



BANCA D'ITALIA



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# I Piani di Rientro: aspetti economico-istituzionali

Silvia Coretti

Università Cattolica del Sacro Cuore

# Outline



Cosa sono e come hanno origine i PdR

Il Servizio Sanitario Nazionale prima dell'avvento dei PdR

Quali impegni implicano i PdR per le regioni interessate

Cosa sono e come  
hanno origine i  
PdR

# L'origine dei PdR

- L'art. 28 della l. 448/98 introduce «*Patto di stabilità interno*», che ingaggia gli enti territoriali sugli obiettivi di finanza pubblica posti dall'adesione al Patto di stabilità e crescita europeo, varato nel 1997.
- Prima disciplina delle modalità di verifica dei disavanzi sanitari, e di identificazione delle cause e delle «azioni di rientro» (commi 10-12).

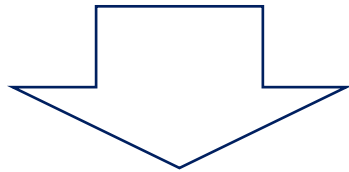


# La stagione pattizia e il superamento del federalismo fiscale

*Accordo 3 agosto 2000*

*Accordo 22 marzo 2001*

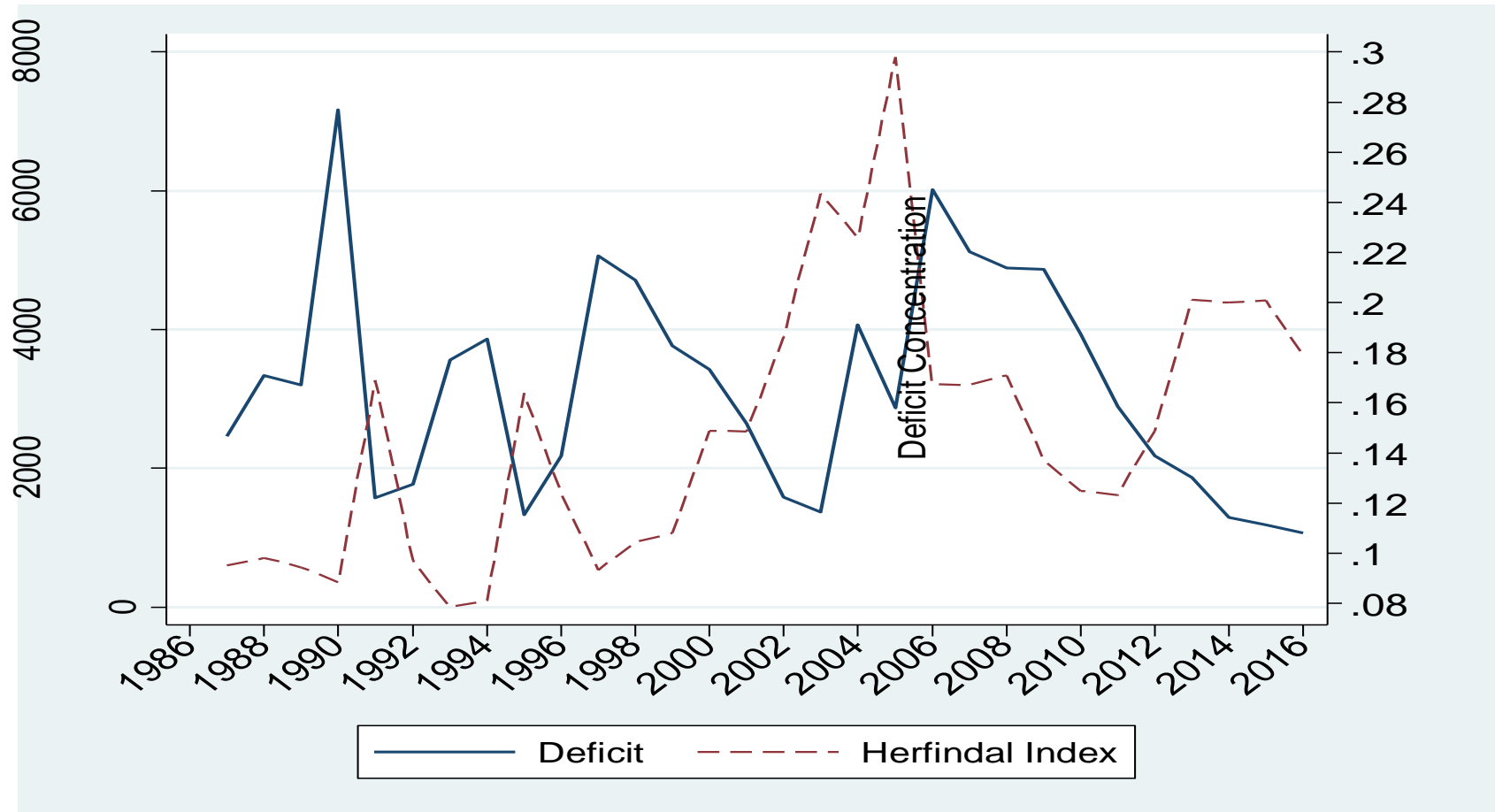
*Accordo 8 agosto 2001*



**d.l. 347/01**

- **Accordo** fra Stato e Regioni come metodo di definizione del fabbisogno;
- **Responsabilità** delle Regioni per i disavanzi prodotti nell'anno 2000 e necessità di provvedervi mediante aumento delle imposte;
- Sistemizzazione del sistema di rendicontazione e monitoraggio della spesa;
- Contributo parziale dello Stato alla copertura dei disavanzi sanitari pregressi;
- 2001 come ennesimo «**anno zero**» per la stabilire l'entità complessiva dei finanziamenti a carico dello Stato;
- l'incremento delle risorse viene **condizionato** ad una serie di obblighi per le Regioni

# ...intanto il deficit



**Concentrazione in alcune realtà regionali: Lazio, Molise, Campania, Abruzzo, Sardegna, Liguria e Sicilia**

# L'avvento dei PdR

- La l. 311/2004 (finanziaria 2005), nel decidere l'entità del finanziamento statale in aggiunta ai livelli del 2001 («anno zero»), vincola l'accesso al finanziamento integrativo alla stipula di una intesa Stato-Regioni che impegna le regioni su:
  - garanzia del monitoraggio della spesa (trimestrale)
  - garanzia dell'equilibrio economico-finanziario
- In caso di squilibrio la regione elabora un programma operativo di **riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento** del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore a 3 anni.
- I Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze e la Regione concordano gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei LEA
- La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione del maggiore finanziamento

# ...e dei commissariamenti

- In mancanza di provvedimenti adeguati il Governo diffida la regione a provvedervi entro il successivo 30 aprile.
- Se la regione non adempie il presidente della regione, come commissario *ad acta*, approva il bilancio di esercizio consolidato del SSR, determina il disavanzo e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento (aumento dell'addizionale IRPEF, maggiorazione dell'aliquota IRAP).
- Qualora neanche il commissario *ad acta* adotti i provvedimenti necessari, nella regione interessata si applicano:
  - a) blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale fino al 31-12 del secondo anno successivo
  - b) divieto di effettuare spese non obbligatorie
  - c) aumento dell'addizionale IRPEF e dell'aliquota IRAP nella misura massima



# Evoluzione della normativa sui PdR 1/2

- **Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005:**
  - Le Regioni devono presentare un PdR in caso di disavanzo pari o superiore al 7%
  - Monitoraggio affidato a NSIS (Nuovo sistema informativo sanitario) e Comitato permanente per la verifica della erogazione dei LEA, presso il Ministero della Salute e al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, presso il MEF – RGS (e al SIVEAS, Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria con la Finanziaria per il 2006).
- **Patto per la salute (2007-09):**
  - Istituzione di un «Fondo transitorio» dedicato alle “Regioni in difficoltà” (con disavanzi pari o superiori al 7%) il cui accesso è subordinato alla sottoscrizione del PdR
  - I PdR hanno carattere vincolante anche rispetto a misure pregresse.
- **D.l. n. 23/2007:**
  - Lo Stato concorre al ripiano del disavanzo sanitario (2001-05) delle sole Regioni che hanno sottoscritto il PDR e stanziato 3 mld di euro per il solo 2007.

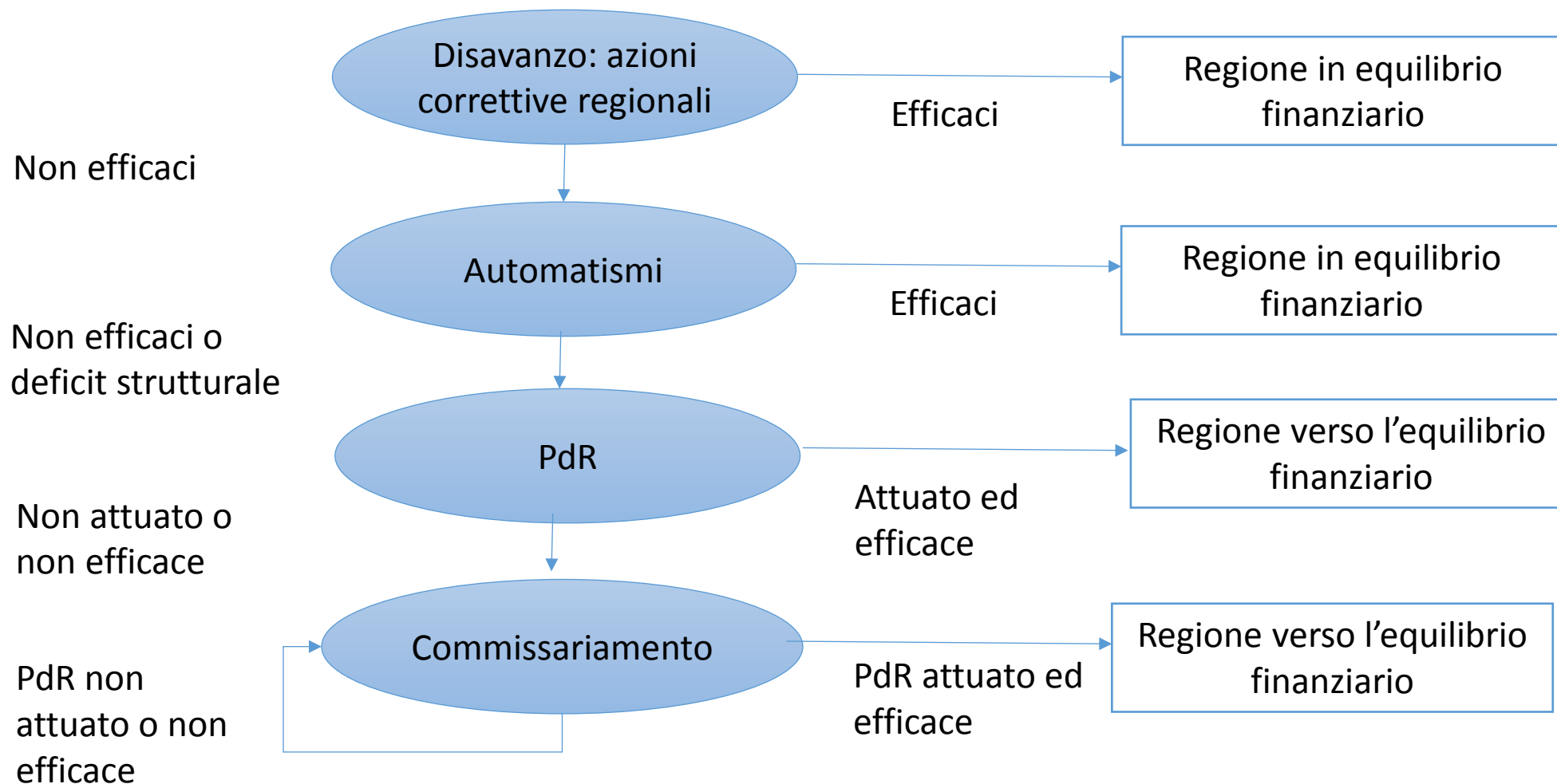
***I PdR diventano realtà in 7 regioni nei successivi 6 mesi***

# Evoluzione della normativa sui PdR 2/2

- **Legge finanziaria 2008:**
  - diritto di accesso al finanziamento integrativo per le Regioni in PdR che non hanno rispettato il patto di stabilità interno.
- **d.l. 154/08:**
  - per le Regioni commissariate, il Consiglio dei Ministri può accordare l'erogazione, anche parziale, del maggior finanziamento condizionato alla verifica positiva degli adempimenti, qualora si siano verificate emergenze finanziarie regionali e atti "significativi" del Commissario volti a raggiungere l'equilibrio finanziario. → successivamente esteso alle Regioni non commissariate, a condizione che si sia provveduto alla copertura del disavanzo sanitario residuo entro il 31 dicembre dell'esercizio interessato.

# Un quadro d'insieme

*Tutta la disciplina sui PdR trova sistemizzazione nel Patto per la Salute 2010-12 e nella legge finanziaria per il 2010*



# Il disavanzo strutturale

- Supera il 5% del finanziamento ordinario + le maggiori entrate proprie sanitarie della Regione, ancorché sia coperto dalla Regione;

Oppure

- Non supera il 5%, ma né gli automatismi fiscali né altre risorse del bilancio regionale garantiscono la sua integrale copertura.

# I provvedimenti 1/2

- Automatismi:
  - a) innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale
  - b) blocco automatico del turn-over del personale del SSR sino al 31 dicembre del secondo anno successivo;
  - c) il divieto di effettuare spese non obbligatorie
- Piani di Rientro:
  - La Regione presenta entro il 10 giugno un PdR triennale che viene approvato dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia.
  - Approvazione e attuazione del PdR costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificato il disavanzo e di quelli successivi interessati dal PdR.
  - La verifica di attuazione del PdR avviene con cadenza trimestrale ed annuale.
  - Gli automatismi restano fermi nei tre anni ma possono essere ammorbiditi al raggiungimento degli obiettivi intermedi.

# I provvedimenti 2/2

- Commissariamento:
  - Il presidente della Regione viene nominato Commissario *ad acta*
  - Oltre agli automatismi:
    - a) sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio
    - b) decadenza automatica dei direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR, nonché dell'assessorato regionale competente
    - c) l'incremento automatico, in aggiunta a quanto già in essere, dell'addizionale IRPEF (0.30 punti) e dell'aliquota IRAP (0.15 punti)
- Secondo commissariamento
  - Il Governo nomina uno o più commissari per l'adozione o per l'attuazione del PdR
  - Il Commissario *ad acta* può essere affiancato da sub-commissari e gli oneri derivanti dalla gestione commissariale sono a carico della regione



# La chiusura dei PdR

- Se in sede di verifica annuale e finale non viene accertato il raggiungimento degli obiettivi strutturali del PdR, ma non sussiste un disavanzo strutturale e non ricorrono le condizioni per il commissariamento, le Regioni possono chiedere la prosecuzione del PdR, per una durata non superiore al triennio, ai fini del completamento dello stesso secondo “programmi operativi”.
- Le Regioni in PdR con disavanzo sanitario decrescente e inferiore al gettito derivante dagli automatismi fiscali, possono ridurre le maggiorazioni fiscali, ovvero di destinare il relativo gettito a finalità non sanitarie (servizi pubblici essenziali) o destinarle al pagamento di debiti pregressi.



# Le questioni irrisolte: i presidenti commissari

- Inizialmente il presidente regione diventava commissario ad acta.
- **d.lgs 149/2011**: previo accertamento delle responsabilità da parte della Corte dei Conti, rimozione del presidente della giunta in caso di dissesto finanziario ed interdizione dalle cariche, regionali , nazionali o europee per 10 anni. → Norma abolita dalla Corte costituzionale nel 2013
- Norma di nuovo approvata nella legge di bilancio del 2015, poi abolita nel 2017, se pure con l'introduzione di un monitoraggio semestrale.
- Tentativo di ripristinare la norma nell'ultima legge di bilancio, ma per il momento senza successo.

# Il Servizio Sanitario Nazionale prima dell'avvento dei PdR

# Come si è arrivati ai PdR 1/2

- Nel 1978 nasce il SSN: copertura universale, finanziamento sociale tramite tassazione generale e accesso non discriminatorio ai servizi di assistenza sanitaria.
- Riforme degli anni 90 per far fronte agli ampi disavanzi regionali:
  - Introduzione di quasi-mercati insieme all'adozione del sistema DRG per la remunerazione dei fornitori
  - Introduzione di una forma grezza di decentralizzazione fiscale che mirava a ridurre le aspettative di ripiano dei decisori regionali
- Il decentramento fiscale si basava sull'introduzione della tassa regionale sulle attività produttive (IRAP), e della sovrattassa regionale sull'imposta sul reddito personale (Addizionale IRPEF), seguita da una riduzione delle sovvenzioni. → il disavanzo inizia a concentrarsi nelle regioni più povere
- Questo modello è stato confermato da una riforma costituzionale nel 2001, ma la presenza e il rafforzamento delle aspettative di salvataggio in caso di deficit a livello regionale hanno ostacolato un processo regolare di decentramento fiscale

# Come si è arrivati ai PdR 2/2

- Un chiaro riconoscimento del volume effettivo di disavanzo di ciascuna regione è stato fatto nel 1998, quando il disavanzo pubblico complessivo era oltre 6 miliardi di euro.
- Diversi interventi normativi hanno definito la ripartizione del ripiano tra stato e regioni ma -essendo questa la conseguenza dei negoziati politici tra governi nazionali e regionali- con enormi differenze tra regioni.
- Nel 2003 i disavanzi regionali hanno superato i 16 miliardi di euro, nonostante i meccanismi di responsabilizzazione introdotti
- All'inizio degli anni 2000 la Corte Costituzionale ha stabilito che l'IRAP non può essere considerata una tassa regionale e ha, con diverse sentenze, limitato le legislazioni regionali nella definizione delle politiche sanitarie.

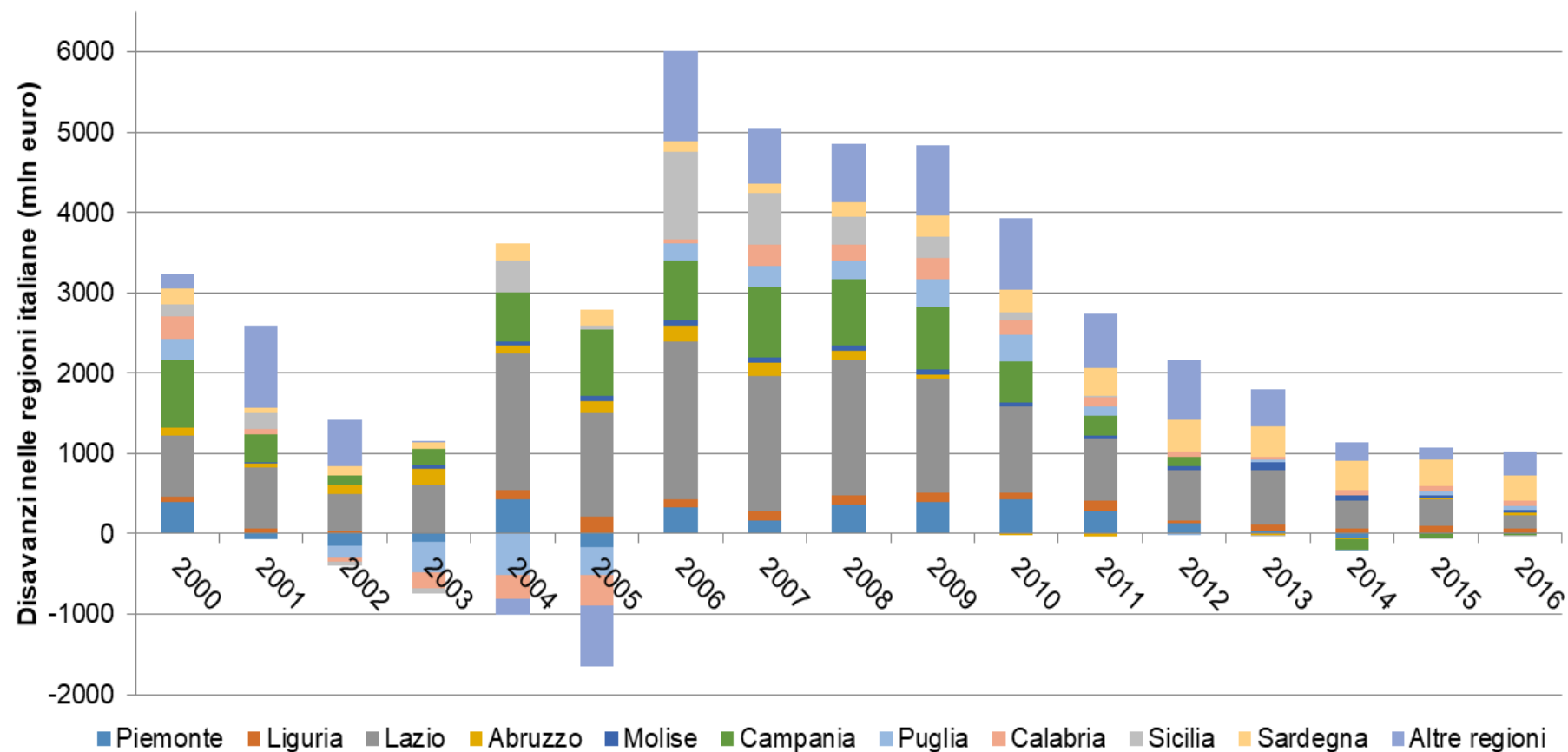
***La confusione che ne è derivata è probabilmente uno dei fattori chiave per spiegare perché i deficit regionali hanno ripreso a crescere***

Quali impegni  
implicano i PdR per  
le regioni interessate

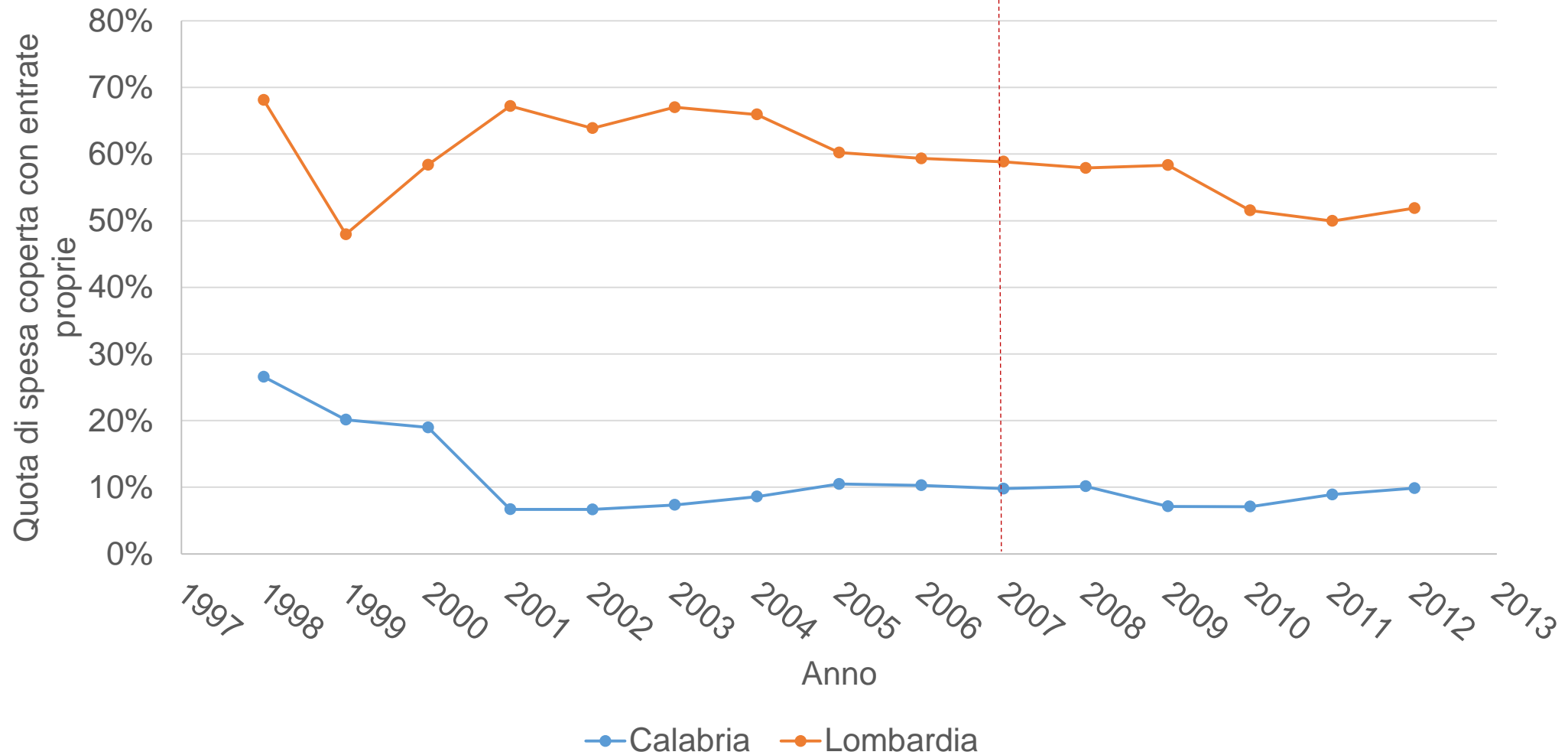
# Quali erano gli obiettivi dei i piani?

1. Garanzia dell'equilibrio di bilancio
  - Tramite misure di contenimento della spesa (razionalizzazione e riordino del sistema)
  - Tramite la copertura della spesa con entrate proprie
2. Garanzia dei livelli essenziali di assistenza

# I disavanzi regionali a più di 10 anni dall'introduzione dei piani

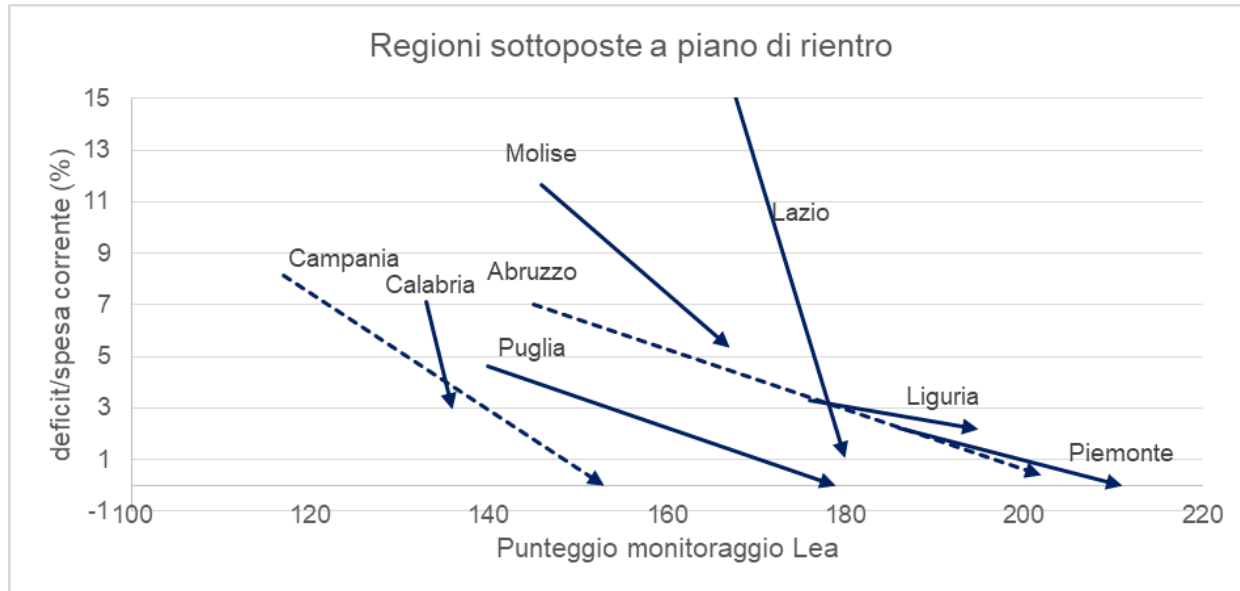


# Le entrate proprie

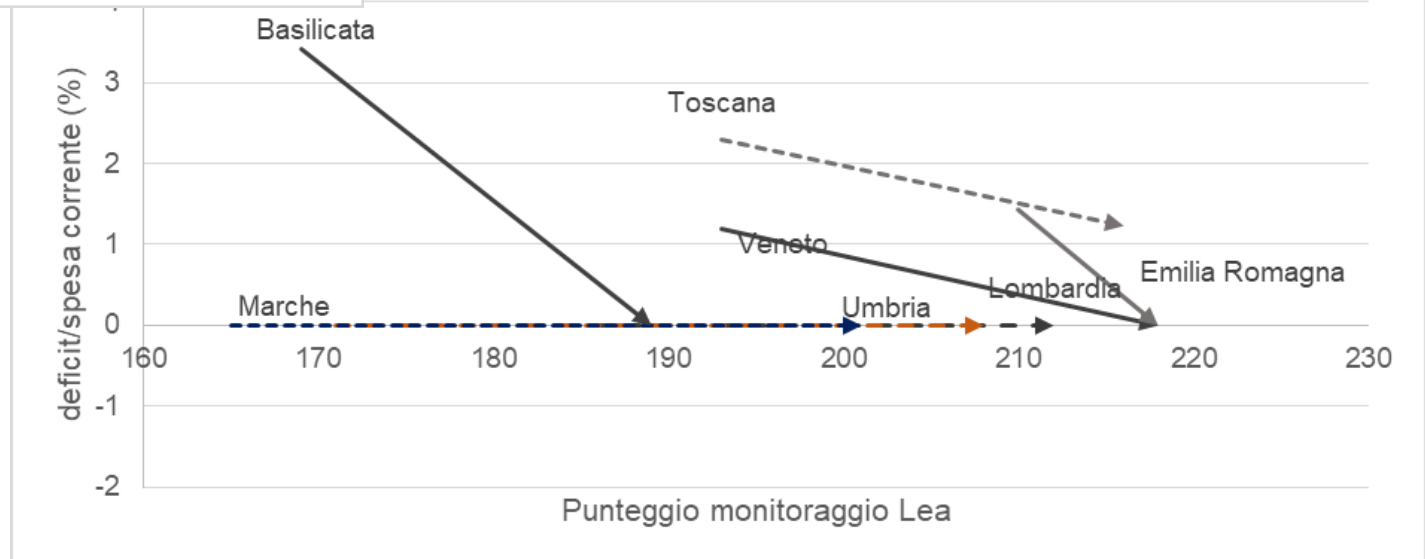




# Contenimento della spesa e garanzia dei LEA



Regioni non sottoposte a piano di rientro



# Un caso limite: il super commissariamento del Servizio sanitario calabrese

- Il recente decreto legge n. 35 – ancora all’esame del Parlamento -ha esautorato la regione Calabria dalla gestione della sanità regionale per 18 mesi
- A fronte dei modesti risultati raggiunti dal Servizio Sanitario Regionale nonostante il PdR e alla luce del recente scioglimento della Asp di Reggio Calabria per infiltrazioni criminali, si attribuisce per la prima volta al commissario la facoltà di nominare “commissari straordinari” per le Aziende Sanitarie, d’intesa con la regione.

# I contenuti del disegno di legge

- In caso di inadempienza dei direttori rispetto al PdR, il commissario potrà nominare “commissari straordinari” d’intesa con la regione o con decreto del ministero della Salute previa delibera del Consiglio dei ministri allargato al presidente della regione Calabria.
- In caso di gravi irregolarità nella gestione delle aziende sanitarie, i commissari proporranno al commissario *ad acta* di disporre la gestione straordinaria.
- Alla gestione straordinaria saranno imputate entrate e spese di competenza fino al 31 dicembre 2018 e verrà nominato un commissario straordinario di liquidazione.
- Centralizzazione degli acquisti presso Consip o presso le centrali di committenza di altre regioni
- Stanziamento di 82 milioni di euro per il 2019 per l’ammodernamento tecnologico.