



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DEL SANNIO Benevento
DEMM
DIPARTIMENTO DI DIRITTO, ECONOMIA,
MANAGEMENT E METODI QUANTITATIVI

REPORT DI RICERCA

Il Sistema CPT a supporto di un sistema di rilevazione contabile integrato tra la contabilità finanziaria ed economico patrimoniale sia della Regione Campania che della gestione sanitaria accentrata

Responsabile Scientifico

Prof. Paolo Esposito

Dipartimento di Diritto, Economia, Management e Metodi Quantitativi (DEMM),
Università degli Studi del Sannio, Benevento, Italia, paolo.esposito@unisannio.it

Borsista di Ricerca

Dott. Massimiliano Tufo

Dipartimento di Diritto, Economia, Management e Metodi Quantitativi (DEMM),
Università degli Studi del Sannio, Benevento, Italia,
massimiliano.tufo@unisannio.it

Indice

ABSTRACT	3
INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1 - INQUADRAMENTO TEORICO	4
1.1 CONTABILITÀ FINANZIARIA VS. CONTABILITÀ ECONOMICO-PATRIMONIALE	4
1.2 I CONTI PUBBLICI TERRITORIALI COME STRUMENTO DI SUPPORTO	6
1.3 LE FINALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO CONTABILE NELLE AZIENDE SANITARIE	7
1.4 IL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE	7
CAPITOLO 2 - METODOLOGIA E DISEGNO DI RICERCA	9
CAPITOLO 3 - I CONTI PUBBLICI TERRITORIALI IN AMBITO SANITARIO	11
3.1 UN INQUADRAMENTO QUANTITATIVO: QUANTO SI SPENDE NELLE REGIONI PER OGNI CITTADINO? E IN CAMPANIA? 11	
3.2 UN INQUADRAMENTO QUANTITATIVO: QUALI SONO I SOGGETTI RESPONSABILI DELLE SPESE EFFETTUATE IN CAMPANIA?	15
3.3 UN INQUADRAMENTO QUALI-QUANTITATIVO: PER CHE COSA HANNO SPESO I SINGOLI SOGGETTI?	17
CAPITOLO 4 - LA MOBILITÀ INTRAREGIONALE ED EXTRA REGIONALE NELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI DELLA REGIONE CAMPANIA: I DATI DISAGGREGATI A LIVELLO TERRITORIALE	21
4.1 ASL AVELLINO	22
4.2 ASL BENEVENTO	24
4.3 ASL CASERTA	28
4.4 ASL NAPOLI 1 CENTRO	31
4.5 ASL NAPOLI 2 NORD	34
4.6 ASL NAPOLI 3 SUD	37
4.7 ASL SALERNO	40
RIFLESSIONI (NON) CONCLUSIVE.	44
BIBLIOGRAFIA	46

1. ABSTRACT

L'integrazione tra sistemi di contabilità economico-patrimoniale e finanziario rappresenta una sfida cruciale per la gestione delle risorse pubbliche a livello regionale e nella gestione sanitaria accentrata. Il presente elaborato esamina il Sistema dei Conti Pubblici Territoriali (CPT) come strumento di supporto per un sistema di rilevazione contabile integrato. Nel corso di questa ricerca, l'attenzione è stata focalizzata dapprima sul profilo nazionale fino a concentrarsi sulla Regione Campania. In particolare, si approfondisce un aspetto di grande interesse per il settore sanitario, quello della mobilità tra regioni, analizzandone le componenti economiche positive e negative di tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) campane. A tal proposito, risultano essere presenti delle similitudini e delle differenze per quanto riguarda l'efficacia informativa dei bilanci. Tale circostanza si articola in un periodo di frenetica trasformazione per l'Italia dovuta alla Riforma 1.15 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede nuove frontiere per i sistemi contabili.

2. INTRODUZIONE

La gestione dei conti pubblici è una delle sfide più pressanti e complesse che le amministrazioni pubbliche affrontano a tutti i livelli: locale, regionale e statale. La contabilità finanziaria tradizionale, per lungo tempo, è stata il fulcro principale di questo processo, focalizzandosi principalmente sulla registrazione accurata degli eventi finanziari consentendo un controllo efficiente delle entrate e delle spese (Smith, 2020). Tuttavia, tale prospettiva ha mostrato limiti significativi nel fornire una panoramica completa delle performance economiche e patrimoniali (Tafuro et al., 2022). L'integrazione tra la contabilità finanziaria ed economico-patrimoniale è emersa come una soluzione vitale per affrontare questa lacuna fondamentale. Tale integrazione permette di ottenere una visione più completa dello stato delle finanze pubbliche, incorporando sia gli aspetti finanziari che quelli economico-patrimoniali (Brown & Smith, 2020). Da un lato, la contabilità finanziaria si concentra sulle entrate e le spese trascurando le attività patrimoniali e le risorse dell'ente pubblico (Müller, 2018). D'altra parte, la contabilità economico-patrimoniale si concentra sulle risorse e sul patrimonio netto, ma può porre su un piano secondario le rilevazioni finanziarie (Harris et al., 2019). Solo unendo queste due prospettive è possibile ottenere una comprensione completa (Roberts et al., 2022).

La necessità di questa integrazione è sottolineata da diversi studiosi di rilievo. Uno studio condotto da Lopez (2017) ha analizzato l'importanza dell'integrazione contabile attraverso un'indagine su casi studio in enti pubblici regionali. Gli autori hanno concluso che l'adozione di sistemi integrati ha portato a un notevole miglioramento della trasparenza finanziaria e ha facilitato una distribuzione più equa delle risorse. Parallelamente, Klein (2021) hanno condotto una ricerca focalizzata sull'armonizzazione dei sistemi contabili nella gestione regionale. Attraverso l'analisi delle sfide incontrate e delle soluzioni proposte, hanno evidenziato l'importanza cruciale dell'armonizzazione contabile per migliorare l'efficacia delle operazioni regionali.

In un contesto più ampio, la "Organization for Economic Co-operation and Development" (OECD, 2017) ha condotto uno studio approfondito sulla decentralizzazione fiscale e il suo impatto sulla crescita inclusiva. Lo studio ha evidenziato come i conti pubblici territoriali siano fondamentali per garantire una distribuzione equa delle risorse regionali e supportare la crescita inclusiva. In questa prospettiva, questa ricerca si propone di esaminare in dettaglio l'importanza dell'integrazione contabile tra la contabilità finanziaria ed economico-patrimoniale, mettendo in risalto il ruolo chiave svolto dai conti pubblici territoriali come strumento di supporto.

Le aziende sanitarie, occupandosi degli interessi di più attori e parti interessate, si confrontano con un ambiente di riferimento magmatico. Infatti, il focus è stato incentrato sui bilanci consuntivi delle 7 Aziende Sanitarie Locali (ASL) della Regione Campania poiché la mobilità regionale rappresenta una sfida significativa in quanto le ASL devono affrontare la domanda di servizi sanitari proveniente da diverse regioni o da diverse aziende della regione. Infine, nelle conclusioni si delineano possibili limiti e *good practices* che miriamo a contribuire all'evoluzione e al miglioramento del potenziale informativo del bilancio a livello regionale e nella gestione sanitaria accentrata.

3. INQUADRAMENTO TEORICO

1.1 CONTABILITÀ FINANZIARIA VS. CONTABILITÀ ECONOMICO-PATRIMONIALE

Fin dal 2009 l'Italia sta attraversando una riforma contabile che aveva un titolo significativo e ambizioso "armonizzazione contabile". Non è solo una peculiarità italiana ma in gran parte dei Paesi membri dell'Unione Europea si noti la frammentazione di sistemi contabili molto diffuso (Elliott et al., 2022). Ed è percepita come un limite alla comprensibilità, ossia tante regole e tanti sistemi diversi, alla comparabilità, alla verificabilità per un soggetto terzo, all'attendibilità dei bilanci. Nonché un ostacolo insormontabile al consolidamento perché se i bilanci sono redatti con regole diverse, non possono essere consolidati. Le riforme recenti che sono state realizzate nei paesi dell'Unione Europea hanno come principale motivazione il superamento della frammentazione contabile (Schmidhuber et al.,

2022). A tal proposito, gli IPSAS sono percepiti come uno strumento particolarmente adatto nel migliorare la qualità delle informazioni di base su cui si fondano le statistiche di finanza pubblica, quelle eseguite secondo l'ESA 2010, e anche uno strumento particolarmente funzionale per il consolidamento dei conti pubblici (Bellanca & Vandernoot, 2014).

La letteratura internazionale pone in contrapposizione la contabilità *cash basis* con la contabilità *accrual basis*. In base alla contabilità per cassa, le transazioni e gli eventi sono rilevati quando si incassa o si paga. Tale sistema contabile misura il risultato finanziario di un determinato periodo come differenza tra gli incassi e i pagamenti. Parallelamente per contabilità *accrual* si intende che *"transactions and other events are recognized when they occur (and not only when cash or its equivalent is received or paid). Therefore, the transactions and events are recorded in the accounting records and recognized in the financial statements of the periods to which they relate. The elements recognized under accrual accounting are assets, liabilities, net assets/equity, revenue, and expenses"* (IPSAS 1, 2008: p. 32-33) In altre parole, le transazioni sono rilevate quando si verificano gli eventi economici sottostanti, indipendentemente dalla tempistica dei trasferimenti di denaro, e sono riportate nei bilanci dei periodi a cui si riferiscono.

La contabilità finanziaria tradizionale è stata per lungo tempo il principale sistema utilizzato per monitorare e rilevare le transazioni finanziarie delle entità pubbliche (Jones, 2018). Essa si concentra principalmente sulla registrazione delle entrate e delle spese, consentendo un controllo accurato del flusso di denaro in entrata e uscita (Smith, 2019). Tuttavia, questa prospettiva offre solo una visione parziale della situazione finanziaria di un'organizzazione pubblica. Come afferma Black (2021), *"la contabilità finanziaria è fondamentale per garantire la trasparenza e l'accountability nell'uso dei fondi pubblici"*. Essa fornisce ai responsabili delle decisioni e agli stakeholder una panoramica chiara delle entrate e delle spese, facilitando la pianificazione finanziaria e il controllo delle risorse finanziarie disponibili (Brown et al., 2020). Tuttavia, la contabilità finanziaria trascura le attività patrimoniali dell'ente pubblico. Jones (2018) afferma che *"limitandosi a registrare le transazioni finanziarie, la contabilità finanziaria non cattura completamente il valore delle risorse e delle attività patrimoniali, spesso sottovalutando l'importanza di una gestione patrimoniale efficace"*. Di contro, la contabilità economico-patrimoniale si concentra sull'analisi delle risorse, delle attività e delle passività dell'organizzazione (Smith, 2019). Fra tanti studiosi, Patel (2016) sottolinea che *"la contabilità economico-patrimoniale offre una visione completa della situazione patrimoniale di un'entità pubblica, tenendo conto dei beni, delle attività finanziarie e delle passività"*. Di conseguenza, i bilanci redatti in base alla contabilità *accrual* forniscono un quadro completo e affidabile della situazione finanziaria e della performance dell'ente che redige il bilancio nel periodo di riferimento.

L'integrazione tra contabilità finanziaria ed economico-patrimoniale è stata ampiamente riconosciuta nella letteratura aziendale (Johnson, 2017). Come afferma Wang (2020), *"l'integrazione di queste prospettive contabili è fondamentale per una valutazione completa e accurata delle performance finanziarie ed economico-patrimoniali di un'organizzazione pubblica"*. Tuttavia, è importante notare che l'integrazione di queste due prospettive non è priva di sfide (Brown, 2018). Una delle principali sfide è l'armonizzazione dei diversi sistemi di registrazione utilizzati dalle diverse entità pubbliche (Jones, 2018). Come sottolinea Smith (2019), *"spesso, le entità pubbliche utilizzano sistemi contabili diversi, il che rende difficile la comparabilità dei dati finanziari ed economico-patrimoniali"*. Inoltre, la qualità e l'affidabilità dei dati sono fondamentali per una valutazione accurata (World Health Organization, 2021)¹. Come afferma Johnson (2017), *"la mancanza di standard comuni e di controlli di qualità può compromettere l'integrità dei dati contabili, mettendo a rischio la validità delle valutazioni"*.

In un contesto più ampio, l'integrazione contabile è stata ampiamente discussa da Polzer et al., (2022) nel suo studio sulle pratiche di integrazione contabile negli enti pubblici europei. Il ricercatore ha sottolineato che *"l'adozione di sistemi di integrazione contabile contribuisce a migliorare la gestione finanziaria, consentendo una visione completa delle attività finanziarie ed economiche di un'organizzazione"*. Infine, la contabilità finanziaria e quella economico-patrimoniale sono due prospettive contabili complementari, ciascuna con il proprio ruolo e la propria importanza. L'integrazione di questi due sistemi contabili è fondamentale per non trascurare le passività

¹ Per il report completo si consulti la sezione "Health Financing" al link: <https://www.who.int/health-topics/health-financing>

patrimoniali e per valorizzare una rendicontazione pubblica più efficace e trasparente, nonostante le sfide legate all'armonizzazione e alla qualità delle informazioni (Jones, 2018). A fronte della proposta di emendamento alla Direttiva 2011/85/EU della Commissione Europea la quale stabilisce che entro il 2030 tutti i paesi membri dell'UE dovranno adottare un sistema di contabilità *accrual*, negli ultimi anni tra gli Stati Membri si è intrapresa una transizione da sistemi *cash-basis* a quelli *accrual* (Brusca et al., 2013; Curuana et al., 2019; Sforza et al., 2023). Il fine è quello di ampliare le prospettive oggetto di misurazione della contabilità, capace, in quest'ultima impostazione, di abbinare alla dimensione finanziaria della gestione anche quella economico-patrimoniale (Broadbent, 2007; Ellwood & Newberry, 2007; Mussari & Sostero, 2014; Qintharah & Khomsiyah, 2022).

1.2 I CONTI PUBBLICI TERRITORIALI COME STRUMENTO DI SUPPORTO

In tale prospettiva, l'elaborazione dei dati contabili effettuata dal Sistema Nazionale dei Conti Pubblici Territoriali (CPT) consente una prima possibile interpretazione delle dinamiche di spesa pubblica (Volpe, 2008). Secondo la World Bank (2020), "i conti pubblici territoriali sono uno strumento essenziale per la pianificazione finanziaria regionale e per valutare l'efficacia delle politiche pubbliche a livello locale". Inoltre, uno studio condotto da García (2019) ha analizzato in dettaglio l'importanza dei conti pubblici territoriali nella distribuzione equa delle risorse regionali. L'autore ha concluso che "i conti territoriali forniscono una base solida per garantire una giusta allocazione delle risorse e promuovere la coesione regionale".

Un altro aspetto cruciale è la capacità dei conti pubblici territoriali di valutare l'impatto delle politiche pubbliche a livello locale. Con un sistema di rilevazione contabile integrato, è possibile analizzare come le decisioni finanziarie influenzano direttamente l'evoluzione delle risorse e del patrimonio netto in una regione specifica. Questo tipo di analisi può aiutare a identificare le politiche più efficaci per promuovere lo sviluppo economico e la sostenibilità finanziaria a livello locale. In questo contesto, alcuni studiosi (Smith, 2020), sottolineano che i conti pubblici territoriali "forniscono una base essenziale per la valutazione delle politiche pubbliche regionali e per la pianificazione delle risorse a livello locale". Questo rafforza ulteriormente il ruolo fondamentale di questi conti nel promuovere una governance efficace a livello regionale.

Altri articoli accademici hanno evidenziato il contributo dei conti pubblici territoriali alla trasparenza e all'*accountability* nelle regioni. In uno studio, Lee et al. (2020), affermano che "i conti pubblici territoriali forniscono ai cittadini, agli stakeholder e ai decisori politici una visione chiara delle finanze regionali, contribuendo così a rafforzare la fiducia nella gestione pubblica". Questo sottolinea il ruolo dei conti pubblici territoriali nella promozione della partecipazione pubblica e nella responsabilizzazione dei decisori politici a livello regionale.

Mentre, García et al. (2018) forniscono un'ulteriore prospettiva evidenziando come i conti pubblici territoriali possano essere utilizzati per monitorare e valutare l'efficacia delle politiche di sviluppo regionale. Gli autori sostengono che "i dati finanziari e patrimoniali raccolti attraverso i conti territoriali consentono un'analisi dettagliata dell'impatto delle politiche regionali sulla crescita economica e sulla qualità della vita dei cittadini". Ciò dimostra come i conti pubblici territoriali siano uno strumento essenziale per la pianificazione e la valutazione delle politiche regionali.

Per di più, alcuni accademici approfondiscono il tema dell'armonizzazione contabile mentre altri il ruolo dei conti pubblici territoriali in un'ottica di Sustainable Development Goals. Da un lato, Johnson et al., (2017) hanno esaminato le sfide specifiche legate all'armonizzazione degli standard contabili internazionali nelle regioni e hanno proposto raccomandazioni per una migliore coerenza contabile. Dall'altro, Chen et al. (2019) ha analizzato l'effetto dell'integrazione contabile sulla capacità delle regioni di attuare politiche innovative e sostenibili.

1.3 LE FINALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO CONTABILE NELLE AZIENDE SANITARIE

La disponibilità di risorse limitate per la produzione di prestazioni sanitarie in un contesto caratterizzato dalla preponderante partecipazione pubblica implica degli obblighi di rendicontazione che richiedono la redazione di atti e documenti e il loro effettivo impiego da parte dei diversi manager pubblici per fornire le informazioni relative al perseguimento degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità e qualità.

La contabilità economica e finanziaria è stata introdotta per la prima volta nelle aziende sanitarie nel 1992 con il D.Lgs. n. 502/1992, che, pur prevedendo l'obbligo di redigere un bilancio annuale, ha lasciato ampia autonomia nella sua predisposizione, che ha portato a una varietà di pratiche contabili, ostacolando la comparabilità dei bilanci (Torcivia, 2012). Il Decreto interministeriale², emanato di concerto fra i Ministri del Tesoro e della Sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome, predispone un apposito schema che, senza limitare l'autonomia di ASL e Ospedali, si pone l'obiettivo di conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuale e, allo stesso tempo, dei conti consuntivi annuali al fine di garantire omogeneità ai valori inseriti nei prospetti.

Lo schema di bilancio introdotto è allineato a quanto previsto dal Codice civile per il settore privato e fornisce al settore pubblico strumenti di contabilità e controllo più adeguati, ovvero la contabilità economico-patrimoniale in luogo della contabilità-finanziaria. All'emanazione del decreto ha fatto seguito anche un documento contenente le "Linee guida per il bilancio delle aziende sanitarie". È prevista l'applicazione di un sistema di contabilità tenuto con il metodo della partita doppia e detta il piano dei conti che deve essere adottato per effettuare la rappresentazione delle voci di bilancio. Come per le aziende private, il sistema informativo contabile determina il risultato economico dell'esercizio, attraverso la rilevazione dei fatti amministrativi che l'azienda sanitaria compie durante un periodo di tempo corrispondente all'anno solare (esercizio). L'insieme di questi strumenti consente alle amministrazioni di disporre di strumenti di programmazione e di controllo della gestione e consentire loro il governo della spesa ovvero il controllo autorizzativo preventivo sui singoli atti viene sostituito dalla logica del controllo economico complessivo sui risultati della gestione.

1.4 IL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE

Il Decreto interministeriale Tesoro-Sanità del 20 ottobre 1994 dal titolo "Schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere" ha la finalità di fissare, come previsto dal D.Lgs. 502/92 lo schema da seguire nella redazione dei bilanci pluriennali, annuali e conti consuntivi. Disegna lo schema di bilancio costituito da: Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa. Il bilancio pensato dal decreto ministeriale non prevede uno specifico schema di Nota Integrativa, in quanto sono stati predisposti esclusivamente i criteri e i principi per la sua redazione, lasciando libera facoltà, alle singole Regioni, in merito alle integrazioni da apportare. Al pari del bilancio civilistico, si prevede di allegare la Relazione sulla Gestione, per i cui contenuti si fa riferimento all'articolo 2428 del Codice Civile, redatta a cura del Direttore Generale e la Relazione sul bilancio redatta a cura del Collegio dei revisori, che deve essere dedicata alla verifica della rispondenza del bilancio rispetto ai principi di redazione e fornire un quadro effettivamente veritiero e corretto della gestione aziendale (Bonollo e Zuccardi-Merli, 2016).

Lo schema di bilancio proposto con il D. M. 20 ottobre 1994, non rappresentando uno schema vincolante, bensì una traccia teorica che ogni Regione poteva liberamente adattare sulla base delle proprie esigenze, portò le regioni a discostarsi dagli schemi ministeriali proposti, il che determinò delle carenze informative nei bilanci di quasi tutte le Regioni. Il problema si poneva in particolare per

² Tale decreto è stato emanato il 20 ottobre 1994 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale solo il 25 maggio 1995. Ha previsto per le ASL e Aziende Ospedaliere uno schema di bilancio, cioè Conto Economico e Stato Patrimoniale, uniforme a livello nazionale, adattando lo schema di bilancio civilistico alle esigenze delle aziende sanitarie, con delega alle Regioni per la predisposizione della nota integrativa.

alcuni elementi, come l'articolazione delle fonti di finanziamento e, nello specifico, la struttura dei contributi in conto esercizio (Lazzini, 2013). Ulteriore aspetto da attenzionare era relativo alla mancata evidenza dell'entità della mobilità attiva e passiva, aspetto evidenziato solo da poche aziende sanitarie che ne fornivano rappresentazione in apposite voci. Dalla lettura dei bilanci, caratterizzati da tali criticità, non era possibile individuare, quindi, il contributo offerto da ciascuna tipologia di provento alla composizione del risultato complessivo di periodo, né si poteva procedere a comparazione temporale con i bilanci di aziende di altre Regioni.

Il legislatore con D. M. 11 febbraio 2002 propose una versione revisionata del precedente schema ministeriale, il quale, da una parte, supera alcuni limiti, dall'altra, conserva alcune carenze informative (Degni, 2013). Si transitò da una impostazione "libera", con un contenuto minimale da cui si virò verso l'armonizzazione contabile che giunse con il D. lgs. 118/2011 recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi"³, che attua gli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42 in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione.

Il decreto, mediante l'adozione di uno schema di bilancio, di rendiconto finanziario e di relazione della gestione comune, ha l'obiettivo di armonizzare i bilanci delle regioni rendendoli uniformi. A tal scopo, individua, in maniera rigorosa, i criteri da utilizzare nella valutazione delle poste di bilancio. Il Decreto dedica, inoltre, al settore sanitario un'intera sezione, ossia il Titolo II rubricato "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario", prevedendo:

- i principi contabili e gli schemi di redazione del bilancio che le aziende sanitarie e ospedaliere sono tenute a rispettare in modo da conferire allo schema di bilancio una struttura uniforme, favorendo la comparabilità nel tempo⁴;
- la procedura di destinazione o di copertura del risultato di esercizio, prevedendo che l'eventuale risultato positivo sia portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti, e l'eventuale eccedenza sia, invece, accantonata a riserva;
- le modalità di adozione e di approvazione del bilancio.

L'art. 26 del D. lgs. n. 118/2011 stabilisce che il bilancio d'esercizio, che fa riferimento all'anno solare, si compone di stato patrimoniale, conto economico, rendiconto finanziario, nota integrativa e deve essere accompagnato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale. Il nuovo sistema di bilancio con l'adozione di principi contabili uniformi per tutte le Regioni riguarda le ASL, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni, le aziende ospedaliere universitarie e le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN. Gli schemi di bilancio sono stati ulteriormente modificati dal Decreto del Ministero della Salute 20 marzo 20135, intitolato "Modifica degli schemi dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della Nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale".

³ D. Lgs. n. 118 del 23.06.2011 pubblicato Gazzetta Ufficiale n. 172 del 26.07.2011

⁴ A tal proposito acquisisce un ruolo determinante l'art. 29 del d.lgs. n.118/2011, rubricato "I principi di valutazione specifici del settore sanitario", il quale, al fine di realizzare modelli di rappresentazione dei fatti di gestione e di valori stimati che siano comparabili e attendibili, prescrive i criteri di valutazione delle poste del bilancio delle aziende sanitarie, che per le loro singolarità, potrebbero generare soggettività e discrezionalità in capo al valutatore, tale da compromettere i postulati esposti in precedenza. In tal modo sono stati definiti i principi di redazione i criteri di valutazione condivisi da impiegare nell'attività di stima delle poste di bilancio

⁵ Pubblicato nel Supplemento Ordinario n. 30 alla Gazzetta ufficiale - Serie Generale, n. 88 del 14 aprile 2013.

4. METODOLOGIA E DISEGNO DI RICERCA

Il complessivo disegno del lavoro deriva dalle indicazioni emerse soprattutto da fonti ufficiali di istituzioni ed organismi nazionali ed internazionali (Commissione Europea, World Bank, OECD, IPSAS, Agenzia per la Coesione Territoriale, ISTAT) che presentano le principali criticità in ottica di contabilità pubblica. La ricerca è condotta top-down (Sabatier, 1986), partendo da un contesto più ampio per arrivare a un campo di ricerca più mirato. In particolare dal contesto nazionale italiano si è approfondito quello della Regione Campania fino ad effettuare un focus sulle 7 Aziende Sanitarie Locali campane. L'approccio metodologico parte dal caso studio (Yin, 1995; 2009) riguardante la Regione Campania. In questo modo, si raggiungono due obiettivi: descrivere le principali caratteristiche del fenomeno e spiegare le dinamiche di un processo specifico.

Attraverso il sistema dei CPT è stato possibile avere informazioni circa il complesso delle entrate e delle spese delle amministrazioni pubbliche nei singoli territori regionali e con riferimento all'universo della Pubblica Amministrazione (PA) e del Settore Pubblico Allargato (SPA):

- La PA coincide con la definizione della contabilità pubblica italiana ed è composta da enti che, in prevalenza, producono servizi non destinabili alla vendita;
- Il Settore Pubblico Allargato (SPA) che, oltre alla PA, include un settore Extra PA comprendente soggetti centrali e locali che producono servizi di pubblica utilità e sono controllati in maniera diretta o indiretta da Enti Pubblici.

Il Sistema di riclassificazione adottato per il progetto dei CPT consente di ripartire la spesa pubblica per settori dando una visione maggiormente puntuale e dettagliata della distribuzione dei flussi in uscita. La ripartizione settoriale della spesa secondo un modello standard consente un totale confronto dei dati sia nel tempo (tra esercizi finanziari diversi) e sia nello spazio (tra enti appartenenti a diverse realtà territoriali). Il sistema consente di analizzare l'andamento storico delle spese e di individuare eventuali andamenti critici. In particolare, in ambito sanitario, con l'aggregazione dei dati dei bilanci regionali che non sempre risultano omogenei e di semplice integrazione è possibile effettuare confronti interregionali e fornire informazioni sulla gestione sanitaria. Pertanto, attraverso una maggiore fruibilità dei dati, le informazioni che ne derivano possono essere di ausilio anche nelle scelte delle policy regionali (interventi di contenimento della spesa, scelte programmatiche ecc.).

La presente analisi dei dati di spesa pubblica consolidata, di fonte Conti Pubblici Territoriali (CPT), del settore Sanità per l'arco temporale 2012-2021, è finalizzata a rispondere alle seguenti Research Questions:

RQ1: Quanto si spende nelle regioni per ogni cittadino? E in Campania?

RQ2: Quali sono i soggetti responsabili delle spese effettuate in Campania?

RQ3: Per che cosa hanno speso i singoli soggetti?

Secondo le indicazioni contenute nella Guida Metodologica dei CPT, il settore comprende le seguenti tipologie di spesa:

- spese per la prevenzione, tutela e cura della salute in genere (servizi medici e ospedalieri di natura generica, specialistica, paramedica) e relative strutture;
- servizi di sanità pubblica (servizi per l'individuazione delle malattie, servizi di prevenzione, banche del sangue, ecc.);
- gestione delle farmacie e la fornitura di prodotti e servizi farmaceutici;
- gestione dei centri socio/sanitari e degli istituti zooprofilattici;
- spese per il sostegno e per il finanziamento dell'attività sanitaria (ad esempio i trasferimenti al Fondo Sanitario Nazionale);
- formulazione e amministrazione della politica di governo in campo sanitario;

- predisposizione e applicazione della normativa per il personale medico e paramedico e per gli ospedali, le cliniche e gli studi medici;
- attività delle commissioni sanitarie;
- spesa per le strutture termali.

Le stesse sono prese in considerazione in base al criterio della manifestazione finanziaria, generando una serie storica, che parte, per alcune analisi dall'anno 2000 mentre per altre dall'anno 2012. Per garantire un'esauritiva ed efficace rappresentazione dei dati di spesa nel settore osservato si è ritenuto di effettuare:

- un'analisi riferita all'universo del Settore Pubblico Allargato (SPA);
- un'analisi temporale in termini complessivi e pro capite;
- un'analisi per tipologie di soggetti di spesa secondo la classificazione CPT;
- un'analisi di composizione tra le categorie economiche di spesa.

L'analisi deriva dall'elaborazione degli ultimi dati disponibili e pubblicati dai Conti Pubblici Territoriali (versione ottobre 2023). Per permettere confronti sia temporali che territoriali, i dati sono espressi a prezzi 2015. La popolazione utilizzata è quella media dell'anno rilevata dall'ISTAT.

Inoltre, sono adottate procedure manuali di analisi del contenuto (Carley, 1993; Makkonen et al., 2012) che hanno permesso di sondare grandi volumi di dati in modo chiaro e sistematico, identificando le caratteristiche significative attraverso un processo di codifica (Neimeyer et al., 1983; Stemler, 2000). In particolare tale metodologia è stata applicata per i bilanci consuntivi degli ultimi 3 anni delle 7 ASL campane costituiti da molteplici documenti. Il fine è quello di trovare argomentazioni valide al soddisfacimento della Research Question:

RQ4: Il saldo della mobilità in Campania com'è cambiato prima e dopo la pandemia da Covid-19?

Infine, nella sezione incentrata sulla mobilità si è ritenuto, ai fini di una maggiore chiarezza espositiva, non opportuno riportare le tabelle presenti in Nota Integrativa delle singole ASL perché spesso assenti o oscurate o contenenti calcoli algebrici erronei o di pessima comprensibilità in quanto le pagine risultano una scansione che rendeva illeggibile il dato. Le informazioni selezionate e i risultati ottenuti sono stati valutati sia quantitativamente (Snyder & Bish, 1989) sia qualitativamente (Shaw, 1999; Ezzy, 2013).

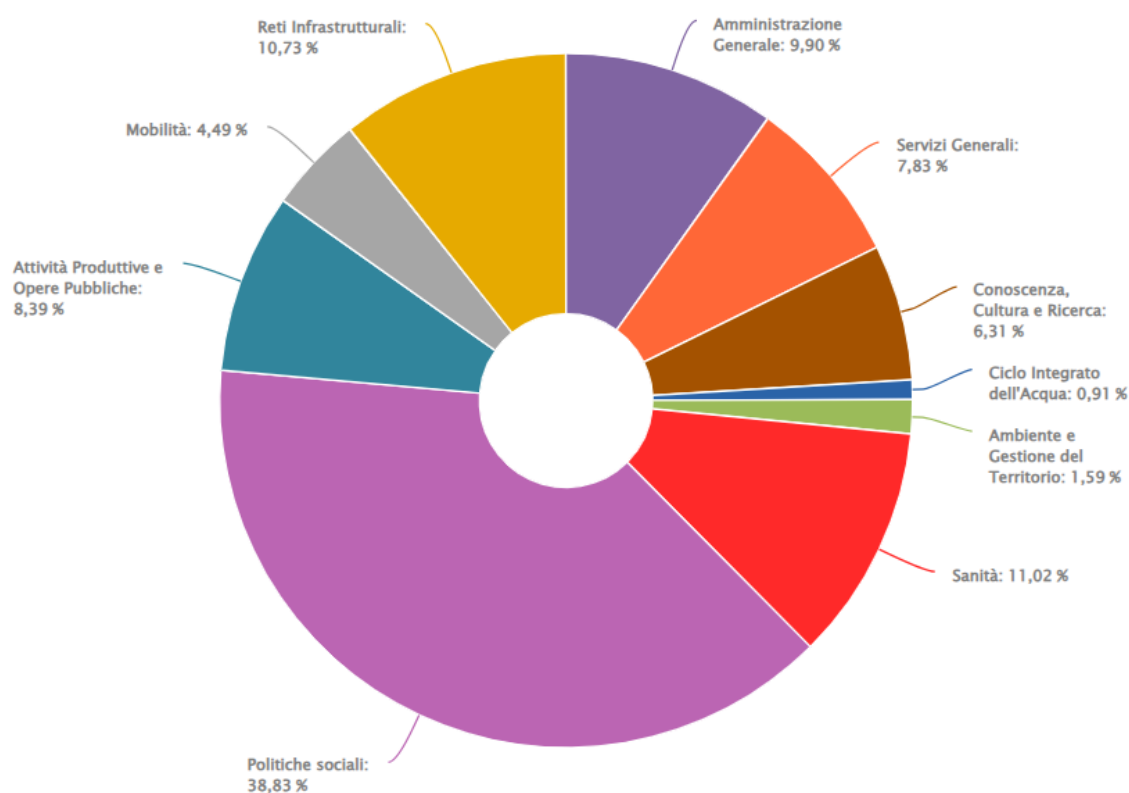
5. I CONTI PUBBLICI TERRITORIALI IN AMBITO SANITARIO

L'analisi proposta in questo paragrafo esamina il Sistema dei Conti Pubblici Territoriali (CPT) in ambito sanitario, che, come noto dal 2000, raccoglie ed analizza i flussi finanziari – entrate e spese pubbliche a livello regionale – derivanti dai bilanci dei soggetti pubblici e delle società partecipate che rientrano nel Settore Pubblico Allargato (SPA).

3.1 UN INQUADRAMENTO QUANTITATIVO: QUANTO SI SPENDE NELLE REGIONI PER OGNI CITTADINO? E IN CAMPANIA?

La prima prospettiva di disamina, per rispondere alla domanda “quanto si spende”, considera il totale nazionale della spesa del SPA, come mostra la Figura 1.1, nell'anno 2021, registrando il valore di 18.667,41 euro pro-capite (a prezzi 2015).

FIGURA 1.1 SPESA PRO-CAPITE DEL SPA RIPARTITA PER SETTORE D'INTERVENTO



Fonte: Sistema Conti Pubblici Territoriali, Agenzia per la Coesione Territoriale, 2023.

In particolare, la spesa sanitaria è dell'11,02 % corrispondente alla somma di 2.056,31 euro pro-capite (a prezzi 2015): la seconda per percentuale dopo le Politiche sociali.

La Tabella 1.1 evidenzia la spesa pro-capite del SPA nel settore Sanità per area territoriale nel decennio 2012-2021 (importi in euro pro capite a prezzi 2015). Inoltre, tale dato è stato messo a confronto con la media nazionale del periodo di osservazione.

TABELLA 1.1 SPESA PRO-CAPITE IN SANITÀ DEL SPA PER REGIONE.

Sanità	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Italia	1.851,18	1.872,80	1.867,21	1.794,03	1.824,07	1.839,56	1.855,60	1.902,13	1.916,84	2.056,31
Piemonte	1.757,86	1.980,81	1.809,65	1.840,98	1.900,86	1.784,21	1.833,73	2.078,69	1.922,97	2.076,37
Valle d'Aosta	2.191,54	2.117,90	2.080,36	1.890,24	1.843,09	1.816,04	1.926,26	1.891,24	2.060,01	2.357,28

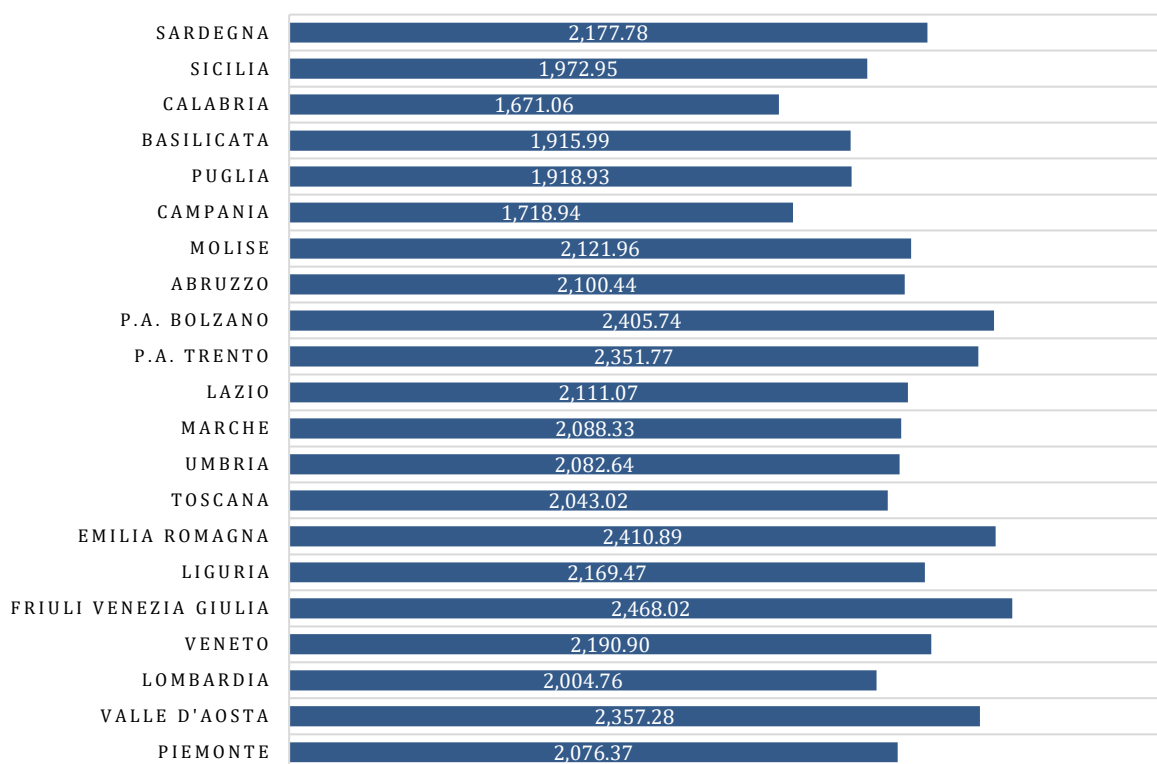
Lombardia	1.813,91	1.804,69	1.773,70	1.797,72	1.812,92	1.777,26	1.876,55	1.930,21	1.825,96	2.004,76
Veneto	1.799,71	1.887,79	1.857,03	1.703,01	1.828,73	1.870,04	1.800,79	1.901,50	1.945,66	2.190,90
Friuli Venezia Giulia	1.965,61	1.913,41	1.883,23	1.722,02	1.999,56	2.134,04	2.295,25	2.332,07	2.236,80	2.468,02
Liguria	1.873,80	1.860,88	2.020,34	1.847,14	1.862,94	1.866,41	1.994,82	2.048,83	2.073,12	2.169,47
Emilia Romagna	2.160,93	2.247,96	2.171,06	2.092,51	2.145,78	2.090,52	2.143,04	2.183,22	2.337,48	2.410,89
Toscana	1.776,65	1.794,29	1.744,49	1.702,85	1.654,18	1.738,71	1.829,17	1.879,21	1.903,26	2.043,02
Umbria	1.870,63	1.850,74	1.819,01	1.807,99	1.895,55	2.031,36	1.965,97	1.993,10	1.925,07	2.082,64
Marche	1.778,87	1.746,39	1.842,56	1.871,71	1.806,75	1.846,73	1.903,66	1.915,91	2.108,35	2.088,33
Lazio	2.019,33	1.965,02	2.565,78	1.973,95	2.055,03	2.015,91	2.041,66	1.909,06	1.987,50	2.111,07
P.A. Trento	2.267,13	2.199,10	2.181,51	2.185,35	2.129,25	2.179,15	2.161,20	2.124,67	2.292,08	2.351,77
P.A. Bolzano	2.218,37	2.082,90	2.118,92	2.105,02	2.046,59	2.080,01	2.124,62	2.115,68	2.151,50	2.405,74
Abruzzo	1.696,51	1.780,78	1.666,80	1.877,95	2.047,10	1.765,26	1.908,83	1.904,85	1.916,79	2.100,44
Molise	1.510,02	1.769,55	1.666,56	2.125,18	2.627,40	2.626,03	2.483,68	1.781,76	2.290,73	2.121,96
Campania	1.760,98	1.846,87	1.761,58	1.604,57	1.568,31	1.699,80	1.583,64	1.647,47	1.654,15	1.718,94
Puglia	1.735,29	1.735,99	1.615,95	1.671,54	1.620,11	1.748,10	1.679,81	1.712,13	1.762,71	1.918,93
Basilicata	1.557,08	1.562,46	1.589,16	1.669,41	1.745,26	1.702,93	1.653,86	1.861,76	1.873,93	1.915,99
Calabria	1.596,94	1.703,98	1.612,40	1.725,31	1.598,27	1.602,76	1.570,52	1.615,47	1.698,18	1.671,06
Sicilia	1.874,57	1.736,73	1.557,07	1.638,32	1.670,07	1.751,24	1.726,40	1.799,00	1.790,28	1.972,95
Sardegna	1.974,45	1.912,85	1.870,14	1.818,12	1.854,87	1.837,56	1.783,75	1.835,94	1.993,90	2.177,78

Fonte: Sistema Conti Pubblici Territoriali, Agenzia per la Coesione Territoriale, 2023.

Prendendo a riferimento la media nazionale, si noti come i valori più elevati siano registrati nell'anno 2021 mentre il punto di minimo è stato rilevato nel 2012 dalla Regione Molise con un valore pari a 1.510,02 euro pro-capite (a prezzi 2015) che però nel 2021 è aumentato più di un terzo.

La Figura 3.1.2 confronta la spesa del SPA in sanità ripartita per regione per l'anno 2021 (importi in euro pro capite a prezzi 2015) per comprendere la differenza sostanziale tra la Regione Campania e la media nazionale per il settore sanitario.

FIGURA 1.2 SPESA PRO-CAPITE DEL SPA IN SANITÀ RIPARTITA PER REGIONE PER L'ANNO 2021.

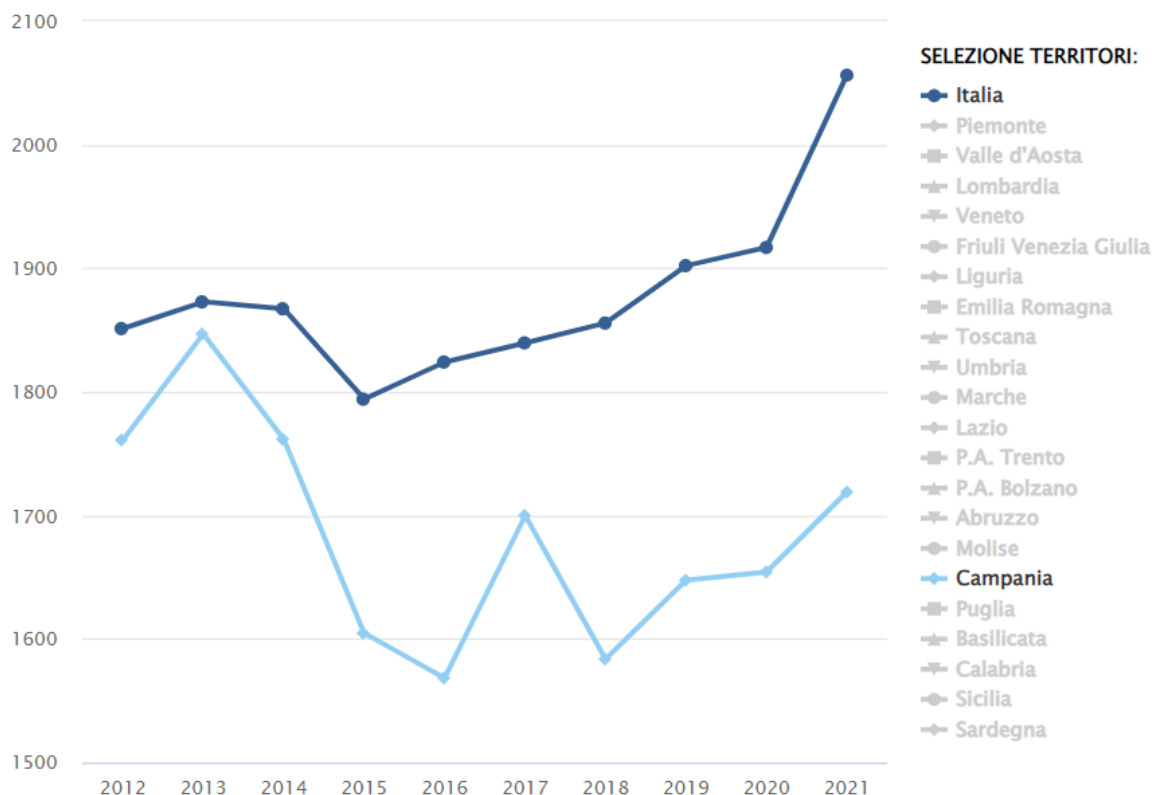


Fonte: Elaborazione personale su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali.

Infatti, nel 2021 la media nazionale, pari a 2.056,31 euro pro-capite (a prezzi 2015), è stata superata del circa 20%. Tuttavia, il minimo nel 2021 risulta essere della Calabria corrispondente a 1.671,06 euro pro-capite (a prezzi 2015).

Pertanto, si è ritenuto fondamentale confrontare graficamente l'andamento della Campania con quello dell'Italia durante il decennio 2012-2021.

FIGURA 1.3 CONFRONTO TRA LA SPESA DELLA CAMPANIA E L'ITALIA IN SANITÀ PRO-CAPITE.



Fonte: Sistema Conti Pubblici Territoriali, Agenzia per la Coesione Territoriale, 2023.

Come rappresentato, la curva afferente l'Italia presenta un andamento tendenzialmente crescente mentre, quella della Regione Campania, risulta avere un trend tendenzialmente sinusoidale. In particolare, la prima assume un valore di minimo nel 2015, invece la seconda nel 2016. La Regione Campania ha una spesa sempre al di sotto di quella italiana ma si registra un notevole aumento rispetto dal 2020 (1.654,15 euro pro-capite a prezzi 2015) al 2021(1.718,94 euro pro-capite a prezzi 2015). Sarebbe interessante comprendere tutti i fattori che hanno inciso su questa differenza. Sicuramente la pandemia da Covid-19 ha reso necessarie maggiori spese non preventivamente rilevabili (Brescia et al., 2023). Un'ulteriore causa può essere riconducibile alla mobilità intraregionale ed extraregionale analizzata nel paragrafo 4.

Un ultimo livello di analisi, utile a rispondere alla domanda “quanto si spende” è rappresentato dal confronto fra la spesa consolidata del SPA in Campania e spesa consolidata del SPA in Campania in sanità.

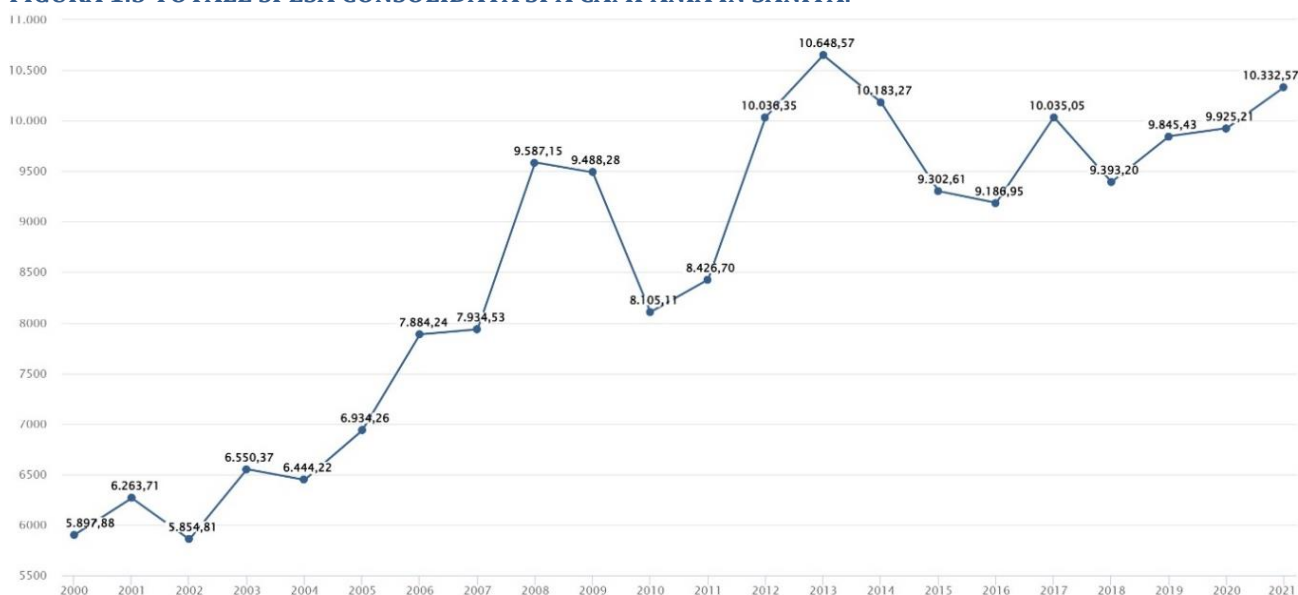
FIGURA 1.4 TOTALE SPESA CONSOLIDATA SPA CAMPANIA.



Fonte: Elaborazione personale su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali.

Il grafico mostra il trend complessivamente crescente della spesa consolidata per una serie storica di 21 anni con importi milioni di euro. Questo è il punto di partenza per un focus sulla spesa consolidata del SPA in Campania come di seguito evidenziato.

FIGURA 1.5 TOTALE SPESA CONSOLIDATA SPA CAMPANIA IN SANITÀ.



Fonte: Elaborazione personale su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali.

È interessante notare come la curva, sebbene sia caratterizzata da movimenti crescenti e decrescenti, subisca dall'anno 2020 all'anno 2021 un incremento esponenziale raddoppiando pressappoco la spesa. Tale fattispecie non costituisce una novità bensì ricorre nuovamente in quanto risulta essere simile al grafico presente in Figura 3.1.3 in cui si illustra la spesa pro-capite in Campania in Sanità.

3.2 UN INQUADRAMENTO QUANTITATIVO: QUALI SONO I SOGGETTI RESPONSABILI DELLE SPESE EFFETTUATE IN CAMPANIA?

Data il peso specifico Regione Campania rispetto al contesto nazionale, concentrando il campo di osservazione, è stata analizzata la spesa sanitaria per tipologia di soggetti appartenenti alla suddetta

regione: Amministrazioni Centrali, Amministrazioni Regionali, Amministrazioni Locali e Imprese Pubbliche Locali e Imprese Pubbliche Regionali. Si è proceduto ad esaminare i dati della Spesa del SPA pro-capite per il periodo 2012-2021.

TABELLA 1.2 SPESA PRO-CAPITE IN SANITÀ DEL SPA DELLA REGIONE CAMPANIA PER TIPOLOGIA DI SOGGETTI.

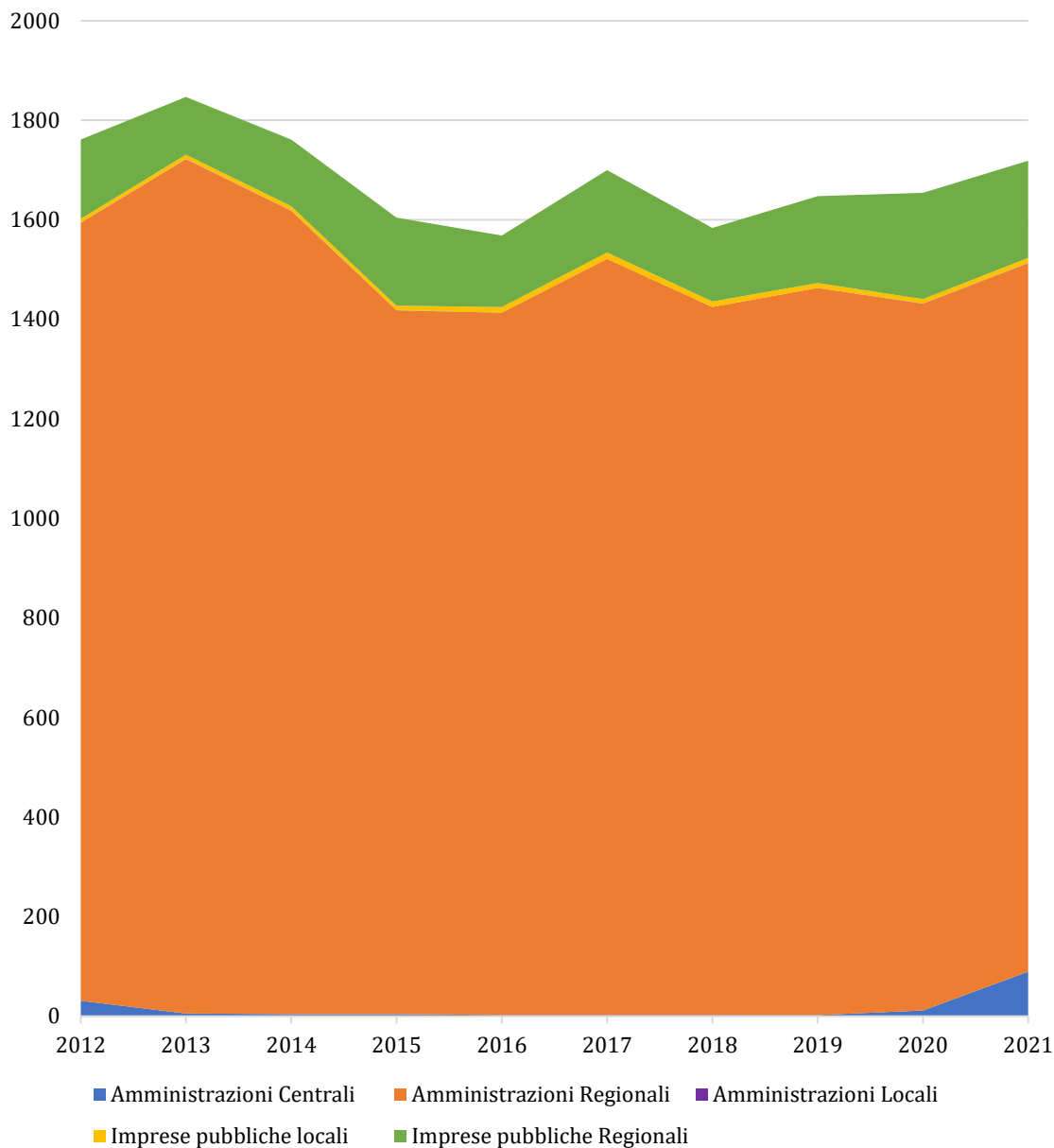
Sanità, Campania	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Amministrazioni Centrali	30,85	5,71	4,2	4,12	2,46	2,27	2,47	2,1	11,77	89,34
Amministrazioni Regionali	1.562,62	1.715,94	1.613,44	1.413,52	1.410,21	1.519,34	1.422,30	1.460,94	1.419,36	1.423,14
Amministrazioni Locali	0,57	0,56	0,57	0,42	0,43	0,29	0,37	0,47	0,58	0,64
Imprese pubbliche locali	7,8	8,75	9,09	9,24	11,66	12,22	10,94	9,76	8,96	10,60
Imprese pubbliche Regionali	159,13	115,91	134,27	177,27	143,57	165,68	147,56	174,2	213,48	195,22
Totale	1760,97	1846,87	1761,57	1604,57	1568,33	1699,8	1583,64	1647,47	1654,15	1.718,94

Fonte: Sistema Conti Pubblici Territoriali, Agenzia per la Coesione Territoriale, 2023.

I dati di riferimento della tipologia Amministrazioni Centrali non sono particolarmente incisivi sul totale, seppur nel 2021 si registra un aumento del 800% circa rispetto al 2020. I soggetti principalmente coinvolti sono le Amministrazioni Regionali il cui valore si attesta tra l'85% e il 90% del totale della spesa.

Per una rappresentazione più efficace da un punto di vista visivo, l'elaborazione dei dati presenti nel sistema CPT restituisce la seguente fotografia per la Campania nella figura successiva.

FIGURA 1.6 CONFRONTO SPESA PRO-CAPITE IN SANITÀ DEL SPA DELLA REGIONE CAMPANIA PER TIPOLOGIA DI SOGGETTI.



Fonte: Elaborazione personale su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali.

La ripartizione per tipologie di soggetti in serie storica 2012-2021 (importi in euro pro capite a prezzi 2015) sottolinea come negli ultimi anni stiano assumendo un ruolo più importante le Amministrazioni Centrali riconducibile presumibilmente all'impatto della pandemia da Covid-19. Tuttavia, le Amministrazioni Regionali sono i protagonisti nella gestione delle risorse da impiegare. Infatti, la spesa per il settore Sanità riguarda per lo più trasferimenti ad altri enti, in particolare le ASL.

3.3 UN INQUADRAMENTO QUALI-QUANTITATIVO: PER CHE COSA HANNO SPESO I SINGOLI SOGGETTI?

L'analisi della spesa nel settore Sanità per categoria di spesa tiene conto delle seguenti voci:

- Acquisto di beni e servizi
- Spese del personale
- Investimenti

- Altre spese

Esaminando l'incidenza di tali singole categorie sul totale della spesa, per gli anni dieci anni in Campania, le voci (importi in euro pro capite a prezzi 2015) maggiormente incidenti sono rappresentate dall'Acquisto di beni e servizi seguita dalle Spese per il personale.

TABELLA 1.3 SPESA PRO-CAPITE SPA IN SANITÀ RIPARTITA PER CATEGORIE ECONOMICHE.

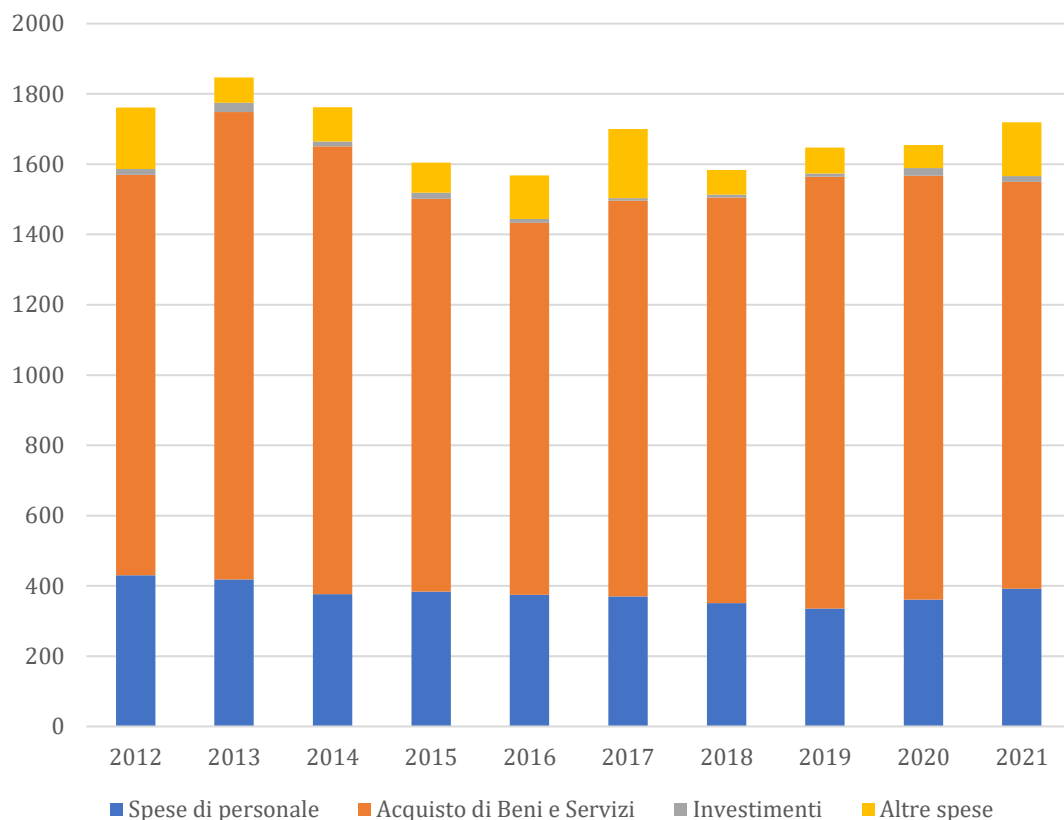
Sanità, Campania	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spese di personale	429,79	418,33	376,6	383,53	375,06	370,39	351,16	335,64	361,03	392,32
Acquisto di Beni e Servizi	1.139,65	1.329,88	1.274,47	1.117,78	1.058,26	1.125,93	1.154,30	1.228,59	1.205,99	1.157,23
Investimenti	16,95	26,36	13,73	17,09	11,09	7,25	8,32	9,51	22,15	16,30
Altre spese	174,60	72,31	96,79	86,17	123,91	196,23	69,87	73,74	64,98	153,1
Totale	1760,99	1846,88	1761,59	1604,57	1568,32	1699,80	1583,65	1647,48	1654,15	1718,95

Fonte: Sistema Conti Pubblici Territoriali, Agenzia per la Coesione Territoriale, 2023.

In particolare, nel triennio 2018-2020 l'incidenza delle Spese per il personale (pari rispettivamente a 351,16; 335,64 e 361,03) assume un valore notevolmente inferiore alla media del periodo 2012-2021. Mentre le spese per l'Acquisto di Beni e Servizi nel 2013 e 2014 (pari rispettivamente al 1.329,88 e 1.274,47) risultano essere in assoluto superiori alla media. Inoltre, nel 2021 l'importo della categoria Altre spese è più che raddoppiata. Sarebbe interessante un'analisi approfondita delle cause di questo aumento ragguardevole perché in questa categoria cosiddetta residuale potrebbero confluire numerosi dati di natura differente.

Si conferma, in Figura 3.3.1 (importi in euro pro capite a prezzi 2015), la significativa incidenza delle Altre spese.

FIGURA 1.7 SPESA SPA PRO-CAPITE PER CATEGORIE ECONOMICHE CAMPANIA.

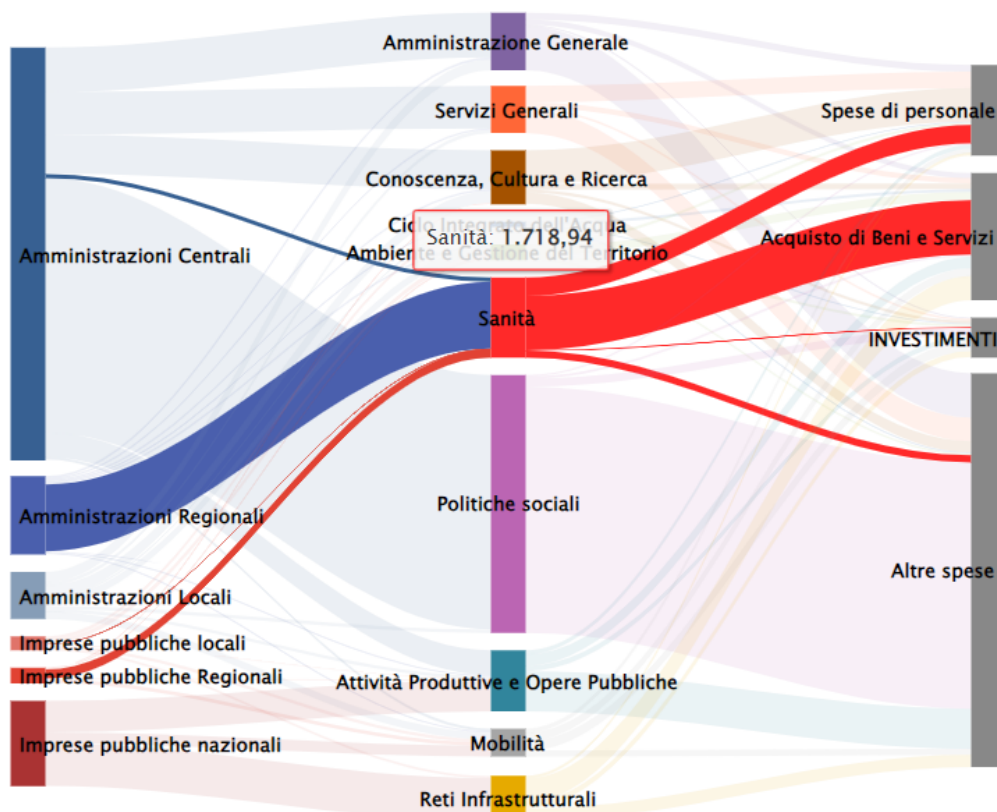


Fonte: Elaborazione personale su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali.

Emerge anzitutto una distribuzione equivalente delle Spese per il personale, mentre gli Investimenti risultano essere molto variabili negli anni, senza la possibilità di individuare delle chiare tendenze, con i valori più alti nel 2013 e nel 2020.

Per una visione complessiva di tutte le voci di entrata, in base alla tipologia di soggetti, e di spesa, per categorie economiche, per il settore Sanità nel 2021 si osservino i flussi nella Figura 3.3.2 che soddisfa l'esigenza di osservare i flussi di risorse finanziarie impiegate.

FIGURA 1.8 FLUSSI ENTRATE E SPESE PER LA SANITÀ IN CAMPANIA PER L'ANNO 2021.



Fonte: Sistema Conti Pubblici Territoriali, Agenzia per la Coesione Territoriale, 2023.

6. LA MOBILITÀ INTRAREGIONALE ED EXTRA REGIONALE NELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI DELLA REGIONE CAMPANIA: I DATI DISAGGREGATI A LIVELLO TERRITORIALE.

Il tema del finanziamento del SSN rappresenta un aspetto fondamentale delle problematiche connesse alle esigenze di tutela della salute. Poiché le aziende sanitarie pubbliche sono finanziate in proporzione al volume di servizi prodotti, sono diventate sicuramente più responsabili per i loro servizi, cercando di migliorare l'esperienza di assistenza mantenendo bassi i costi pro capite della salute (Gartner e Lemaire, 2022). In particolare, le indicazioni della riforma realizzata con il D.Lgs. n. 502/1992, che ha previsto la costituzione delle ASL e delle AO, vogliono che le prime siano finanziate con una quota capitaria, mentre le seconde fossero sovvenzionate successivamente in base all'attività svolta effettivamente (Citoni et al., 2022). I policymaker italiani volevano migliorare la competitività di ogni regione inducendoli ad aumentare l'efficienza dei loro servizi sanitari (Annessi-Pessina e Cantù, 2017) e la loro responsabilità (Campra et al., 2023).

In questo contesto, un fenomeno che spesso aumenta i costi senza modificare la qualità dell'assistenza è la mobilità sanitaria (Halliday, 2023). La mobilità sanitaria è un diritto dei cittadini, che possono rivolgersi a qualsiasi azienda sanitaria, senza vincoli territoriali, per cercare una risposta alle loro esigenze di salute (Posteraro, 2018). L'opportunità di spostarsi nello Stato per ottenere le prestazioni sanitarie di cui si necessita risulta così correlata al principio di eguaglianza *ex art. 3 Cost.*, in base al quale la titolarità di un diritto costituzionale e il suo godimento non possono subire limitazioni in ragione del luogo in cui una persona si trova o risiede. La mobilità si pone come fattore perequativo che produce un effetto compensativo delle diseguaglianze e accresce, in siffatto modo, la tutela complessiva del diritto alla salute, soprattutto nei casi in cui la presenza di ostacoli di tipo geografico o economico rischierebbe di comprometterne l'effettività (Porcu, 2007).

La mobilità ha delle importanti implicazioni di carattere economico legate alla necessità di rimborso delle spese di ricovero dei residenti nella ASL presso strutture esterne al suo territorio di competenza (compensazioni interaziendali e interregionali). Su ogni ASL, infatti, pesa l'onere economico dei ricoveri di tutti i residenti nel proprio territorio indipendentemente da dove questi avvengano (Knöchelmann et al., 2020). A livello regionale, particolare interesse è rivolto ai propri residenti che utilizzano le strutture sanitarie fuori regione. Questo fenomeno è noto come la mobilità sanitaria ospedaliera extraregionale. Si distingue, quindi, fra mobilità passiva (secondo la quale i residenti si spostano verso strutture esterne alla propria regione) e mobilità attiva (che attiene invece ai servizi prestati su non residenti, in altre parole flussi da altre regioni).

In Italia, alcuni autori hanno posto l'attenzione sulla mobilità sanitaria, un indicatore di performance finanziaria delle aziende sanitarie italiane che assume rilevanza strategica nella valutazione della qualità delle aziende sanitarie (Spano & Aroni, 2018; Gigio et al., 2018; Papi et al., 2021). Secondo quanto previsto dal SSN, le Regioni e le singole ASL hanno l'obiettivo di contenere la mobilità, limitando i flussi in uscita ed incentivando i flussi in entrata, pur garantendo la libertà di scelta dell'individuo, attraverso la soddisfazione della domanda e mediante la ricerca di efficienza delle proprie strutture (Abimbola et al., 2019).

Da un punto di vista finanziario, ogni paziente che riceve cure da un'azienda sanitaria in una regione diversa dalla sua regione di residenza genera un utile per l'azienda sanitaria di destinazione e un costo dello stesso importo per l'azienda sanitaria nella regione di origine, che porta la Regione di residenza a pagare il servizio alla regione che si prende cura del paziente (Ferrè e Ricci, 2012). La compensazione della mobilità sanitaria è stato un elemento importante per riconoscere l'effettiva attrattività delle regioni più performanti e per misurare la capacità produttiva dell'azienda sanitaria individuale (Moirano, 2012). Infatti, è considerato uno degli indicatori di efficacia gestionale (Khan et al., 2020) e può quindi essere utilizzato per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti da diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come un indicatore della reputazione degli stessi (Cinelli et al., 2021).

La mobilità regionale nell'ambito dei servizi sanitari è diventata un tema di crescente importanza in Campania. Le ASL sono incaricate di fornire servizi sanitari essenziali alla popolazione, ma spesso si trovano a dover affrontare sfide legate all'accessibilità, all'equità e alla capacità di soddisfare le esigenze delle diverse aree geografiche.

4.1 ASL AVELLINO

L'ASL di Avellino ha presentato ricavi per prestazioni sanitarie in mobilità nell'ultimo triennio riassumibili nella tabella di seguito.

TABELLA 1.4 RICAVI IN MOBILITÀ ASL AVELLINO.

Dettaglio ricavi per prestazioni sanitarie in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)			
Prestazioni di ricovero	60.589.319	52.308.109	63.546.800
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	3.816.015	4.585.549	6.175.648
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	598.145	354.504	722.284
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	77.512	85.454	14.728
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	205.136	1.540.141	1.430.578
Prestazioni termali	34.802	17.955	15.303
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	0	0	0
Prestazioni assistenza integrativa	0	0	0
Prestazioni assistenza protesica	0	0	0
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	4.667.090	4.041.903	4.363.286
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Prestazioni assistenza domiciliare integrata (ADI)	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	0	0	0
Totale ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	69.988.019	62.933.615	76.268.627
Ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)			
Prestazioni di ricovero	1.633.075	1.345.127	526.584
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	617.479	637.020	354.070
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	191.392	327.573	205.185
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	0	0	0
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	66.174	65.322	34.338
Prestazioni termali	374.986	379.485	644.345
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	42.380	46.872	16.786
Prestazioni assistenza integrativa da pubblico (extraregione)	47.152	32.100	20.800
Prestazioni assistenza protesica da pubblico	0	0	0

(extraregione)			
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	0	0	0
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Prestazioni di ricovero da privato Extraregione in compensazione	0	3.784.629	4.869.509
Prestazioni ambulatoriale da privato Extraregione in compensazione	0	311.399	820.091
Totale ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	2.972.638	6.929.527	7.491.708
Totale ricavi da mobilità (A+B)	72.960.657	69.863.142	83.760.335

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Invece i costi sono riportati nella Tabella 4.1.2.

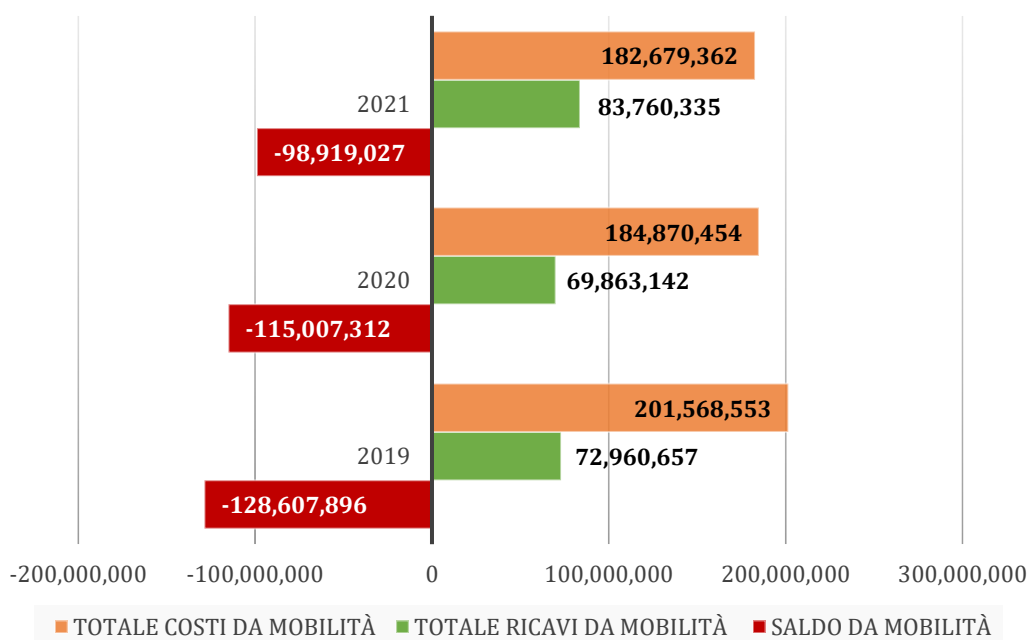
TABELLA 1.5 COSTI IN MOBILITÀ ASL AVELLINO.

Dettaglio acquisti di servizi sanitari in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	118.423	32.184	67.033
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	2.831.584	1.868.870	1.507.219
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	21.928.309	19.726.043	24.492.262
prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche)	5863914	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	5.931.953	5.402.046	6.281.670
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	108.699.359	92.815.961	102.337.302
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	10.217.651	18.505.240	17.550.563
Acquisto prestazioni termali in convenzione	251.424	301.704	215.748
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	0	0	0
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0	0
Totale costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	155.842.617	138.652.048	152.451.797
Costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	313.860	267.120	909.487
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	793.480	770.042	837.455
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	3.584.271	5.850.780	3.057.703
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	35.585.781	34.766.505	23.045.151
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F	4.318.526	4.251.100	2.150.268
Acquisto prestazioni termali in convenzione	401.401	95.336	17.662
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	728.617	217.523	209.839
Totale costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	45.725.936	46.218.406	30.227.565
Totale costi da mobilità (A+B)	201.568.553	184.870.454	182.679.362

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Dall'elaborazione dei documenti dell'ente, è stato calcolato il saldo da mobilità negativo per tutti e tre gli esercizi che sono però decrescenti come illustrato dalla Tabella 4.1.3 la cui differenza tra i ricavi e i costi è espressa dalla colonna rossa.

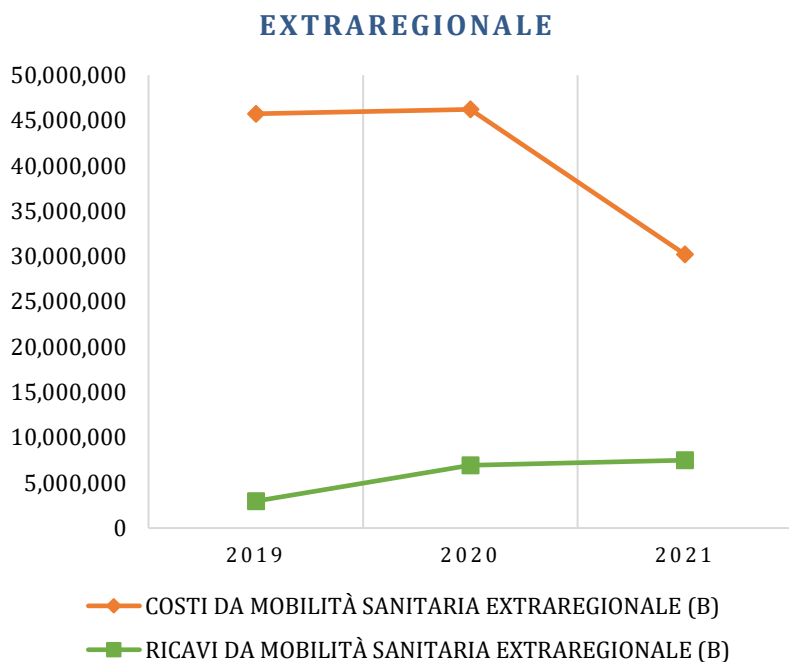
FIGURA 1.9 SALDO DA MOBILITÀ ASL AVELLINO.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Suscettibile di attenzione costi relativi alla modalità extraregionale perché nel 2021 presentano una considerevole riduzione dei costi a causa soprattutto del decremento degli “Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera” di circa il 30% da 347.66.505 euro a 23045151.

FIGURA 1.10 RICAVI E COSTI IN MOBILITÀ EXTRAREGIONALE ASL AVELLINO.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

4.2 ASL BENEVENTO

Per l'ASL di Benevento si precisa in Nota integrativa, in ottemperanza al D.G.R.C. 336/2021 e in conformità alla disposizione recata dall'art. 29, lettere h) ed i) del D.Lgs. 118/2011, le aziende sanitarie locali devono iscrivere tra i costi la mobilità sanitaria passiva extra regione e tra i ricavi la mobilità sanitaria attiva extra regione, come risultante dalla "matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento". Nello specifico i ricavi sono così rilevati.

TABELLA 1.6 RICAVI IN MOBILITÀ ASL BENEVENTO.

Dettaglio ricavi per prestazioni sanitarie in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Ricavi da mobilità sanitaria intraregionali (A)			
Prestazioni di ricovero	16.906.968	11.323.062	17.471.325
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	4.757.918	4.368.580	5.009.567
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	42.835	97.777	1.313.835
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	53.999	0	56.797
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	1.700.557	1.971.041	1.982.287
Prestazioni termali	2.163.407	239.629	542.458
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	0	0	0
Prestazioni assistenza integrativa	0	0	0
Prestazioni assistenza protesica	0	0	0
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	0	4.654.384	5.629.188
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Prestazioni assistenza domiciliare integrata (ADI)	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	4.896.801	0	0
Totale ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	30.522.485	22.654.474	32.005.457
Ricavi da mobilità attiva sanitaria extraregionale (B)			
Prestazioni di ricovero	271.907	317.612	70.861
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	660.126	495.901	524.512
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	165.879	124.925	161.730
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	17.735	41.418	44
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	401.216	273.717	287.090
Prestazioni termali	31.961	16.200	15.600
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	254.334	276.737	276.737

Prestazioni assistenza integrativa da pubblico (extraregione)	0	0	0
Prestazioni assistenza protesica da pubblico (extraregione)	0	0	0
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	0	0	0
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	2.106.912	2.057.823	1.049.750
Totale ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	3.910.070	3.604.333	2.386.324
Totale ricavi da mobilità (A+B)	34.432.555	26.258.807	34.391.781

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

I costi da mobilità sono riportati qui.

TABELLA 1.7 COSTI IN MOBILITÀ ASL BENEVENTO.

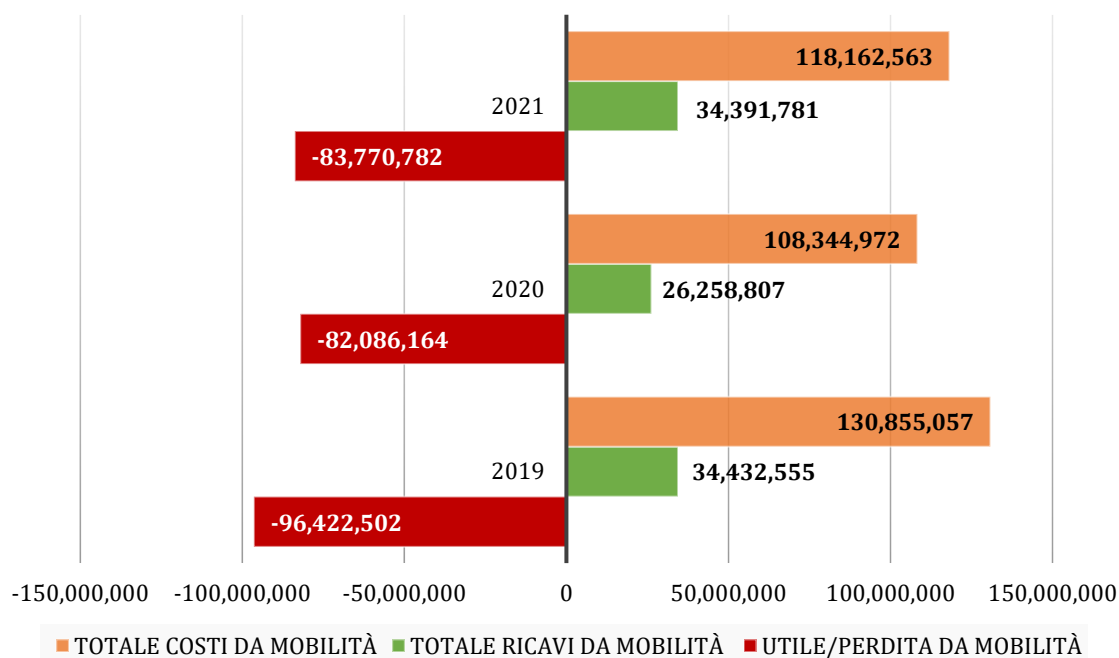
Dettaglio acquisti di servizi sanitari in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Costi da mobilità sanitaria intraregionale (A)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	77.701	37.828	46.663
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	1.052.712	1.137.014	1.015.482
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	12.222.650	8.873.087	12.784.586
prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche)	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	2.321.245	2.055.830	2.712.573
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	98.959.987	82.592.409	88.148.200
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	12.312.983	11.645.931	11.384.881
Acquisto prestazioni termali in convenzione	42.619	17.488	28.578
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	0	0	0
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0	0
Totale costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	126.989.897	106.359.585	116.120.963
Costi da mobilità passiva sanitaria extraregionale (B)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	219.935	150.150	224.857
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	1.538.312	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	295.766	24.090	5.597
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera - cittadini non residenti	1.811.146	1.811.146	1.811.146
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F	0	0	0
Acquisto prestazioni termali in convenzione	0	0	0
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	0	0	0
Totale costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	3.865.159	1.985.386	2.041.600

Totale costi da mobilità (A+B)	130.855.057	108.344.972	118.162.563
---------------------------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

La contrapposizione tra costi e ricavi fa giungere ad un saldo negativo che nel 2021 è aumentato notevolmente. Ciò è dovuto anche agli esigui ricavi che si confermano i più bassi tra le 7 ASL della Regione Campania.

FIGURA 1.11 SALDO DA MOBILITÀ ASL BENEVENTO.

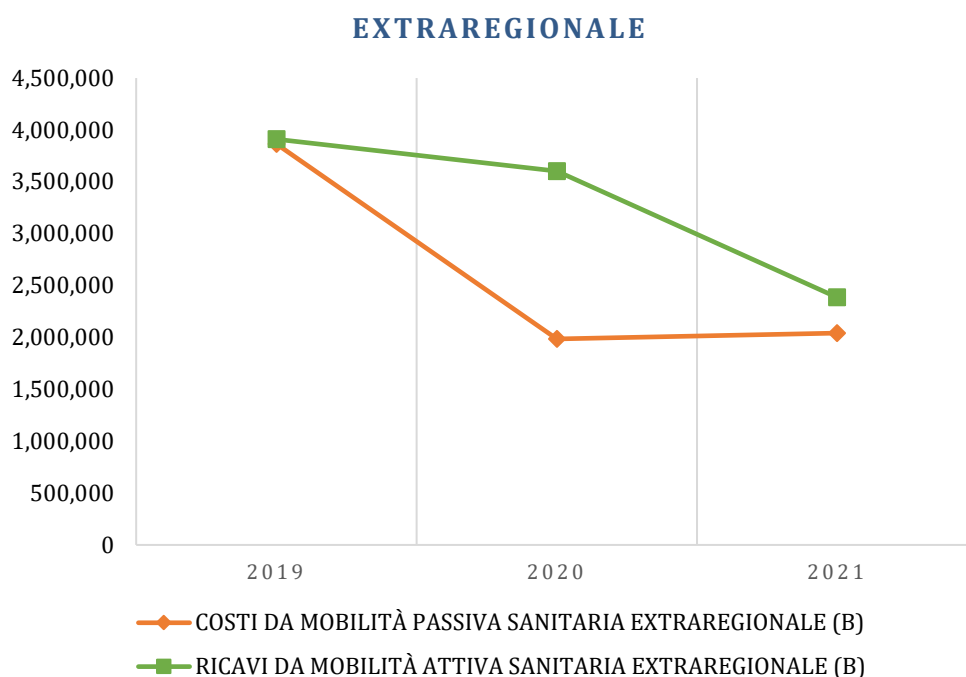


Fonte:

Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Anche per l'ASL di Benevento la mobilità extraregionale assume un andamento singolare. Se, dapprima, nel 2019 i costi e i ricavi sono pressoché equivalenti (3.910.070 euro per i ricavi e 3.865.159 per i costi), nell'esercizio successivo 2020 (3.604.333 euro per i ricavi e 1.985.386 per i costi) vi è una considerevole differenza, fino a giungere al 2021 in cui costi e ricavi tornano ad avere importi simili (2.386.324 euro per i ricavi e 2.041.600 per i costi).

FIGURA 1.12 RICAVI E COSTI IN MOBILITÀ EXTRAREGIONALE ASL AVELLINO.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Tale andamento è singolare e la differenza è riconducibile a dei ricavi costanti ed all’azzeramento degli “Acquisti servizi sanitari per farmaceutica”.

4.3 ASL CASERTA

Dall’analisi emerge che non sono presenti crediti o debiti verso la regione o aziende ospedaliere per mobilità extra o interregionale. Pertanto, i ricavi si compongono come segue.

TABELLA 1.8 COSTI IN MOBILITÀ ASL CASERTA.

Dettaglio ricavi per prestazioni sanitarie in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	99.405.755	91.576.010	116.819.680
Prestazioni di ricovero	63.711.489	58.307.383	75.927.280
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	17.671.196	15.730.383	20.815.640
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	1.292.318	1.416.937	2.028.407
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	92.570	0	98.474
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	2.014.323	2.508.245	2.476.660
Prestazioni termali	0	0	0
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	0	0	0
Prestazioni assistenza integrativa	0	0	0
Prestazioni assistenza protesica	0	0	0
Prestazioni assistenza riabilitativa	14.623.859	13.352.749	15.055.490

extraospedaliera			
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Prestazioni assistenza domiciliare integrata (ADI)	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	0	259.742	417.729
Ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	8.977.111	7.093.880	5.119.392
Prestazioni di ricovero	2.995.196	2.124.608	1.022.268
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	0	2.951.480	1.940.330
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	3.015.552	786.642	1.027.440
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	171.615	156.206	17
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	1.560.870	966.394	1.050.136
Prestazioni termali	0	0	0
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	90.513	108.552	79.200
Prestazioni assistenza integrativa da pubblico (extraregione)	0	0	0
Prestazioni assistenza protesica da pubblico (extraregione)	0	0	0
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	0	0	0
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	0	0	0
Totale ricavi da mobilità (A+B)	107.582.865	98.669.890	121.939.072

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Quanto ai costi, il 2020 e i 2021 sono molto simili invece nel 2019 erano più elevati del 33,5% circa.

TABELLA 1.9 RICAVI IN MOBILITÀ ASL CASERTA.

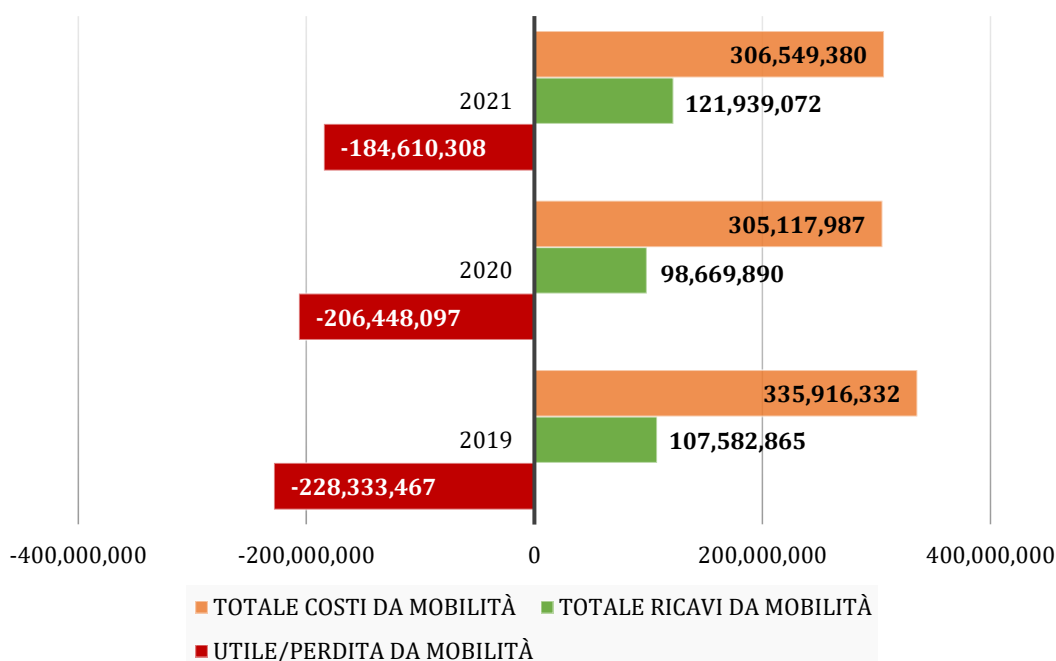
Dettaglio acquisti di servizi sanitari in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	242.681.241	213.391.998	238.058.174
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	106.010	109.909	124.440
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	3.532.450	3.782.601	3.714.691
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	27.638.703	20.537.505	26.073.705
prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche)	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	5.745.007	5.716.931	7.059.954
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	165.465.389	146.736.225	167.960.532
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	367	0
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	38.537.250	36.247.734	32.616.277
Acquisto prestazioni termali in convenzione	1.656.431	260.727	508.575

Acquisto prestazioni trasporto sanitario	0	0	0
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0	0
Costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	93.235.091	91.725.989	68.491.206
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	440.604	529.131	457.898
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	1.409.946	1.339.641	1.207.530
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	15.994.360	16.439.393	10.654.305
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	125.793	322.249	240.730
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	68.360.754	65.783.393	50.119.602
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F	5.476.779	5.963.957	5.207.306
Acquisto prestazioni termali in convenzione	862.435	819.094	71.679
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	564.420	529.131	532.156
Totale costi da mobilità (A+B)	335.916.332	305.117.987	306.549.380

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Il saldo da mobilità presenta valori negativi sempre crescenti come evidenziato dalla Figura 4.3.3.

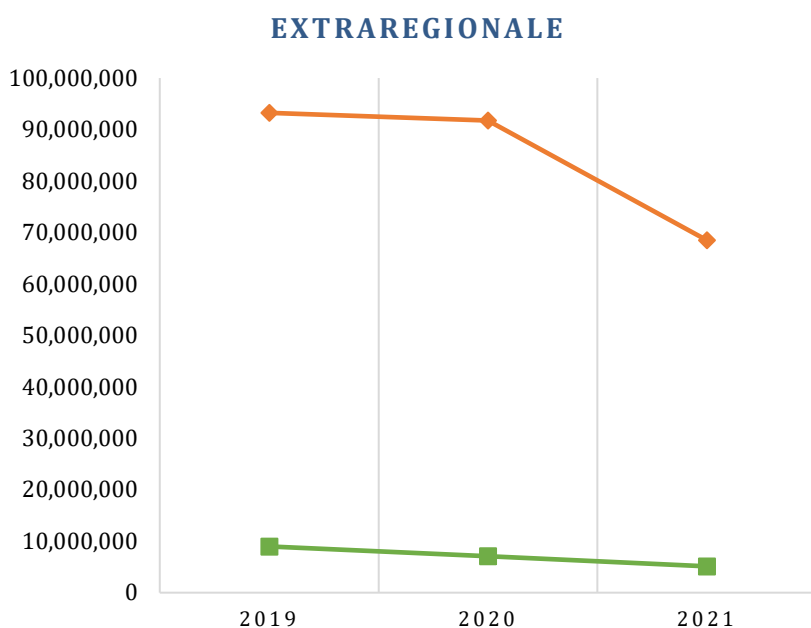
FIGURA 1.13 SALDO DA MOBILITÀ ASL CASERTA.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Da sottolineare sono i costi della mobilità extraregionale che nel 2021 si riducono drasticamente per effetto del decremento delle "Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera" per un totale di circa 15 milioni di euro.

FIGURA 1.14 RICAVI E COSTI IN MOBILITÀ EXTRAREGIONALE ASL CASERTA.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

4.4 ASL NAPOLI 1 CENTRO

L'ASL Napoli 1 Centro è la più grande azienda sanitaria in Campania sia sul piano di costi e ricavi sia per quanto concerne gli assistiti. I ricavi sono aumentati dal 2020 al 2021. Infatti, in Nota Integrativa del 2021 si precisa che "Già nel bilancio di previsione era stata prevista una mobilità attiva in crescita".

TABELLA 1.10 RICAVI IN MOBILITÀ ASL NAPOLI 1 CENTRO.

Dettaglio ricavi per prestazioni sanitarie in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)			
Prestazioni di ricovero	111.012.534	98.237.096	100.608.890
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	51.926.877	38.540.333	45.715.658
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	8.149.436	6.349.542	10.036.061
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	393.216	135.167	0
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	8.923.236	9.567.746	9.616.567
Prestazioni termali	471.649	48.699	0
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	0	0	0
Prestazioni assistenza integrativa	0	0	0
Prestazioni assistenza protesica	0	0	0
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	8.284.356	5.538.560	9.646.108
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0

Prestazioni assistenza domiciliare integrata (ADI)	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	0	0	147.487
Totale ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	189.161.304	158.417.142	175.770.771
Ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)			
Prestazioni di ricovero	2.677.442	3.371.530	1.447.134
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	4.128.279	5.576.776	3.779.679
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	637.534	1.497.541	1.022.897
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	225.359	246.629	78.085
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	1.853.229	1.345.315	1.287.290
Prestazioni termali	23.155	41.499	8.144
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	153.418	170.604	108.768
Prestazioni assistenza integrativa da pubblico (extraregione)	4.132.138	4.281.819	0
Prestazioni assistenza protesica da pubblico (extraregione)	5.658.980	3.746.921	0
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	0	0	0
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	0	0	0
Totale ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	19.489.534	20.278.634	7.731.997
Totale ricavi da mobilità (A+B)	208.650.838	178.695.776	183.502.768

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

La mobilità intraregionale ha registrato un incremento di ben 17 milioni di euro. Mentre, i costi hanno toccato il massimo nel 2020 con 779 milioni di euro.

TABELLA 1.11 COSTI IN MOBILITÀ ASL NAPOLI 1 CENTRO.

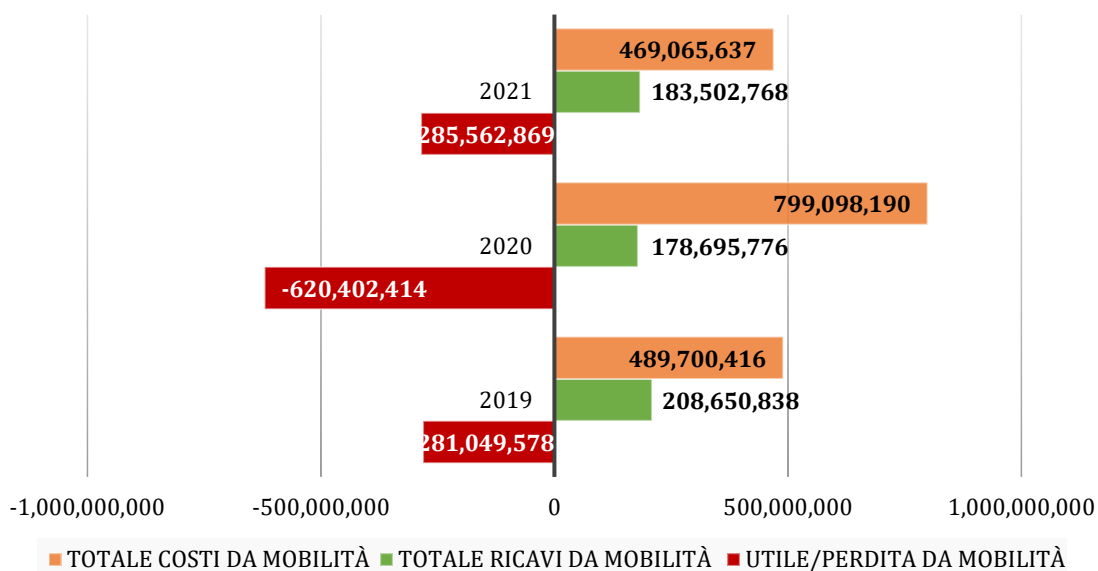
Dettaglio acquisti di servizi sanitari in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	159.298	376.421.024	183.371
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	7.565.575	134.839	9.151.677
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	55.245.786	48.153.356	61.204.687
prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche)	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	13.911.477	14.250.387	17.740.913
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	300.394.100	250.748.549	290.618.231
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0

Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	56.153.190	54.123.370	50.736.392
Acquisto prestazioni termali in convenzione	255.545	95.140	188.439
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	0	0	0
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0	122.660
Totale costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	433.684.971	743.926.665	429.946.370
Costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	419.445	735.298	413.758
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	1.765.401	1.138.916	1.239.783
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	8.030.578	9.787.587	5.087.462
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	85.232
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	41.235.777	39.161.759	28.104.953
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F	3.602.535	3.550.875	3.506.534
Acquisto prestazioni termali in convenzione	72.697	61.792	20.864
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	889.012	735.298	660.681
Totale costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	56.015.445	55.171.525	39.119.267
Totale costi da mobilità (A+B)	489.700.416	799.098.190	469.065.637

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Il saldo della mobilità nel nell'ASL Napoli 1 Centro ha registrato rispetto al 2020 un miglioramento sui ricoveri pur presentando un saldo negativo piuttosto importante. La motivazione addotta in Nota Integrativa 2021 è dovuta all'aumento della produzione che "si è registrato particolarmente nelle prestazioni di ricovero, grazie all'apertura dei nuovi reparti presso l'Ospedale del Mare".

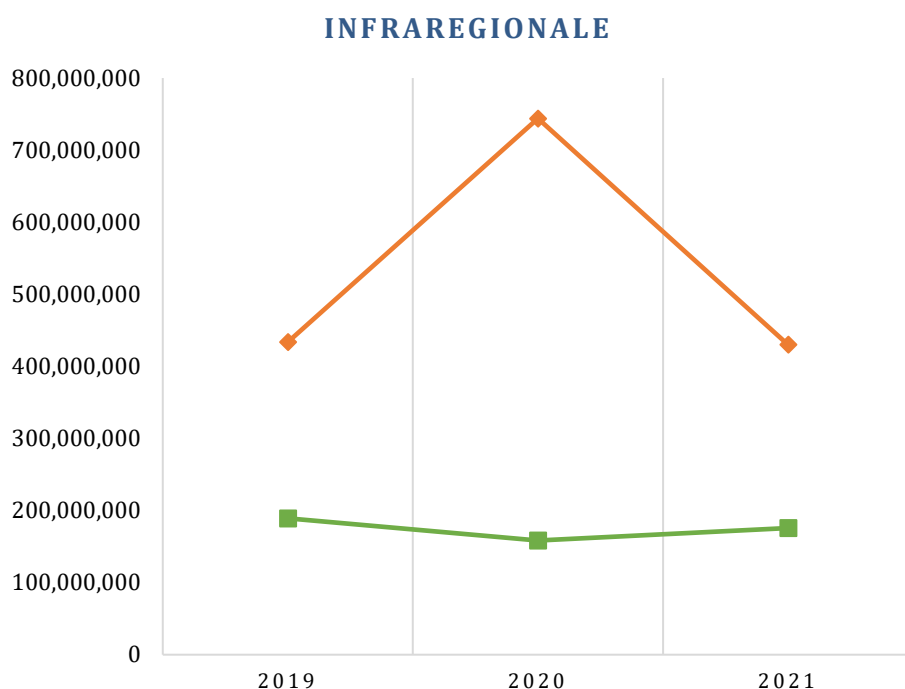
FIGURA 1.15 SALDO DA MOBILITÀ ASL CASERTA.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Il risultato non è altrettanto positivo per i costi da mobilità infraregionale che nel 2020 giunge all'apice di milioni di euro, infatti durante l'anno *clou* della pandemia da Covid-19 tanti assistiti si sono diretti o sono stati diretti in altre strutture della Regione soprattutto per i "servizi sanitari per medicina di base".

FIGURA 1.16 RICAVI E COSTI IN MOBILITÀ INFRAREGIONALE ASL CASERTA.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

4.5 ASL NAPOLI 2 NORD

L'ASL Napoli 2 Nord ha presentato ricavi per prestazioni sanitarie in mobilità nell'ultimo triennio riassumibili nella tabella di seguito.

TABELLA 1.12 RICAVI IN MOBILITÀ ASL NAPOLI 2 NORD.

Dettaglio ricavi per prestazioni sanitarie in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)			
Prestazioni di ricovero	33.352.675	29.365.366	37.899.154
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	48.311.474	42.312.487	50.338.312
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	4.396.819	1.972.386	4.424.251
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	167.304	296.652	325.459
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	7.467.313	8.564.002	8.992.716
Prestazioni termali	601.395	168.237	280.361
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	0	0	0
Prestazioni assistenza integrativa	0	0	0
Prestazioni assistenza protesica	0	0	0
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	7.258.887	7.586.799	9.971.512
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0

Prestazioni assistenza domiciliare integrata (ADI)	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	0	0	
Totale ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	101.555.867	90.265.929	112.231.765
Ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)			
Prestazioni di ricovero	2.077.296	2.491.481	1.159.234
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	3.748.598	2.169.966	1.539.971
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	291.111	818.076	762.404
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	150.485	152.646	160.270
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	1.400.876	931.618	959.153
Prestazioni termali	7.370.221	6.016.375	1.564.418
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	222.276	124.068	93.384
Prestazioni assistenza integrativa da pubblico (extraregione)	873.617	1.024.569	914.176
Prestazioni assistenza protesica da pubblico (extraregione)	1.127.684	1.035.904	1.307.452
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	0	0	0
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	0	0	0
Totale ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	17.262.164	14.764.703	8.460.462
Totale ricavi da mobilità (A+B)	118.818.031	105.030.632	120.692.227

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Invece i costi sono riportati nella Tabella 4.5.2.

TABELLA 1.13 COSTI IN MOBILITÀ ASL NAPOLI 2 NORD.

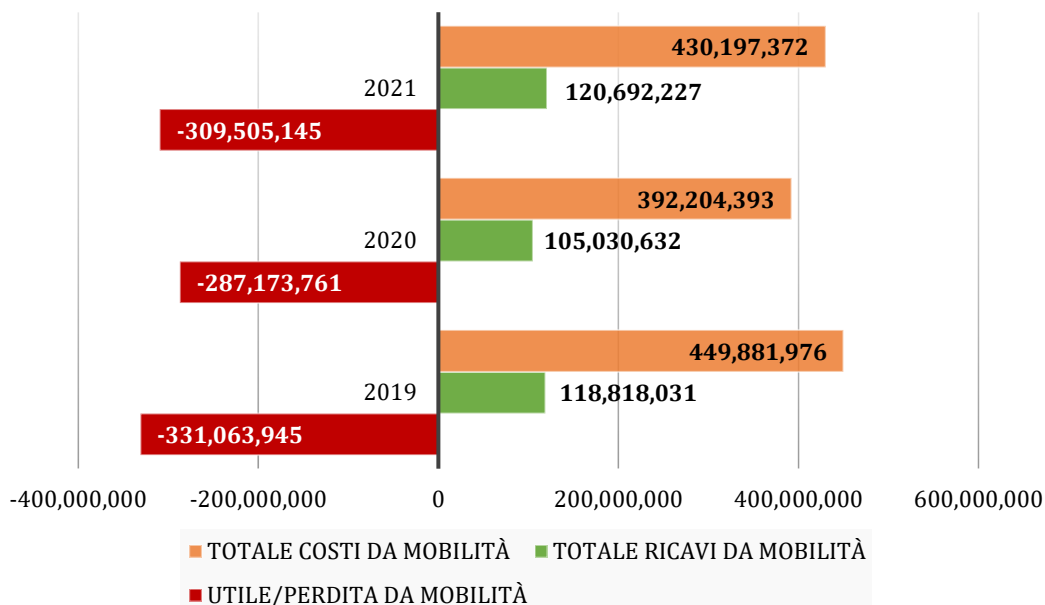
Dettaglio acquisti di servizi sanitari in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	260.783	71.204	48.069
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	6.470.013	7.434.233	7.551.550
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	51.430.189	40.948.659	53.879.506
prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche)	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	25.726.816	22.591.531	28.187.704
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	268.497.640	227.806.340	262.322.015
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0

Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	46.839.563	43.873.613	43.563.231
Acquisto prestazioni termali in convenzione	601.807	73.762	137.923
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	0	0	0
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0	0
Totale costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	399.826.811	342.799.342	395.689.998
Costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	319.916	445.015	311.748
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	602.108	599.997	475.128
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	6.593.105	7.750.908	4.292.596
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	39.535.866	37.757.080	26.661.098
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F	2.439.980	2.314.794	2.318.570
Acquisto prestazioni termali in convenzione	98.164	92.242	15.229
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	466.026	445.015	433.005
Totale costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	50.055.165	49.405.051	34.507.374
Totale costi da mobilità (A+B)	449.881.976	392.204.393	430.197.372

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Per un approfondimento, si sottolinea il saldo da mobilità negativo per tutti e tre gli esercizi che sono però altalenanti come illustrato dalla Tabella 4.5.3 la cui differenza tra i ricavi e i costi è espressa dalla colonna rossa.

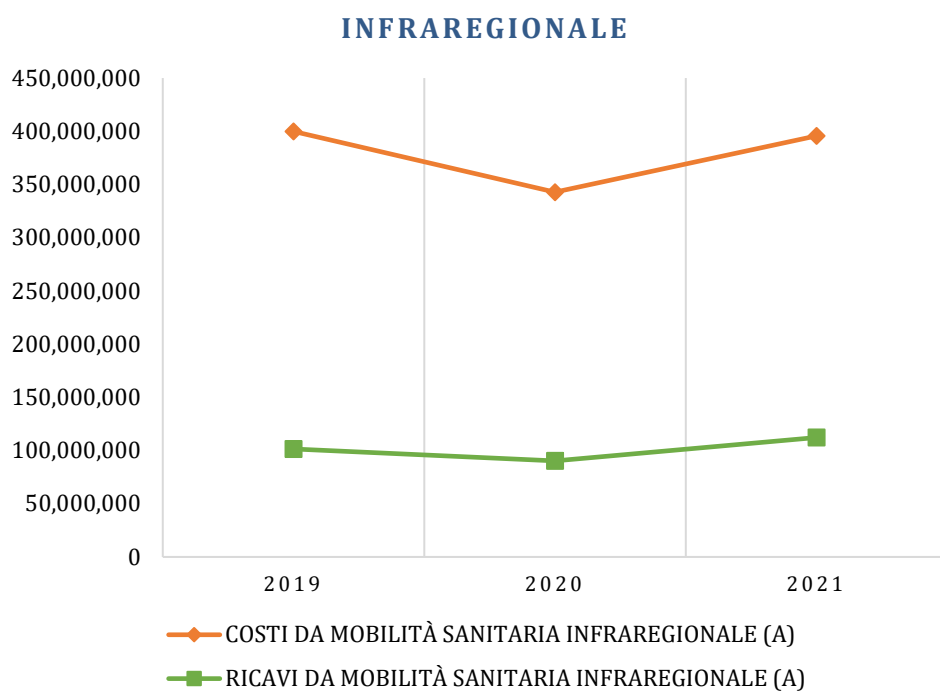
FIGURA 1.17 SALDO DA MOBILITÀ ASL NAPOLI 2 NORD.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Suscettibile di attenzione costi relativi alla modalità infraregionale perché nel 2020 presentano una considerevole riduzione dei costi a causa soprattutto delle limitazioni di movimento della persona introdotta da numerose disposizioni normative regionali e nazionali.

FIGURA 1.18 RICAVI E COSTI IN MOBILITÀ INFRAREGIONALE ASL NAPOLI 2 NORD.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

4.6 ASL NAPOLI 3 SUD

Dall'analisi dei costi e ricavi dell'ASL Napoli 3 Sud emerge che il 2021 risulta essere un anno particolare perché in questo esercizio si sono registrati i più elevati ricavi da mobilità infraregionale e i più esigui ricavi da mobilità extraregionale.

TABELLA 1.14 RICAVI IN MOBILITÀ ASL NAPOLI 3 SUD.

Dettaglio ricavi per prestazioni sanitarie in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)			
Prestazioni di ricovero	46.053.000	37.664.000	49.184.000
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	25.710.075	20.950.000	25.963.000
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	2.090.565	1.751.000	2.571.000
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	288	0	0
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	5.012.757	5.699.000	5.449.000
Prestazioni termali	292.749	97.000	197.000
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	0	0	0
Prestazioni assistenza integrativa	0	0	0
Prestazioni assistenza protesica	0	0	0
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	19.851.214	19.520.000	22.991.000

Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Prestazioni assistenza domiciliare integrata (ADI)	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	0	0	20
Totale ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	99.010.648	85.681.000	106.355.020
Ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)			
Prestazioni di ricovero	1.480.000	1.959.000	650.000
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	3.420.000	2.500.000	1.813.000
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	294.000	887.000	895.000
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	0	215.000	270.000
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	1.719.000	1.133.000	1.132.000
Prestazioni termali	69.000	53.000	17.000
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	100.000	113.000	57.000
Prestazioni assistenza integrativa da pubblico (extraregione)	2.022.000	2.079.000	1.500.000
Prestazioni assistenza protesica da pubblico (extraregione)	497.000	376.000	432.000
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	0	0	0
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	0	0	0
Totale ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	9.601.000	9.315.000	6.766.000
Totale ricavi da mobilità (A+B)	108.611.648	94.996.000	113.121.020

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Come si evince dai prospetti, sin dal 2015 la società ha riportato sempre risultati economici negativi ad eccezione per l'anno 2017.

TABELLA 1.15 COSTI IN MOBILITÀ ASL NAPOLI 3 SUD.

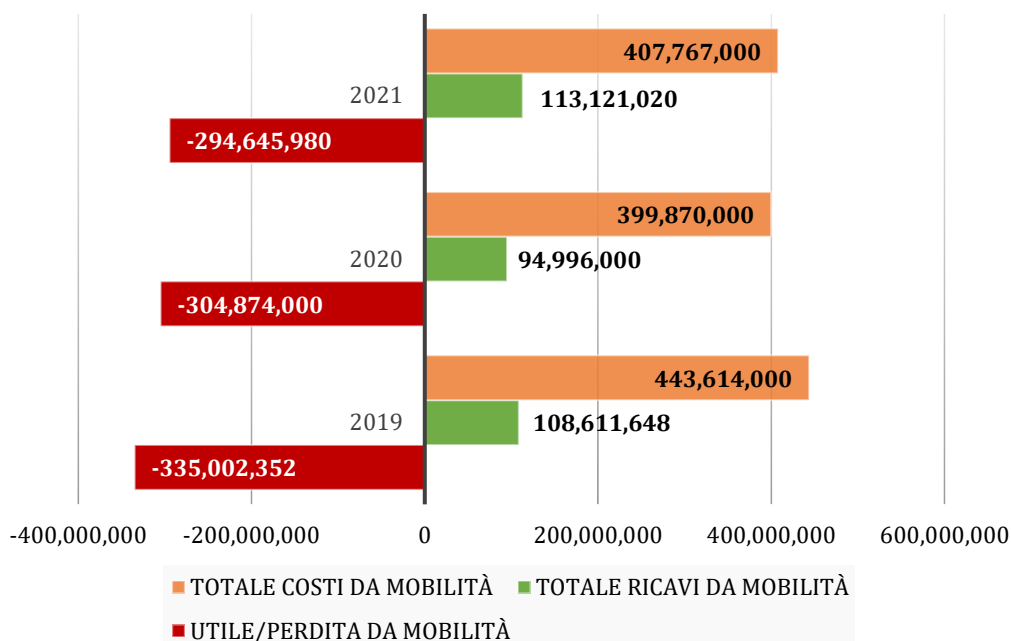
Dettaglio acquisti di servizi sanitari in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	164.000	116.000	98.000
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	4.732.000	5.864.000	5.876.000
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	46.908.000	39.488.000	48.518.000
prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche)		0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	8.793.000	8.337.000	11.138.000
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	261.443.000	220.590.000	252.992.000
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e	0	0	0

semiresidenziale			
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	49.366.000	55.851.000	42.782.000
Acquisto prestazioni termali in convenzione	823.000	163.000	388.000
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	0	0	0
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0	0
Totale costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	372.229.000	330.409.000	361.792.000
Costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	384.000	534.000	399.000
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	763.000	772.000	609.000
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	7.951.000	8.829.000	4.824.000
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	57.322.000	54.649.000	36.711.000
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F	4.357.000	4.071.000	3.035.000
Acquisto prestazioni termali in convenzione	76.000	72.000	18.000
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	532.000	534.000	379.000
Totale costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	71.385.000	69.461.000	45.975.000
Totale costi da mobilità (A+B)	443.614.000	399.870.000	407.767.000

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

La presente analisi ha lo scopo di procedere alla individuazione dei saldi negativi che pongono in effettiva difficoltà l'azienda e incidono sulla struttura dei costi.

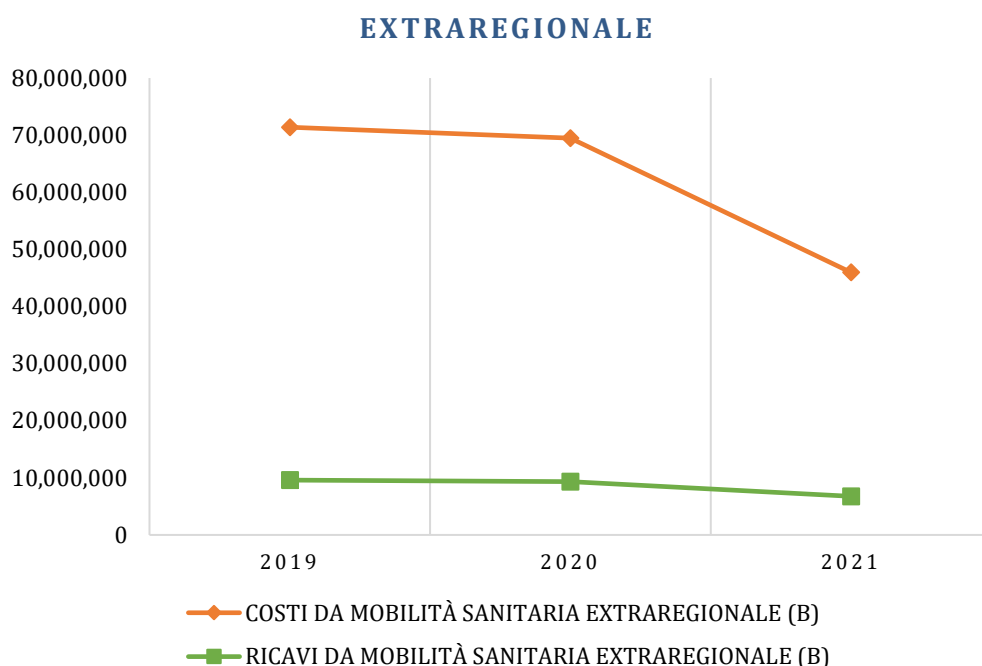
FIGURA 1.19 SALDO DA MOBILITÀ ASL NAPOLI 3 SUD.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

È interessante notare come la curva dei costi extraregionali siano con una certa costanza in diminuzione, sebbene i ricavi abbiano un andamento piatto.

FIGURA 1.20 RICAVI E COSTI IN MOBILITÀ EXTRAREGIONALE ASL NAPOLI 3 SUD.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

4.7 ASL SALERNO

L'ASL di Salerno è un'azienda sanitaria molto innovativa in Campania. I ricavi nel triennio oggetto d'indagine sono pressoché stabili.

TABELLA 4.7.1 RICAVI IN MOBILITÀ ASL SALERNO.

Dettaglio ricavi per prestazioni sanitarie in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)			
Prestazioni di ricovero	43.978.314	34.496.833	42.662.845
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	13.964.486	15.384.879	18.095.373
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	3.202.966	14.243.909	2.697.147
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	1.840	42.476	68.861
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	1.548.676	2.109.805	1.975.515
Prestazioni termali	903.708	201.747	565.192
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	0	0	0
Prestazioni assistenza integrativa	0	0	0
Prestazioni assistenza protesica	0	0	0
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	8.801.862	8.854.889	11.178.619
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0

Prestazioni assistenza domiciliare integrata (ADI)	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	0	0	0
Totale ricavi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	72.401.852	75.334.538	77.243.551
Ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)			
Prestazioni di ricovero	7.108.972	7.271.925	3.950.272
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	2.451.983	2.274.675	2.274.029
Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	0	0	0
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
Prestazioni di File F	367.661	1.023.970	1.039.404
Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	2.466	2.932	81.419
Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	1.525.595	932.227	1.175.863
Prestazioni termali	754.156	624.187	128.268
Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	153.418	145.008	214.440
Prestazioni assistenza integrativa da pubblico (extraregione)	0	15.017	0
Prestazioni assistenza protesica da pubblico (extraregione)	0	0	0
Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera	0	0	0
Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali	0	0	0
Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	412.801	0	0
Totale ricavi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	12.777.052	12.289.941	8.863.695
Totale ricavi da mobilità (A+B)	85.178.904	87.624.479	86.107.246

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

La mobilità intraregionale ha registrato un decremento progressivo. Mentre, il totale dei costi ha toccato il massimo nel 2019 con 399 milioni di euro.

TABELLA 4.7.2 COSTI IN MOBILITÀ ASL SALERNO.

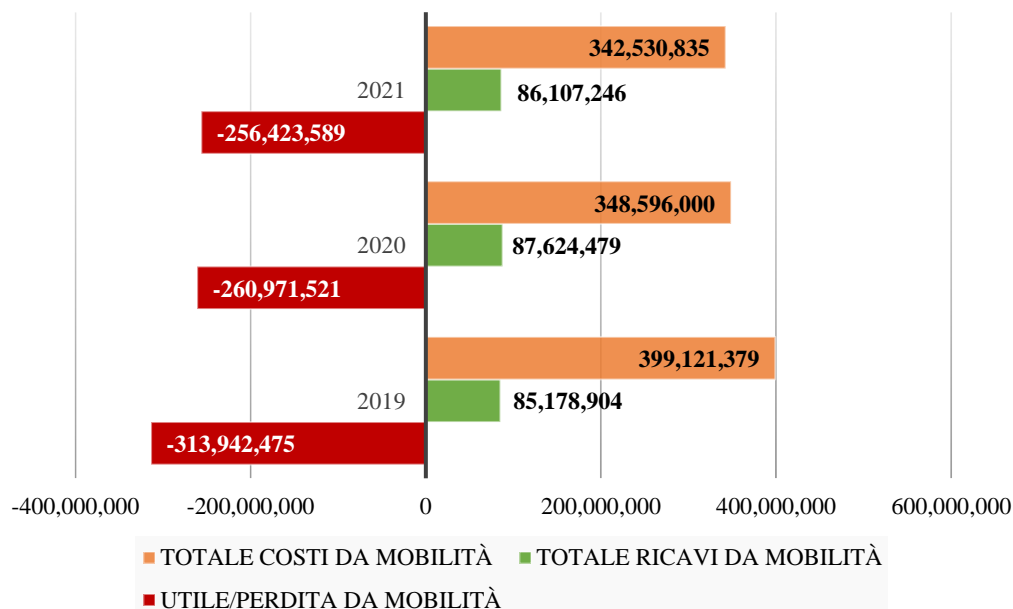
Dettaglio acquisti di servizi sanitari in mobilità	Valore CE al 31/12/2019	Valore CE al 31/12/2020	Valore CE al 31/12/2021
Costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	182.835	57.817	55.650
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	2.687.822	2.958.166	2.906.973
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	24.963.605	18.412.627	23.313.424
prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche)		0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	5.931.953	5.115.677	5.214.377
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	208.000.857	173.625.969	196.213.250
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e	0	0	0

semiresidenziale			
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	43.935.100	40.886.463	40.155.659
Acquisto prestazioni termali in convenzione	261.075	61.565	133.320
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	0	0	0
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0	2.301
Totale costi da mobilità sanitaria infraregionale (A)	285.963.247	241.118.284	267.994.954
Costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)			
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	632.626	590.149	668.981
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	1.538.312	1.536.897	1.429.984
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	13.475.978	13.264.639	7.804.113
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	85.989.528	79.816.963	57.352.121
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F	10.614.664	11.509.250	6.725.106
Acquisto prestazioni termali in convenzione	188.410	169.669	40.235
Acquisto prestazioni trasporto sanitario	718.614	590.149	515.342
Totale costi da mobilità sanitaria extraregionale (B)	113.158.132	107.477.716	74.535.882
Totale costi da mobilità (A+B)	399.121.379	348.596.000	342.530.835

Fonte: Elaborazione personale su dati di Conto Economico e Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Il saldo della mobilità nel nell'ASL Napoli 1 Nord ha registrato, nel 2021 rispetto al 2020, un netto peggioramento presentando un saldo negativo piuttosto importante.

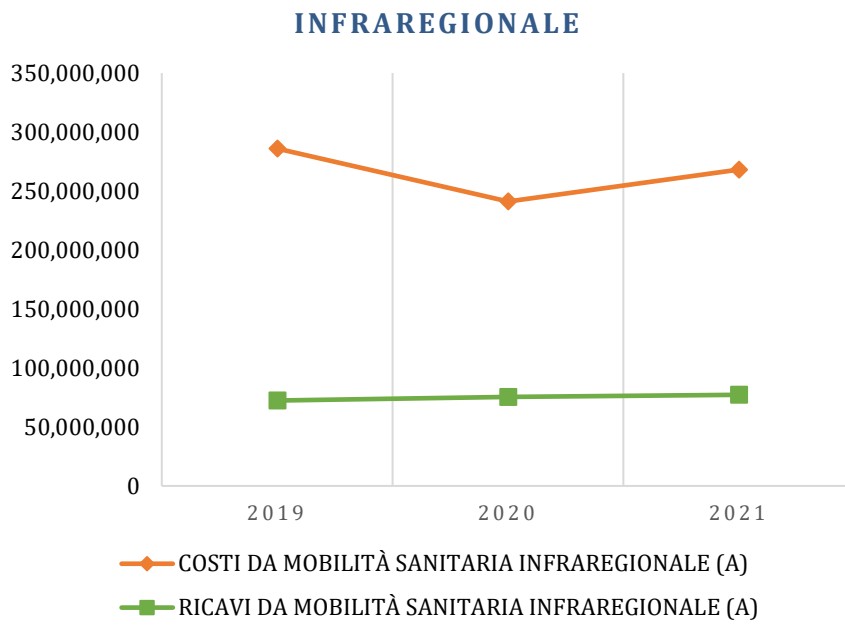
FIGURA 4.7.3 SALDO DA MOBILITÀ ASL SALERNO.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

Un confronto fra i dati relativi ai costi afferenti la mobilità infraregionale è significativa perché è l'unica con andamento crescente pari al 3%.

FIGURA 4.7.4 RICAVI E COSTI IN MOBILITÀ INFRAREGIONALE ASL SALERNO.



Fonte: Elaborazione personale su dati del Conto Economico e della Nota Integrativa 2019, 2020 e 2021.

7. RIFLESSIONI (NON) CONCLUSIVE.

Il presente lavoro, attraverso la discussione delle principali evidenze, ha inteso offrire una prospettiva di analisi e un approccio metodologico utili all'implementazione di analisi successive in cui poter approfondire e indagare il ruolo di altri fattori ritenuti di interesse per il settore. Molte delle tematiche trattate lasciano ancora spazio ad approfondimenti e possono fare da premessa per molteplici indagini rispondendo ad esigenze di analisi di diverso respiro.

I benefici nell'utilizzo dei Conti Pubblici Territoriali sono molteplici e ben chiari. Innanzitutto, la possibilità di rendere omogenei dei dati che derivano da sistemi contabili differenti. Inoltre, permette ad un ente di essere *accountable* contrastando i fenomeni clientelari e di corruzione per garantire lo sviluppo di un'economia. Un altro vantaggio è l'utilizzo da parte dei *policy maker* e dai *public decision maker* al fine di coadiuvare la gestione della spesa pubblica e supportare le decisioni di allocazione delle risorse e realizzare forme partecipative alla politica.

Tuttavia, si sta vivendo una fase di frenetica trasformazione dovuta ai finanziamenti del NextGenerationEU. La direttiva 2011/85/EU ha dato un *incipit* ma la proposta di emendamento alla Direttiva, da parte della Commissione Europea, stabilisce che entro il 2030 tutti i paesi membri dell'UE dovranno adottare un sistema di contabilità economico patrimoniale che sia "*integrated, comprehensive and harmonized*". Le motivazioni che spingono a istituire un programma di riforma della contabilità differiscono da una nazione all'altra. Un possibile rischio è che la transizione dalla contabilità *cash basis* a quella *accrual* risulti un mero sforzo tecnico e burocratico e non un cambio di prospettiva in quanto la contabilità finanziaria risponde alla domanda "Quanto abbiamo speso e quanto abbiamo guadagnato?", la contabilità economico-patrimoniale va oltre e risponde a domande cruciali come "Quali risorse possediamo?" e "Qual è il nostro patrimonio netto?" (Black, 2021). Poiché sempre più nazioni contemplan o iniziano a pianificare la transizione alla contabilità *accrual*, ci si aspetta una domanda consistente di una guida pratica su come pianificare la migrazione, come effettuare la transizione e come conformarsi agli IPSAS. Infatti, la pubblicazione nel 2011 dello "Study 14" dell'International Public Sector Accounting Standards Board (IPSASB), *Transition to the Accrual Basis of Accounting: Guidance for Public Sector Entities* è stato un importante punto di riferimento per i governi in questa situazione. Seppur sia ancora teoricamente valido, non soddisfa le esigenze dettagliate dei professionisti che iniziano ora questa transizione.

L'introduzione di un sistema di contabilità economico-patrimoniale è una riforma vincolante del PNRR, ossia una di quelle riforme che l'Italia si è impegnata ad attuare per ottenere i finanziamenti. Rispetto alla situazione italiana, l'appuntamento per rispondere alla *call* europea di armonizzazione della contabilità pubblica è fissato proprio dalla Riforma 1.15 del nostro PNRR, che prevede l'adozione di un sistema unico di contabilità economico-patrimoniale *accrual* per tutte le amministrazioni pubbliche entro il 2026. A tal fine, presso la Ragioneria Generale dello Stato è stato creato uno Standard Setter Board indipendente per elaborare proposte in materia di principi e standard di contabilità secondo gli indirizzi definiti a livello europeo e internazionale. Al momento in cui si scrive questo organo ha già approvato, un Conceptual Framework e quattro standard contabili, denominati ITAS: ITAS 1 sulla composizione e sugli schemi del bilancio di esercizio, ITAS 2 sulle politiche contabili, ITAS 4 sulle immobilizzazioni materiali e ITAS 10 sulle rimanenze. Inoltre, è stata avviata la consultazione pubblica di ulteriori quattro principi: ITAS 13, ITAS 15, ITAS 16, ITAS 17. I benefici attesi da questa riforma sono molteplici, fra tutti: la centralità dell'informazione contabile sul Patrimonio Netto, un framework contabile unico per tutti i comparti della PA, una migliore rilevazione dei fatti gestionali, un minore dipendenza finanziaria un supporto essenziale per gli interventi di valorizzazione del patrimonio pubblico e una trasparenza più profonda degli effetti che le operazioni hanno sul patrimonio netto.

Il secondo oggetto della trattazione ha riguardato il fenomeno della mobilità sanitaria. Questa situazione si verifica perché le Regioni devono far fronte con risorse proprie ai saldi negativi derivanti dalla mobilità sanitaria: il paziente che si sposta fa sì che la sua Regione di residenza debba pagare la prestazione a quella che lo prende in cura. Dall'analisi si notano due costanti. La prima, i saldi negativi derivanti dalla differenza tra ricavi e costi derivanti dalla mobilità. La seconda, è l'andamento della

curva dei costi e dei ricavi da mobilità che presenta un punto di minimo nel 2020 seguendo la “*Black Swan Theory*”⁶.

Non solo benefici bensì anche criticità legate sia alle asimmetrie informative tra le parti sia all’inadeguato uso degli strumenti. In particolare, da segnalare sono le criticità relative alla fruizione e comprensione dei bilanci che spesso risulta nebulosa o, per di più oscura. L’esempio su tutti è quello dell’ASL di Avellino i cui bilanci pubblicati risultano presentare sezioni oscurate oppure illeggibili per la pessima qualità del file. In tal modo risulta venir meno la caratteristica fondamentale dei documenti contabili: l’efficacia informativa. Pertanto, un possibile limite di tale lavoro potrebbe essere l’interpretazione non completa degli importi contenuti nei bilanci consuntivi dell’ente citato *supra*. Un ulteriore elemento di notevole rilevanza è che, in presenza di contenuti minimi e in mancanza di una standardizzazione dei bilanci, in Nota Integrativa vi sono evidenti disparità. A titolo di esempio, nella Nota Integrativa delle ASL di Avellino, Benevento, Napoli 1 Centro e Caserta è presente una o più matrici in cui sono riportati tutti i costi o i ricavi verso le altre ASL o Aziende Ospedaliere o Istituti di Ricerca. Anche in questa circostanza il potere informativo del bilancio viene notevolmente ridimensionato lasciando libertà di trattare lo stesso cruciale argomento in modalità differenti.

In definitiva, nonostante che la contrapposizione tra benefici e criticità, la ricerca deve necessariamente continuare poiché l’obiettivo è proprio quello di fornire nuovi, ulteriori, spunti emersi durante le analisi. Il primo è l’armonizzazione effettiva e definitiva della contabilità del settore pubblico auspicata anche dalla Corte dei Conti nella “Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province autonome”. In tal modo si genera un nuovo impulso alla trasparenza a discapito di possibili falsi in bilancio (Esposito & Ricci, 2019). Il secondo è la valutazione dell’impatto dei costi relativi alla mobilità sulla struttura dei costi evitando sprechi di risorse. Il terzo è l’adozione di un quadro multidimensionale per la misurazione della performance intangibili che possa soddisfare sia i cittadini sia le aziende pubbliche. Quantificare eventuali difformità derivanti dall’adozione dei diversi metodi rimane un problema complesso, ma è necessario guardare oltre i vincoli normativi per contrastare qualsiasi impatto negativo sulla creazione di valore pubblico.

Risulta chiaro che il lungo percorso si sia spinto ad una fase significativa per la sua sorte: uno stadio in cui si riflette su quanto accaduto e si prospetta verso il futuro. I professionisti, i ricercatori, i *policy maker* e chiunque si occupi del settore sanitario può operare per impegno deontologico, per interessi economici, oppure perché confida in una lungimirante *vision*: garantire una sanità sostenibile economicamente, adeguatamente efficiente e trasversale.

⁶ Per approfondimenti si consulti: Barwińska-Małajowicz, A., Ślusarczyk, B., Żegleń, P., & Knapková, M. (2023). Socio-economic consequences of events at the beginning of the 21st century in view of the Black Swan theory. *Business Impacts of COVID-19: International Business, Crisis Management, and the Global Economy*, 1.

8. BIBLIOGRAFIA

- Abimbola, S., Baatiema, L., Bigdeli, M., *The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence*, Health policy and planning, 34(8), 605-617, 2019.
- Anessi-Pessina, E., Cantù, E., *Multiple logics and accounting mutations in the Italian National Health Service*, Accounting Forum, 41, 1, 8-27, 2017.
- Barwińska-Małajowicz, A., Ślusarczyk, B., Żegleń, P., & Knapková, M., *Socio-economic consequences of events at the beginning of the 21st century in view of the Black Swan theory*, Business Impacts of COVID-19: International Business, Crisis Management, and the Global Economy, 1, 2023.
- Bellanca, S., & Vandernoot, J., *International public sector accounting standards (IPSAS) implementation in the European Union (EU) member states*, Journal of Modern Accounting and Auditing, 10(3), 2014.
- Black, A., *The Integration of Financial and Economic-Patrimonial Accounting: A Comprehensive Perspective*, Public Finance Journal, 45(3), 321-335, 2021.
- Bonollo, E., Zuccardi-Merli, M., *Le Relazioni sulla performance nelle aziende della sanità pubblica: verso una maggiore trasparenza dei risultati raggiunti: un'analisi empirica*, Mecosan: Management Ed Economia Sanitaria, 2016.
- Brescia, V., Esposito, P., Amelio, S., Biancone, P.P., *Rethinking green investment and corporate sustainability: the south European countries experiences during the COVID-19 crisis*, EuroMed Journal of Business, 2022.
- Broadbent J., *If you Can't Measure it, How can You Manage It? Management and Governance in Higher Educational Institutions*, Public Money and Management, (27)3, pp. 193- 198, 2007.
- Brown, W., *Integrated Accounting Systems in Public Administration: The Case for Reform*, Public Finance Review, 46(6), 746-762, 2018.
- Brown, W., Smith, J., *Challenges in Integrating Financial and Economic-Patrimonial Accounting: Lessons from the Public Sector*, Accounting Review, 55(2), 167-185, 2020.
- Brusca, I., Montesinos, V., Chow, D. S., *Legitimizing international public sector accounting standards (IPSAS): the case of Spain*, Public Money & Management, 33(6), 437-444, 2013.
- Campra, M., Esposito, P., Brescia, V., *Corporate social responsibility and technological perspectives in healthcare: An exploratory analysis of the evolution of the anti-corruption system through multiple case studies*. Corporate Social Responsibility and Environmental Management, 2023.
- Carley K., *Coding choices for textual analysis: A comparison of content analysis and map analysis*, Sociological methodology, 75-126, 1993.
- Caruana, J., Dabbicco, G., Jorge, S., Jesus, M. A., *The development of EPSAS: Contributions from the literature*, Accounting in Europe, 16(2), 146-176, 2019.

- Chen, L., Smith, J., Johnson, M., *The Impact of Accounting Integration on Regional Policy Implementation*, Public Management Review, 21(7), 967-983, 2019.
- Cinelli, G., Meda, F., Gugiatti, A., *La struttura e le attività del SSN*, in Rapporto OASI 2021, Milano, Egea, 37-115, 2021.
- Citoni, G., De Matteis, D., Giannoni, M., *Vertical equity in healthcare financing: A progressivity analysis for the Italian regions*, Healthcare, Vol. 10, No. 3, p. 449, 2022.
- Corte dei Conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province autonome. Esercizi 2019-2022. Deliberazione N. 13/SEZAUT/2023/FRG*, 2023.
- Degni, M., *L'armonizzazione dei bilanci degli Enti della pubblica amministrazione*, Rivista giuridica del Mezzogiorno, 27(1-2), 133-148, 2013.
- Elliott, I. C., Bottom, K. A., Carmichael, P., Liddle, J., Martin, S., Pyper, R., *The fragmentation of public administration: Differentiated and decentered governance in the (dis) United Kingdom*, Public Administration, 100(1), 98-115, 2022.
- Ellwood, S., & Newberry, S., *Public sector accrual accounting: institutionalising neo-liberal principles?*, Accounting, Auditing & Accountability Journal, 20(4), 549-573, 2007.
- Esposito, P. *European Public Sector Accounting Standards (EPSAS) And fiscal transparency: harmonization obstacles in the Italian case*, in Vrontis D. et al., Innovation, Entrepreneurship and Sustainable Value Chain in a Dynamic Environment, 8th Euromed Annual Conference, University of Verona, Euromed Press. ISBN: 978-9963-711-37-6, 2016.
- Esposito, P., Ricci, P., *Politiche di bilancio e falso in bilancio nelle aziende e nelle amministrazioni pubbliche: relazione dicotomica o rapporto di interdipendenza funzionale?*, Azienda Pubblica, 4, 341-356, 2019.
- Ezzy, D., *Qualitative analysis*, Routledge, 2013.
- Ferrè, F., Ricci, A., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto Oasi, Milano, Egea, 2012.
- García, E., Rodriguez, A., Martinez, L., *Regional Development Policies and Territorial Accounting: A Comprehensive Analysis*, Public Administration Review, 38(5), 612-628, 2018.
- García, M., *Transparency and Accountability in European Public Financial Management: Lessons from Regional Authorities*, Public Management Review, 24(1), 45-62, 2019.
- Gartner, J.B., Lemaire, C., *Dimensions of performance and related key performance indicators addressed in healthcare organisations: A literature review*, The International Journal of Health Planning and Management, 1-12, 2022.
- Gigio, L.A., Alampi, D., Camussi, S., Ciaccio, G., Guaitini, P., Lozzi, M., Mancini, A.L., Panicara, E., Paolicelli, M., *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro*, Banca d'Italia, 2018.
- Halliday, T., *Intergenerational health mobility*, Handbook of Labor, Human Resources and Population Economics, Springer International Publishing, (pp. 1-22) 2023.

International Public Sector Accounting Standards Board, International Public Sector Accounting Standards (IPSASs), 2019. Available at: <https://www.ipsasb.org/standards-ipsas>

International Public Sector Accounting Standards Board, International Public Sector Accounting Standards (IPSASs), 2019. Available at: <https://www.ipsasb.org/standards-ipsas>

Johnson, M., Chen, L., Smith, J., *Harmonizing Accounting Standards in Regional Governance: Challenges and Recommendations*, International Journal of Public Administration, 40(9), 787-802, 2017.

Johnson, R., *The Role of Territorial Public Accounts in Supporting Integrated Accounting*, Public Management Review, 23(4), 543-560, 2017.

Jones, E., *Challenges and Opportunities in Accounting Integration: Lessons from Regional Governments*, Journal of Public Finance, 39(1), 89-105, 2018.

Khan, S. A. R., Zhang, Y., Kumar, A., Zavadskas, E., Streimikiene, D., *Measuring the impact of renewable energy, public health expenditure, logistics, and environmental performance on sustainable economic growth*, Sustainable development, 28(4), 833-843, 2020.

Klein, R., *Fiscal Decentralization and Inclusive Growth in Europe*. In Proceedings of the European Conference on Public Financial Management (pp. 123-138). European Public Finance Association, 2021.

Knöchelmann, A., Günther, S., Moor, I., Seifert, N., Richter, M., *Social mobility, accumulation of disadvantages and health. An analysis with retrospective data from the GSOEP (2002–14)*, European Journal of Public Health, 30(1), 98-104, 2020.

Lazzini, S., *Strumenti economico-aziendali per il governo della sanità*, Franco Angeli, Milano, 2013.

Lee, S., Kim, H., Park, J., *Territorial Accounting and Accountability: A Case Study of Regional Financial Reporting*, Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management, 32(4), 569-587, 2020.

López, P., *Best Practices in Accounting Integration: A European Case Study*, International Journal of Accounting Information Systems, 35, 78-94, 2017.

Makkonen H., Aarikka-Stenroos L., Olkkonen R., *Narrative approach in business network process research - Implications for theory and methodology*, Industrial Marketing Management, 41(2), pp. 287-299, 2012.

Moirano, F., *La Mobilità Sanitaria Nel Quadro Della Riorganizzazione Della Rete Ospedaliera*. La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9, AGENAS, Roma, 2012, 8, 2012.

Müller, A., *Accounting Harmonization in European Regional Governments*, European Journal of Public Administration, 45(2), 120-135, 2018.

Mussari, R., *Il processo di cambiamento del sistema contabile nelle università: aspettative, difficoltà e contraddizioni*, Azienda Pubblica, (2), 121-143, 2014.

Neimeyer, R. A., Fontana, D. J., Gold, K., *A manual for content analysis of death constructs*, Death Education, 7, 299–320, 1983.

OECD. *Fiscal Decentralisation and Inclusive Growth*, 2020. Available at: <https://www.oecd.org/ctp/fiscal-decentralisation-and-inclusive-growth.htm>

Organization for Economic Co-operation and Development, *Fiscal Decentralisation and Inclusive Growth*, 2017. Available at: <https://www.oecd.org/ctp/fiscal-decentralisation-and-inclusive-growth.htm>

Papi, L., Ievoli, R., Gobbo, G., Gagliardo, E. D., Manzoli, L., *Performance governance per la generazione di Valore Pubblico in sanità. Evidenze empiriche dalle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna*, Mecosan, (2021/117), 2021.

Patel, S., *The Role of Territorial Public Accounts in Regional Financial Management*, Regional Finance Journal, 12(2), 145-162, 2016.

Polzer, T., Grossi, G., Reichard, C., *Implementation of the international public sector accounting standards in Europe. Variations on a global theme*, Accounting Forum, Vol. 46, No. 1, pp. 57-82, Routledge, 2022.

Posteraro, N., *La compensazione ei rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera*, Il Diritto Dell'economia. 97,3, 851-880, 2018.

Qintharah, Y. N., Khomsiyah, K., *Thomas Kuhn Paradigm: Revolution of Accounting Recording from Cash Basis To Accrual Basis*, Jurnal Akuntansi, 11(1), 83-92, 2022.

Sabatier, P., *Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis*, Journal of Public Policy, 6(1), 21-48, 1986.

Schmidhuber, L., Hilgers, D., Hofmann, S., *International Public Sector Accounting Standards (IPSASs): A systematic literature review and future research agenda*, Financial Accountability & Management, 38(1), 119-142, 2022.

Sforza, V., Cimini, R., Fanti, E., *The debate around EPSAS: a structured literature review for scholars and practitioners*, Public Money & Management, 1-10, 2023.

Shaw, I., *Qualitative evaluation*, Qualitative Evaluation, 1-240, 1999.

Smith, J., *Integrating Financial and Economic-Patrimonial Accounting: A Framework for Public Sector Entities*, Government Accounting Review, 72(5), 601-618, 2019.

Smith, J., *Integrating Financial and Economic-Patrimonial Accounting: A European Perspective*, Journal of Public Finance and Accounting, 38(3), 215-230, 2020.

Snyder, R. L., Bish, D. L., *Quantitative analysis*, Modern powder diffraction, 20, 101-144, 1989.

Spano, A., Aroni, A., *Organizational Performance in the Italian Health care Sector*, in: Borgonovi, E., Anessi-Pessina, E., Bianchi, C. (eds) Outcome-Based Performance Management in the Public Sector, *System Dynamics for Performance Management*, vol 2. Springer, 25-43, 2018.

Stemler, S., *An overview of content analysis*. Practical Assessment, Research and Evaluation, 7, 137–146, 2000.

Tafuro A., Dammacco G., Esposito P., Mastroleo G., *Rethinking performance measurement models using a fuzzy logic system approach: a performative exploration on ownership in waste management*, Socio-Economic Planning Sciences, 2022.

Torcivia, S., *La criticità della disarmonia contabile: il caso delle aziende sanitarie*, Azienda pubblica, 1,1, 101-115, 2012.

Volpe, M., *I conti pubblici territoriali*, I conti pubblici territoriali, 1000-1010, 2008.

Wang, L., *Accounting Integration Challenges in Regional Government: A Case Study*, Public Administration Review, 48(4), 421-439, 2020.

World Health Organization, *Health Financing*, 2021. Available at: <https://www.who.int/health-topics/health-financing>

Yin, R. K., *Case study research. Design and methods*, Thousand Oaks CA: Sage, 1995.

Yin, R.K., *How to do better case studies*, The SAGE handbook of applied social research methods, 2, 254-282, 2009.