

Il lato oscuro del piano di rientro

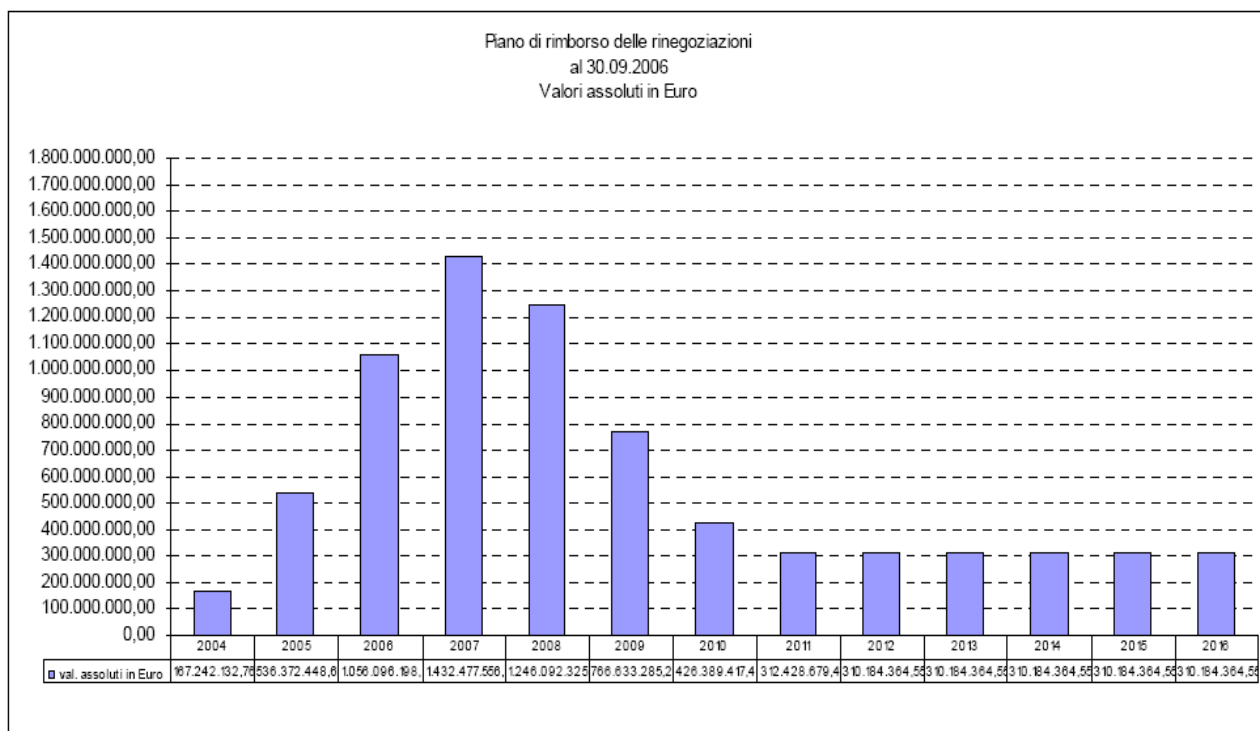
(Marcello Degni)

1. Lo squilibrio tra i costi e i ricavi nella gestione della sanità ha assunto in alcune regioni italiane livelli particolarmente elevati. Le cause sono molteplici e articolate e variano da regione a regione. La risposta data dai piani di rientro sconta forse un limite sotto questo profilo: l'approccio è uniforme, non tiene sufficientemente conto delle specificità dei diversi territori e pecca della "torsione finanziaria" tipica delle soluzioni guidate dall'esigenza del riequilibrio finanziario, peraltro ineludibile.
2. Il Lazio è il campione dei disavanzi sanitari e del debito accumulato. La ragione primaria dello squilibrio sta nel modo con cui è stata amministrata la sanità in questa regione: disarticolazione dei sistemi amministrativi e contabili delle aziende sanitarie, opacità nella gestione degli acquisti, inefficienza nell'impiego delle risorse umane. Un modello senza controlli, con un centro regionale molto debole, da un lato incapace di tracciare i processi e monitorare i flussi, nonché fornire linee guida adeguate, e dall'altro sede di una progressiva centralizzazione inefficiente.
3. Su questo modello si è innestato il malaffare, in forma non episodica ma ben sedimentata, come dimostrano le più recenti e le meno recenti inchieste giudiziarie, da cui sono emersi fenomeni quali la fatturazione di prestazioni non effettuate, la doppia fatturazione, che si aggiungono alla carenza di appropriatezza.
4. Altre due ragioni di natura strutturale hanno contribuito alla accumulazione di un debito sanitario così elevato: la sottovalutazione della popolazione nel censimento del 2001, recuperata solo nel 2008, e la commistione tra sanità e ricerca (e formazione), particolarmente forte nel Lazio per la presenza di molte strutture universitarie pubbliche.

La sottovalutazione della popolazione laziale dal 2001 in avanti, secondo stime prudenziali ha prodotto un mancato trasferimento del FSN verso il Lazio che può essere quantificato in circa 200 milioni di euro l'anno: dal 2002 al 2006, si tratta quindi di una cifra che si aggira intorno al miliardo di euro, valore significativo per le casse regionali. Dal 2007, si è cominciato a porre rimedio a questo errore e la Conferenza delle Regioni, a valle della complessa procedura di ricalcolo

effettuata dall'ISTAT, ha riconosciuto al Lazio una parte del mancato trasferimento (pari a circa la metà del dovuto). La difficoltà di attivare un riequilibrio immediato è stata determinata dalla penalizzazione che conseguentemente alla nuova ripartizione avrebbero patito alcune regioni (tra cui la Campania) che avevano impostato i rispettivi piani di rientro basandosi sulla originaria divisione. Nel 2009, in base ai primi dati di riparto del FSN, c'è stata un'ulteriore compensazione a favore del Lazio che, infatti, dovrebbe veder crescere la quota di FSN del 5,2%, l'incremento più consistente tra le regioni italiane (la media della variazione tra 2008 e 2009 è del 3,8%).

5. La risposta della Regione al crescere dello squilibrio è stata, nella prima metà del decennio, da quando lo stato centrale ha smesso di effettuare il ripiano ex-post a piè di lista, di natura esclusivamente finanziaria. Prima la cartolarizzazione degli ospedali, attraverso l'operazione di *sales and lease back*, che ha, in cambio di cassa, vincolato 49 strutture fino al 2033 (oltre ovviamente all'appesantimento del conto corrente del bilancio per il pagamento delle rate di restituzione e dei relativi interessi). Successivamente 3 operazioni di dilazione di pagamento rispettivamente a 5, 3 e 10 anni (l'ultima nel 2005), che hanno prodotto un peso crescente sul fondo corrente disarticolando completamente il rapporto tra competenza e cassa. A questo si è affiancato, per le strutture convenzionate, prima un sistema di fattorizzazione (fino al 2005) e successivamente (fino al 2008) un meccanismo di pagamento basato su procedure di acconto e saldo, rivelatosi particolarmente difficile da gestire sotto il profilo contabile. Lo squilibrio non poteva che aumentare con geometrica potenza producendo, un progressivo effetto valanga destinato a rompere in modo irreparabile il nesso tra la competenza e la cassa.



6. L'operazione di *sales and lease back*, denominata Sanim, è stata realizzata dalla Regione Lazio nel 2003 e ha riguardato una grossa fetta del patrimonio immobiliare di proprietà delle aziende sanitarie: in totale, sono stati coinvolti 49 ospedali di 13 aziende sanitarie e ospedaliere.

Con l'operazione di cartolarizzazione, le aziende sanitarie laziali hanno ceduto dietro corrispettivo (*sale*) a Sanim gli ospedali; Sanim ha quindi locato gli stessi immobili alle stesse aziende dietro il pagamento di un canone (*lease back*) ed ha provveduto a cartolarizzare sul mercato i canoni di fitto attraverso la società-veicolo Cartesio.

La struttura dell'operazione ha consentito di collocare titoli sul mercato internazionale per circa 1,2 miliardi di euro, suddivisi in cinque diverse tranche, per una vita media residua complessiva di 26 anni ad uno spread medio sull'euribor di +0,68%.

Vendendo gli ospedali alla Sanim, le aziende sanitarie regionali hanno rinunciato ai diritti di proprietà sugli stessi, accollandosi comunque gli oneri di manutenzione e gestione.

L'operazione Sanim fu realizzata al fine di assicurare copertura ai disavanzi sanitari a tutto il 2000 senza ricorrere a nuovo indebitamento, poiché si temeva che un incremento del debito avrebbe avuto un impatto negativo sul merito di credito della Regione, allora già minato dalle performance della sanità e di

bilancio: l'ulteriore ricorso al mercato avrebbe infatti fatto salire l'indebitamento a 3,2 miliardi di euro dai 2 miliardi di inizio 2003.

Lo scopo dell'operazione Sanim, dare copertura ai disavanzi pregressi senza far salire l'indebitamento regionale, non è stato comunque raggiunto, poiché già dall'agosto 2003 S&P consolidava Sanim nel debito della Regione Lazio, seguita dal 2004 anche dalle altre due agenzie Moody's e Fitch.

7. L'attivazione di queste operazioni, complesse dal punto di vista organizzativo e scollegate dalle contabilità delle aziende sanitarie, è stata inizialmente vista come strumento alternativo tenuto conto del divieto di indebitamento per spesa corrente introdotto con la riforma costituzionale del 2001. Per alcuni anni, fino alla decisione di Eurostat del settembre 2006, ripresa dalla legge finanziaria nazionale del 2007, in alcune regioni italiane sono state effettuate operazioni "*border line*", di dilazione di pagamento del debito commerciale, che in pratica lo trasformavano in debito finanziario senza formalmente classificarlo come tale. Nonostante l'irritazione del Tesoro e l'approccio delle agenzie di rating, che includeva nello stock tali operazioni (definendole *like-debt*), l'azione di finanza creativa si è dispiegata robustamente in diverse regioni, con il Lazio campione nella prospettazione delle soluzioni più fantasiose. Tutto ciò, va sottolineato, con il sostegno interessato del sistema bancario che, con significative eccezioni, era irresistibilmente attratto da debitori avidamente bisognosi di cassa e praticamente esclusi da ogni forma di fallimento quali sono le regioni. Il meccanismo di queste transazioni si fondava sulla delegazione di pagamento alla Regione da parte delle aziende sanitarie che aveva come effetto quello che le rate per il pagamento del debito pregresso rappresentato dalle delegazioni era trattenuto dal fondo sanitario corrente mensilmente trasferito dal centro. In questo modo il merito di credito della regione si sostituiva sostanzialmente a quello delle aziende sanitarie, abbassando il costo per la dilazione di pagamento, pur restando tale costo comunque superiore al margine applicabile ad una emissione diretta di un bond regionale sul mercato.
8. La scelta di un approccio esclusivamente finanziario per fronteggiare il crescente squilibrio tra costi e ricavi della sanità laziale è stata accompagnata dalla completa disattenzione, risalente a ben prima della precedente legislatura regionale, alla struttura dei conti delle aziende sanitarie e del segmento regionale centralizzato. Nell'estate 2005, tutti i bilanci delle aziende sanitarie relativi al 2003 erano ancora aperti. In alcuni casi, come ad esempio quello della ASL Roma C, oggetto di

inchieste della magistratura, la apertura delle situazioni contabili risaliva fino al 2000. Assenza completa di programmazione finanziaria e di ogni forma di budgetizzazione, inesistenza di un sistema informativo capace di tracciare un sistema di costi di produzione superiore ai 10 miliardi annui, scollegamento tra le azioni svolte centralmente dalla regione e le contabilità delle aziende sanitarie: questi gli elementi salienti della sanità regionale alla metà del 2005.

9. Un esempio emblematico di questa situazione si può riscontrare analizzando il trattamento contabile delle nove strutture classificate, che ricevono, sulla base di accordi con la regione, la corresponsione mensile di un acconto sulle prestazioni fornite (tra l'80 ed il 90 per cento del dovuto). Il saldo, che rimane indeterminato per anni, impedisce alle aziende sanitarie di chiudere le posizioni contabili e favorisce la cessione delle fatture senza che sia stata fatta chiarezza amministrativa sull'imputazione della quota pagata. La cessione avviene, sia sul mercato, sia nel caso degli enti morali a favore dell'INPS, come strumento ancora ammesso dal legislatore per la estinzione da parte degli enti morali dei loro debiti verso l'INPS per contributi previdenziali. Masse finanziarie ingenti di crediti sanitari, sono state in tal modo cedute sui mercati finanziari giungendo, di cessione in cessione, a *factor aggressivi ed hedge fund*, riducendo progressivamente le possibilità di negoziazione e provocando pignoramenti a catena dalle aziende sanitarie fino alla cassa della regione, nel giugno 2008, per 551 milioni. Tutto ciò nella più completa ignavia da parte del sistema regionale, ignaro della dimensione e della collocazione di queste consistenti posizioni debitorie. La conoscenza analitica di questi debiti, ottenuta attraverso la riconciliazione del debito effettuata in attuazione del piano di rientro, ha consentito l'individuazione dei soggetti creditori e l'avvio di una trattativa stringente, che si è conclusa nel mese di dicembre 2008, con lo sblocco dei fondi pignorati. La trascuratezza con cui è stata per anni gestita la situazione debitoria della sanità regionale ha avuto un costo significativo, per interessi e spese legali.
10. Un altro esempio del grado di disarticolazione in cui versava il sistema sanitario regionale è dato dal contenzioso, tra le aziende sanitarie e la Croce Rossa. La controversia, che aveva portato davanti al giudice due amministrazioni pubbliche è stata risolta con uno specifico atto transattivo, nel marzo 2008, che ha fornito anche le linee guida per definire la partita debitoria, di dimensioni molto più rilevanti, con l'INPS.

L'accordo tra Regione Lazio e CRI si articolato nel modo seguente: ricognizione del debito delle ASL verso la CRI al 31-12-2005; riconoscimento alla CRI del debito derivante da sentenze passate in giudicato per la quota relativa a interessi e spese di giudizio; definizione dell'importo risultante alle ASL a favore della CRI; ridefinizione dell'importo di cui al punto 3) sottraendo da esso la quota di tale debito ceduta dalla CRI a società di factoring; confronto tra tale cifra e quella risultante alla CRI; riconoscimento alla CRI del 50% della differenza.

11. L'accordo con l'INPS, con cui si completa l'estinzione del debito pregresso, presenta aspetti molto particolari. L'accumulazione di una ingente posizione debitoria delle Asl nei confronti dell'istituto previdenziale deriva dalla legislazione nazionale che consente agli enti morali di cedere in via solutoria i crediti verso la pubblica amministrazione per assolvere ai loro obblighi contributivi previdenziali. Molteplici sono i problemi connessi a questo fenomeno: la facoltà degli enti morali di frammentare i crediti nella cessione all'INPS con conseguente difficoltà di ricostruire quale siano i crediti effettivamente oggetto di cessione all'INPS, la necessità di puntuali verifiche circa la accettazione o meno delle cessioni da parte delle aziende sanitarie, la conseguente ambiguità sulle fatture cedute, le incongruenze nei sistemi di contabilizzazione. Va inoltre considerato che i contributi previdenziali rappresentano un diritto indisponibile che non può essere quindi oggetto di transazione. E' stato necessario quindi effettuare un complesso processo di riconciliazione, con il coinvolgimento anche dei soggetti cedenti, al fine di evitare pagamenti a soggetti non titolari dei crediti. La questione evidenzia la necessità di interventi normativi da un lato, che eliminino il privilegio di cui godono limitate categorie di fornitori di effettuare queste particolari cessioni e, dall'altro, la definizione di un sistema di pagamento per le strutture classificate che superi il meccanismo dell'acconto e consenta alle aziende sanitarie di chiudere con tempestività le posizioni contabili relative. L'inserimento delle strutture classificate nel nuovo sistema dei pagamenti in atto dal 2009, già previsto dalla delibera 813, rappresenta una soluzione strutturale del problema, vantaggiosa per gli operatori, le strutture sanitarie e il sistema regionale, che eviterà ingenti oneri per interessi.

12. Il decisore nel 2005 non aveva cognizione dell'ampiezza del debito sanitario. L'incertezza era elevata per la non chiusura dei bilanci delle aziende, ma solo nel corso del 2006, a metà anno, si comincia a percepire l'impossibilità di coprire con le risorse del bilancio regionale lo squilibrio relativo agli anni 2004 e 2005, che

complessivamente ammonta a 4 miliardi di euro. Un livello molto importante, ma che rappresentava solo parzialmente lo squilibrio esistente. Dai bilanci delle aziende del 2005, in particolare dagli stati patrimoniali, che nessuno fino ad allora aveva mai analizzato, emerge un ulteriore extradebito di notevoli proporzioni. La riconciliazione prevista dal piano di rientro, completata nel marzo 2008, quantifica rispetto alle originarie stime di 3,7 miliardi, una sorte per 2,8 miliardi, da integrare con una stima per interessi pari a 300 milioni, per un totale di 3,1 miliardi. Transatto e non transatto formano insieme uno stock di dimensioni enormi: 10 miliardi di euro.

Debito non transatto

Debito commerciale riconciliato al 31/12/2005	2.472.517.560
Maggior debito dalla gestione accentrata	217.000.000
Interessi passivi sul debito commerciale	300.000.000
Maggiori oneri finanziari per il pagamento delle rate 2006 e 2007 del debito transatto	107.000.000
Totale debito commerciale al 31/12/2005	3.096.517.560

Debito transatto pagato nel 2006-2007

Rata 2006	1.066.989.000
Rata 2007	1.529.239.000
Totale	2.596.228.000

Debito transatto estinto anticipatamente

di cui	
Atlantide 3	923.000.000
Green Finance	617.000.000
Kimono 2	588.000.000
Totale	3.961.000.000

Totale generale	9.653.745.560
------------------------	----------------------

13.L'azione di risanamento si dispiega su due fronti, entrambi previsti dal piano di rientro. La prima azione consiste nella estinzione anticipata del debito transatto, attraverso un prestito del tesoro alla regione, da restituire in 30 anni, la cui rata viene quantificata in 310 milioni annui. L'azione di estinzione, molto complessa, viene attuata nel corso del 2008 ed rifonde anticipatamente la quota residua di debito transatto, pari a circa 4,0 miliardi, mentre le quote in scadenza relative al 2006 ed al 2007, pari rispettivamente a 1 e 1,5 miliardi, vengono pagate dalla regione utilizzando risorse del fondo corrente successivamente reintegrate. La seconda azione consiste nella regolazione del debito non transatto, successivamente alla riconciliazione, utilizzando risorse appositamente dedicate:

circa 800 milioni del prestito del tesoro (pari complessivamente a circa 4,8 miliardi), 2,1 miliardi di risorse straordinarie erogate dallo stato con il D.L. 23 del 2007, e, ulteriori fondi, per circa 1 miliardo, relativi a trasferimenti statali, subordinati al conseguimento degli obiettivi del piano.

14. La riconciliazione del debito non transatto e la estinzione anticipata di quello transatto sono state procedure molto complesse, condotte con l'ausilio di advisor indicati dal Tesoro e rappresentano un importante tassello dell'azione di risanamento seguita alla operazione trasparenza.

Mentre si esplicava questo processo è stata data copertura ai disavanzi relativi agli anni 2006 – 2008 e sono state poste le premesse per la copertura di quelli relativi agli anni successivi. La copertura è stata realizzata attraverso l'incremento della imposizione fiscale, a partire dal 2006: la addizionale regionale Irpef è stata portata al massimo livello, dallo 0,90 all'1,40, e l'aliquota regionale Irap è stata elevata dal 4,25 al 5,25, ferme restando le agevolazioni esistenti. L'elevazione automatica al livello massimo delle addizionali regionali, prevista dalla legislazione nazionale, viene confermata nel passaggio di legislatura, affermando per la prima volta un vincolo stringente per stimolare il decisore regionale. Negli anni seguenti il vincolo viene ribadito ed esteso: le regioni sotto piano di rientro che non riescono a conseguire gli obiettivi previsti vedranno l'incremento delle aliquote oltre il limite massimo (per due anni consecutivi, nel 2007 e nel 2008 viene concesso con legge al Lazio di fronteggiare il divario supplementare con risorse proprie di bilancio); si prevede la possibilità del commissariamento (effettuato nel Lazio nell'agosto 2008); anche al patto di stabilità interno viene applicato un meccanismo simile.

15. Aumento delle imposte regionali, contributo straordinario statale (dal 2006 al 2009), risorse del bilancio regionale destinate alla copertura dei disavanzi sanitari consentono il conseguimento dell'equilibrio di competenza.

Di seguito, i risultati economici 2006-2008 della sanità del Lazio e le previsioni 2009-2010 come da DPEFR:

DESCRIZIONE	2006	2007	2008	2009*	2010*
RICAVI	8.651.608	9.784.458	10.394.546		
COSTI	-10.767.608	-11.406.458	-12.074.546		
COSTI DEL PERSONALE	-2.938.943	-2.918.997	-2.951.789		
ACQUISTO DI BENI	-962.592	-1.077.504	-1.154.884		
ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI	-4.983.724	-5.295.243	-6.046.015		
ACQUISTO DI SERVIZI NON SANITARI	-883.889	-971.869	-1.001.681		
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	-169.438	-227.234	-144.202		
ALTRI COSTI DI PRODUZIONE	-829.022	-915.611	-775.975		
RISULTATO ECONOMICO	-2.116.000	-1.622.000	-1.680.000	-1.278.000	-981.000
Coperture dei disavanzi					
Fiscalità aggiuntiva	737.000	737.000	917.000	1.014.000	981.000
Fondo di accompagnamento (Fondino)	400.000	378.000	321.000	264.000	0
Coperture da Bilancio	979.000	507.000	442.000	0	0

*Stime Bilancio Regionale

16. Nello stesso periodo, per pagare i debiti commerciali nell'arco dell'anno viene attivata una nuova generazione di transazioni, relative alle fatture emesse rispettivamente nel 2006, nel 2007 e nel 2008, basate su procedure di liquidazione e certificazione relative al primo ed al secondo semestre dell'anno, la corresponsione di un indennizzo ai fornitori pari al tasso legale ed il pagamento in due tranches, entro l'anno successivo a quello di emissione. Procedure complesse che la regione coordina in modo efficace recuperando fiducia nei confronti delle aziende sanitarie, dei fornitori e del sistema bancario, che supporta le operazioni. Il tempo di pagamento regionale, indeterminato nel 2005, scende progressivamente, per attestarsi intorno ai 400 giorni dalla data di emissione della fattura.

Delibere

DGR. 342/2007 (fatture anno 2006)	1.222.326.613
DGR.1041/2007 (fatture anno 2007)	1.398.349.028
DGR.162/2008 (fatture sino all'anno 2006)	263.157.927
DGR.315/2008 (strutture sanitarie)	46.000.000
Totale	2.929.833.569

Atti ad HOC

DGR 359 (fatture sino all'anno 2007)	1.500.000.000
di cui (Grandi cessionari)	
Unicredit factoring	30.432.289,75
Banca Intesa	252.218.598,35
Farmafactoring	1.000.000.000,00

Pignoramenti

ATTI PIGNORAMENTI	729.762.078
SPESE LEGALI	5.739.508
Totale	735.501.586
TOTALE	5.165.335.155

17. Con le delibere 689 e 813 del 2008 si compie il salto qualità che pone le premesse per il riequilibrio definitivo tra la competenza e la cassa sul versante dei pagamenti. Si delinea infatti un sistema a regime, a partire dal 2009, che prevede il pagamento sia dei fornitori di beni e servizi, sia delle strutture convenzionate, entro 180 giorni e la liquidazione della fattura rispettivamente entro 120 e 60 giorni. Si tratta di una vera e propria rivoluzione delle metodologie adottate fino ad oggi dalla regione Lazio. Le fatture non vengono più inviate direttamente alle asl ma, in attuazione di accordi volontari tra queste e le strutture sanitarie, sono inserite in un portale e, via web, giungono ad un gruppo centrale regionale che giornalmente le invia telematicamente alle aziende. Da questo momento parte il conteggio dei giorni previsti per il completamento del processo di liquidazione, che potrà essere monitorato dal fornitore e dal gruppo regionale che assiste la azienda sanitaria. E' stata avviata la mappatura dei centri di liquidazione di ciascuna asl per consentire un tempestivo intervento sulla liquidazione tecnica; i fornitori e le strutture accreditate, che si stanno registrando sul web, indicheranno gli estremi dei contratti di fornitura e, insieme alle fatture, gli ordini di riferimento. I sistemi contabili delle asl saranno messi in comunicazione con il portale: ciò consentirà il pre-caricamento della fattura ed il rinvio al gruppo regionale del documento liquidato, con una economia di tempi e drastica riduzione degli errori. Se un tale sistema fosse stato implementato qualche anno fa non si sarebbero probabilmente verificati i recenti episodi di fatturazione non

corrispondente a prestazioni effettuate. Ma un sistema di tale impatto non poteva essere messo a punto prima del riequilibrio tra la competenza e la cassa e la estinzione del vecchio debito. Oggi tutto questo è possibile e rappresenta una preziosa premessa per lo sviluppo di una sanità efficiente a servizio dei cittadini.

18.L'indicazione dell'ordine di fornitura nella trasmissione dei dati relativi alla fatturazione e l'indicazione dei contratti fornirà preziose indicazioni sui volumi alla attività della centrale per gli acquisti, che è stata avviata in attuazione del piano di rientro. Mercato elettronico, gare centralizzate, attività di *benchmarking*, consentiranno la riduzione dei costi per acquisto di beni e servizi, sviluppando la collaborazione tra le aziende sanitarie. Il processo sarà svolto in armonia con il mercato regionale, di cui saranno valorizzate le eccellenze e stimolata la produzione di beni.