

# Sanità, come spezzare il circolo vizioso

Un insieme organico di proposte per migliorare i Piani di Rientro

*Action Institute è un “Action Tank” indipendente ed apolitico che vuole catalizzare le migliori energie intellettuali del Paese in un impegno civico a beneficio delle Istituzioni e della Società. Action Institute è costituito da un gruppo di professionisti che si sono distinti nel proprio campo di appartenenza e che lavorano a titolo puramente personale e pro bono per fare proposte attuali, pratiche e d'impatto che permettano di rilanciare la competitività del Sistema Italia. Action Institute vuole aggregare persone di massima integrità e motivate da una forte passione civica provenienti dal mondo delle professioni, dell'industria, della finanza, dell'imprenditoria, della consulenza, dell'accademia, della pubblica amministrazione, della magistratura, della cultura, della scienza e dei media.*

# Sanità, come spezzare il circolo vizioso

## Un insieme organico di proposte per migliorare i Piani di Rientro (PdR).

### EXECUTIVE SUMMARY

Questo paper presenta una proposta operativa di miglioramento strutturale dei Piani di Rientro (PdR).

La proposta nasce da una constatazione fattuale e da una convinzione.

La constatazione fattuale è che i PdR, così come impostati e gestiti dalla loro nascita, non stanno funzionando come dovrebbero. Infatti, nonostante il successo dal punto di vista del contenimento contabile della spesa: (i) le Regioni ad essi sottoposte non riescono a essere adempienti in termini di garanzia dei LEA, (ii) su 10 Regioni entrate in PdR 8 non ne sono mai uscite (e 5 vi permangono da più di 6 anni), (iii) il processo di ristrutturazione industriale che avrebbe dovuto ridurre i costi diretti di produzione e riorganizzare l'erogazione dei servizi langue.

La convinzione è che, nelle condizioni attuali, le ridotte risorse a disposizione si traducano in minori prestazioni senza aumento di appropriatezza, con effetti perversi sui risultati di salute, la cui forbice tra Regioni in Piano di Rientro e non mostra negli ultimi anni un ampliamento.

La nostra diagnosi della situazione attuale ne fa risalire le determinanti a (i) struttura tipicamente centrata su misure di immediata applicazione e non su chiari obiettivi di performance, non solo economico-finanziaria ma anche di sistema sanitario, con un'ottica di ristrutturazione sistematica delle modalità di erogazione dei servizi e sul governo della domanda, (ii) governance principalmente basata su un sistema di soft consequence management per vertici politici, tecnici e responsabili di controllo, (iii) limitate capacità manageriali dotate di competenze di ristrutturazioni industriali in situazioni ad elevata complessità, (iv) oneri straordinari che appesantiscono la situazione corrente attraverso interessi di mora derivanti dalle posizioni finanziarie pregresse.

Coerentemente con la diagnosi, la nostra terapia propone concrete misure di miglioramento in ognuna delle 4 suddette aree. In particolare, oltre alla revisione della struttura dei Piani stessi e all'investimento in capacità manageriali adeguate, proponiamo una governance che includa la performance sanitaria tra le ragioni dell'entrata in PdR, che definisca forti conseguenze derivanti dall'entrata in PdR e che preveda una modalità di gestione della fase emergenziale improntata a un profondo turnaround. Inoltre, proponiamo l'istituzione di una *Bad Bank* che includa i crediti scaduti dei fornitori e il disegno di un piano di ristrutturazione per tali debiti. L'impatto di questa operazione a valere sui 24 miliardi di euro di crediti sanitari pregressi stimati dalla Corte dei Conti per il 2011 è contabilmente nell'ordine di 10 miliardi di euro sul debito (0,7% del PIL, già a nostro avviso ampiamente scontato nei credit default swap e nello spread Paese) e di riduzione sul deficit, legato anche all'effetto positivo sui mercati finanziari dovuto alla maggiore trasparenza e ridotta incertezza.

# Sanità, come spezzare il circolo vizioso

## Un insieme organico di proposte per migliorare i Piani di Rientro

Obiettivo di questa nota è presentare una proposta organica per il miglioramento dei Piani di Rientro. Questa proposta si inserisce nel quadro di riforme complessive illustrate nel paper “Healthcare Roadmap 2030” pubblicato sul sito di Action Institute<sup>1</sup>. Inoltre questa proposta è da considerarsi strettamente collegata al secondo paper “Empowering Healthcare Management”, pubblicato sullo stesso sito<sup>2</sup>. Laddove non espressamente indicato, le nostre proposte si intendono integrative di quanto già esistente.

A tal fine questa nota è articolata in tre paragrafi:

- Contesto di riferimento
- Proposta operativa
- Benefici attesi

---

<sup>1</sup> <http://www.actioninstitute.org/sanita/>

<sup>2</sup> <http://www.actioninstitute.org/sanita/>

## CAPITOLO 1. CONTESTO DI RIFERIMENTO

“I Piani di Rientro si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni. Un Piano di Rientro della spesa sanitaria, siglato da una Regione in disavanzo, è finalizzato a ristabilire l’equilibrio economico-finanziario della Regione interessata”. Così riporta il Ministero della Salute<sup>3</sup> sul proprio sito.

*A circa 7 anni dalla loro entrata in vigore i Piani di Rientro rappresentano un indubbio successo da un punto di vista di contenimento della spesa.*

In particolare, si può notare un rallentamento della spesa sanitaria complessiva nelle Regioni di riferimento, con una crescita annua media dello 0,5% rispetto al 2,1% registrato dalle Regioni che non si trovano in Piano di Rientro<sup>4</sup>. Questo risultato rappresenta un indubbio successo dell’approccio seguito dalla Ragioneria Generale dello Stato nel ristabilire le condizioni di controllo dei conti.

Tuttavia, se oltre alla prospettiva del contenimento della spesa consideriamo anche altre importanti dimensioni, come ad esempio garanzia dei LEA<sup>5</sup>, risultati di salute e **di** ristrutturazione industriale, la situazione è purtroppo profondamente diversa. In particolare:

- Da un punto di vista di **garanzia dei LEA**, le 8 Regioni attualmente in Piano di Rientro sono in violazione del dettato costituzionale, trovandosi inadempienti su varie leve. Dato ancora più preoccupante è che in molti casi il trend è chiaramente in peggioramento<sup>6</sup>. In particolare, guardando alle dimensioni rilevanti per la griglia LEA (es. inappropriatezza, assistenza territoriale e prevenzione oncologica): in termini di valori assoluti: (i) tutte le Regioni sono inadempienti su Assistenza Territoriale; (ii) tutte tranne il Piemonte sono inadempienti su Inappropriatezza (oltre all’Assistenza

<sup>3</sup> [http://www.salute.gov.it/portale/p5\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&id=145](http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=145)

<sup>4</sup> Nel calcolo si sono considerate le Regioni ufficialmente in piano di rientro a settembre 2013 (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia).

<sup>5</sup> Livello Essenziale d’Assistenza.

<sup>6</sup> Si veda ad esempio la relazione di Francesco Bevere, Direttore generale della programmazione sanitaria, in una recente audizione al Senato (maggio 2013).

Territoriale); (iii) tutte tranne il Molise sono inadempienti su Prevenzione (oltre all'Assistenza Territoriale).

In termini di trend non esiste una singola Regione in miglioramento sulle tre dimensioni sopra citate.

- Da un punto di vista di **risultati di salute**, se prendiamo ad esempio i dati sulla speranza di vita alla nascita sia nel 2007 (quando sono partiti i PdR) che nel 2011, la speranza di vita nelle Regioni in PdR è inferiore a quella delle Regioni non in piano, e la distanza tra le due si è ampliata (da 0,55 anni nel 2007 a 0,62 anni nel 2011);
- Da un punto di vista di **ristrutturazione industriale**, se prendiamo ad esempio ristrutturazione e riconversione delle strutture ospedaliere e sviluppo di adeguati posti letto per riabilitazione e lungo degenza, nonché numero di strutture residenziali e semiresidenziali, notiamo come la situazione nelle 8 Regioni sia ancora ben lontana dai valori di riferimento.

Inoltre su queste Regioni continua a gravare un debito elevato nei confronti dei fornitori. Secondo le stime della Corte dei Conti, infatti, il debito nei confronti dei fornitori del Sistema Sanitario delle 8 Regioni nel 2011 ammontava a circa 24 miliardi di euro<sup>7</sup> su 38 totali.

Persino da un punto di vista di affidabilità dei dati contabili rileviamo profonde aree di miglioramento. Infatti, il processo di accertamento delle posizioni debitorie pregresse è in corso da almeno 3 anni, e l'aspettativa del Ministero dell'Economia e delle Finanze è che questa attività continui per almeno altri 4 anni<sup>8</sup>.

A questo non può non aggiungersi l'ovvia osservazione relativa ai tempi di permanenza in Piano di Rientro e cioè che:

(i) su 10 Regioni entrate in Piano di Rientro, 8 non ne sono mai uscite;

(ii) 5 Regioni ormai sono in Piano di Rientro da più di 6 anni.

Purtroppo, nonostante quanto dichiarato dall'Ispettore Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria generale dello Stato Francesco Massicci nel corso dell'audizione di fronte alle Commissioni Bilancio e Affari Sociali della Camera in data 2 ottobre 2013, e cioè: "I piani di rientro devono avvenire attraverso la riqualificazione e anche il miglioramento

<sup>7</sup> Fonte: Relazione sulla Gestione Finanziaria delle Regioni: Esercizi 2011-2012 Volume I, Corte dei Conti.

<sup>8</sup> Come previsto all'interno di una gara per l'affidamento dei servizi di advisory contabile per le Regioni sottoposte ai Piani di Rientro recentemente bandita da Consip.

dell'offerta sanitaria.....limitarsi a tagliare è un modo sbagliato e subdolo di fare”, quanto sopra descritto conferma anche per l'Italia innumerevoli evidenze in base alle quali tagli orizzontali si ripercuotono tipicamente su volumi di prestazione senza aumentare i livelli di appropriatezza con conseguenze spesso negative sui risultati di salute<sup>9</sup>.

In base a quanto sopra descritto riteniamo il proseguimento dello *status quo* non più una opzione percorribile e quindi necessario un cambio di marcia deciso che, da un lato, garantisca il mantenimento e la continuità dei buoni risultati ottenuti ma, al contempo, introduca cambiamenti non ulteriormente rimandabili.

Noi crediamo che la situazione attuale sia dovuta fondamentalmente a quattro cause: struttura, governance, capacità manageriale e gestione finanziaria. In particolare:

- In termini di **struttura**, dal focus prevalente su tipiche misure di immediata applicazione (quali ad esempio il contenimento della spesa farmaceutica, la riduzione dei budget di assistenza convenzionata e il blocco del turnover), senza che però questo si accompagni a due considerazioni fondamentali: da un lato, la necessaria focalizzazione sulla riorganizzazione dei processi produttivi con la riduzione dei costi diretti di produzione; dall'altro, sul governo della domanda con un chiaro collegamento con la performance del sistema sanitario regionale a partire dai risultati di salute prodotti. Ci preme sottolineare come l'approccio fin qui seguito fosse necessario nell'immediato ma che ora, a 7 anni dall'avvio dei Piani dei Rientro, non possa non essere accompagnato da quanto sopra esposto, se non si vuole ulteriormente penalizzare la performance del sistema in generale, dei risultati di salute in particolare e, per ultimo, la stessa sostenibilità economico-finanziaria;
- In termini di **governance**, da: (i) sovrapposizione della figura del Presidente di Regione e del Commissario; (ii) accettazione di fatto che, nonostante l'orizzonte di Piano sia di 3 anni, una Regione possa essere in una situazione emergenziale a tempo sostanzialmente indefinito; (iii) presenza di un soft consequence management, in particolare dalla mancanza di conseguenze politiche per il Presidente di Regione, di conseguenze professionali per il personale dirigente e per i responsabili del sistema dei controlli, di conseguenze di autonomie amministrative/gestionali delle Regioni in

---

<sup>9</sup> Si veda il libro “The body economic: why austerity kills” David Stuckler, Sanjay Basu.



oggetto<sup>10</sup>;

- In termini di **capacità manageriale**, dalla scarsità di risorse con le competenze necessarie per effettuare piani di ristrutturazione ad elevata complessità. Avendo infatti analizzato i Curricula Vitae pubblicamente disponibili di assessori e direttori generali di 6 regioni in Piano di Rientro (Sicilia, Calabria, Campania, Lazio, Abruzzo, Piemonte), rileviamo che: (i) circa il 20% non sono laureati, circa il 40% ha una laurea in medicina, poco più del 15% ha una laurea in economia e commercio; (ii) la quasi totalità ha un percorso professionale ultradecennale nella Pubblica Amministrazione, in particolare nella sanità pubblica e/o nella politica;
- In termini di **gestione finanziaria**, dalla sovrapposizione di pesanti posizioni finanziarie pregresse che accumulano interessi di mora straordinari, fissati a livello comunitario al tasso ECB + 800 punti base, con quelle correnti.

## CAPITOLO 2. PROPOSTA OPERATIVA

Il nostro approccio riconosce in primo luogo che il rigoroso controllo contabile ed economico sia condizione assolutamente necessaria per il Sistema Salute in senso generale e per le Regioni in Piano di Rientro in particolare. Ciò detto riteniamo che in aggiunta a questo occorra sia effettuare un turnaround gestionale di queste Regioni sia reimpostarne la programmazione operando su quattro dimensioni: (a) revisione della struttura; (b) rafforzamento della governance; (c) miglioramento delle capacità manageriali<sup>11</sup>; (d) revisione della gestione finanziaria.

---

<sup>10</sup> Chiaramente escludendo i neo-eletti/nominati che non hanno responsabilità rispetto alla situazione trovata. Si veda il paragrafo successivo “Proposta operativa” per i dettagli al riguardo.

<sup>11</sup> Relativamente a questa dimensione si veda “Come migliorare le competenze manageriali delle Regioni in Piano di Rientro e Commissariate”, <http://www.actioninstitute.org/sanita/>.

## Revisione della struttura dei Piani di Rientro

In questo ambito noi riteniamo che occorra operare sulle seguenti due aree:

(i) definire chiaramente il livello di performance atteso dai sistemi sanitari regionali e introdurre sistemi di verifica e controllo dei risultati di appropriatezza, efficacia, qualità, efficienza;

(ii) lavorare sulle determinanti della spesa sia dal lato dell'offerta sia dal lato della domanda, valutandone costantemente l'impatto sulla performance di sistema al fine di migliorare costantemente la stessa (i.e. fare meglio anche con meno risorse), e garantire la sostenibilità economico finanziaria anche nel medio-lungo periodo. In particolare:

- Relativamente al livello di **performance attesa**, occorre in primo luogo definire in modo non equivoco cosa ci si aspetti che produca un sistema sanitario regionale. In tal senso, non entrando in questa sede su quali modifiche sarebbero auspicabili in termini di definizione di LEA, riteniamo - coerentemente con quanto sviluppato da numerose organizzazioni internazionali - che la performance di un sistema sanitario regionale vada articolata in termini di: (i) risultati di salute; (ii) soddisfazione dei pazienti; (iii) protezione finanziaria (un sistema in equilibrio economico con elevato contributo *out of pocket* ed effetti di impoverimento sulle famiglie non produce buoni risultati); (iv) contributo alla competitività del paese (un sistema in equilibrio economico ma con elevate aliquote IRAP e IRPEF, le cui addizionali sono state già portate al massimo consentito nelle Regioni in PdR, che minano la competitività della Regione non produce buoni risultati) come chiave per valutare i risultati di un sistema sanitario. Queste dimensioni devono tradursi in metriche semplici con obiettivi misurabili, e le Regioni devono produrre dei risultati che li rispettino nei tempi previsti. A nostro avviso l'equilibrio economico-finanziario e il soddisfacimento dei LEA sono condizioni strettamente necessarie per un buona performance di un sistema sanitario regionale, ma largamente non sufficienti.
- Relativamente alle **determinanti della spesa** e al **collegamento con la performance del sistema** occorre indubbiamente prestare forte attenzione all'evoluzione delle principali categorie di offerta quali rete di erogazione, personale e acquisti, ma anche alle caratteristiche della domanda, quali profilo demografico, epidemiologico, stili di vita e comportamenti prescrittivi e al governo delle stesse. Occorre inoltre valutare in modo sistematico l'impatto di tale spesa e ottimizzarla ragionando in termini di

massimizzazione del valore (risultati in relazione a risorse allocate) a partire dai percorsi delle principali cronicità che rappresentano quasi il 70% della spesa. In questo senso, le domande cruciali che coloro che pianificano e gestiscono i vari sistemi regionali debbono porsi, e a cui debbono dare risposte concrete, non sono semplicemente “come faccio a ridurre la spesa per acquisti di beni e servizi del 2%?”, ma “avendo un budget ridotto del 2%, è preferibile allocare le risorse per sottoporre a test diabetologico gli adulti asintomatici in sovrappeso con età superiore a 45 anni e con altri fattori di rischio, o in un sistema IT che permetta di meglio profilare la popolazione dei pazienti?”.

### Rafforzamento della governance dei Piani di Rientro

In questo ambito noi riteniamo che occorra partire dalla constatazione che le Regioni in Piano di Rientro, e *a fortiori* quelle soggette a Commissariamento, presentano una situazione emergenziale che in quanto tale debba essere strettamente limitata nel tempo e non possa essere gestita da chi ha partecipato con incarichi dirigenziali al prodursi della situazione stessa. In questo senso riteniamo che occorra intervenire su: (i) modalità di entrata in PdR; (ii) conseguenze derivanti dall'entrata in PdR e Commissariamento; (iii) modalità di gestione della fase emergenziale. In particolare:

- Relativamente **all'entrata in PdR** proponiamo che: (i) vada definita anche in relazione alla performance del sistema sanitario Regionale come sopra delineata. Non è necessario, a nostro avviso, attendere il manifestarsi del mancato rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e neppure la violazione costituzionale di una inadempienza dei LEA, che pur devono rimanere elementi che determinano l'entrata in PdR; (ii) coerentemente con la normativa attuale, nel caso in cui il PdR non venga presentato/considerato adeguato oppure, in aggiunta all'attuale normativa, nel caso in cui gli obiettivi fissati non vengano rispettati per due mensilità consecutive e in ogni caso per almeno tre volte, la Regione vada commissariata; (iii) il PdR sia valutato da un advisor indipendente dalla Regione, che sottoponga il proprio parere scritto alla Conferenza Stato-Regioni, che sia poi responsabile tecnico della verifica degli adempimenti dello stesso e che non possa avere incarichi professionali dalla Regione stessa;

- Relativamente **alle conseguenze dell'entrata in Commissariamento** riteniamo che:  
(i) il Presidente della Regione debba automaticamente decadere all'entrata in commissariamento qualora sia in carica da almeno 24 mesi, e che non possa essere più candidato a cariche politiche per 10 anni; (ii) oltre alla decadenza delle strutture dirigenziali di primo livello (Direttori Generali e Direttori Sanitari) in carica da almeno 24 mesi (non gli altri), decadano anche i responsabili degli organi di controllo in carica da almeno 24 mesi e che non siano candidabili a ruoli simili per almeno 5 anni;
- Relativamente **alla gestione della fase emergenziale**, riteniamo che: (i) la permanenza complessiva tra PdR e/o Commissariamento non possa essere in ogni caso superiore a 24 mesi, e che in caso contrario si attivi l'immediata decadenza di Presidente, strutture dirigenziali di primo livello e strutture di controllo; (ii) al permanere in questa fase per 24 mesi la Regione, a causa di una manifesta e continuativa violazione di un dettato costituzionale, perda la propria autonomia organizzativa sulla sanità, e che questa venga avocata a livello centrale in virtù di un potere sostitutivo dello Stato previsto in queste circostanze; (iii) venga in ogni caso previsto un sentiero vincolante di abbassamento delle aliquote massime previste delle imposte IRPEF e IRAP dopo i primi 24 mesi di permanenza in PdR/Commissariamento.

### **Rafforzamento delle capacità manageriali**

Per la diffusa illustrazione della nostra proposta in questo ambito rinviamo alla nostra proposta **“Empowering Healthcare Management: Come migliorare le capacità manageriali delle Regioni in Piani di Rientro e/o Commissariate”**. In questo contesto ci preme sottolineare come l'innesto di tali capacità manageriali debba avere adeguato supporto centrale, e che si debbano inserire risorse che non hanno avuto alcun incarico nella Regione in PdR per almeno 2 anni, e che nell'eventuale loro periodo di permanenza con incarichi dirigenziali all'interno della Regione in oggetto la stessa non fosse in PdR.

## Revisione della gestione finanziaria dei Piani di Rientro

In questo ambito noi riteniamo che si debba operare su due aree: (i) cristallizzazione e ripianamento della situazione debitoria pregressa nei confronti dei fornitori; (ii) accentramento della gestione finanziaria delle posizioni correnti e future nei confronti dei fornitori del SSR.

In particolare sulla prima si concentrerà il focus della nostra proposta.

Suggeriamo: (i) l'istituzione di una *Bad Bank* che includa i crediti scaduti dei fornitori; (ii) il disegno di un piano di ristrutturazione per tali debiti.

Riteniamo che l'operazione presenti innanzi tutto un forte valore di “*signalling*”: (i) nei confronti dei mercati finanziari (vedi sotto), con impatto sullo spread; (ii) verso le imprese fornitrici, con un impatto sulla fiducia e propensione a sostenere l'occupazione e continuare ad investire e (iii) nei confronti dell'Europa, con un rapido allineamento alle direttive comunitarie. A questo si aggiunga il valore generato dall'iniezione di liquidità all'economia reale, a fronte di un aumento trascurabile del debito finanziario sul totale, per un ammontare che è in ogni caso già scontato dagli investitori. In particolare:

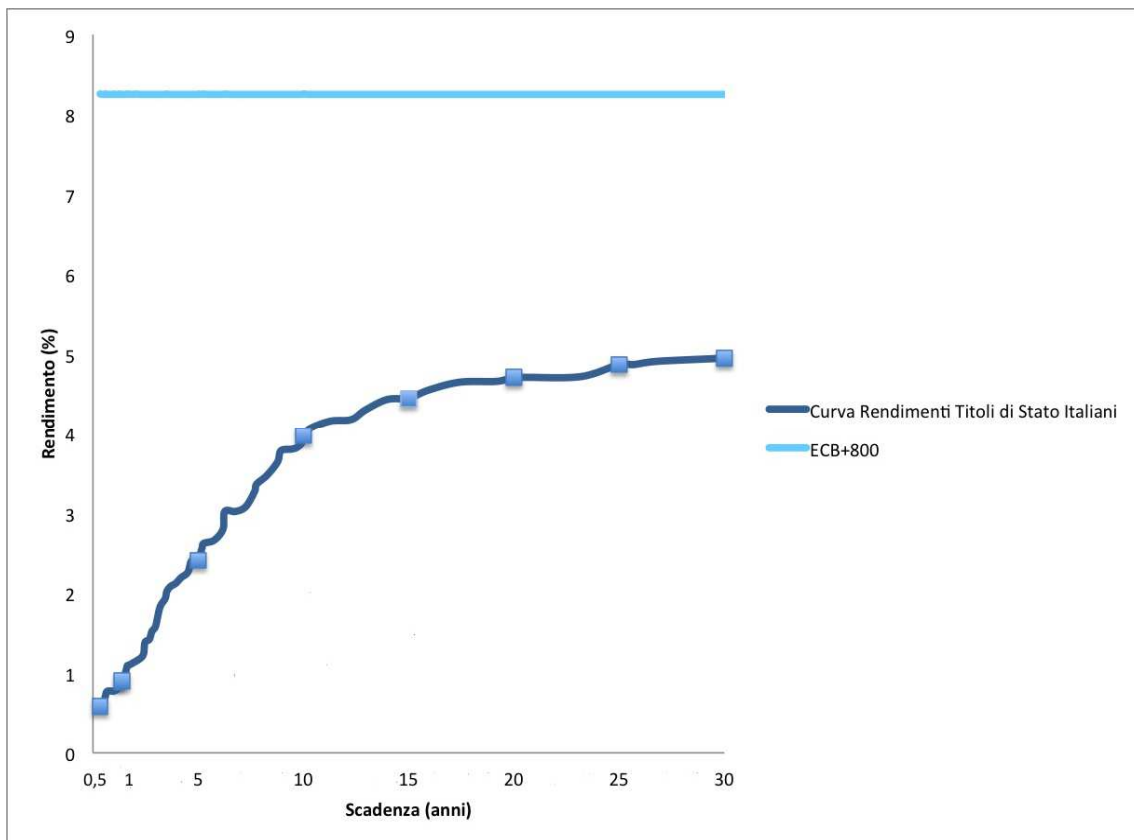
- **L'istituzione della Bad Bank** permetterebbe al management di focalizzarsi sulla gestione futura e corrente, semplificando enormemente il compito di turnaround. A questo proposito raccomandiamo che, nel momento in cui una Regione entri in Piano di Rientro<sup>12</sup>, la Bad Bank venga istituita senza indugio con l'obiettivo di cristallizzare e gestire il debito pregresso. La Bad Bank includerebbe sia i crediti sanitari inclusi nei piani di ripianamento del debito sanitario pregresso che quelli pregressi successivi all'entrata della Regione in Piano di Rientro<sup>13</sup>.

Riteniamo che per entità e specificità questi crediti meritino un'attenzione particolare all'interno del dibattito più ampio sui crediti della PA. Inoltre la recente sentenza della Consulta 186/2013 sull'incostituzionalità della norma che sospendeva i pignoramenti dei conti delle ASL<sup>14</sup> rende il dibattito quanto più attuale<sup>15</sup> e riapre la problematica dell'impatto degli interessi di mora sulla spesa corrente<sup>161718</sup>.

<sup>12</sup> Questo vale anche per le Regioni attualmente in Piano di Rientro.

<sup>13</sup> Secondo gli ultimi dati disponibili dalla Corte dei Conti, il debito nei confronti dei fornitori a livello nazionale fra il 2010 ed il 2011 ha registrato un aumento del 6% e secondo una delle proiezioni di Assobiomedica (“Appunti nr 7, 11 Aprile 2013”) questo potrebbe essere destinato a crescere del 4,5% l'anno nel periodo 2012 – 2015.

<sup>14</sup> “Il contenzioso derivante dall'insolvenza degli enti costituisce, in talune realtà territoriali, un pesante fenomeno, di cui anche il legislatore si è dovuto fare carico (anche da ultimo nel d.l. 78/2010 in corso di conversione, con la sospensione fino alla fine dell'anno in corso delle azioni esecutive nei confronti di aziende sanitarie locali ed

**Figura 1:** Confronto fra curva dei rendimenti dei Titoli di Stato e Tasso di Mora dei Crediti Sanitari

Rispetto alla ristrutturazione di posizioni pregresse di debiti sanitari eseguite fino ad oggi (Campania, Abruzzo, Lazio, Sicilia e Piemonte), questa proposta si distingue per *governance* e per *dimensione del piano*. In particolare: (i) sulla **governance**, diversamente da quanto fatto finora (i.e. operazioni gestite dalla Regione, direttamente o tramite società regionali

ospedaliera), per dare respiro ad enti in estrema sofferenza finanziaria, anche se si tratta di interventi che non risolvono il problema.” Relazione sulla Gestione Finanziaria delle Regioni – Esercizi 2008 – 2009.

- <sup>15</sup> Ricordiamo infatti che precedentemente all’intervento normativo in seguito dichiarato incostituzionale e che era stato **disegnato per arginare l'emorragia dei contenziosi** aventi per oggetto i crediti dei fornitori, la Corte dei Conti si esprimeva “Preoccupante resta il fenomeno del ritardo dei pagamenti ai fornitori di beni e servizi che, in alcune Regioni, assume cifre elevate, con rischio automatico e contenzioso aperto per mora delle imprese creditrici. Va ricordato a tale proposito che, in base a quanto disposto dal d.lgs 231 del 2000, decorsi 30 giorni dalla scadenza del termine delle obbligazioni, scatta la mora automatica del 7% cui va aggiunto il tasso corrente di interesse attualmente pari al 4,25%”.
- <sup>16</sup> La Corte dei Conti nella “Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizi 2006-2007, deliberazione n. 11/ 2008” definisce il debito nei confronti dei fornitori un “**rimedio anomalo e costoso**” per “superare l'emergenza delle difficoltà di cassa”.
- <sup>17</sup> “Anche gli interventi posti in essere per addivenire ad accordi con i fornitori volti a prevedere termini di pagamento più lunghi di quelli previsti dalla normativa vigente prima che scatti l’obbligo di pagare automaticamente gli interessi moratori, non mette gli enti al riparo da contenziosi il cui esito potrebbe avere conseguenze più pesanti di quelle che si vorrebbe evitare” ed ancora “Preoccupante resta il fenomeno del ritardo nei pagamenti ai fornitori di beni e servizi che, in alcune Regioni, assume cifre elevate, con rischio di formazione di ulteriore debito per mora automatica e contenzioso aperto con le imprese creditrici” Corte dei Conti, “Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni – esercizi 2007 – 2008”.
- <sup>18</sup> Corte dei Conti, “Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizi 2006-2007, deliberazione n. 11/ 2008”.

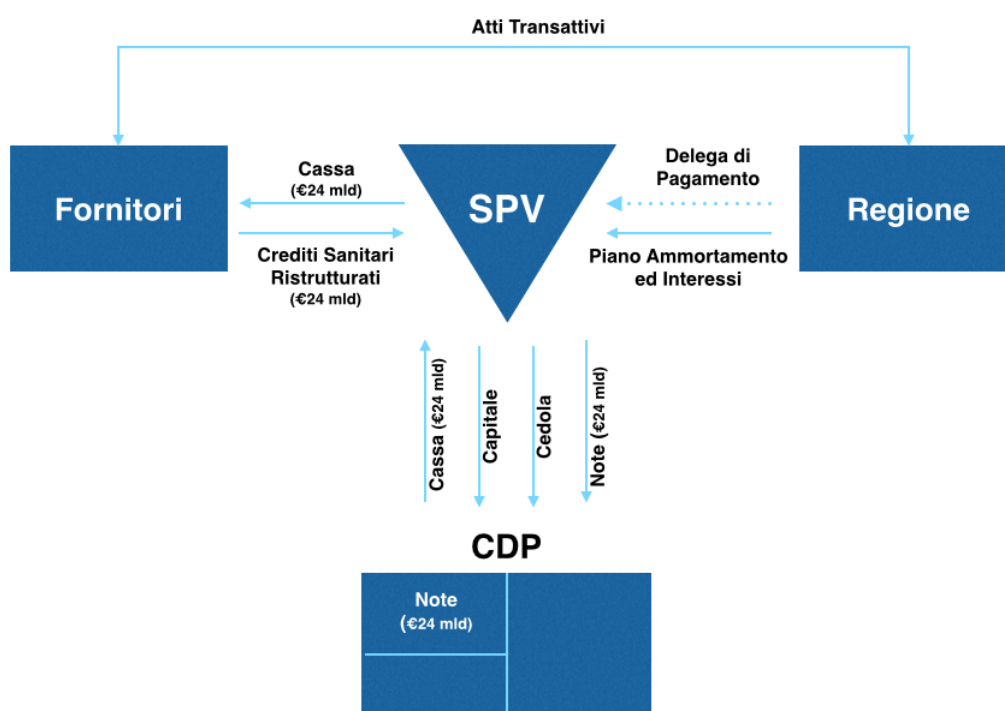
appositamente create come ad es. So.Re.Sa), proponiamo che la Bad Bank e il relativo piano di ristrutturazione vengano gestiti da una *Task Force* appositamente creata all'interno del Ministero dell'Economia e Finanze, a cui venga ceduto il controllo sul pregresso nel caso in cui la Società Regionale già esista. La *ratio* di questa raccomandazione è legata alla natura e alla complessità finanziaria dell'operazione, con importanti implicazioni di finanza pubblica a livello consolidato, materia che esula dal contenuto industriale e dagli obiettivi di salute strettamente legati ai Piani di Rientro; (ii) sulla **dimensione del piano**, diversamente da quanto fatto finora (i.e. per le Regioni già in Piano di Rientro oggetto il pregresso relativo ad un anno, o poco più, o per gruppo di fornitori, pregiudicando quindi gli altri, ed in ogni caso mai con un intervento nazionale coordinato), proponiamo una ristrutturazione sistemica che cristallizzi l'intero monte debito scaduto. Infatti, dal punto di vista economico finanziario tralasciare la gestione attiva di questo debito ha conseguenze drammatiche sia sui fornitori delle ASL che sulla Regione. Per quanto riguarda i fornitori delle ASL, questi si trovano strozzati dal circolante (gli accordi di *factoring pro soluto* prevedono la restituzione delle fatture al fornitore quando l'amministrazione non paghi entro un certo periodo di tempo limitato). In un periodo in cui la liquidità è ancora più assottigliata dal *credit crunch*, non affrontare tempestivamente il pregresso può avere conseguenze esponenzialmente negative sull'economia reale. Per quanto riguarda la Regione, questa si trova gravata da interessi di mora straordinari e da spese legali legate ai contenziosi sui crediti sottostanti<sup>19</sup>.

- Relativamente al **piano di ristrutturazione**, proponiamo che la Bad Bank lanci un programma coordinato con le varie associazioni di categoria e proponga la sottoscrizione di atti transattivi che prevedano la rinuncia da parte dei fornitori degli interessi di mora, in cambio di un credito ristrutturato che non sia solo nominalmente certo ma anche liquido ed esigibile. In particolare, raccomandiamo: (i) sottoscrizione degli atti transattivi con ristrutturazione del sottostante (con un'estensione della scadenza tra i 15 ed i 30 anni, fissazione di un interesse di mora in un valore minore o uguale al rendimento del titolo di stato di equivalente scadenza); (ii) cessione per cassa del sottostante ad un veicolo di cartolarizzazione garantito dalla Regione con delega di

<sup>19</sup> Inoltre la Direttiva Europea 2011/7/EU sulla "lotta ai ritardati pagamenti in transazioni commerciali" norma con particolare attenzione il ritardato pagamento dei crediti sanitari, definendolo "un particolare motivo di preoccupazione" e permette di estendere fino a 60 giorni i tempi di pagamento dei debiti sanitari, raddoppiando i termini fissati dalla normativa europea a 30 giorni. Si intuisce che un protratto ritardo nei tempi di pagamento per porzioni consistenti dei crediti sanitari a livello nazionale potrebbe portare ad una procedura di sanzione da parte dell'Unione Europea.

pagamento; (iii) emissione di note da parte del veicolo (con rating dell'operazione<sup>20</sup>); (iv) acquisto dei suddetti titoli da parte di CDP; (v) contestuale pagamento dei fornitori.

Figura 2: Schema dell'Operazione



A nostro avviso l'impatto di quest'operazione sui 24 miliardi di crediti sanitari pregressi nel 2011 è nell'ordine di 8-10 miliardi sul debito (0,6-0,7% di PIL, già a nostro avviso ampiamente scontato nei credit default swaps e nello spread Paese) e di riduzione sul deficit, anche grazie al positivo effetto sui mercati finanziari dovuto alla maggiore trasparenza e ridotta incertezza.

<sup>20</sup> Riteniamo fondamentale che alle note emesse dal veicolo sia assegnato un rating. Non escludiamo infatti che questo asset al momento illiquido non possa trovare un mercato secondario nei prossimi anni, qualora mutassero le condizioni sui mercati finanziari internazionali.



L'operazione da noi proposta rispetta i vincoli imposti dall'art. 119 della Costituzione in materia di finanziamento regionale.

Dal punto di vista operativo, data la dimensione e la natura coordinata e sistemica dell'operazione, raccomandiamo che, laddove sia stata già istituita una società regionale strumentale alla gestione della spesa sanitaria, si provveda senza indugio alla separazione tra attività correnti e quelle di gestione del pregresso, ed in particolare: (i) spin-off e cessione della società che si occupa del pregresso ad una società di capitali appositamente costituita ("Bad Bank"), centralizzata sotto la Task Force del Ministero dell'Economia e delle Finanze, in cui il MEF sia azionista di controllo; (ii) contestuale sottoscrizione di un contratto di outsourcing per la gestione del pregresso da parte della Regione a favore della Bad Bank. I compiti della Task Force includeranno: (i) la gestione coordinata e diretta della transazione con le associazioni di categoria e gli *arrangers*; (ii) supervisione delle certificazioni; (iii) selezione degli *arrangers*; (iv) selezione dei *servicers*; (v) disegno e approvazione della struttura; (vi) supervisione del *pricing*.

### CAPITOLO 3. BENEFICI ATTESI

Non ci risulta possibile stimare quantitativamente i benefici attesi dalla nostra proposta oltre quanto sopra detto in termini di finanza pubblica, ma riteniamo di aver fornito un quadro esauriente: (i) di come il perpetuarsi dello *status quo* non sia un'opzione percorribile; (ii) delle determinanti della situazione attuale; (iii) di come le proposte illustrate migliorino la situazione attuale incidendo profondamente sulle ragioni della stessa.