetto di analisi, le regioni con minore variabilità sono la Lombardia (dove praticamente tutte le imprese pagano con tempi molto contenuti) e la Basilicata. Una maggiore variabilità si osserva invece in alcune regioni di piccole dimensioni (ovvero con un basso numero di osservazioni, Trentino, Umbria, Abruzzo), oltre che in Sicilia e Campania.

Tabella 6. L'indice DSO all'interno delle regioni (settembre 2011)

Regione	n	Dso Min	Dso Max	Differenziale DSO	Coeff. di Variaz.	Dato Regionale
Valle D'Aosta	1	100	100	-	-	108
Piemonte	34	23	510	487	0.30	281
Liguria	11	88	376	288	0.37	205
Lombardia	48	46	184	138	0.26	107
Veneto	23	105	515	410	0.47	279
Trentino	6	62	255	193	0.83	85
Friuli	10	69	183	114	0.34	100
Emilia R.	17	138	509	371	0.32	290
Toscana	19	132	670	538	0.52	249
Umbria	6	102	422	320	0.73	165
Marche	5	143	357	214	0.49	177
Lazio	21	249	822	573	0.39	400
Abruzzo	4	109	402	293	0.59	209
Molise	1	986	986	-	-	873
Campania	18	106	1.676	1.570	0.55	786
Puglia	9	329	572	243	0.30	332
Basilicata	3	134	142	8	0.03	138
Calabria	9	194	1.335	1.141	0.38	940
Sicilia	29	127	880	753	0.60	288
Sardegna	12	131	407	276	0.30	320

Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

Tabella 7. L'indice DSO all'interno delle regioni (ottobre 2011)

Valle D'Aosta	1	128	128	-	-	106
Piemonte	35	52	665	613	0.40	281
Liguria	11	102	338	236	0.32	206
Lombardia	49	63	163	100	0.24	94
Veneto	24	89	547	458	0.46	280
Trentino	6	69	203	134	0.57	87
Friuli	12	69	249	180	0.51	102
Emilia R.	17	130	529	399	0.31	287
Toscana	20	140	708	568	0.50	255
Umbria	6	99	422	323	0.76	165
Marche	5	135	322	187	0.47	164
Lazio	21	251	790	539	0.39	388
Abruzzo	4	115	404	289	0.59	207
Molise	1	805	805	-	-	886
Campania	18	94	1.484	1.390	0.49	802
Puglia	13	152	607	455	0.39	328
Basilicata	3	129	165	36	0.13	148
Calabria	9	191	1.582	1.391	0.42	976
Sicilia	28	157	930	773	0.64	292
Sardegna	12	103	420	317	0.32	321

Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

Una possibile spiegazione della variabilità intra-regionale potrebbe essere legata alla presenza di economie o diseconomie di scala nella gestione dei pagamenti. Una proxy di questa caratteristica può essere considerata la dimensione media in termini di numero di abitanti delle aziende sanitarie della regione. Nella Tabella 8, per ogni quartile della distribuzione della dimensione media regionale delle ASL in termini di cittadini serviti si è calcolata la media dell'indice DSO. I quartili sono identificati per ogni area considerata. A livello nazionale si osserva che il primo quartile (con una dimensione media delle ASL fino a 112.000 abitanti) presenta un valore più alto dei ritardi nei pagamenti rispetto al secondo (fino a 200.000 abitanti), poi dal secondo in poi si verifica un progressivo aumento. Quando la dimensione media delle ASL per popolazione servita è molto contenuta si registrano maggiori difficoltà nel provvedere ai pagamenti. Le aziende di dimensione intermedia sembrano invece ottimizzare la gestione, con valori più bassi dell'indice DSO. Quando il numero di abitanti per ASL aumenta fino a raggiungere l'ultimo quartile, la gestione diventa probabilmente più problematica e si generano ritardi nei pagamento. La tendenza sembra confermata al Nord, e in parte anche al Centro e al Sud (nel quale la situazione è decisamente critica a prescindere dal quartile anche se nel secondo si osserva un valore del ritardo di pagamento sostanzialmente più ristretto).

Tabella 8. DSO e dimensione media delle aziende regionali

DSO	Italia	Pop./Asl (migl.)	Nord (RSO e RSS)	Pop./Asl (migl.)	Centro (RSO e RSS)	Pop./Asl (migl.)	Sud (RSO e RSS)	Pop./Asl (migl.)	St. Speciale	Pop./Asl (migl.)
1° Quartile	352	112	230	121	380	111	425	83	260	116
2° Quartile	207	200	200	197	274	209	279	188	139	188
3° Quartile	241	318	275	303	223	306	416	337	160	205
4° Quartile	402	1.536	289	655	471	1.536	465	678	265	560

Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

1.6. LA VARIABILITÀ PER CATEGORIA DI FORNITORI DELL'INDICE DSO

Le analisi fin qui effettuate fanno riferimento ai ritardi nei pagamenti del campione di imprese associate ad Assobiomedica. Una ulteriore fonte di informazione sui ritardati pagamenti della Pubblica Amministrazione è Farindustria, che rileva i tempi di pagamento delle forniture effettuate dalle aziende farmaceutiche direttamente alle aziende sanitarie, per farmaci utilizzati all'interno delle strutture sanitarie (in particolare negli ospedali) o distribuiti dai presidi sanitari (secondo la modalità della c.d. distribuzione diretta). Sono quindi esclusi i farmaci distribuiti agli assistiti dalle farmacie aperte al pubblico (rilevati invece da Federfarma). I dati di Farindustria fanno riferimento al periodo 2003-2011, e sono confrontati con i corrispondenti dati di Assobiomedica (Tabella 9). Le due rilevazioni sono comparabili (entrambe rilevano le fatture non ancora incassate, per forniture ad aziende sanitarie pubbliche, comprensive di Iva, al netto di eventuali cessioni pro-soluto).

I dati rilevano che le aziende sanitarie pagano i diversi fornitori con diversi tempi di pagamento. In tutto il Paese, le fatture di Farindustria sono pagate più rapidamente di quelle di Assobiomedica. In tutto il Paese: in media quasi due mesi di anticipo (53 giorni). Molto significativa la differenza che si registra nelle regioni del Sud dove si arriva a quasi 100 giorni in meno. La Figura 5 permette di cogliere in maniera ancor più evidente le differenze nell'evoluzione delle due serie.

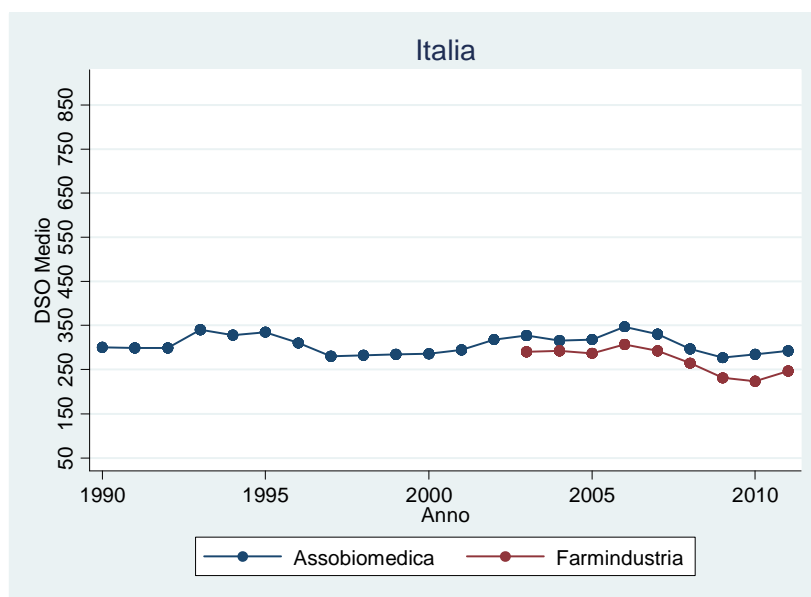
Tabella 9. Confronto tra i ritardi nei pagamenti per Assobiomedica e Farindustria

	Assobiomedica 2003-2011	Farindustria 2003-2011
ITALIA	299	252
RSO Nord	263	227

RSO Centro	281	244
RSO Sud	442	355
RSS	179	160

Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica e Farindustria (2011)

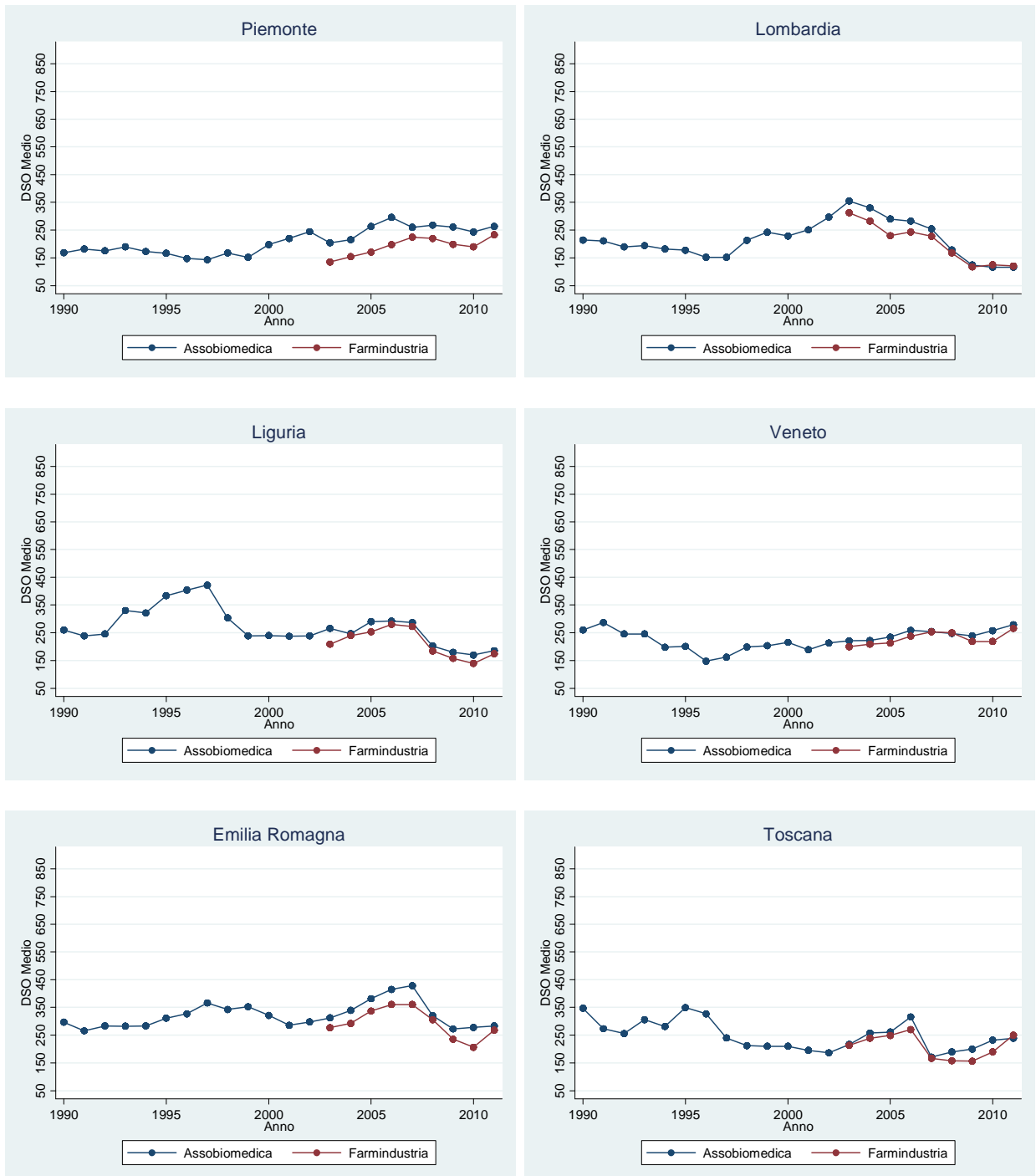
Figura 5. Confronto tra i ritardi nei pagamenti per Assobiomedica e Farindustria (medie nazionali)

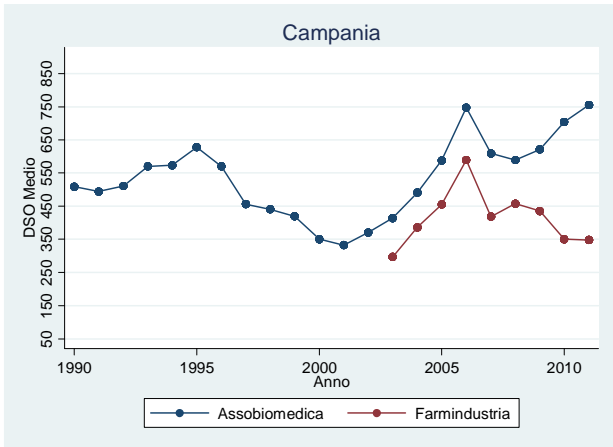
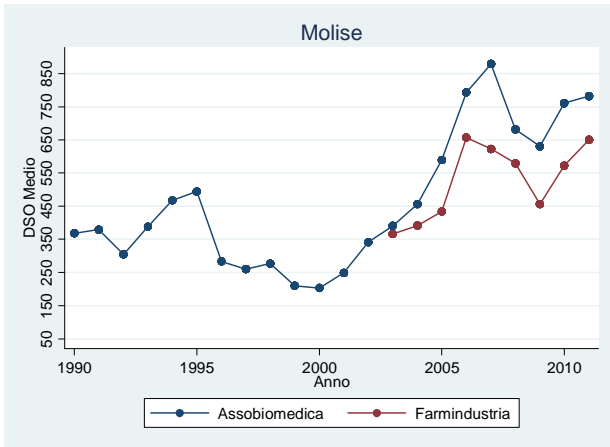
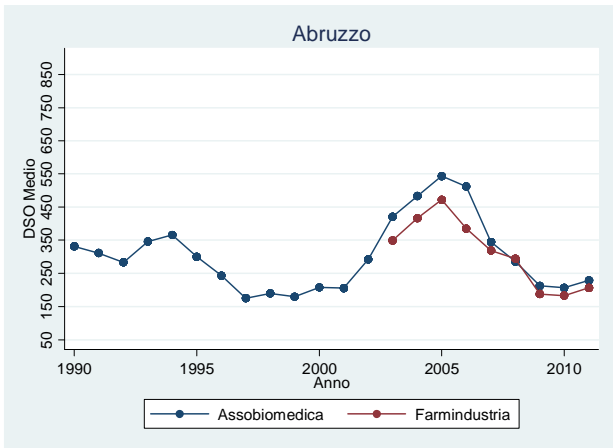
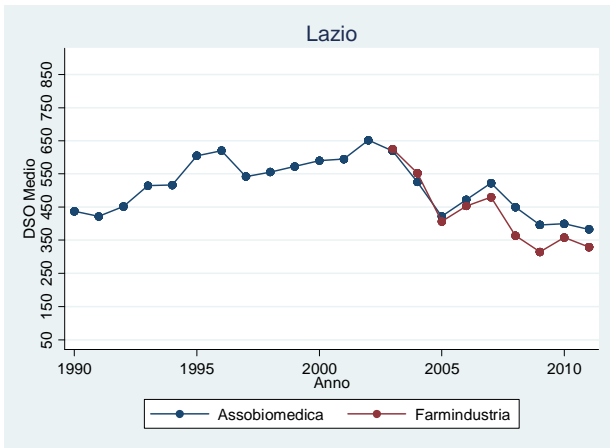
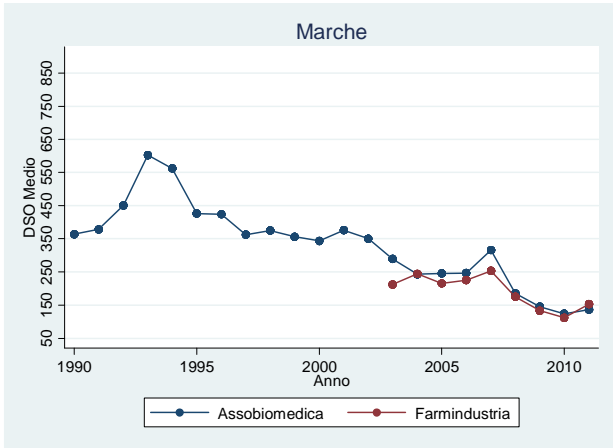
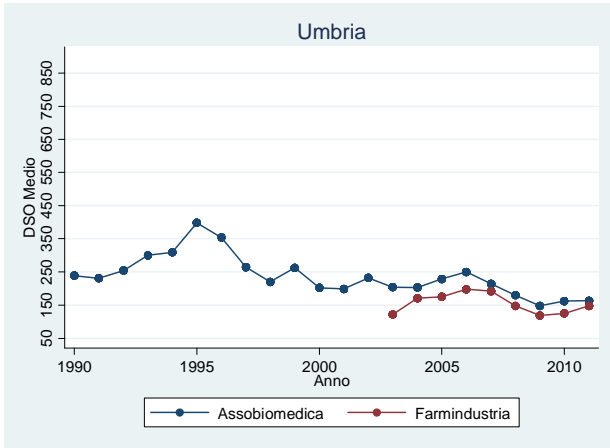


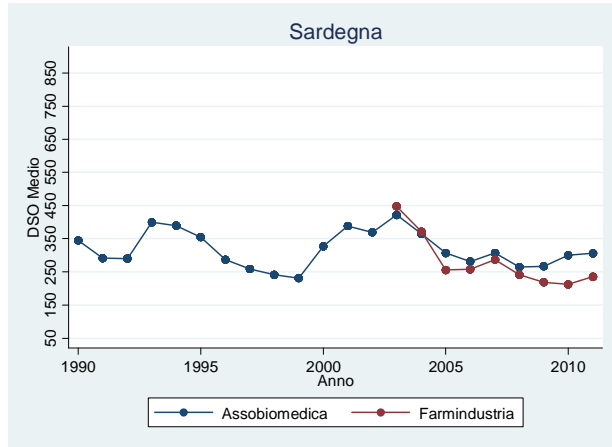
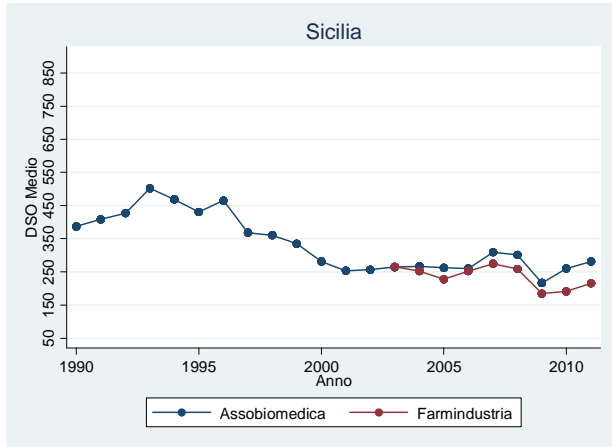
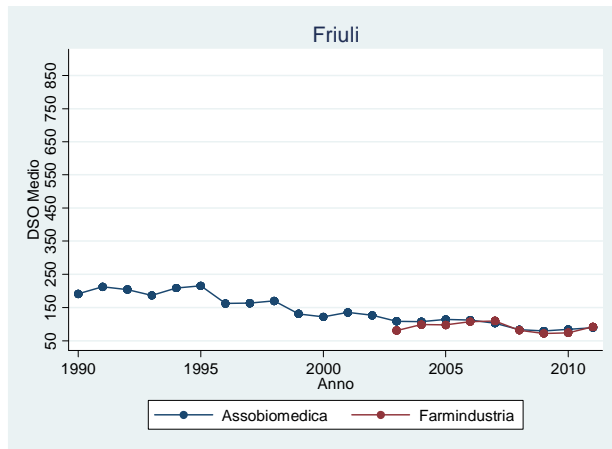
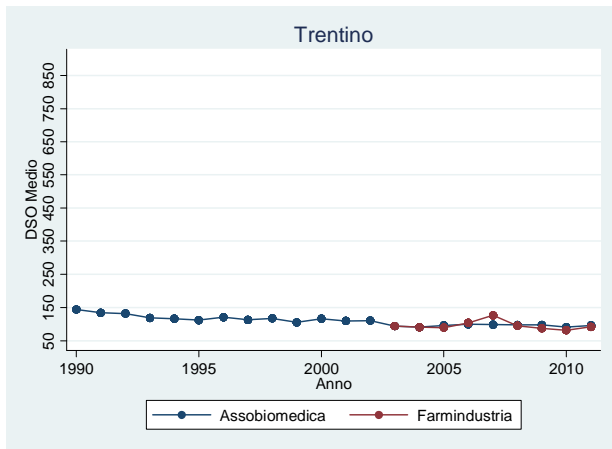
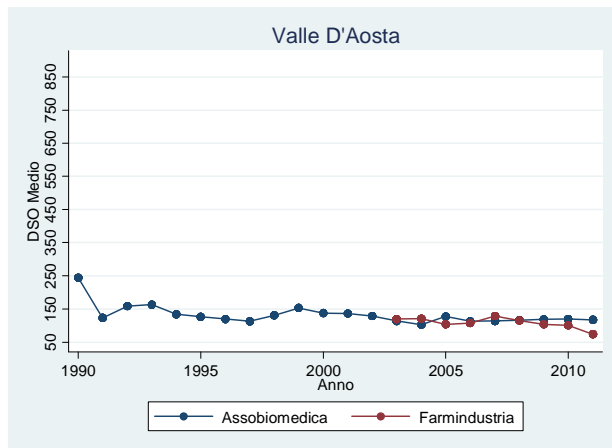
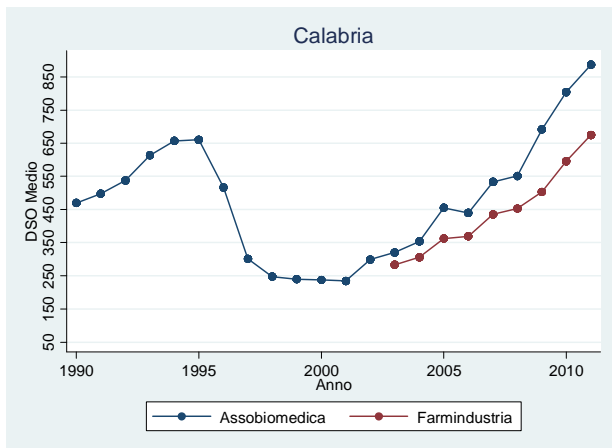
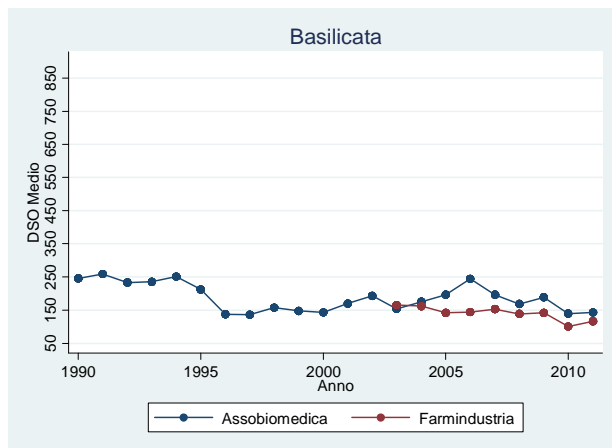
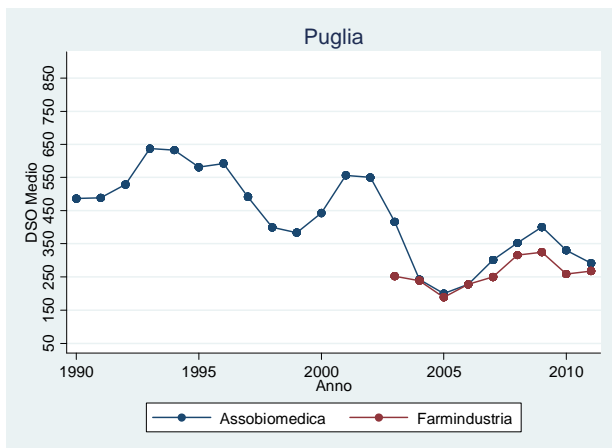
Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica e Farindustria (2011)

Con riferimento alla situazione nelle singole regioni (Figura 6), l'analisi evidenzia indici DSO di Assobiomedica significativamente più elevati rispetto a Farindustria soprattutto nelle regioni con maggiori problemi di pagamento (Campania, Calabria e Molise) e in particolare negli anni più recenti. Si noti la recente situazione della Campania: i tempi di Assobiomedica superano di circa 400 giorni quelli di Farindustria. Più allineati invece i valori relativi alle regioni settentrionali. In generale, quindi, le regioni più virtuose (o comunque non in gravi difficoltà) tendono a praticare tempi di pagamento per Assobiomedica lievemente superiori a per Farindustria, mentre le regioni sottoposte a piano di rientro (o comunque in gravi difficoltà) tendono a pagare prioritariamente Farindustria e a rinviare il pagamento di Assobiomedica.

**Figura 6. Confronto tra i ritardi nei pagamenti
per Assobiomedica e Farindustria (medie regionali)**







Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica e Farmindustria (2011)

Solo qualche considerazione, infine, in assenza di serie storiche, sui tempi di pagamento delle farmacie aperte al pubblico rilevati da Federfarma, che rappresenta la terza fonte di informazioni sui ritardi nei pagamenti della Pubblica Amministrazione. I rapporti fra il Ssn e le farmacie (pubbliche e private) è regolato da un accordo nazionale (DPR 8.7.1998, n. 371) che disciplina fra l'altro le modalità di effettiva corresponsione degli importi dovuti. Per ottenere i pagamenti, le farmacie presentano mensilmente alle Aziende Sanitarie una distinta riepilogativa contabile dei farmaci consegnati agli assistiti dal Ssn nel mese precedente. Il regolamento fissa nell'ultimo giorno di ciascun mese il termine ultimo per l'effettivo pagamento dell'importo dovuto relativo alle ricette spedite nel mese precedente. E' inoltre previsto un sistema di acconti. Singole regioni hanno previsto ulteriori accordi a livello regionale.

I tempi di pagamento delle farmacie sono in tutto il Paese molto contenuti. I pagamenti sono effettuati con regolarità (salvo casi eccezionali) entro i termini previsti dagli accordi. A novembre 2011, Federfarma rilevava ritardi nei pagamenti solo in alcune province appartenenti a quattro regioni (Campania, Calabria, Lazio e Sicilia); in tali casi, sono in attesa di pagamento le distinte contabili relative in media agli ultimi 4 mesi, con ritardi più significativi (fino a 6 mesi) in Calabria e Campania.

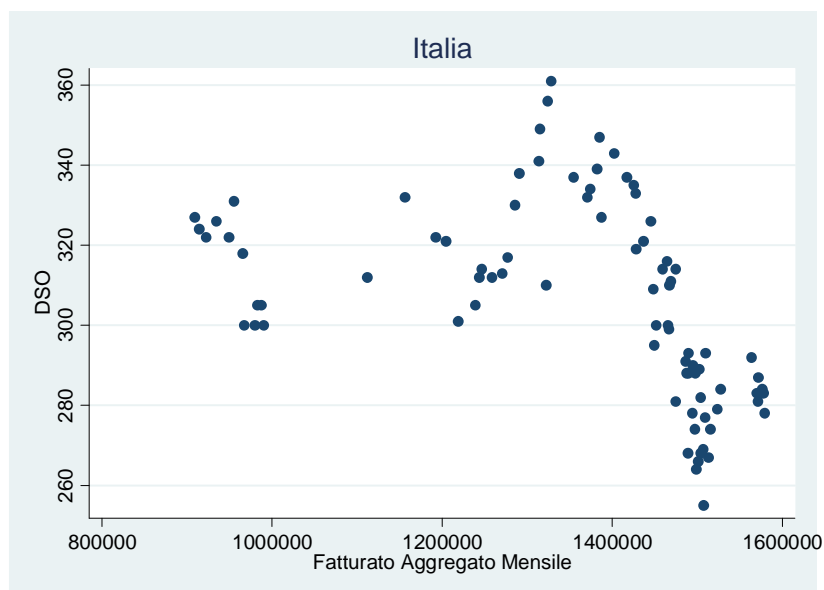
Alla luce anche di queste evidenze, nel procedere al pagamento dei fornitori, le Aziende Sanitarie adottano criteri di priorità, impliciti o espliciti, che rendono i tempi di pagamento molto differenziati per differenti categorie di fornitori. Escludendo il personale dipendente e convenzionato, pagato regolarmente, le aziende sanitarie sembrano effettuare i pagamenti seguendo criteri quali:

- la presenza di *specifiche* convenzioni, regionali o nazionali, che regolano le modalità di pagamento e che impegnano il settore sanitario al di là delle norme di carattere generale (è il caso delle farmacie);
- l'importanza strategica della fornitura ai fini della erogazione dell'assistenza sanitaria;
- l'incidenza del fattore lavoro (in particolare, di quello operante all'interno del territorio regionale) nella fornitura eseguita, in specie per forniture di servizi tramite cooperative;
- i rischi di crisi di liquidità per i fornitori, in particolare di quelli locali e di minori dimensioni, in caso di ritardi eccessivi;
- la capacità di pressione dei fornitori (singoli o associati), soprattutto di quelli più organizzati e rappresentati politicamente;
- il rischio di aumento dei costi del contenzioso e degli oneri per interessi;
- l'esperienza pregressa di contenzioso con le specifiche categorie di fornitori o con i singoli fornitori.

Tenuto conto che la spesa per il personale (dipendente e convenzionato) assomma, in media negli ultimi anni, a circa il 40% della spesa complessiva, che la spesa per la farmaceutica in convenzione (anch'essa pagata in tempi celeri) assomma a circa il 13% della spesa, che la spesa per prestazioni (ospedaliere e di assistenza specialistica) erogate dalle strutture sanitarie private accreditate normalmente pagata in tempi contenuti (per lo meno a titolo di acconto, in ragione di più fattori: ruolo strategico della fornitura, incidenza del fattore lavoro, capacità di pressione dei fornitori, ecc.) ammonta a circa il 16-18% della spesa sanitaria complessiva, si deduce che la quota di spesa sulla quale sono possibili, e di fatto sono operati, ritardi nei pagamenti ammonta a meno del 30% del totale, un valore sostanzialmente prossimo a quello contabilizzato dalle Aziende Sanitarie come spesa per l'acquisto di beni e servizi. Su tale spesa sono verosimilmente pagati in via prioritaria gli acquisti di servizi strettamente funzionali all'erogazione dell'assistenza (pulizia, mense, lavanderie, manutenzioni, ecc.), in ragione della loro importanza e del rilevante contenuto di lavoro. I restanti fornitori sono pagati secondo modalità che di volta in volta risentono delle disponibilità di cassa e rispondono a criteri di priorità di varia natura. I dati rilevati da Assobiomedica indicano tempi di pagamenti superiori a quelli di Farminindustria. Non è chiaro se si tratta di una differenza legata alle diverse modalità di rilevazione o di un vero e proprio maggior ritardo.

Di seguito si riportano i risultati di un approfondimento riguardo alla relazione tra fatturati e ritardi nei pagamenti per ciascuna impresa associata nelle diverse regioni. I dati si riferiscono a un campione di circa 20 imprese *del solo settore biomedicale (spiegare perché solo biomedicale e non anche IVD probabilmente correggere con dispositivi medici)* associate ad Assobiomedica ed osservate tra il 2004 e il 2010 (motivare perché si considera questo intervallo di tempo e non uno più ampio). Per ogni impresa del campione è disponibile la rilevazione del fatturato, dello scoperto (necessario nella formula per il calcolo del DSO) e del DSO, suddivisi per regione e per mese dell'anno. Come si nota dalla Figura 7, che riporta i dati nazionali, si evidenzia una relazione negativa tra DSO e fatturato *aggregato* mensile, a indicare che - oltre una certa soglia - maggiore è l'esposizione debitoria sulle Aziende Sanitarie *nei confronti del settore* e minori i tempi di pagamento. Il gradiente è rilevante: si passa da 360 giorni a 260 giorni.

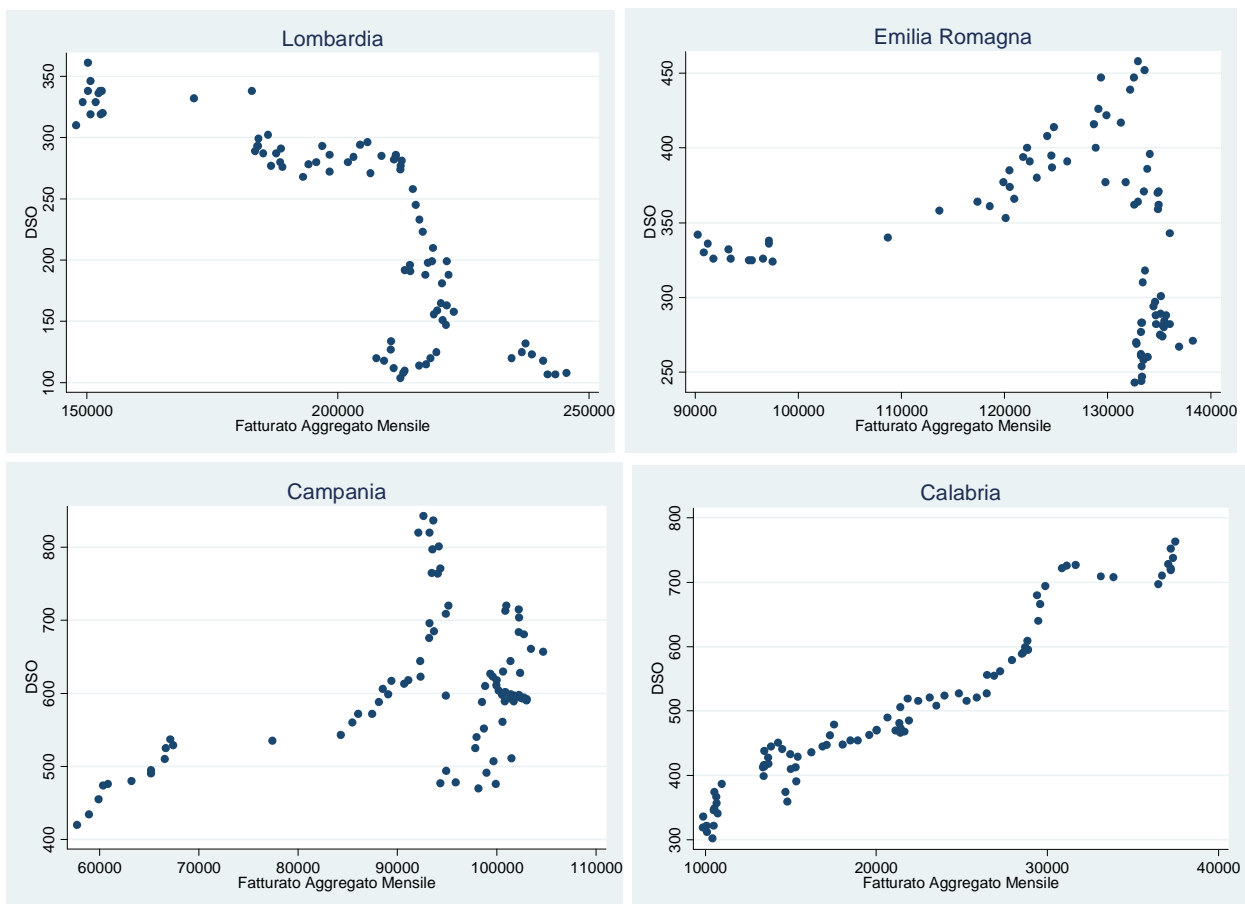
Figura 7. Indice DSO e fatturato aggregato mensile (Italia, settore biomedicale)



Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

Questa relazione negativa tra DSO e fatturato si verifica anche all'interno di alcune regioni, come la Lombardia e – almeno a partire da una certa soglia – l'Emilia Romagna, dove i fatturati mensili delle imprese associate ad Assobiomedica sono relativamente più alti che in altre aree del paese (Figura 8). Al contrario, in Calabria e in Campania, dove il fatturato aggregato mensile è di molto inferiore rispetto a quello registrato per il Servizio Sanitario lombardo, si osserva una relazione *positiva* tra fatturato e DSO. Da questa evidenza sembra quindi emergere una qualche incisività dell'associazione nell'ottenere pagamenti più rapidi, ma questa capacità si realizza solo in regioni dove i fatturati aggregati mensili sono relativamente elevati.

**Figura 8. Indice DSO e fatturato aggregato mensile
(regioni, settore biomedicale)**

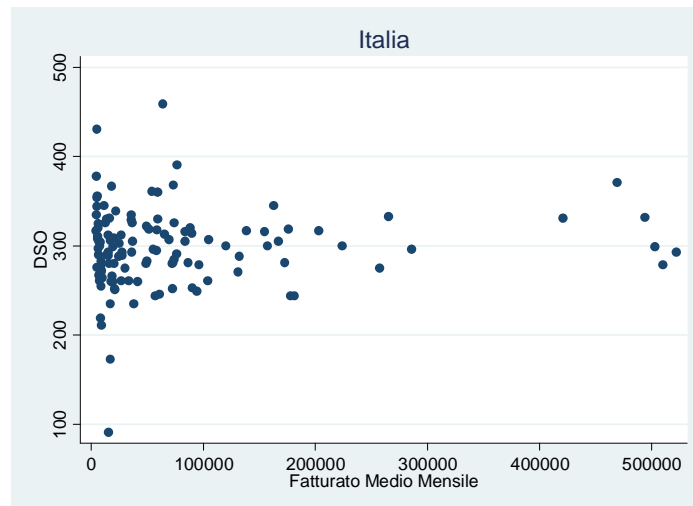


Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

A sostanziare l'idea che si tratti di un effetto dovuto all'associazione e non alla singola impresa, abbiamo anche verificato la relazione tra DSO medio mensile e fatturato medio mensile per la singola impresa. Come si nota dalla Figura 9, contrariamente al caso precedente, non emerge alcuna relazione tra queste due variabili. Risultati analoghi si

ottengono anche considerando le singole regioni. E' probabilmente l'attività dell'associazione, quindi, a determinare tale riduzione dei tempi di pagamento, non la pressione della singola impresa.

Figura 9. Indice medio DSO e fatturato medio mensile per impresa (Italia, settore biomedicale)



Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

2. ALLA RICERCA DELLE SPIEGAZIONI

La variabilità dell'indice DSO nel tempo rende evidente la necessità di trovare delle spiegazioni di questa evoluzione. Come già osservato in precedenza, sembrano emergere quattro fasi distinte individuabili nel mutamento dei rapporti tra il governo centrale e i governi regionali, quindi anche nel finanziamento e nella spesa del Ssn. In questo paragrafo del lavoro, proviamo prima a individuare quali sono i nessi teorici tra finanziamento e spesa del Ssn e ritardi nei pagamenti, per proporre poi una verifica econometrica dell'evoluzione dell'indice DSO nelle diverse regioni.

2.1. L'INQUADRAMENTO TEORICO

Il processo attraverso il quale, nel tempo, le aziende sanitarie accumulano debiti verso i fornitori e ritardi nei pagamenti può essere analizzato attraverso una trattazione formale semplificata che considera la dinamica dei fattori che anno dopo anno producono tale fenomeno. L'analisi parte necessariamente dal considerare una Azienda Sanitaria che avvia la propria attività nell'anno $t=0$ e, a causa dei fattori di cui si dirà tra breve, incomincia ad accumulare ritardi e debiti verso i fornitori. Per semplicità, si consideri una Azienda sanitaria che non sostiene alcuna altra spesa ed effettua esclusivamente acquisti da fornitori. Si definiscano, in particolare, le seguenti variabili:

F_t = finanziamento di competenza dell'anno t

α = quota parte delle disponibilità finanziarie trattenute (non erogate per cassa) dal livello centrale a garanzia degli adempimenti da parte delle regioni ($\alpha > 0$)

A_t = acquisti effettuati dall'azienda sanitaria nell'anno t (pari al fatturato del fornitore), con $A_t \geq F_t$

da cui deriva che

$(1-\alpha)F_t$ = disponibilità di cassa regionale nell'anno t , tenuto conto delle minori erogazioni statali rispetto al fabbisogno programmato

d_t = disavanzo di competenza dell'anno t , ove $d_t = (A_t - F_t) \geq 0$.

Si considerino inoltre:

S_t = flusso di scoperto che si forma nel corso dell'anno t

SS_t = stock complessivo di scoperto alla fine dell'anno t

DSO_t = indice DSO nell'anno t , con $DSO_t = (SS_t/A_t) \times 360$.

Consideriamo – sempre per semplicità – una situazione in cui gli interessi di mora non sono pretesi o non sono dovuti e i finanziamenti di competenza e gli acquisti sono costanti. Nell'anno $t=0$, lo stock di scoperto è pari alla differenza fra gli acquisti effettuati e i pagamenti effettuati:

$$[1] \quad SS_0 \equiv S_0 = A_0 - P_0 = A_0 - (1 - \alpha - \beta) F_0$$

dove β è il fattore di ulteriore riduzione dei pagamenti effettuati nell'anno $t=0$, in relazione ai tempi necessari per portare a termine le procedure di verifica delle fatture e di pagamento delle stesse³. Posto $d_0 = (A_0 - F_0)$, dalla [1] è possibile ottenere:

$$[2] \quad SS_0 \equiv S_0 = d_0 + (\alpha + \beta) F_0$$

dalla quale risulta che, nell'anno $t=0$, lo stock di scoperto dipende dal disavanzo di competenza d_0 , dai pagamenti non effettuati per carenza di liquidità (αF_0) e dalle ulteriori fatture non pagate perché ancora da processare (βF_0).

Alla fine dell'anno $t=1$, lo stock di scoperto è pari a quello dell'anno precedente cui si sommano le eventuali modifiche intervenute nel corso dell'anno, più il nuovo scoperto riferito all'anno $t=1$:

$$[3] \quad SS_1 = SS_0 + \Delta SS_0 + S_1$$

dove ΔSS_0 risulta dalla somma algebrica di tre fattori:

- $F_{S,0}$, la disponibilità straordinaria di risorse, a copertura *ex post* del disavanzo accumulato nell'anno $t=0$, in modo da coprire le eccedenze di spesa rispetto al finanziamento programmato e consentirne il pagamento; si assume $F_{S,0} \leq d_0$;
- αF_0 , la quota di erogazioni statali per cassa relative all'anno $t=0$, precedentemente trattenute in attesa della verifica ministeriale degli adempimenti ed erogate per cassa nell'anno $t=1$. Il fattore opera nel caso in cui la verifica sia positiva. In caso contrario permane il blocco della cassa. Ipotizzando verifiche positive e α ed F costanti, tale fattore è compensato dal corrispondente (ma di segno opposto) effetto sulle disponibilità di cassa nell'anno $t=1$ ($+\alpha F_0 = -\alpha F_1$);
- βF_0 , l'effetto del completamento delle procedure di verifica delle fatture rimaste insolute nell'anno $t=0$. Ipotizzando β costante, tale fattore è compensato dal corrispondente (ma di segno opposto) effetto sull'anno $t=1$ ($+\beta F_0 = -\beta F_1$)⁴;
- naturalmente, nel caso in cui gli interessi di mora sono pretesi dai creditori, ΔSS_0 deve tener conto anche di tale addendo: lo scoperto aumenta per effetto degli interessi di mora che nel frattempo maturano.

Partendo dalla [3], lo stock di scoperto alla fine dell'anno $t=1$ è quindi pari a:

$$[4] \quad SS_1 = (d_0 + \alpha F_0 + \beta F_0) - (F_{S,0} - \alpha F_0 - \beta F_0) + (d_1 + \alpha F_1 + \beta F_1)$$

che può essere riscritta come:

³ Oltre alla carenza di liquidità, rappresentata dal fattore α , nell'anno $t=0$ opera un ulteriore fattore di ritardo dei pagamenti (β) legato ai tempi (comprensivi di eventuali inefficienze) necessari per portare a compimento il ciclo passivo. Come si dirà tra breve, negli anni successivi, se si assume che i tempi del ciclo passivo rimangono costanti, tale fattore cessa di produrre ulteriori effetti in ragione del recupero del ritardo accumulato nell'anno precedente, a fronte della ripetizione ciclica del fenomeno. Si noti che β misura i ritardi *ulteriori* rispetto ad α , ovvero al netto di quelli legati ai flussi di cassa. Ad esempio, se per assurdo $\alpha + \beta = 1$, ovvero se per carenze di cassa e ciclo passivo non fosse possibile effettuare nell'anno $t=0$ alcun pagamento, $S_0 = A_0$.

⁴ Nell'anno $t=1$ si paga quella parte di acquisti dell'anno $t=0$ che, nello stesso anno, non avevano completato il ciclo passivo. Al contempo, sempre nell'anno $t=1$, una quota (di pari ammontare) di acquisti dell'anno $t=1$ non possono essere pagati perché ancora in attesa di completamento del ciclo passivo.

$$[5] \quad SS_1 = (d_0 - F_{S,0}) + d_1 + (\alpha + \beta) F_1$$

Iterando il processo, alla fine dell'anno t , lo stock di scoperto è quindi pari alla somma dei disavanzi passati meno gli eventuali ripiani ex post (con corrispondenti disponibilità per cassa), più il disavanzo di competenza formatosi nell'anno t e i ritardi dovuti sia alla mancata erogazione di parte del fabbisogno programmato sia alla durata e all'efficienza del ciclo passivo:

$$[6] \quad SS_t = \sum_{t=0, \dots, t-1} (d_t - F_{S,t}) + d_t + (\alpha + \beta) F_t$$

Dalla [6] risulta chiaramente che, nel tempo, lo stock di scoperto aumenta se il disavanzo corrente d_t supera le risorse garantite a copertura dei debiti pregressi $F_{S,t}$. Nei periodi nei quali sono garantiti stanziamenti (ed erogazioni) a copertura ex post dei disavanzi accumulati in passato, lo stock di scoperto si riduce; viceversa nel caso opposto. Inoltre, per $F_{S,t} = d_t$ in ogni periodo fino a t , ovvero in caso di completa copertura finanziaria dei disavanzi pregressi in termini di cassa, si ha:

$$[7] \quad SS_t = d_t + \alpha F_t + \beta F_t$$

dalla quale risulta che, se lo Stato (o le Regioni) coprono integralmente i disavanzi pregressi, lo stock di scoperto a fine anno è pari al disavanzo corrente più l'effetto di trascinamento dei mancati pagamenti che inizialmente (e poi annualmente) sono rinviati a causa della carenza di liquidità (fattore α) e dei tempi (fisiologici e non) del ciclo passivo (fattore β).

Sotto un altro profilo, se i disavanzi si riducono ($d_t \leq d_{t-1}$) e/o le Regioni coprono anche solo in parte il pregresso ($F_{S,t-1} > 0$), lo stock di scoperto si riduce. Si noti che si tratta della situazione in cui, negli anni più recenti, si sono venute a trovare le cosiddette regioni "virtuose" che hanno raggiunto l'equilibrio di bilancio (anche attraverso il trasferimento alla sanità di risorse del bilancio regionale, in corso d'anno o negli anni immediatamente seguenti). Al contrario, se i disavanzi aumentano ($d_t \geq d_{t-1}$) e/o le Regioni non coprono il pregresso ($F_{S,t-1} = 0$), lo stock di scoperto aumenta. È il caso di alcune Regioni sottoposte a Piano di rientro, il cui debito pregresso è talvolta di dimensioni così elevate da non poter facilmente essere coperto con risorse straordinarie e i cui bilanci continuano a chiudere in disavanzo.

Dividendo la [6] per A_t si ottiene l'indice DSO:

$$[8] \quad DSO_t = SS_t \times 360 / A_t = \{ [\sum_{t=0, \dots, t-1} (d_t - F_{S,t})] + d_t + (\alpha + \beta) F_t \} \times 360 / A_t$$

che può essere riscritta come:

$$[9] \quad DSO_t = [\sum_{t=0, \dots, t-1} (d_t - F_{S,t})] \times 360 / A_t + (d_t \times 360 / A_t) + (\alpha F_t) \times 360 / A_t + (\beta F_t) \times 360 / A_t$$

dalla quale risulta che i tempi di pagamento risultano dalla somma di quattro fattori, pesati per la spesa A_t :

- un primo fattore dipende dai disavanzi accumulati nel tempo e dalle rispettive coperture: come già detto, la mancata copertura nel tempo dei disavanzi comporta ritardi maggiori – a parità di altre condizioni – nei pagamenti degli scoperti pregressi;
- un secondo fattore dipende dall'incidenza dei disavanzi correnti sulla spesa complessiva: un disavanzo pari, ad esempio, al 5% della spesa annua produce un ritardo nei pagamenti pari a 18 giorni;

- un terzo fattore è legato ad α , la quota di risorse trattenute per cassa dallo Stato. Il blocco, ad esempio, del 3% della cassa produce un ritardo nei pagamenti pari a circa 11 giorni;
- un quarto fattore risente dei tempi necessari per portare a termine le procedure del ciclo passivo: maggiori i tempi fisiologici e le inefficienze, maggiori i ritardi. Stimare i tempi per il completamento della procedura del ciclo passivo, dalla ricezione della fattura al suo pagamento, non è semplice perché risente della complessità dell'insieme delle verifiche (tecniche, amministrative e contabili) necessarie prima di procedere al pagamento una fattura. Nei casi più semplici, che non presentano difformità (fra l'ordine di acquisto e la fornitura ricevuta), né incompletezze (nella documentazione allegata) o contestazioni (circa le condizioni di acquisto), e comunque per le operazioni che non richiedono collaudo (di norma piuttosto laborioso), si ritiene che i tempi "fisiologici" per la liquidazione della fattura possano aggirarsi intorno a 1,5 mesi ai quali si aggiungono altri 10-15 giorni per il pagamento (quindi un indice DSO non maggiore di 50-60 giorni). L'ipotesi è formulata tenendo conto dei tempi della procedura per il pagamento delle farmacie convenzionate, i cui tempi di pagamento sono fra i migliori in assoluto, anche in ragione della possibilità di anticipare e conguagliare i pagamenti in relazione alla regolarità mensile della fornitura e della fatturazione. In realtà, la varietà e la complessità delle forniture sanitarie rende praticamente unico il caso della farmaceutica. In effetti, gli eventi negativi che possono interferire con la normale esecuzione della procedura sono numerosi e creano ritardi nell'intero processo. L'insorgenza di singole difficoltà produce intasamenti negli uffici, incertezze negli operatori, diffidenze nei servizi, da cui rischi di duplicazioni, rinvio di atti, richiesta di ulteriori accertamenti, attesa di ulteriori verifiche, modifica della posizione delle singole fatture nella sequenza temporale della procedura, perdita di tempo per la gestione del ritardo, aumento del contenzioso. In altri termini, eventuali difficoltà nella procedura di verifica della certezza ed esigibilità del credito, producono
 - in una Amministrazione regionale debole dal punto di vista amministrativo-contabile
 - ritardi che vanno ben oltre il singolo caso e che si autoalimentano. La diffusa presenza di inefficienze produce inoltre un aumento delle stesse, per effetto della tendenza a scaricare la responsabilità dei ritardi sugli altri uffici e a imputare le proprie lentezze alla disorganizzazione degli altri; ne risultano ritardi complessivi superiori alla somma dei ritardi che potrebbero presentarsi nei singoli uffici, se questi ipotizzassero la perfetta efficienza degli altri uffici interessati. In altri termini, la risposta strategica del singolo ufficio al comportamento "lento" degli altri uffici è un comportamento altrettanto "lento"; la risposta strategica al comportamento "veloce" degli altri è un comportamento altrettanto "veloce".

Alla luce della [9], *ceteris paribus*, l'indice DSO aumenta se aumenta α , ovvero aumenta la quota di risorse trattenuta dal livello statale a garanzia degli adempimenti regionali, così come se aumentano i tempi di sblocco ed erogazione delle risorse trattenute dal livello centrale per inadempienze delle Regioni o per rallentamenti del governo. Allo stesso modo, se aumenta il contenzioso con i fornitori potrebbe aumentare β , quindi l'indice DSO. Si noti che gli ultimi due fattori sono "corretti" dal rapporto F_t/A_t . Assumendo $F_t/A_t < 1$, come verosimile in un sistema complessivamente non in equilibrio, i due fattori α e β tendono a perdere rilevanza. Si noti inoltre il ruolo della spesa A_t : a parità di condizioni, se la spesa cresce, l'indice DSO aumenta come è ragionevole attendersi⁵. Al di là di ragioni "fisiologiche", la spesa può

⁵ La derivata dell'indice DSO rispetto a A_t è $F_t/A_t^2 > 0$; si ricordi, infatti, che la spesa influenza anche il disavanzo d_t .

crescere anche per ragioni “tecniche”: per esempio, se intervengono modifiche legislative che impongono maggiori contabilizzazioni di voci di spesa (ammortamenti sterilizzati) oppure se aumentano gli oneri connessi ai ritardati pagamenti (tassi di interessi, costo procedure giudiziarie, prezzi di acquisto dei beni).

Concludendo, sin dal momento della loro istituzione, le Aziende Sanitarie operano con tempi medi di pagamento che risultano dalla somma del:

1. numero di giorni fisiologicamente necessari per processare le fatture;
2. numero di giorni, *in aggiunta a quelli fisiologici*, necessari alle aziende *meno efficienti* per completare il ciclo passivo;
3. numero di giorni eventualmente necessari per sbloccare la cassa trattenuta dal livello superiore di governo;
4. numero di giorni necessari per dare copertura per cassa ai disavanzi accumulati nel tempo.

Quando si parla di ritardati pagamenti si fa riferimento alla somma di tutti e quattro tali fattori, mentre il primo fattore, quello fisiologico, dovrebbe a rigore essere espunto. Il secondo fattore chiama in causa responsabilità del livello aziendale. Il terzo fattore risente delle regole e dei vincoli imposti a livello centrale (o regionale) alle erogazioni per cassa, mentre il quarto dipende dalle dimensioni dei disavanzi e dalle modalità di copertura sempre per cassa. E’ a partire da queste considerazioni che, nel seguito del lavoro, verrà identificato un modello econometrico per studiare l’evoluzione nel tempo dell’indice DSO delle regioni italiane.

2.2. L’ANALISI ECONOMETRICA

L’elaborazione di un modello econometrico multi-variato è uno strumento indispensabile ai fini di cogliere congiuntamente una serie di potenziali relazioni esistenti tra un insieme di fattori di influenza – spesso fra loro interrelati – e la variabile dipendente del nostro studio, ovvero i *DSO* regionali. Nel modello implementato i fattori di influenza di maggiore interesse sono legate al contesto politico-istituzionale delle diverse regioni e alla loro situazione economico-finanziaria. Si tratta di variabili che consentono di cogliere i quattro fattori identificati nel paragrafo precedente come responsabili della variazione dell’indice DSO nel tempo. L’idea di fondo dell’esercizio è quella di migliorare la qualità delle informazioni ricavate mediante la semplice analisi descrittiva del campione, andando ad indagare sui possibili rapporti di causalità fra le variabili in gioco e sulla loro significatività statistica. Il modello stimato è rappresentato dall’Equazione [10]

$$\begin{aligned}
 [10] \quad DSO_{it} = & \beta_1 \textit{Statuto Speciale} + \beta_2 \textit{Centro-Destra} + \beta_3 \textit{Movimento Autonomo} + \\
 & + \beta_4 \textit{Allineamento} + \beta_5 \textit{Allineamento} \times \textit{Centro} + \beta_6 \textit{Allineamento} \times \textit{Sud} + \\
 & + \beta_7 \textit{Allineamento} \times \textit{Statuto Speciale} + \beta_8 \textit{Disavanzo contabile pro capite} + \delta_t + \phi_t + \varepsilon_{it}
 \end{aligned}$$

Un primo regressore incluso nel modello riguarda lo statuto regionale: le differenze a livello di medie condizionate allo statuto regionale sono talmente marcate da far presagire una forte significatività di tale coefficiente in sede di analisi econometrica. Più in generale, il grado di autonomia delle Regioni a Statuto Speciale potrebbe influenzare sia la copertura dei disavanzi pregressi, sia il finanziamento regionale. Nel modello è stata quindi inserita una variabile dummy (*Statuto Speciale*) che assume valore 1 in presenza di regioni a Statuto Speciale.

L'orientamento politico delle singole regioni è un altro fattore che potrebbe essere importante nel determinare l'andamento dei DSO sul territorio. Per l'implementazione di questo tipo di analisi si è scelto di ridurre il campione al *periodo 1995-2010*, in modo da poter utilizzare una suddivisione omogenea degli schieramenti politici in tre categorie: centro-destra (*Centro-Destra*), centro-sinistra (utilizzata come coalizione politica di riferimento) e regioni governate da movimenti autonomi (*Movimento Autonomo*). Tale scelta è sembrata la più appropriata, dal momento che un'identificazione dello scenario politico italiano precedente al 1995 (che fa da spartiacque fra sistema proporzionale puro e introduzione del maggioritario) in questa tripartizione è da considerarsi una forzatura eccessiva.

Sempre per quanto riguarda le variabili politiche, un ulteriore aspetto che potrebbe risultare importante nello spiegare il diverso trend dei DSO fra le regioni nel tempo è legato all'allineamento tra l'orientamento politico del governo regionale e quello del governo centrale, che può indurre sia comportamenti più virtuosi dal punto di vista dei tempi di pagamento (si veda per es. Bordignon e Turati, 2009), sia peggiori performance (Arulampalan *et al.*, 2009), a seconda anche dello specifico contesto analizzato. Comprendere come vari il comportamento delle regioni con governo allineato a quello centrale rispetto alle regioni non allineate consente di cogliere importanti meccanismi "nascosti" all'interno del sistema politico-istituzionale italiano e, in particolare, delle relazioni fra i diversi livelli di governo. Per meglio definire tale potenziale relazione esistente tra allineamento politico e DSO sono state inserite nel modello una serie di interazioni tra la variabile in questione (*Allineamento*) e tre dummy che identificano l'area geografica (*Centro* e *Sud*) e l'assetto istituzionale (*Statuto Speciale*), in modo da ammettere una possibile differenziazione dell'effetto a seconda delle peculiarità del contesto preso a riferimento. Le variabili politiche possono avere una influenza sull'indice DSO attraverso differenti vie, le più importanti delle quali sono sicuramente il finanziamento dei servizi sanitari regionali (per esempio, la capacità di raccogliere finanziamenti *ex post*), così come la spesa.

A partire dal modello interpretativo precedente, le variabili di carattere politico-istituzionale non sono tuttavia sufficienti a spiegare in maniera esaustiva le differenze di comportamento delle Aziende Sanitarie dal punto di vista dei tempi di pagamento. Per tale ragione risulta fondamentale integrare l'analisi con degli indicatori di tipo economico, che consentano di tenere conto dei diversi vincoli finanziari a cui sono soggette le regioni e – di riflesso – le Aziende Sanitarie. In particolare, sono stati testati vari indicatori, quali la spesa corrente del Ssn, il finanziamento corrente e il disavanzo contabile, optando alla fine per l'inclusione di quest'ultimo nel modello finale (*Disavanzo contabile pro capite*) in quanto più completo in termini informativi rispetto agli altri due.

Infine, per cogliere aspetti quali le differenze (medie) e le inefficienze (medie) nel ciclo passivo, sono state incluse nel modello 20 variabili dummy regionali (δ); per cogliere invece variabili che hanno influenzato tutte le regioni in un medesimo anno, sono state considerate delle dummy annuali (ϕ). Inoltre, si è tenuto conto della presenza di possibile eteroschedasticità nel campione mediante la stima di errori standard robusti.

Prima di presentare i risultati della stima è doverosa un'ulteriore precisazione: ciascuna delle variabili inserite nel modello è stata testata in un modello uni-variato in una fase esplorativa, al fine di cogliere una prima relazione (spuria) tra il fattore d'interesse e la variabile dipendente. Tale analisi preliminare ha evidenziato risultati coerenti (in termini sia di segno dei coefficienti che della loro significatività statistica) con quelli del modello multi-variato. Le stime del modello sono riportate nella Tabella 10.

I risultati tendono a confermare l'evidenza preliminare emersa in sede di analisi descrittiva. In particolare, si osserva come le regioni a statuto speciale manifestino una performance significativamente migliore rispetto alle regioni a statuto ordinario. A parità di altre condizioni, lo statuto speciale "spiega" un abbassamento dei tempi medi di pagamento di circa

141 giorni. Un risultato che non sorprende più di tanto, dal momento che appartengono a questa categoria regioni come la Valle D'Aosta o il Trentino, ovvero due delle regioni più virtuose sul territorio nazionale.

Più interessante è il risultato relativo all'orientamento politico delle regioni. Le stime confermano come le Aziende Sanitarie che operano in regioni con coalizioni di centro-destra presentino – in media e a parità di altre condizioni - una performance statisticamente peggiore rispetto a quelle governate dal centro-sinistra (circa 35 giorni in più). Le regioni governate da movimenti autonomi rappresentano invece i casi più virtuosi (circa 216 giorni in meno rispetto ai governi di centro-sinistra), anche se la peculiare composizione di questo sottocampione limita in parte la validità di tale risultato rispetto ad un più corretto confronto tra governi di centro-sinistra e centro-destra.

Anche il fattore allineamento è fonte di interessanti spunti di riflessione. In primo luogo, *ceteris paribus*, l'esistenza di un allineamento tra governo centrale e governo regionale sembra determinare un aumento dei tempi di pagamento di circa 44 giorni. Questo effetto potrebbe essere spiegato come una sorta di "effetto accondiscendenza", che fa sì che ci siano meno pressioni da parte del governo centrale ad espletare le procedure di pagamento in tempi brevi nei confronti di quelle regioni con un governo allineato rispetto alle regioni che presentano invece uno schieramento politico opposto a quello nazionale (cfr. Arulampalan *et al.*, 2009). Si tratta ovviamente solo di una possibile chiave di lettura del coefficiente, che andrebbe indagata mediante ulteriori analisi. L'effetto allineamento non è tuttavia omogeneo sul territorio nazionale: dall'analisi delle interazioni con le diverse aree geografiche e con l'assetto istituzionale (stime calcolate rispetto alle regioni settentrionali) si osserva come l'effetto allineamento sia particolarmente forte nelle regioni del centro, mentre risulti addirittura di segno opposto al sud e nelle regioni a statuto speciale, dove sembra prevalere un maggior sforzo a contenere i tempi di pagamento se il contesto politico è allineato al governo nazionale. In particolare, la differenza tra l'effetto dell'allineamento al Sud e l'effetto dell'allineamento al Nord è pari a più di tre mesi (+44 giorni per il Nord, -67 per il Sud), una differenza sostanziale che mette in luce una forte eterogeneità sul territorio nazionale dell'effetto delle variabili politiche.

L'ultima variabile del modello riguarda l'impatto dei vincoli economico-finanziari. Il coefficiente associato al *Disavanzo contabile pro capite* è statisticamente significativo e di segno positivo, il che sta ad indicare che una riduzione del disavanzo contabile si riflette in una diminuzione dei DSO. Il risultato sull'intero periodo è pertanto intuitivo: un miglioramento della situazione economico-finanziaria della regione, a parità di altri fattori, porta ad una riduzione dei tempi medi di pagamento delle aziende sanitarie, quantificato in circa 6 giorni a fronte di una riduzione del disavanzo pro-capite di 100 euro.

Tabella 10. Stime del modello econometrico

Variabile Dipendente: <i>DSO</i> ^a	I	II
Regressori		
<i>Statuto Speciale</i>	-141.109*** (19.886)	-133.124*** (17.359)
<i>Centro-Destra</i>	35.307*** (5.655)	58.768*** (5.715)
<i>Movimento Autonomo</i>	-215.663*** (6.618)	-208.738*** (7.041)
<i>Allineamento</i>	43.627*** (3.656)	42.475*** (3.932)
<i>Allineamento x Centro</i>	33.521*** (6.251)	26.626*** (7.790)
<i>Allineamento x Sud</i>	-66.728*** (11.547)	-68.356*** (10.820)
<i>Allineamento x Statuto Speciale</i>	-85.153*** (5.952)	-92.279*** (6.266)
<i>Disavanzo contabile pro capite</i> (in migliaia di euro)	63.475*** (23.603)	102.733*** (23.500)
Numero osservazioni	3,840	3,840
R ²	0.648	0.689

^a Errori Standard robusti in parentesi.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Periodo osservato: 1995-2010.

Col. I: il modello include 20 dummy per gli effetti specifici di regione.

Col. II: il modello include 20 dummy per gli effetti specifici di regione e dummy per gli effetti specifici di anno

Fonte: ns elaborazioni su dati Assobiomedica (2011)

Un ulteriore controllo finalizzato al miglioramento della capacità esplicativa del modello consiste nell'inserimento degli effetti fissi temporali ϕ_t , ovvero di una serie di variabili binarie di anno che permettono di cogliere, e quindi correggere, qualsiasi effetto sulle variabili di interesse specifico di un particolare periodo. Come è possibile osservare, non si osservano particolari cambiamenti a livello di regressori stimati. I segni dei coefficienti e la loro significatività statistica non cambia (Tabella 10, col II).

3. CONCLUSIONI

In questo lavoro ci si è concentrati sull'evoluzione tra il 1990 e il 2011 dell'indice DSO elaborato da Assobiomedica, identificato come *proxy* dei ritardi con i quali i fornitori della Pubblica Amministrazione ricevono i pagamenti dei propri crediti. I risultati del lavoro mostrano – a livello nazionale – una relativa stabilità dell'indice DSO, con ritardi nei pagamenti compresi tra i 9 e gli 11 mesi, ormai da oltre venti anni. Il dato contrasta con la normativa comunitaria, recepita anche nel nostro paese ormai da dieci anni con il Decreto Legislativo 231/2002, che impone termini di pagamento di 30 giorni. La media nazionale nasconde tuttavia una variabilità, talvolta anche marcata, lungo una pluralità di direzioni: tra le diverse aree del paese (con il Sud in forte difficoltà) e all'interno delle diverse regioni; tra i mesi, nel corso dell'anno, con un picco dei ritardi a luglio; tra categorie di fornitori, con il dato Assobiomedica sistematicamente superiore ad altri indici elaborati da altre associazioni che potrebbe indicare un trattamento peggiore ricevuto dalle imprese del settore dei dispositivi medici rispetto ad altre categorie di fornitori della sanità.

Il modello interpretativo sviluppato nella seconda parte del lavoro mostra come l'indice DSO sia influenzato dai disavanzi di gestione dei servizi sanitari regionali, dalla gestione della liquidità e dai trasferimenti per cassa del governo centrale verso i governi regionali, nonché dall'efficienza del ciclo passivo da parte delle regioni. Il test empirico mostra l'importanza dei disavanzi nonché di alcune variabili politiche, come l'orientamento politico dei governi regionali, nell'influenzare l'evoluzione dell'indice DSO. Dalle stime, emerge in particolare come un maggiore disavanzo di gestione si accompagni ad un maggiore ritardo nei pagamenti.

Il lavoro rappresenta un primo tentativo di esplorare il problema del ritardo dei pagamenti da parte della Pubblica Amministrazione, utilizzando le uniche informazioni oggi disponibili, riferite al comparto della sanità. Le problematiche messe in luce mostrano tuttavia come le esigenze conoscitive sul fenomeno siano pressanti e vadano molto oltre la gestione della liquidità a livello regionale, coinvolgendo tutti i livelli della Pubblica Amministrazione. Si hanno infatti conoscenze aneddotiche per i ritardi sia delle Amministrazioni Centrali, sia delle altre Amministrazioni Locali (su tutte, i Comuni). Il forte richiamo del Governo Monti al tema dei pagamenti, alla luce dei dati qui discussi, sembra suggerire come, in questi ambiti, la tendenza sia quella di un peggioramento sensibile dei tempi di pagamento. Ciò che rende ancora più importante, in una prospettiva di *policy*, l'approfondimento dei temi discussi nel lavoro.

Riferimenti bibliografici

- Arulampalan W., Dasgupta S., Dhillon A., Dutta B. (2009), Electoral goals and centre-state transfers: A theoretical model and empirical evidence from India, *Journal of Development Economics*, 88, 103-119.
- Bordignon M. e Turati G. (2009), Bailing out expectations and public health expenditure, *Journal of Health Economics*, 28, 305-321.
- Caruso E. e Dirindin N. (2011), Sanità: un decennio di contraddizioni e prove tecniche di stabilità, in Guerra M.C. e Zanardi A. (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2010*, Il Mulino, Bologna.
- Corte dei Conti (2010), *Relazione sulla Gestione finanziaria delle Regioni – Esercizi 2008 – 2009*, Roma.
- Corte dei Conti (2011), *Relazione sulla Gestione Finanziaria delle Regioni. Esercizi 2009-2010*, Roma.
- Guglieri A. (2011), *I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2010 e anni precedenti*, Centro Studi Assobiomedica, Studi, numero 23.
- Pisauro G. (2012), *Una spending review per i debiti della PA*, www.lavoce.info, 16 febbraio.