

I TEMPI DI PAGAMENTO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: IL CASO DELLA SANITÀ

Nerina Dirindin, Massimiliano Piacenza, Giuseppe Sorrenti, Gilberto Turati

Codici JEL: H75, H81, I18

Keywords: tempi di pagamento, sistema sanitario, livelli di governo

Febbraio 2013

**I TEMPI DI PAGAMENTO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE:
IL CASO DELLA SANITÀ***

Nerina Dirindin

*Dipartimento di Scienze Economico-Sociali e Matematico-Statistiche
Università di Torino*

Massimiliano Piacenza

*Dipartimento di Scienze Economico-Sociali e Matematico-Statistiche
Università di Torino*

Giuseppe Sorrenti

*Dipartimento di Scienze Economico-Sociali e Matematico-Statistiche
Università di Torino*

Gilberto Turati

*Dipartimento di Scienze Economico-Sociali e Matematico-Statistiche
Università di Torino*

Abstract

Questo lavoro rappresenta un primo tentativo di analisi delle determinanti dei ritardati pagamenti della P.A., un problema che nel nostro paese si presenta di particolare rilievo ed è recentemente ritornato al centro del dibattito di *policy* a causa dell'acuirsi dei problemi finanziari delle imprese fornitrici innescato dalla crisi economica. L'analisi si basa principalmente sull'indice DSO elaborato da Assobiomedica per tutte le regioni italiane come misura dei tempi medi di pagamento regionali e si avvale della stima di un modello econometrico panel definito su diverse potenziali determinanti dei tempi di pagamento. Si considerano in particolare due problemi fondamentali: la carenza di liquidità per la P.A., legata alla *gestione della cassa* e alla formazione di disavanzi con i relativi problemi di copertura; le difficoltà e le inefficienze che si annidano nella *gestione del ciclo passivo*. L'evidenza ottenuta sembra suggerire che, in generale, i tempi di pagamento dipendono primariamente dalla gestione del ciclo passivo, mentre la gestione della cassa sembra rilevare solo in alcuni contesti, a seconda della priorità assegnata alle diverse categorie di fornitori. L'efficienza delle amministrazioni regionali nell'espletare la procedura di pagamento sembra essere influenzata sia dal grado di autonomia dal governo centrale (maggiore per le regioni a statuto speciale), sia dall'allineamento politico fra i diversi livelli di governo (centro e regioni), che può indurre performance più o meno virtuose a seconda dello specifico contesto territoriale e del diverso sforzo di razionalizzazione delle risorse richiesto dal governo centrale.

Codici JEL: H75, H81, I18

Parole chiave: tempi di pagamento, sistema sanitario, livelli di governo

* Gli autori desiderano ringraziare Paolo Gazzaniga per aver messo a disposizione i dati utilizzati nel lavoro, nonché tutti i partecipanti al seminario presso l'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture (Roma), alla XXIV Riunione Annuale SIEP (Università di Pavia) e al XVII Convegno Annuale AIES (Università Cattolica di Roma) per gli utili commenti. La responsabilità per errori ed opinioni espresse nel lavoro resta naturalmente agli autori.

1. INTRODUZIONE

Sulla base dei dati disponibili (p.e., Intrum Justitia, 2012) l'Italia detiene, assieme ad altri paesi mediterranei, un triste record nei tempi di pagamento della Pubblica Amministrazione. Nel 2011, infatti, la P.A. italiana ha fatto registrare tempi complessivi medi di pagamento di 180 giorni, con ritardi di 90 giorni sulle scadenze contrattuali. Si tratta di un dato comparabile con quelli della P.A. in Grecia (174 giorni complessivi, 108 di ritardo), in Spagna (160 complessivi, 80 di ritardo) e, per certi versi, in Portogallo (139 complessivi, 79 di ritardo). Il Belgio invece, nonostante sia gravato da un debito pubblico di dimensioni non trascurabili, fa registrare 73 giorni complessivi per i pagamenti della P.A. e soli 28 di ritardo, dato che l'accomuna alla Francia, che paga entro 65 giorni e 21 di ritardo, più che ai paesi mediterranei. Situazione comunque diversa da quella di paesi come la Germania (36 complessivi, 11 di ritardo), il Regno Unito (43 complessivi, 18 ritardo) o la Finlandia (24 complessivi, 4 di ritardo).

Tempi di pagamento così lunghi della P.A. in Italia sono spesso citati nel dibattito di politica economica sia come causa delle difficoltà finanziarie delle imprese fornitrici (p.e., Da Empoli *et al.*, 2012; Fiordelisi *et al.*, 2012), sia come causa di prezzi di fornitura più elevati proprio nei confronti della P.A. (p.e., Turati, 2003). Riguardo alla prima questione è opportuno ricordare che le imprese sono spesso costrette a cercare finanziamenti presso il sistema bancario ad un costo tipicamente maggiore rispetto al costo del finanziamento per la P.A.. Inoltre, nel caso di difficoltà a reperire finanziamenti adeguati, è possibile che le imprese falliscano causando ulteriori costi sociali rispetto al maggior costo dei finanziamenti, oppure che addirittura caschino nella trappola di organizzazioni criminali, che offrono loro liquidità in cambio del controllo dell'impresa. Riguardo la seconda questione, risulta chiaro che fornitori che si aspettano di ricevere un pagamento con notevole ritardo tenderanno ad incorporare nel prezzo di fornitura una remunerazione per il finanziamento implicito alla P.A..

Il dibattito di *policy* sui tempi di pagamento della P.A. ha ripreso vigore in tempi recenti a causa del perdurare della crisi economica che ha aggravato i problemi finanziari delle imprese, portando all'adozione da parte del governo Monti di diversi provvedimenti: da un lato, in anticipo rispetto ai tempi stabiliti a livello europeo, è stata recepita la direttiva europea 2011/7/EU sui "Late Payments", che a partire dal gennaio 2013 dovrebbe comportare, per i nuovi contratti, pagamenti da parte della P.A. entro i 30 giorni (elevabili a 60 in circostanze eccezionali); dall'altro lato, per i contratti in essere, è stata istituita una piattaforma elettronica per la certificazione dei crediti delle imprese nei confronti della P.A., che dovrebbe consentire di

compensare i crediti certificati con i debiti iscritti a ruolo. Si tratta indubbiamente di provvedimenti importanti, che tuttavia non danno certezze circa la soluzione del problema, visto che già in passato il D.Lgs. 231/2002 (che recepiva la direttiva 2000/35/EC) imponeva alla P.A. tempi di pagamento entro i 30 giorni (per i contratti pubblici di servizi e forniture, ma anche per i contratti pubblici di lavoro, a decorrere dall'emissione del certificato di pagamento), tempi oltre i quali la legge sanciva la decorrenza automatica degli interessi moratori.

Nonostante l'importanza del tema sono disponibili, almeno per il nostro paese, poche informazioni (a partire da quelle di base) e ancor meno studi a riguardo¹. Si incontrano grandi difficoltà per la stima degli stock dei debiti in essere: le stime più recenti diffuse da ABI si aggirano intorno agli 80 miliardi di euro (p.e., Da Empoli et al., 2012), ma solo due anni prima la stima dell'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture (AVCP) fissava il valore dello stock a 37 miliardi di euro (AVCP, 2010). Sono disponibili alcune informazioni sui reali tempi di pagamento, con un intervallo però – stimato sempre dall'AVCP – che mostra una forte eterogeneità di comportamenti: si va da un minimo di 92 ad un massimo di 664 giorni (AVCP, 2010). Riguardo alle ragioni che spiegano il perdurare dei ritardi, si avanzano diverse ipotesi e l'AVCP sottolinea, in particolare, l'importanza di due ordini di problemi: la carenza di liquidità per la P.A. e la difficoltà di gestire il ciclo passivo da parte delle diverse amministrazioni (AVCP, 2012).

In questo quadro la sanità non è solo responsabile di una parte rilevante degli stock dei debiti in essere, ma rappresenta anche un settore privilegiato per la disponibilità di dati e informazioni sistematicamente raccolte da associazioni di fornitori (p.e., Assobiomedica, Farindustria, Federfarma), in particolare per quanto riguarda i tempi di pagamento. Questo lavoro è incentrato proprio sui tempi di pagamento della Pubblica Amministrazione nella sanità, basandosi primariamente sui dati rilevati da Assobiomedica, l'associazione delle imprese produttrici di apparecchiature biomedicali e dispositivi medici. Lo studio è strutturato come segue: nel paragrafo 2 si sviluppa un semplice modello interpretativo teorico volto ad identificare le determinanti dei tempi di pagamento di una generica Azienda Sanitaria; nel paragrafo 3 si propone una prima analisi descrittiva dei dati sui tempi di pagamento, mentre

¹ In realtà, studi sui tempi di pagamento sono difficili da trovare anche a livello internazionale. Una eccezione è rappresentata dal lavoro di Shepherd et al. (2007) che provano a stimare i tempi di pagamento delle farmacie negli Stati Uniti da parte dello schema pubblico di assicurazione Medicare. La mediana nel 2006 risultava di 29 giorni.

l'analisi econometrica definita a partire dalla teoria è sviluppata nel paragrafo 4. Il paragrafo 5 conclude il lavoro.

2. INQUADRAMENTO TEORICO

Il processo attraverso il quale le Aziende Sanitarie pubbliche accumulano nel tempo debiti verso i fornitori e ritardi nei pagamenti può essere analizzato mediante una trattazione formale semplificata che aiuti a comprenderne la dinamica. L'analisi riprende le regole di gestione della sanità regionale in Italia, con finanziamenti erogati dallo Stato alle Regioni e, da queste, a cascata, alle Aziende Sanitarie, cioè gli enti che stipulano effettivamente i contratti e pagano poi i fornitori. Il punto di partenza è costituito da un'ipotetica Azienda Sanitaria che avvia la propria attività nell'anno $t=0$. Per semplicità si consideri una Azienda Sanitaria che non sostiene alcuna altra spesa ed effettua esclusivamente acquisti da fornitori. Si supponga inoltre che gli interessi di mora non siano pretesi o non siano dovuti e i finanziamenti di competenza e gli acquisti siano costanti da un anno all'altro. Si definiscano le seguenti variabili: F_t è il finanziamento di competenza dell'anno t pari al fabbisogno programmato; α è la quota parte delle disponibilità finanziarie trattenute (non erogate per cassa) dal livello centrale a garanzia degli adempimenti da parte delle regioni ($\alpha > 0$), da cui deriva immediatamente che $(1-\alpha)F_t$ è la disponibilità di cassa regionale nell'anno t ; A_t sono gli acquisti effettuati dall'Azienda Sanitaria nell'anno t (pari al fatturato del fornitore), con $A_t \geq F_t$; d_t è il disavanzo di competenza dell'anno t , ove chiaramente $d_t = (A_t - F_t) \geq 0$. Si definiscano inoltre il flusso di scoperto S_t che si forma nel corso dell'anno t , lo stock complessivo di scoperto SS_t alla fine dell'anno t , l'indice DSO (*Days of Sales Outstanding*) – un indice tipicamente utilizzato per misurare i tempi di pagamento per il quale sono disponibili le rilevazioni Assobiomedica – nell'anno t , $DSO_t = (SS_t / A_t) \times 360$.

Nell'anno $t=0$, lo stock di scoperto è chiaramente pari alla differenza fra gli acquisti 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 al “ciclo passivo”, cioè ai tempi (comprensivi di eventuali inefficienze) necessari in ciascuna amministrazione per portare a termine le procedure di registrazione e verifica delle fatture e di

pagamento delle stesse². Considerata la definizione di disavanzo di competenza $d_0 = (A_0 - F_0)$, 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 è direttamente legato al disavanzo di competenza d_0 , ai pagamenti non effettuati per carenza di liquidità (αF_0) e alle 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, a cui si sommano le eventuali modifiche intervenute nel corso dell'anno e 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 $t=0$, per coprire le eccedenze di spesa rispetto al finanziamento programmato e consentirne il pagamento³; 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 sarà compensato dal corrispondente (ma di segno opposto) effetto sulle disponibilità di cassa nell'anno $t=1$ derivante dal nuovo scoperto $S_1 (+\alpha F_0 = -\alpha F_1)$;
- βF_0 , l'effetto del completamento delle procedure di verifica delle fatture rimaste insolute nell'anno $t=0$. Anche in questo caso, ipotizzando β costante, tale fattore sarà “compensato” dal corrispondente (ma di segno opposto) effetto sull'anno $t=1$ derivante dal nuovo scoperto $S_1 (+\beta F_0 = -\beta F_1)$ ⁴;

² Come si dirà tra breve, negli anni successivi, se si assume che i tempi del ciclo passivo rimangano 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, si avrebbe immediatamente che $S_0 = A_0$.

³ Il ripiano *ex-post* dei disavanzi di competenza è una caratteristica delle gestioni regionali della sanità in Italia. Per una ricostruzione dell'evoluzione storica della pratica – adottata con più o meno vigore dal Governo centrale negli anni – si vedano Bordignon e Turati (2009) e Caroppo e Turati (2007).

⁴ Nell'anno $t=1$ si paga quella parte di acquisti dell'anno $t=0$ che, nello stesso anno, non aveva 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.

- naturalmente, nel caso in cui gli interessi di mora siano 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:

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

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

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

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; avviene il contrario nel caso opposto. Chiaramente, 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 la Regione) copre 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). Si noti inoltre che, 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. E' la 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 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:

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

che può essere riscritta come:

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

dalla quale deriva 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 è determinato dai tempi necessari per portare a termine le procedure del ciclo passivo: maggiori tempi fisiologici ed inefficienze provocano maggiori 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 di 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 45 giorni, 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 che vengono pagate in tempi rapidi, 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 e della 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 ad imputare le proprie lentezze alla disorganizzazione degli altri; ne risultano pertanto ritardi complessivi superiori alla somma dei ritardi che potrebbero presentarsi nei singoli uffici, se questi ipotizzassero la perfetta efficienza degli altri uffici interessati⁵.

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 attendersi⁶. Al di là di ragioni "fisiologiche", la spesa può 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

⁵ In altri termini, si può ragionevolmente ipotizzare che la risposta strategica del singolo ufficio al comportamento "lento" degli altri uffici sia un comportamento altrettanto "lento"; la risposta strategica al comportamento "veloce" degli altri sia un comportamento altrettanto "veloce", a meno che prevalga un comportamento di "free riding" sugli sforzi degli altri.

⁶ Il segno della derivata dell'indice DSO rispetto ad A_t è dato dal segno di $(F_t/A_t)^2 > 0$; si ricordi, infatti, che la spesa influenza anche il disavanzo d_t .

connessi ai ritardati pagamenti (interessi di mora, costo delle 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 numero di giorni fisiologicamente necessari per processare le fatture;
- del numero di giorni, *in aggiunta a quelli fisiologici*, necessari alle aziende *meno efficienti* per completare il ciclo passivo;
- del numero di giorni eventualmente necessari per sbloccare la cassa trattenuta dal livello superiore di governo;
- del 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 questi fattori, mentre il primo fattore, quello fisiologico, dovrebbe a rigore essere espunto. Il secondo fattore chiama in causa la 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. A partire da queste considerazioni, nel seguito del lavoro, verrà identificato un modello econometrico per studiare l'evoluzione nel tempo dell'indice DSO delle regioni italiane.

3. BASE DATI E ANALISI ESPLORATIVA

3.1. L'indice DSO rilevato da Assobiomedica

Come detto in precedenza, 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 mensilmente attraverso una rilevazione campionaria che raccoglie i tempi di pagamento riscontrati presso le imprese associate, con riferimento 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 una delle poche informazioni disponibili in modo sistematico sui *tempi di pagamento* per una quota rilevante dei debiti delle Pubbliche Amministrazioni.

Se qualcosa sappiamo sui tempi di pagamento, ben più complessa è la raccolta di informazioni relative allo *stock di debito*. L'esposizione debitoria della sanità è teoricamente desumibile dallo

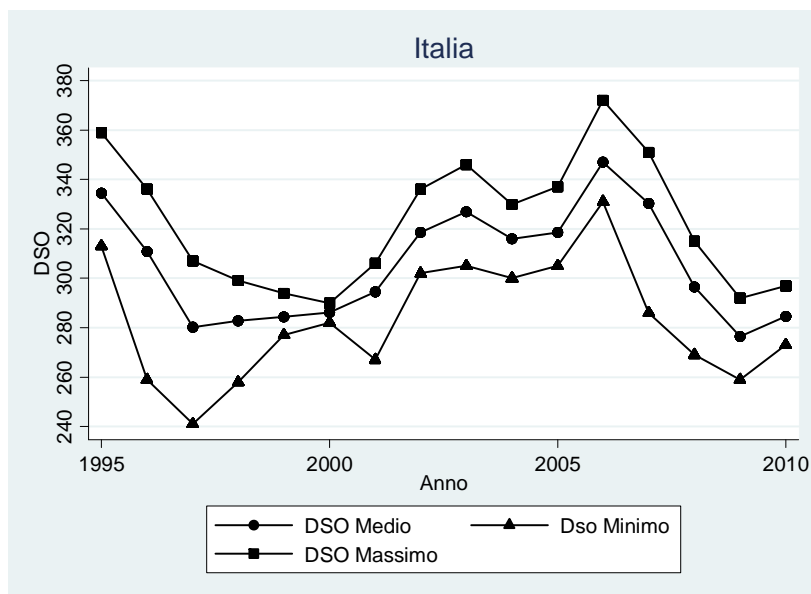
stato patrimoniale delle Aziende Sanitarie. La ricostruzione non è tuttavia immediata, soprattutto nelle regioni con forti esposizioni debitorie, dove i dati presentano incongruenze e incertezze anche rilevanti (Corte dei Conti, 2011). Recentemente la Corte dei Conti ha effettuato una ricognizione presso le Regioni, ricostruendo una breve serie storica che ha permesso la distinzione dei debiti verso fornitori dalle altre tipologie di debiti, quali i mutui (Corte dei Conti, 2010; 2012). Nel 2008, ultimo anno per il quale risultano disponibili dati sistematici per tutte le regioni, 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 – riferiti solo ad alcune regioni – sembrano confermare 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 ciascuna), 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)⁷. Nel periodo 1995-2010 il valore medio nazionale del DSO registra peraltro una “relativa” stabilità: considerando il dato medio, i valori sono sempre compresi tra 270 e 350 giorni (tra i 9 e gli 11 mesi, ormai da più di tre lustri), con una media pari a 306 giorni. Il DSO medio raggiunge valori massimi negli anni a ridosso del 1995 e nel 2006-07. I valori minimi dell’indice DSO si riscontrano invece nel 1997 e nel 2009. Quindi, considerando la media nazionale, il recepimento della direttiva europea sui tempi di pagamento della P.A. con il D.lgs. 231/2002 non sembra aver avuto effetti significativi; qualche dubbio circa la capacità di incidere sul fenomeno da parte della nuova legislazione sui “Late Payments”, introdotta a partire da gennaio 2013, è pertanto lecito⁸.

⁷ Si noti che il dato utilizzato nella figura è un dato annuale ottenuto come media delle dodici osservazioni mensili fornite da Assobiomedica. L’analisi del dato mensile mostra una stagionalità evidente: i ritardi peggiorano da gennaio a luglio di circa 15 giorni, per poi migliorare nella seconda parte dell’anno fino a dicembre, il mese nel quale i ritardi sono più rapidi. Per approfondimenti su questo punto, si veda Dirindin et al. (2012).

⁸ In materia di pagamenti nelle transazioni tra imprese e Pubbliche Amministrazioni relative alle forniture di beni e servizi, le norme in vigore fino al 2012 (D.lgs. 231/2002, di recepimento della direttiva 2000/35/CE) prevedono termini di pagamento fissati in 30 giorni dalla data di ricevimento della fattura o, qualora posteriore, in 30 giorni

Figura 1. Evoluzione dell'indice DSO a livello nazionale: 1995-2010 (gg.)



Fonte: elaborazioni su dati Assobiomedica

Le dinamiche nazionali sembrano evidenziare almeno tre fasi storiche, ciascuna contraddistinta da specifiche caratteristiche:

- 1995-2000, gli anni della *ripresa*, ovvero della riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (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

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 rifinanziamento 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 dalla nuova direttiva 2011/7/CE entrata in vigore il 15 marzo 2011, recepita nel nostro paese a partire dal gennaio 2013. 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.

risorse alle regioni, in particolare a causa dei ritardi nell'attivazione del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, della complessa applicazione del decreto 56/2000, oltre che della sospensione della facoltà delle regioni di utilizzare la leva fiscale;

- 2006-2010, 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.

Il primo periodo, dal 1995 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 (dopo il precedente periodo di contenimento per le politiche rigoriste rivolte al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Trattato di Maastricht). 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 (p.e., Bordignon e Turati, 2009). 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 (Lea).

Il secondo 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 (p.e., 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 Regioni⁹. 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 Ircs 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 in disavanzo (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. Inoltre, nel 2005, il Governo stanziava altri 2 miliardi a titolo di concorso al ripiano dei disavanzi degli anni 2002-2004 ed un ulteriore miliardo a favore delle sole regioni in grave disavanzo a condizione che sottoscrivano un Piano di rientro. Il terzo ed 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 che porta le 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 ed all'aumento delle aliquote delle

⁹ La crisi di liquidità risente, fra l'altro, di un sistema di anticipazioni mensili basato su un valore del fabbisogno finanziario inferiore a quello annualmente definito perché calcolato al netto delle integrazioni previste con l'accordo del 2001 (D.lgs 446/1997). Le Regioni lamentano inoltre la mancata applicazione del comma 6 dell'articolo 13 del D.lgs. 56/2000 secondo il quale le anticipazioni di cassa avrebbero dovuto essere «sufficienti ad assicurare ... l'ordinario finanziamento della spesa sanitaria corrente».

imposte regionali, se il disavanzo è superiore al 5% del finanziamento ordinario scatta la trappola dei Piani di rientro con la perdita dell'autonomia gestionale. Assistiamo quindi ad un crescendo di incentivi e (soprattutto) di 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 *conditio sine qua non* che permette di 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 (terminata solo di recente dal Governo Monti). 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 miliardo di euro per il 2007, 850 milioni per il 2008 e 700 milioni 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 volto a ristrutturare il loro debito che peserà sul saldo netto da finanziare del 2008 per 9,1 miliardi.

I tre periodi presi in considerazione presentano un susseguirsi di fasi di sostanziale difficoltà (la seconda) e fasi di parziale ripresa (la prima) e di maggiore responsabilizzazione (la terza). Il DSO medio nazionale assume nei tre periodi andamenti differenti, mostrando una tendenza (contenuta) ad aumentare nelle fasi di difficoltà e a diminuire nelle altre fasi. Nel primo periodo i tempi si riducono in coincidenza con la nascita delle Aziende Sanitarie e, soprattutto, con la ripresa della crescita della spesa e del finanziamento. Nel secondo 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 terzo 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 nonostante le persistenti (e talvolta crescenti) difficoltà di alcune regioni sottoposte a Piano di rientro. L'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).

3.2. La variabilità regionale

Alla relativa stabilità del DSO medio nazionale non corrisponde un analogo andamento nelle singole regioni che mostrano invece dinamiche molto differenziate. Considerate le diverse modalità di finanziamento, una prima distinzione rilevante è fra le regioni a statuto ordinario (RSO) e quelle a statuto speciale (RSS). Non sorprendentemente, visto che includono le ricche autonomie del Nord (Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia), le RSS mostrano un DSO medio notevolmente inferiore rispetto alle RSO (194 giorni contro 325). Regioni come Calabria o 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 si è preferito analizzarle separatamente.

Una seconda differenziazione rilevante è naturalmente quella per macro-aree. La Tabella 1 presenta il dato medio nazionale riferito all'intero periodo confrontato con quello medio relativo al Nord, al Centro ed al Sud. Il DSO delle regioni del Nord è il 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. Queste medie potrebbero essere influenzate dalla performance delle RSS del Nord; le conclusioni precedenti rimangono tuttavia sostanzialmente invariate anche escludendo queste ultime. 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 prima delle regioni del Centro e del Sud.

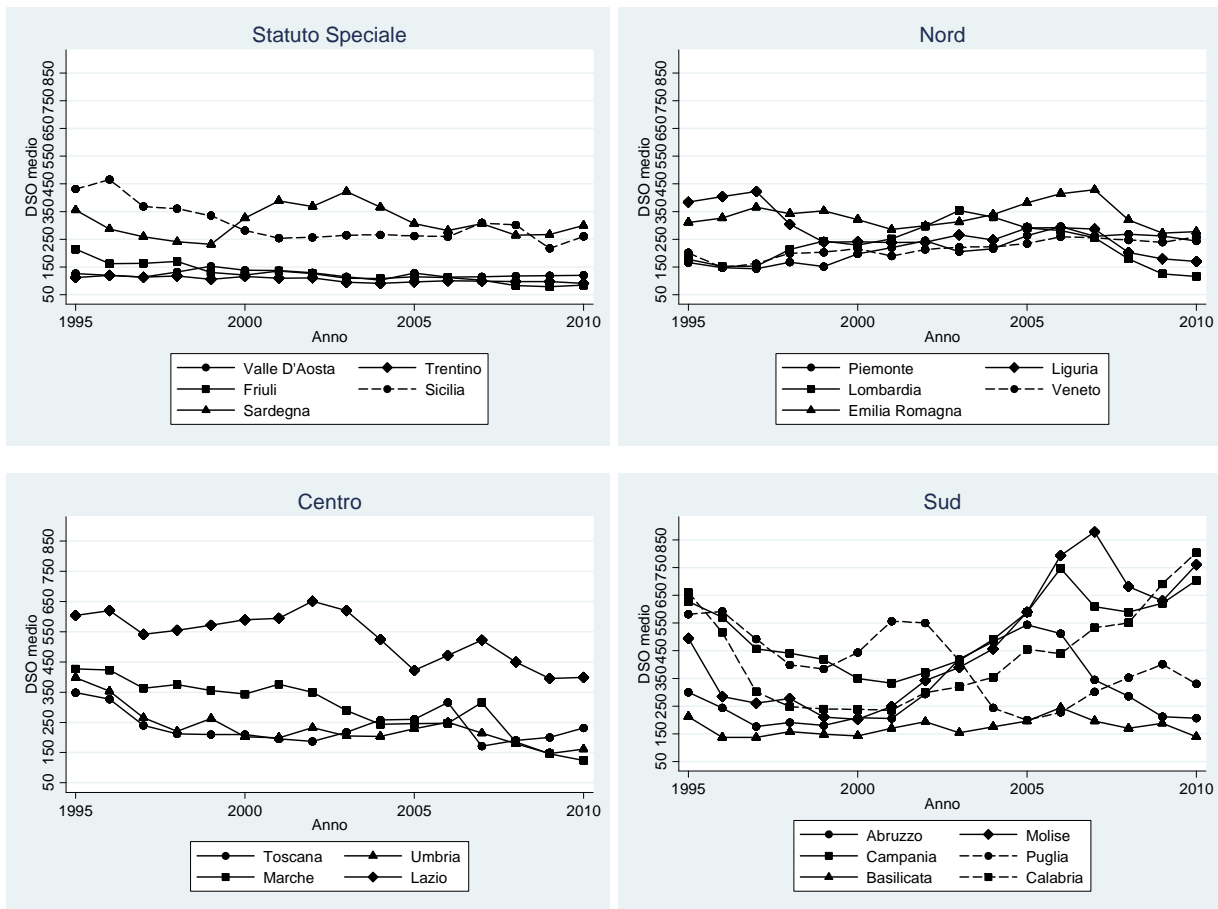
Tabella 1. DSO medio per macro-aree geografiche (media 1995-2010, gg.)

Italia (RSO e RSS)	Nord		Centro	Sud	
306	203		326	364	
	Nord (solo RSO)			Sud (solo RSO)	
	254			383	
	Nord-ovest	Nord-est		Meridione	Isole
	211	195		383	308
	Nord-ovest (solo RSO)	Nord-est (solo RSO)			
	240	276			

Fonte: elaborazioni su dati Assobiomedica

L'evoluzione del DSO medio in ciascuna regione è rappresentato nella Figura 2, che raggruppa le regioni distinguendo tra RSS e RSO e tra macroaree. In generale le RSO del Nord registrano un DSO piuttosto contenuto e in forte riduzione a partire dal 2007, quando gli incentivi all'equilibrio di bilancio iniziano a produrre significativi effetti positivi. Nel periodo 1995-2010 Piemonte e Veneto sono mediamente caratterizzate 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 presentano valori paragonabili a quelli delle regioni del Nord, mentre nel Lazio (una regione con disavanzi pressoché strutturali) si rileva 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 regione Toscana che registra un lieve aumento (partendo peraltro da valori piuttosto contenuti).

Figura 2. Evoluzione dell'indice DSO nelle regioni: 1995-2010 (gg.)



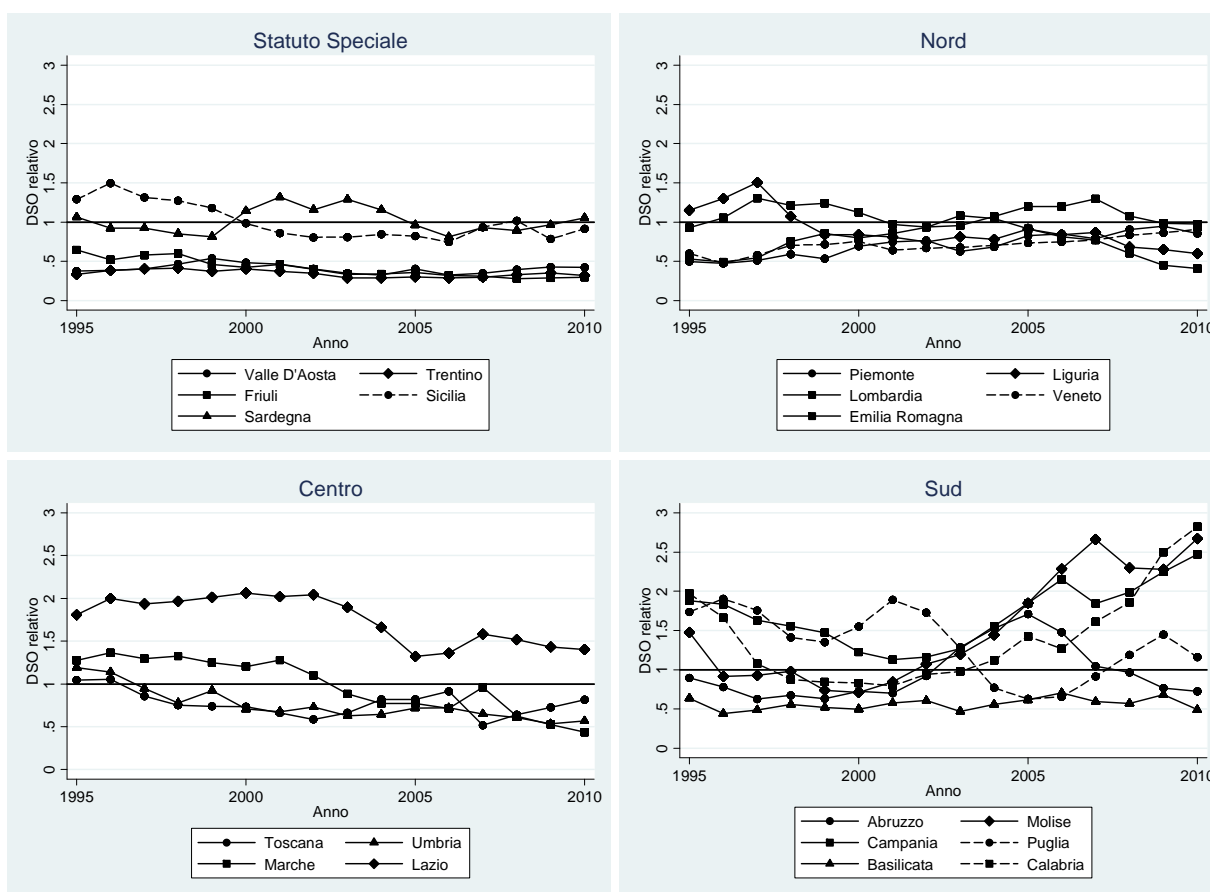
Fonte: elaborazioni su dati Assobiomedica

Le RSO del Sud presentano andamenti dell'indice DSO molto variabili nel tempo, che raggiungono picchi superiori agli 800 giorni; ne sono esempi il Molise nel 2007 e la Calabria nel 2010. 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. Considerando le regioni del Sud emerge un andamento che negli anni più recenti tende a divaricarsi: alcune regioni riducono 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 l'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). Dall'analisi delle RSS si nota infine come Valle D'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia abbiano tempi particolarmente contenuti, con un indice DSO sempre minore di 250 giorni. Sicilia e 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 3 nella quale gli indici regionali DSO sono 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 3. Evoluzione dell'indice DSO nelle regioni: 1995-2010 (media Italia = 1)



Fonte: elaborazioni su dati Assobiomedica

3.3. La variabilità tra fornitori

I dati forniti da Assobiomedica non rappresentano l'unica fonte di informazione sui ritardi di pagamento della P.A. nel settore della sanità. Un'ulteriore fonte di informazioni è costituita da Farminindustria, 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 "distribuzione diretta"); sono quindi esclusi i farmaci distribuiti agli assistiti dalle farmacie aperte al pubblico (rilevati invece da Federfarma). I dati di Farminindustria – che fanno riferimento al periodo 2003-2010 – sono comparabili con i corrispondenti dati di Assobiomedica (Tabella 2): entrambe le associazioni rilevano infatti le fatture non ancora incassate, per forniture ad aziende sanitarie pubbliche, comprensive di Iva, al netto di eventuali cessioni pro-soluto. Il confronto mette in luce chiaramente come le Aziende sanitarie paghino i diversi fornitori con diversi tempi di pagamento. In tutto il Paese le fatture di Farminindustria sono regolate più rapidamente di quelle di Assobiomedica, con quasi un mese e mezzo di anticipo (47 giorni). Molto significativa la differenza che si registra nelle regioni del Sud dove si arriva a quasi 100 giorni in meno.

Tabella 2. Confronto tra i ritardi nei pagamenti per Assobiomedica e Farminindustria (gg.)

	Assobiomedica 2003-2010	Farminindustria 2003-2010
ITALIA	299	252
RSO Nord	264	228
RSO Centro	282	246
RSO Sud	438	352
RSS	178	161

Fonte: elaborazioni su dati Assobiomedica e Farminindustria

Con riferimento alla situazione nelle singole regioni, i dati evidenziano indici DSO di Assobiomedica significativamente più elevati rispetto a quelli di Farminindustria soprattutto nelle regioni con maggiori problemi di pagamento (Campania, Calabria e Molise) e, in particolare, negli anni più recenti. Nel caso della Campania, per esempio, i tempi di Assobiomedica superano di circa 400 giorni quelli di Farminindustria. 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 quelli per Farmindustria, mentre le regioni sottoposte a piano di rientro (o comunque in gravi difficoltà) tendono a pagare prioritariamente Farmindustria e a rinviare il pagamento di Assobiomedica.

Qualche considerazione, infine, in assenza di serie storiche, sui tempi di pagamento delle farmacie aperte al pubblico rilevati da Federfarma, federazione che rappresenta una terza fonte di informazioni sui ritardi nei pagamenti della Pubblica Amministrazione nel comparto della sanità. 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 contabile riepilogativa 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; è inoltre previsto un sistema di acconti. Singole regioni hanno poi previsto ulteriori accordi a livello regionale con il risultato che 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 in difficoltà dal punto di vista economico-finanziario (Campania, Calabria, Lazio e Sicilia): in tali casi i ritardi medi si aggirano sui 4 mesi, quelli più significativi arrivano fino a 6 mesi in Calabria e Campania.

Alla luce di questi dati è evidente che, 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, negli ultimi anni, (a) la spesa per il personale (dipendente e convenzionato) ammonta, in media, a circa il 40% della spesa complessiva, e viene regolarmente pagata, (b) la spesa per la farmaceutica in convenzione (anch'essa pagata in tempi celeri) assomma a circa il 13%, (c) 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%, 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.

4. L'ANALISI ECONOMETRICA

4.1. Il modello

Il modello econometrico – che considera come variabile dipendente l'indice DSO mensile rilevato per ciascuna regione tra il 1995 e il 2010 – è costruito a partire dalle conclusioni che abbiamo derivato dall'inquadramento teorico discusso nel precedente paragrafo 2. Si considerano, in particolare, diverse variabili per testare le predizioni rilevanti del modello, che possono essere riassunte come segue: (a) la copertura ex-post dei disavanzi pregressi migliora i tempi di pagamento; (b) i disavanzi correnti peggiorano i tempi di pagamento; (c) l'aumento della quota

del finanziamento per cassa trattenuta a livello centrale peggiora i tempi di pagamento; (d) le inefficienze del ciclo passivo peggiorano i ritardi.

Una prima variabile inclusa tra i regressori – in assenza di informazioni condivise sui disavanzi *effettivi* – è il disavanzo *contabile*, stimato come differenza tra spesa sanitaria corrente e finanziamento corrente e standardizzato per la popolazione regionale (*Disavanzo contabile pro capite*). Sulla base del precedente modello teorico, ci aspettiamo un segno positivo per il coefficiente associato a questa variabile. Poiché il ruolo del disavanzo potrebbe essersi modificato nell'arco del periodo considerato, si è tuttavia pensato di inserire nel modello anche l'interazione tra il disavanzo e alcune variabili *dummy* identificative dei periodi discussi in precedenza (1995-2000 e 2001-2005).

Un secondo 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 corrispondenza di regioni a Statuto Speciale. Alla luce di queste riflessioni si è anche introdotta una interazione tra la *dummy Statuto Speciale* e il disavanzo, per capire se situazioni di disequilibrio economico si riflettono in modo differente sui pagamenti a seconda dello statuto regionale.

L'orientamento politico delle giunte delle singole regioni è un altro fattore che potrebbe essere importante nel determinare l'andamento dei DSO sul territorio, sia attraverso la capacità di influenzare l'amministrazione nell'efficienza del ciclo passivo e della gestione della cassa, centralizzando i flussi (tutte *proxy* della variabile β nel modello teorico), sia attraverso l'importanza attribuita alla ricerca dell'equilibrio finanziario nella gestione dei servizi sanitari. Si è adottata, in particolare, una suddivisione 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*). Al di là delle ovvie categorizzazioni in base alle quali il centro-destra potrebbe dar maggior enfasi all'efficienza, mentre il centro-sinistra potrebbe dare maggior enfasi alla spesa sanitaria, è difficile stabilire un chiaro *a priori* sul segno di queste variabili.

Sempre per quanto riguarda le variabili politiche, un ulteriore aspetto che potrebbe risultare importante per 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, sia peggiori performance, a seconda anche dello specifico contesto analizzato (p.e., Arulampalan *et al.*, 2009, e per l'Italia, Bordignon e Turati, 2009, Francese *et al.*, 2012 e Piacenza e Turati, 2013). 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, nelle relazioni fra i diversi livelli di governo. Per meglio catturare questo potenziale legame esistente tra allineamento politico e DSO sono state inserite nel modello delle 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 delle regioni prese a riferimento. Si è inoltre inclusa nel modello anche una interazione tra l'allineamento politico e il disavanzo: le variabili politiche possono infatti avere un'influenza sull'indice DSO attraverso differenti vie, fra le quali le più importanti sono sicuramente il finanziamento dei servizi sanitari regionali (per esempio, la capacità di raccogliere finanziamenti *ex post* o di ottenere le risorse bloccate dal governo centrale, identificate con α nel modello precedente) e la spesa.

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_i). Per cogliere invece variabili che hanno influenzato tutte le regioni in un medesimo anno nello stesso modo (come l'introduzione della prima direttiva europea sui pagamenti nella P.A. o le modifiche nelle regole sul blocco delle risorse da parte del governo centrale), sono state considerate delle *dummy* annuali (ϕ_t). Lo stesso si è fatto per cogliere la stagionalità del dato nell'arco dell'anno con l'inclusione delle *dummy* mensili (γ_m). Il modello completo è quindi rappresentato dall'Equazione [10]:

$$\begin{aligned}
 [10] \quad DSO_{itm} = & \beta_1 \text{Disavanzo contabile p.c.}_{itm} + \beta_2 \text{Statuto Speciale}_i + \beta_3 \text{Centro-Destra}_{itm} + \\
 & + \beta_4 \text{Movimento Autonomo}_{itm} + \beta_5 \text{Allineamento}_{itm} + \beta_6 \text{Allineamento}_{itm} \times \text{Centro}_i + \\
 & + \beta_7 \text{Allineamento}_{itm} \times \text{Sud}_i + \beta_8 \text{Allineamento}_{itm} \times \text{Statuto Speciale}_i + \\
 & + \beta_9 \text{Disavanzo contabile p.c.}_{itm} \times \text{Dummy}(1995-2000)_{im} + \\
 & + \beta_{10} \text{Disavanzo contabile p.c.}_{itm} \times \text{Dummy}(2001-2005)_{im} + \\
 & + \beta_{11} \text{Disavanzo contabile p.c.}_{itm} \times \text{Statuto Speciale}_i + \\
 & + \beta_{12} \text{Disavanzo contabile p.c.}_{itm} \times \text{Allineamento}_{itm} + \delta_i + \phi_t + \gamma_m + \varepsilon_{itm}
 \end{aligned}$$

4.2. I risultati

Le stime del modello sono riportate nella Tabella 3 partendo da una specificazione semplice dell'equazione [10] che include solo il disavanzo pro-capite e saturando progressivamente il modello con l'inclusione degli altri regressori. Per tener conto della presenza di possibile eteroschedasticità nel campione si sono stimati errori standard robusti. I risultati confermano l'evidenza preliminare emersa in sede di analisi descrittiva. Innanzitutto, il coefficiente associato al *Disavanzo contabile pro capite* è sempre statisticamente significativo e di segno positivo: una riduzione del disavanzo contabile si riflette in una diminuzione dei tempi di pagamento. Considerando i modelli senza interazioni (col. 1-5), a parità di altri fattori, un miglioramento della situazione economico-finanziaria della regione porta ad una riduzione dei tempi medi di pagamento delle aziende sanitarie quantificato tra i 10 e i 15 giorni a fronte di una riduzione del disavanzo pro-capite di 100 euro. Si noti che, sulla base dei dati forniti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, nel 2009 il disavanzo contabile pro capite era pari a livello nazionale a 54 euro, mentre in Lazio e Molise raggiungeva rispettivamente 244 e 225 euro. Se la riduzione di 100 euro è pertanto significativa, gli effetti medi sui tempi di pagamento sembrano modesti. Risultati più incoraggianti sul ruolo del disavanzo sembrano emergere dai modelli che includono le interazioni, i cui coefficienti sono statisticamente significativi (col. 6-8). In particolare, considerando i tre sotto-periodi tra il 1995 e il 2010, si evidenzia come il ruolo del disavanzo si sia modificato sensibilmente nel tempo: nel primo periodo 1995-2000, l'effetto di una riduzione di 100 euro del disavanzo ha comportato un *aumento* dei tempi di pagamento tra i 4 e i 15 giorni; nel secondo periodo 2001-2005, la medesima riduzione del disavanzo ha comportato una *riduzione* del DSO tra 1 e 13 giorni; infine, nel terzo periodo 2006-2010, si osserva una *riduzione* dei tempi di pagamento tra i 20 e i 30 giorni a fronte di una riduzione di 100 euro del disavanzo pro capite. Questo trend nell'impatto del disavanzo sui tempi di pagamento sembra supportare l'ipotesi di una maggior responsabilizzazione delle regioni nella gestione della sanità che – come discusso in precedenza – ha caratterizzato l'ultimo periodo. E' interessante notare inoltre come l'effetto del disavanzo sia peggiore nelle regioni a statuto speciale (il segno del coefficiente è negativo), mentre migliora nel caso di governi allineati sul piano politico (il segno del coefficiente è positivo). In particolare, nel periodo 2006-2010, una riduzione di 100 euro del disavanzo pro-capite avrebbe comportato una riduzione di soli 13

giorni (invece di 30) nelle regioni a statuto speciale e di 30 giorni (invece di 20) nel caso di governi allineati.

Come già evidenziato dalla semplice descrizione dei dati, la performance delle regioni a statuto speciale sembra essere in ogni caso significativamente migliore rispetto a quella delle regioni a statuto ordinario. In quasi tutti i modelli, infatti, il segno del coefficiente associato alla *dummy* Statuto Speciale è negativo e statisticamente significativo, con una magnitudine che suggerisce come, *ceteris paribus*, alle regioni a statuto speciale siano associati tempi medi di pagamento inferiori di più di 100 giorni. Nei modelli nei quali il segno della *dummy* Statuto Speciale è positivo (col. 3 e 4), assumono rilievo le altre variabili politiche; segno che – nei modelli più semplici – la variabile raccoglie anche delle interazioni con questi altri regressori.

Proprio per quanto riguarda le variabili politiche, un risultato interessante è quello 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 60 giorni in più). Le regioni governate da movimenti autonomi (in parte associati alle regioni a statuto speciale) rappresentano invece i casi più virtuosi (tra i 163 e i 212 giorni in meno rispetto ai governi di centro-sinistra, a seconda del modello). Perché coalizioni di centro-destra siano associate a tempi di pagamento più lunghi è un *puzzle* di difficile soluzione. Una possibile interpretazione è legata alla sovrapposizione tra la ciclicità del DSO e la ciclicità delle coalizioni vincenti alle consultazioni regionali: nel 2000, quando comincia la fase di peggioramento dei tempi di pagamento, il centro-destra guadagna consensi elettorali; l'opposto accade nel 2005, quando il centro-sinistra ottiene la vittoria.

Anche il fattore allineamento è fonte di interessanti spunti di riflessione. In primo luogo, *ceteris paribus*, quando il governo centrale e il governo regionale hanno il medesimo colore politico si osserva un aumento dei tempi di pagamento tra i 12 e i 43 giorni, dalle specificazioni più semplici a quelle più complete. 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 (p.e., Arulampalan *et al.*, 2009 e Francese *et al.*, 2012). L'effetto allineamento non è tuttavia omogeneo sul territorio nazionale: dall'analisi delle interazioni con le diverse aree geografiche e con l'assetto istituzionale si osserva come (rispetto alle regioni settentrionali)

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 (p.e., Bordignon e Turati, 2009). In particolare, la differenza tra l'effetto allineamento al Sud e l'effetto allineamento al Nord è pari a più di due mesi (+ 40 giorni circa per il Nord, - 30 per il Sud), una differenza sostanziale che mette in luce una forte eterogeneità sul territorio nazionale dell'effetto delle variabili politiche.

[Tabella 3]

4.3. Analisi di robustezza: il DSO Farindustria

Qual è la validità generale di questi risultati per quanto riguarda le indicazioni circa i tempi di pagamento della P.A.? In questo paragrafo consideriamo gli stessi modelli stimati nel paragrafo precedente utilizzando però come variabile dipendente il DSO stimato da Farindustria, più basso rispetto al dato fornito da Assobiomedica, disponibile tuttavia per un numero inferiore di anni (tra il 2003 e il 2010). Il dato è calcolato su base trimestrale invece che mensile, quindi abbiamo sostituito le *dummy* mensili γ_m con delle *dummy* per trimestre γ_{tr} . Per il problema dell'eteroschedasticità, si considerano sempre errori standard robusti.

I risultati delle stime raccolti nella Tabella 4 sembrano suggerire come i tempi di pagamento siano una caratteristica idiosincratICA delle singole amministrazioni regionali. In primo luogo, il coefficiente associato alla variabile *Disavanzo contabile p.c.* e alle sue interazioni non è mai statisticamente significativo, quindi i ritardi non sembrano dipendere in questo caso dalle difficoltà economiche delle regioni. La differenza con il DSO Assobiomedica è marcata e suggerisce che la gestione della cassa influenza solo i pagamenti *al margine*: come osservato in precedenza, la quota di spesa sulla quale si possono operare ritardi nei pagamenti ammonta a meno del 30% del totale e, all'interno di questa, ci sono criteri di prioritizzazione – espliciti, nel senso che sono sanciti contrattualmente a livello nazionale, o impliciti – fra diverse categorie di fornitori. In questi casi è la qualità delle amministrazioni che guida il processo e i tempi di pagamento sono determinati principalmente dal ciclo passivo.

Da questo punto di vista, il ciclo passivo sembrerebbe migliorare nelle regioni allineate con il governo centrale localizzate al sud, quelle alle quali viene richiesto un maggior sforzo di

razionalizzazione. Il coefficiente stimato per l'interazione tra la *dummy Sud* e la *dummy Allineamento* è infatti negativo e statisticamente significativo, come per il DSO Assobiomedica: in queste regioni, i tempi di pagamento si riducono di circa 70 giorni. Un ciclo passivo più efficiente si osserva anche nelle regioni a statuto speciale, in particolare quelle nelle quali è insediato un Movimento Autonomo. Il coefficiente della *dummy Movimento Autonomo* è infatti negativo e statisticamente significativo: i tempi di pagamento si riducono tra i 4 e i 5 mesi in questo caso, a seconda del modello considerato. Una riduzione di circa un mese si registra infine nel caso di regioni a statuto speciale il cui governo abbia il medesimo colore politico del governo centrale.

[Tabella 4]

5. CONCLUSIONI

Questo lavoro rappresenta il primo tentativo di analizzare le possibili determinanti dei tempi di pagamento della Pubblica Amministrazione in Italia, un problema che nel nostro paese si presenta di particolare rilievo a causa dell'eccezionalità dei valori medi registrati rispetto alle situazioni più virtuose dell'Europa continentale. Non a caso, la questione è ritornata prepotentemente al centro del dibattito di *policy* in epoca recente, periodo nel quale la crisi economica su scala globale ha acuito i problemi finanziari delle imprese fornitrici della P.A., sollecitando il governo ad intervenire con una serie di misure finalizzate a velocizzare i pagamenti, attraverso il recepimento della direttiva europea 2011/7/EU e la creazione di una piattaforma elettronica per la compensazione dei crediti vantati dai fornitori verso la P.A. con i debiti iscritti a ruolo.

Se da un lato la capacità dei recenti provvedimenti di condurre il problema verso un'effettiva soluzione è ancora incerta, con un certo pessimismo giustificato dalla scarsa efficacia di misure analoghe adottate in passato, dall'altro lato è importante cercare di identificare le principali ragioni del perdurare di tempi molto lunghi per i pagamenti della P.A., al fine di indirizzare meglio gli interventi correttivi futuri. In questo lavoro si è perseguito tale obiettivo guardando al settore della sanità, un ambito della P.A. a cui è riconducibile una parte significativa dello stock dei debiti in essere e che ha inoltre il pregio di fornire informazioni sui tempi di pagamento raccolte in modo sistematico dalle associazioni di categoria dei fornitori. In particolare, come misura dei tempi medi di pagamento regionali è stato utilizzato principalmente l'indice DSO

elaborato da Assobiomedica, per il quale si dispone di una buona serie storica con rilevazioni mensili dal 1995 al 2010 riferite ad un campione significativo di Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere per tutte le 20 regioni italiane. La robustezza dei risultati ottenuti è stata inoltre verificata su un diverso campione costituito da elaborazioni dell'indice DSO fornite da Farindustria, riferite in questo caso però ad un orizzonte temporale più breve (2003-2010).

L'analisi si è avvalsa della specificazione di un modello econometrico di tipo panel definito su diverse potenziali determinanti dei tempi di pagamento, che riflettono le differenze nelle caratteristiche economico-finanziarie, politiche e geografico-istituzionali delle amministrazioni regionali e che possono essere ricondotte a due principali ordini di problemi già evidenziati dall'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture nella sua relazione annuale per il 2011: la carenza di liquidità per la P.A., legata alla gestione della cassa, a sua volta dipendente dalla formazione di disavanzi e dai relativi problemi di copertura; le difficoltà e le inefficienze che si annidano nella cosiddetta gestione del ciclo passivo, ovvero la procedura amministrativa che inizia con l'emissione della fattura e si conclude con il suo pagamento.

I risultati che emergono dai modelli stimati per i due campioni presentano un certo grado di eterogeneità riguardo l'impatto delle diverse variabili indagate e forniscono spunti di riflessione interessanti. Da una parte, le stime ottenute con l'indice DSO fornito da Assobiomedica mettono in luce l'importanza della gestione economico-finanziaria nel determinare i tempi di pagamento delle amministrazioni sanitarie, ancorché differenziata a seconda del grado di disciplina esercitata dal governo centrale (variabile sul periodo considerato), dell'assetto istituzionale delle regioni (a statuto ordinario o speciale) e dell'allineamento politico fra governo centrale e regionale. Dall'altra, l'evidenza econometrica ottenuta per l'indice DSO di Farindustria non sembra supportare l'esistenza di un ruolo rilevante dei disavanzi regionali, suggerendo quindi che la realizzazione di disavanzi e la gestione della cassa che ne deriva influenza solo i pagamenti *al margine*, come è naturale attendersi in un sistema quale quello sanitario italiano dove la quota di spesa su cui si può operare con ritardi nei pagamenti è pari a meno del 30% del totale e, all'interno di tale ammontare, vengono applicati criteri di priorità di varia natura fra le diverse categorie di imprese fornitrici.

La conclusione generale che si può trarre guardando all'insieme dei risultati è che i tempi di pagamento siano determinati primariamente dalla *gestione del ciclo passivo* e i ritardi dipendano dalla diversa qualità delle amministrazioni regionali, la cui efficienza nell'espletare la procedura

sembra essere influenzata sia dal grado di autonomia dal governo centrale (maggiore per le regioni a statuto speciale), sia dall'allineamento politico fra i diversi livelli di governo (centro e regioni), che può indurre performance più o meno virtuose a seconda dello specifico contesto territoriale e del diverso sforzo di razionalizzazione delle risorse richiesto dal governo centrale, tipicamente maggiore per le regioni del sud.

Questa conclusione generale necessita di almeno due precisazioni. Primo, il lavoro ha preso come riferimento il livello regionale, ma i pagamenti sono effettivamente erogati dalle singole Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Dalle poche evidenze disponibili (cfr. Dirindin *et al.*, 2012), la variabilità intra-regionale non è affatto trascurabile e suggerisce che – accanto al livello regionale – anche la qualità delle amministrazioni delle singole aziende e la loro capacità di rispondere a pressioni di diverso tipo (dalle semplici azioni di lobby a veri e propri fenomeni di corruzione) potrebbe essere un fattore importante per spiegare i tempi di pagamento. Approfondimenti del tema in questa direzione sono senza dubbio importanti. Secondo, il lavoro si è concentrato sulla sanità, perché è il settore più trasparente e per il quale abbiamo informazioni raccolte in modo sistematico. Nel dibattito di *policy* questa specificazione è spesso trascurata, ma la differenziazione tra categorie di fornitori nell'ambito della sanità suggerisce quantomeno una moderata cautela. Criteri di prioritizzazione – impliciti o espliciti – possono essere infatti applicati anche in altri ambiti della P.A., così che il problema dei tempi (e dei ritardi) nei pagamenti non è più riconducibile solo alla disponibilità di risorse per cassa o all'efficienza del ciclo passivo, ma deve essere esteso alla comprensione dei meccanismi che guidano la scelta da parte delle amministrazioni di chi pagare per primi tra i diversi fornitori. In altre parole, al tema della scelta del fornitore nell'ambito degli appalti pubblici deve essere affiancato anche il tema della scelta di chi pagare prima una volta scelto il fornitore.

BIBLIOGRAFIA

Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture (2012), *Relazione Annuale 2011*, Camera dei Deputati, Roma.

Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture (2010), *Relazione Annuale 2009*, Camera dei Deputati, Roma.

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.
- Caroppo M. S. e Turati G. (2007), *I sistemi sanitari regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, Milano: Vita e Pensiero.
- 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.
- Corte dei Conti (2012), *Audizione nell’ambito dell’indagine conoscitiva sul documento della Commissione Europea: “Analisi annuale della crescita per il 2012”*, (V Commissione Bilancio della Camera dei deputati).
- Da Empoli S., Di Trocchio S., Mare D., Sgueo G. (2012), *Il ritardo dei pagamenti della P.A.: una stima dei costi attuali (e dei potenziali risparmi futuri) per il sistema Italia*, Istituto per la competitività, Roma.
- Dirindin N., Piacenza M., Sorrenti G., Turati G. (2012), I tempi di pagamento delle Aziende Sanitarie: alla ricerca di spiegazioni, in *I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2011 e anni precedenti*, Quaderni del Centro Studi Assobiomedica, numero 24.
- Fiordelisi F., Mare D., Radic N., Ricci O. (2012), *I ritardi di pagamento della Pubblica Amministrazione: l’effetto per l’economia italiana*, Università di Roma 3, FINEST, Report n. 1.
- Francesco M., Piacenza M., Romanelli M. e Turati G. (2012), *Understanding Inappropriateness in Health Care: The Role of Supply Structure, Pricing Policies and Political Institutions in Caesarean Deliveries*, Department of Economics and Statistics Working Paper Series, Università di Torino, n. 1, febbraio 2012.
- Guglieri A. (2011), *I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2010 e anni precedenti*, Quaderni del Centro Studi Assobiomedica, numero 23.
- Intrum Justitia (2012), *European Payment Index 2012*, Stockholm.
- Piacenza M. e Turati G. (2013), Does Fiscal Discipline towards Sub-national Governments Affect Citizens’ Well-being? Evidence on Health, *Health Economics*, in corso di pubblicazione.
- Pisauro G. (2012), *Una spending review per i debiti della PA*, www.lavoce.info, 16 febbraio.

Shepherd M. D., Richards K. M., Winegar A. L. (2007), Prescription Drug Payment Times by Medicare Part D Plans: Results of a National Study, *Journal of the American Pharmacists Association*, 47: e20-e26.

Turati G. (2003), L'evoluzione della spesa, del finanziamento, dei disavanzi e degli interventi di ripiano nelle gestioni della sanità regionale italiana, *Politiche Sanitarie*.

Tabella 3. Le determinanti dei tempi di pagamento della P.A. (DSO Assobiomedica, 1995-2010)

Var.Dip.: DSO	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Disavanzo contabile p.c (.000 di euro)	159.96*** (26.69)	159.96*** (26.69)	129.26*** (24.34)	136.11*** (23.95)	102.73*** (23.44)	258.99*** (52.99)	311.94*** (58.73)	204.63*** (51.79)
Statuto Speciale		-34.83*** (6.20)	106.35*** (8.34)	103.26*** (8.38)	-133.12*** (17.40)	-131.93*** (16.72)	-108.29*** (17.99)	-131.86*** (16.91)
Centro-Destra			60.81*** (5.81)	60.41*** (5.87)	58.77*** (5.72)	57.92*** (5.67)	56.62*** (5.67)	55.22*** (6.20)
Mov.Autonoma			-172.01*** (5.63)	-163.34*** (6.03)	-208.74*** (7.03)	-203.20*** (7.51)	-212.86*** (7.75)	-204.99*** (7.49)
Allineamento				12.27*** (3.78)	42.47*** (3.91)	43.34*** (3.86)	43.35*** (3.90)	39.71*** (4.21)
Allineamento*Centro					26.63*** (7.75)	25.31*** (7.84)	25.38*** (7.94)	22.08*** (7.68)
Allineamento*Sud					-68.36*** (10.83)	-71.25*** (10.67)	-69.61*** (10.70)	-75.06*** (10.55)
Allineamento*St.Spec.					-92.28*** (6.24)	-86.58*** (6.31)	-88.65*** (6.20)	-87.88*** (6.21)
Disavanzo*(1995-2000)						-357.98*** (67.80)	-355.01*** (68.80)	-358.65*** (68.87)
Disavanzo*(2001-2005)						-217.61*** (54.83)	-175.99*** (53.95)	-191.54*** (54.58)
Disavanzo*St.Spec.							-175.99*** (53.95)	
Disavanzo*Allineam.								98.51* (51.06)
Costante	276.60*** (12.76)	318.07*** (10.46)	179.92*** (10.86)	177.18*** (10.80)	479.15*** (20.15)	465.12*** (19.11)	454.43*** (19.69)	468.50*** (18.73)
R ²	0.66	0.66	0.67	0.67	0.69	0.69	0.70	0.69
N	3,840	3,840	3,840	3,840	3,840	3,840	3,840	3,840

Errori standard robusti in parentesi. Livello di significatività: ***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1. Tutti i modelli includono effetti fissi di regione, di anno e di mese.

Tabella 4. Le determinanti dei tempi di pagamento della P.A. (DSO Farindustria, 2003-2010)

Var.Dip.: DSO	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(9)	(10)
Disavanzo contabile p.c (.000 di euro)	30.17 (77.77)	30.17 (77.77)	30.46 (78.24)	22.45 (77.54)	-42.03 (74.73)	-26.78 (97.33)	1.95 (121.39)	-47.84 (110.03)
Statuto Speciale		-118.48*** (9.50)	76.36*** (13.10)	42.57** (19.76)	84.60*** (14.81)	83.27*** (15.61)	90.00*** (13.75)	84.59*** (16.41)
Centro-Destra			-2.87 (12.01)	7.57 (13.64)	13.17 (13.20)	13.31 (13.16)	15.07 (13.35)	13.13 (13.30)
Mov.Autonoma			-126.46*** (13.65)	-163.06*** (12.54)	-122.88*** (14.06)	-122.23*** (14.02)	-122.66*** (13.89)	-122.57*** (14.10)
Allineamento				-14.19* (7.65)	9.46 (6.80)	9.40 (6.79)	8.71 (6.86)	8.71 (6.93)
Allineamento*Centro					12.01 (15.02)	12.02 (15.11)	11.58 (15.24)	9.85 (14.12)
Allineamento*Sud					-70.74*** (15.97)	-70.64*** (15.95)	-70.12*** (16.04)	-73.10*** (16.67)
Allineamento*St.Spec.					-26.44** (11.86)	-25.57** (12.30)	-27.70** (11.98)	-27.02** (12.30)
Disavanzo*(2006-2010)						-53.10 (70.31)	-33.18 (76.94)	-22.11 (76.59)
Disavanzo*St.Spec.							-94.32 (110.33)	
Disavanzo*Allineam.								26.24 (71.74)
Costante	248.67*** (21.57)	248.67*** (21.57)	179.50*** (21.34)	249.37*** (24.90)	172.10*** (20.55)	173.18*** (20.60)	173.50*** (20.57)	173.71*** (20.68)
R ²	0.81	0.81	0.81	0.81	0.82	0.82	0.82	0.82
n	580	580	580	580	580	580	580	580

Errori standard robusti in parentesi. Livello di significatività: ***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1. Tutti i modelli includono effetti fissi di regione, di anno e di trimestre.