

Report n.1 / 2006
RAPPORTO SULLA SANITÀ PUBBLICA

**I RITARDATI PAGAMENTI DEL SSN:
 PRINCIPALI CAUSE, TENDENZE ATTUALI E
 FUTURE**

Sommario

• Executive Summary	1
• La rilevanza della spesa sanitaria nel Mondo.....	2
• La spesa del Servizio Sanitario Nazionale.....	2
• Prospettive future della spesa del SSN	3
• Le modalità di copertura della spesa sanitaria in Italia.....	3
• Ritardati pagamenti: motivi e dimensioni del fenomeno	4
• Valutazioni sul rischio di Regioni e ASL.....	5
• L'offerta del sistema bancario.....	5
Le cartolarizzazioni sanitarie	5
Le cessioni di crediti pro soluto	6
• Conclusioni.....	7

Fonti esterne:

Agenzie di Rating
 Assobiomedica
 Censis
 Confindustria
 Corte dei Conti
 Eurostat
 Infocamere - Sistema informativo delle Camere di Commercio
 Istat
 Leggi e direttive UE in materia di sanità pubblica
 Ministero della Salute
 Ministero dell'Economia e delle Finanze
 OCSE
 Rapporto CEIS Sanità 2005

• **Executive Summary**

Scopo del presente lavoro è approfondire i principali aspetti economici ed istituzionali che attualmente caratterizzano il sistema sanitario pubblico italiano.

Negli ultimi 20 anni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha vissuto profonde trasformazioni, sia per la necessità di individuare le modalità più appropriate per soddisfare la crescente domanda di servizi sanitari, sia per il passaggio delle competenze dal livello centrale a quello regionale e locale.

Relativamente al primo aspetto un importante cambiamento ha riguardato la ridefinizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, con il d.lgs. 56/2000 e con la modifica del titolo V della Costituzione sono state create le basi per una piena *devolution* a favore delle Regioni. In realtà, l'iter verso un effettivo "federalismo sanitario" non è ancora concluso: le risorse sono ancora oggi in gran parte raccolte attraverso la fiscalità generale, evidenziando una centralizzazione nel reperimento delle risorse ed una decentralizzazione nel potere di spesa.

Il progressivo invecchiamento della popolazione e il cambiamento del quadro epidemiologico determineranno nel prossimo futuro un'ulteriore crescita della spesa sanitaria, che arriverà a toccare i 100 miliardi di euro annui già nel 2007. Il trend di crescita della spesa acuirà i 2 massimi problemi strutturali della sanità italiana: il disallineamento economico tra spesa prevista e risorse stanziata e il disallineamento temporale tra stanziamento e erogazione dei fondi.

Ciò determinerà un ulteriore peggioramento dei tempi medi di pagamento ai fornitori, esponendo le Regioni e indirettamente lo Stato al rischio di oneri aggiuntivi legati alla morosità.

Dal momento che attualmente la spesa sanitaria pesa per circa il 70-80% delle uscite complessive nelle Regioni a statuto ordinario e per il 40% in quelle a statuto speciale e nelle Province Autonome, risulta evidente la centralità del problema. A questo proposito, si stima che:

- a fine 2005 i debiti commerciali scaduti del SSN ammontano a oltre 10 miliardi di euro;
- in Italia le imprese attive nel settore sanità e servizi sociali siano ben 22.000 (+6% rispetto al 2004); pertanto, la "filiera della salute", con un peso sul PIL di oltre l'11%, è il terzo settore italiano per importanza dopo quelli manifatturiero e bancario.

Il sistema bancario offre oggi alle aziende creditrici, alle ASL e alle Regioni soluzioni finanziarie che rendono possibile da un lato la monetizzazione immediata dei crediti, dall'altro il riscadenziamento del pagamento di spese di natura corrente. Tali strumenti arginano l'emergenza, ma certamente non risolvono il problema deficit.

In conclusione, pur collocandosi in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali, il sistema sanitario italiano necessita di interventi strutturali mirati a rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse e contenere le dinamiche di spesa meno virtuose (spesa farmaceutica e assistenza ospedaliera anzitutto).

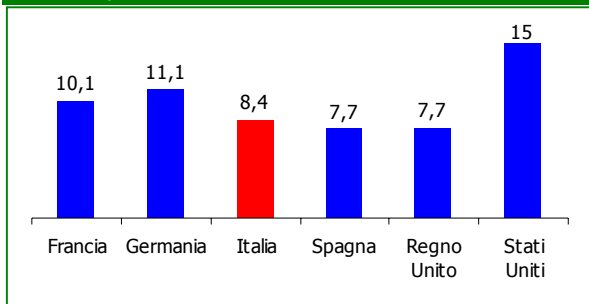
MARKETING OPERATIVO E NUOVI PRODOTTI

- **La rilevanza della spesa sanitaria nel Mondo**

Secondo i più recenti dati pubblicati dall'OCSE¹ la spesa sanitaria italiana - pubblica e privata - ammonta all'8,4% del PIL, in linea con la media dei Paesi OCSE (8,7%) e inferiore alla media UE (9,4%).

Alcuni Paesi *benchmark* come Stati Uniti, Germania e Francia spendono per la sanità una quota del PIL maggiore rispetto a quella italiana.

Tavola 1: Spesa sanitaria su PIL



Il settore pubblico è peraltro in Italia la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria con una quota del 75%, valore maggiore della media dei Paesi OCSE e ampiamente superiore a Stati meno orientati al *Welfare*, quali ad esempio Stati Uniti e Grecia (quota pubblica rispettivamente al 44% e al 51%).

L'intervento dello Stato in campo sanitario trova un'ulteriore conferma nella ripartizione della spesa delle Amministrazioni Pubbliche per funzione.

In Italia la sanità rappresenta la seconda voce di spesa per il bilancio pubblico (15% del totale), preceduta solamente dalla protezione sociale (42%) e seguita dall'istruzione (11%).

Tavola 2: Spesa delle Amministrazioni Pubbliche per funzione al netto degli interessi passivi (Anno 2004)

Funzioni	Peso %	Peso su PIL
Protezione Sociale	42,2%	18,4%
Sanità	15,4%	6,7%
Istruzione	11,5%	5,0%
Affari economici	10,1%	4,4%
Servizi generali	8,5%	3,7%
Ordine pubblico	4,3%	1,9%
Difesa	3,1%	1,3%
Attività ricreative, culturali e di culto	1,9%	0,8%
Abitazioni e assetto del territorio	1,6%	0,7%
Protezione dell'ambiente	1,2%	0,5%
Spesa tot.^{le} 2004 (586 mld €)	100%	43,4%

- **La spesa del Servizio Sanitario Nazionale**

In termini assoluti, i costi del SSN sostenuti nel 2004 ammontavano a circa 90 miliardi di euro, in crescita del 7% rispetto al 2003.

La spesa sanitaria, malgrado un rallentamento negli anni '90, continua dunque a crescere più rapidamente del PIL e quindi delle risorse prodotte: ovviamente questo comporta una giusta preoccupazione a livello di Governo circa la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario.

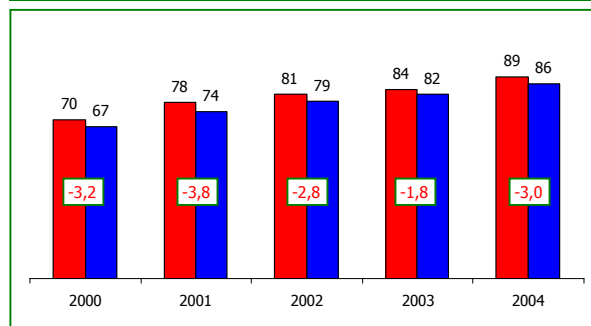
La gran parte, infatti, della spesa sanitaria è finanziata da risorse pubbliche e genera, conseguentemente, forte pressione sul già ristretto budget statale.

Il grafico seguente mostra l'andamento della spesa, del finanziamento e del deficit del SSN negli ultimi 5 anni.

Dal 1995 al 2004 la spesa è salita ad un tasso medio annuo composto di circa il 7%, dai 48 miliardi di euro del 1995 agli 89 del 2004.

¹ Rapporto "OECD Health Data 2005".

Tavola 3: Spesa, Copertura e Disavanzo (Anni 2000-2004)



La politica di finanziamento ha sempre teso a stanziare meno del prevedibile fabbisogno (cd. disallineamento economico), e ciò al fine di indurre per questa via i centri di spesa ad un maggiore sforzo di efficienza.

In realtà, il sistema sanitario nel suo complesso ha sempre chiuso gli esercizi in cronico disavanzo ed i ripiani varati dal Governo² sono sempre seguiti con altrettanto cronico ritardo.

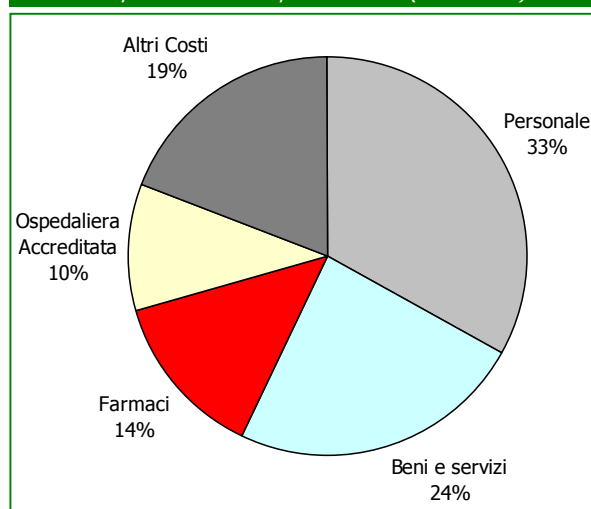
Nel 2003 è riconoscibile un avvicinamento tra fondi stanziati e fabbisogno realisticamente previsto, ma già dal 2004 la "forbice" si è riaperta ed i disavanzi hanno ricominciato a crescere.

L'incremento della spesa evidenziato nella tavola 3 è attribuibile anzitutto all'aumento del costo del personale dovuto ai rinnovi del contratto nazionale, ma anche a due componenti di spesa che insieme pesano per circa il 40% della spesa complessiva:

- la spesa per beni e servizi
- la spesa farmaceutica³

Quest'ultima - a livello pro capite - risulta inferiore solamente a 3 Paesi nel Mondo: Stati Uniti, Francia e Canada.

Tavola 4: Ripartizione della spesa del SSN (Anno 2004)



Ancora con riferimento ai costi del SSN, è interessante osservare la ripartizione della spesa sanitaria tra le diverse tipologie di servizi erogati.

Attualmente le prestazioni erogate dal SSN sono riconducibili a 3 livelli essenziali di assistenza, che vengono garantiti a tutti i residenti indipendentemente dalla loro condizione economica⁴.

² Del deficit accumulato nel periodo 1990-2004, il 70% è stato coperto da trasferimenti effettuati *ex post* dal Governo. Anche nella Finanziaria 2006 sono previsti 2 miliardi € a ripiano dei deficit 2002-2003-2004.

³ Alla luce del peso crescente assunto da tale componente di spesa, il legislatore ne ha fissato il tetto al 13% delle spesa sanitaria complessiva.

⁴ Articolo 32 della Costituzione Italiana.

MARKETING OPERATIVO E NUOVI PRODOTTI

Primo livello: Assistenza distrettuale

È il livello di assistenza che pesa maggiormente sulle casse pubbliche (50% circa).

Esso viene garantito attraverso la rete di medici generici, pediatri di base e guardie mediche, che, valutando l'effettivo bisogno sanitario dei pazienti, regolano l'accesso ai servizi offerti dal SSN.

Secondo livello: Assistenza ospedaliera

Livello di assistenza che incide quasi nella stessa misura dell'Assistenza distrettuale (47% circa).

Esso viene garantito attraverso la degenza ordinaria nelle strutture ospedaliere pubbliche (n.663 a metà 2005) o private accreditate (n.619 a metà 2005), il *Day Hospital* e il pronto soccorso.

Terzo livello: Assistenza sanitaria collettiva

Livello di assistenza residuale rispetto ai primi due, con un peso relativo di circa il 4% della spesa totale.

Esso garantisce alla collettività una tutela delle condizioni sanitarie e di igiene in ambiente di vita e di lavoro (es. vaccinazioni, anti-infortunistica, sicurezza, etc.).

Tavola 5: Ripartizione della spesa del SSN per livello di assistenza (Anno 2003)

Livelli di Assistenza	Incidenza su spesa
Assistenza distrettuale	49,54%
di Assistenza di base	5,86%
cui: Assistenza farmaceutica	15,78%
Assistenza Specialistica ambulatoriale	12,86%
Assistenza Territoriale semi-residenziale	2,38%
Assistenza Territoriale residenziale	5,64%
Assistenza ospedaliera	46,59%
di Degenza ordinaria	39,62%
cui: <i>Day hospital</i> e <i>day surgery</i>	5,11%
Attività di pronto soccorso	1,18%
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3,87%
di Igiene e sanità pubblica	1,41%
cui: Sanità pubblica e veterinaria	1,11%
Attività di prevenzione per la persona	0,34%

- **Prospettive future della spesa del SSN**

Le scelte del Governo in materia sanitaria si misurano con un contesto demografico ben delineato.

Nel corso degli ultimi 50 anni, il significativo aumento della speranza di vita e la sostanziale immobilità dei tassi di fecondità hanno radicalmente cambiato il profilo demografico italiano, che presenta oggi una tendenza consolidata verso un progressivo invecchiamento.

In tale ambito è utile ricordare che mediamente i 2/3 del costo di una persona per il SSN hanno luogo oltre i 65 anni.

Tavola 6: Fattori demografici incidenti sulla spesa del SSN

Variabili	1960	2004
% popolazione > 65 anni Italia	9%	19%
% popolazione > 65 anni OCSE	8,5%	13,7%
Speranza di vita a 60 anni	M13 F17	M 21 F 25
N° medio di figli per donna ⁵	2,41	1,33

Alle citate tendenze demografiche vanno aggiunti:

- il mutato quadro epidemiologico - non riconducibile direttamente all'invecchiamento della popolazione - che si manifesta con una progressiva cronicizzazione di patologie in passato mortali, ad alto impatto assistenziale⁶
- il crescente fabbisogno infrastrutturale dettato dall'esigenza di modernizzare l'edilizia sanitaria.

L'agire congiunto di tutti questi fattori lascia presagire per il prossimo futuro un ulteriore incremento della spesa del SSN: questa tendenza trova una puntuale conferma nel *Rapporto CEIS Sanità 2005*, pubblicazione annuale di un dipartimento specialistico dell'Università di Tor Vergata a Roma.

Tavola 7: Simulazione spesa sanitaria CEIS 2003-2007

Anni	Copertura		Stime CEIS		
	Fondo San. Naz. le	Val. reali	Scenario Base	Scenario Pessimista	Scenario Ottimista
2003	81,7	83,5	84,0	84,0	84,0
2004	86,4	89,4	89,4	89,4	89,4
2005	88,2		94,3	95,1	88,2
2006	91,0		96,1	97,6	90,0
2007	92,8		98,3	103,1	91,7

Pur scontando diverse ipotesi, le previsioni per il biennio 2006-2007 mostrano una tendenza rialzista cui Stato e Regioni dovranno far fronte con misure supplementari rispetto alle attuali, anche alla luce del divieto per Regioni e Province Autonome di attivare mutui per la copertura dei deficit sanitari⁷.

- **Le modalità di copertura della spesa sanitaria in Italia**

Per meglio comprendere le modalità di finanziamento della spesa sanitaria, è utile richiamare 2 concetti-chiave: la struttura organizzativa del SSN e il meccanismo di trasferimento dei finanziamenti dal centro alla periferia.

Da un punto di vista organizzativo, il SSN ha 3 livelli:

- Stato Centrale⁸
- Regioni e Province Autonome
- 195 ASL e 97 Aziende Ospedaliere (AO)

A ciascuno dei 3 livelli competono le specifiche competenze riassunte nella tavola sottostante.

Tavola 8: Soggetti del SSN e relative competenze

Attori coinvolti	Competenze
Stato	<ul style="list-style-type: none"> • Ha il potere di riformare il sistema sanitario nazionale • Fissa - di concerto con le Regioni - l'ammontare annuale del FSN • Fissa i Livelli Essenziali di Assistenza da offrire uniformemente su tutto il territorio • Fissa il livello minimo delle tariffe per prestazione resa (DRG⁹)
Regioni e Province Autonome	<ul style="list-style-type: none"> • Hanno responsabilità organizzativa, di pianificazione e monitoraggio su ASL e AO • Ripartiscono il FSR tra ASL, in funzione della spesa pro capite prevista per erogare i LEA • Possono estendere la gamma di servizi erogati oltre i LEA, a condizione di prevedere un'adeguata copertura finanziaria • Presiedono l'iter di accreditamento delle aziende private
ASL e Aziende Ospedaliere	<ul style="list-style-type: none"> • Hanno personalità giuridica pubblica e godono di autonomia organizzativa e gestionale • Sono responsabili dell'erogazione dei LEA a livello locale, curando la gestione quotidiana • Possono erogare i servizi direttamente o esternalizzarli a aziende private accreditate

⁷ Introdotta implicitamente dall'art.85 della legge 388 del 2000.

⁸ Specificatamente i Ministeri dell'Economia e della Salute.

⁹ I *Diagnosis Related Groups* sono raggruppamenti di trattamenti che vengono successivamente "tariffati" al fine di procedere poi al pagamento delle cure ospedaliere: in questo senso si parla di ASL come acquirenti dei servizi offerti dagli ospedali.

⁵ Per mantenere la popolazione costante dovrebbe essere pari a 2.

⁶ Malattie cardiovascolari, tumori, diabete, insufficienza renale, etc.

MARKETING OPERATIVO E NUOVI PRODOTTI

Con riferimento al meccanismo di trasferimento di flussi dallo Stato alle Amministrazioni Locali, in sede di presentazione della Legge Finanziaria annuale il Ministero dell'Economia fornisce alle Regioni un'indicazione delle disponibilità economiche per l'anno successivo: ha così inizio la fase negoziale tra Stato e Regioni sul FSN e sul suo riparto tra le medesime.

Questa fase deve chiudersi entro inizio anno con un accordo unanime, in mancanza del quale è previsto che lo Stato intervenga con un provvedimento unilaterale.

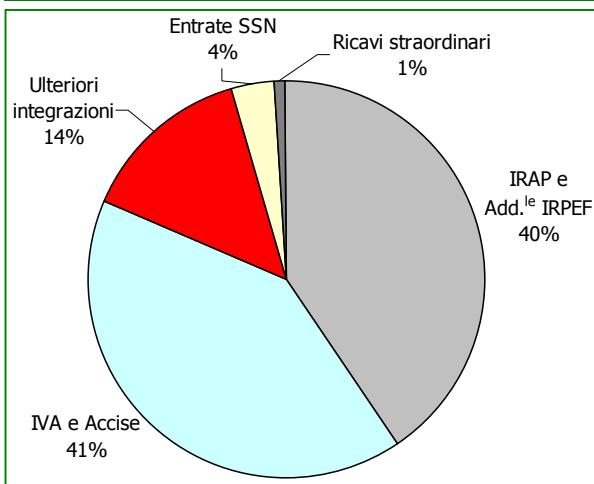
Verso metà febbraio vi è una prima deliberazione del CIPE che ratifica ufficialmente il raggiunto accordo e provvede all'assegnazione dei fondi.

A marzo vi è una seconda deliberazione del CIPE che provvede ad assegnare la cassa, ovvero ad indicare le rimesse mensili complessivamente spettanti a ciascuna Regione¹⁰, la quale provvederà a sua volta ad allocare i fondi su ciascuna ASL e Azienda Ospedaliera.

Malgrado i passi compiuti verso il cd. "federalismo sanitario", l'iter intrapreso in Italia non è ancora giunto a conclusione: le risorse sono ancora oggi in gran parte raccolte attraverso la fiscalità generale e quindi si assiste al paradosso di una centralizzazione nel reperimento delle risorse e ad una decentralizzazione del potere di spesa.

Tutto ciò appare evidente osservando la composizione del FSN stanziato nel 2004 per complessivi 86 miliardi di euro.

Tavola 9: Ripartizione del finanziamento del SSN (Anno 2004)



Alla luce del trend ascendente della spesa e della crescente difficoltà a reperire nuove risorse, Stato e Regioni hanno introdotto nuove misure per il contenimento del deficit, tra cui:

- la fissazione dei LEA e del sistema di tariffazione a DRG, che rendono standard e "calmierati" i contenuti ed i costi delle prestazioni erogate
- il processo di deospedalizzazione, tramite un maggiore ricorso al *Day Hospital* e all'assistenza domiciliare
- la riduzione della spesa farmaceutica, attuata tramite: la fissazione del tetto del 13% sulla spesa complessiva, la promozione dei farmaci generici¹¹ e la distribuzione diretta di farmaci da ASL e Ospedali¹²
- la possibilità di ampliare la compartecipazione dei cittadini alla spesa ("ticket"), oggi del tutto marginale (4%)
- la riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali, tramite la centralizzazione degli acquisti e l'accorpamento di ASL e Aziende Ospedaliere¹³

¹⁰ La ripartizione del FSN tra Regioni deriva da una media ponderata di più variabili: popolazione residente per età e sesso; tassi di mortalità; indicatori epidemiologici territoriali; mobilità sanitaria interregionale.

¹¹ Il prezzo è inferiore - per legge dello Stato - di almeno il 20% rispetto ai farmaci protetti da brevetto.

¹² Il prezzo è mediamente inferiore di circa il 50% rispetto alla distribuzione indiretta effettuata attraverso le farmacie.

¹³ Si pensi ai recenti Piani Regionali varati da Molise e Piemonte.

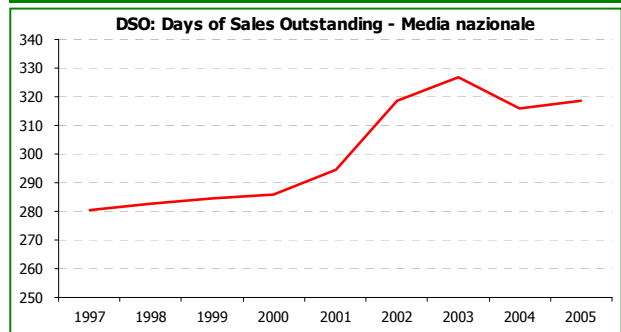
• Ritardati pagamenti: motivi e dimensioni del fenomeno

Agli effetti del citato disallineamento economico tra fabbisogno e copertura finanziaria vanno ad aggiungersi quelli del disallineamento temporale tra stanziamento ed erogazione del finanziamento: il Governo non eroga il 100% delle risorse disponibili bensì ne trattiene una quota¹⁴ assoggettandola alla verifica del rispetto dei tetti di spesa a livello regionale.

Ciò rappresenta un meccanismo che seppur ragionevole ha acuito il problema dei ritardati pagamenti anche in regioni più virtuose, o meglio, in quelle con minor disequilibrio economico.

Nell'ultimo decennio i tempi medi di pagamento¹⁵ verso le aziende fornitrici del SSN sono aumentati a livello nazionale del 14%, con sostanziali differenze da Regione a Regione.

Tavola 10: Tempi medi di pagamento SSN (Anni 1997-2005)



A loro volta, i ritardati pagamenti causano un'ulteriore pressione sui conti delle Regioni, alla luce del tasso di interesse moratorio introdotto con il D.Lgs. 231/02 e pari al tasso BCE + 7 punti percentuali (oggi 9,5%).

Per far fronte a questi costi le Regioni attingono alle linee a breve messe a disposizione dalle banche tesoriere, o, in alternativa, ricorrono ad operazioni di finanza straordinaria quali le cartolarizzazioni.

Le prime Regioni ad optare per questa soluzione sono state Lazio, Campania, Abruzzo e Sicilia, che, grazie alla cartolarizzazione, hanno almeno temporaneamente¹⁶ ridotto i propri tempi medi di pagamento ai fornitori.

Tavola 11: Tempi di pagamento regionali (Dicembre 2005)



¹⁴ 95% a partire dalla Finanziaria 2005 (ante 2005 la quota era minore).

¹⁵ Numero di giorni che separano la data di fatturazione dalla data di incasso (*Days of Sales Outstanding* - DSO).

¹⁶ Le cartolarizzazioni "sottraggono" debiti scaduti alla posizione debitoria di ASL e AO, influenzando positivamente sui tempi di pagamento.

MARKETING OPERATIVO E NUOVI PRODOTTI

• Valutazioni sul rischio di Regioni e ASL

Osservando il rating ufficiale di Regioni e Province Autonome e come 3/4 della spesa del SSN sia concentrata su 8 regioni¹⁷ di cui 5 hanno un rating *High Investment Grade*¹⁸, il problema sanitario non parrebbe comportare un grosso rischio per i creditori.

Tavola 12: Rating e spesa sanitaria delle Regioni

REGIONE	Rating Marzo 2006			Spesa sanitaria	
	S&P's	Moody's	Fitch	Mln Euro 2004	Peso %
Lombardia*	AA-	Aa1	AA	13.611	15%
Lazio	A-	A1	A	8.681	10%
Campania	A-	A3		8.570	10%
Sicilia	A+	A1	A-	7.302	8%
Veneto*		Aa2		7.164	8%
Piemonte*		Aa3	AA-	6.969	8%
Emilia Romagna *	AA-	Aa2		6.717	8%
Toscana*	AA-	Aa2		5.805	7%
Puglia		A2		5.509	6%
Liguria*	AA-	Aa3		2.722	3%
Calabria		A2	A+	2.624	3%
Sardegna		A2		2.424	3%
Marche*	AA-	Aa3		2.245	3%
Abruzzo	A	A1		1.971	2%
Friuli Venezia Giulia*	AA-		AA	1.956	2%
Umbria*	AA-	Aa3	AA	1.334	1%
Prov Aut Bolzano*		Aa1	AA+	936	1%
Prov Aut Trento*		Aa1	AA+	838	1%
Basilicata		A1		816	1%
Molise		A2		499	1%
Valle d'Aosta*	AA-			213	0%
ITALIA	AA-	Aa2	AA	88.905	100%

* Regioni High Investment Grade

Tuttavia, negli ultimi 7 anni il Governo ha dichiarato lo stato di dissesto per 3 ospedali: Umberto I e S.Andrea a Roma (1999) e Umberto I – Ordine Mauriziano a Torino (2004).

In tutti i 3 casi i fornitori sono incorsi in perdite parziali, dal momento che le ASL non possono prioritizzare i pagamenti secondo la prassi adottabile dagli Enti Territoriali¹⁹.

In sintesi, se è vero che il "rischio sanitario" è riconducibile in ultima istanza al rischio Regione²⁰, la prassi mostra come il rischio diretto in capo a ASL e ospedali - spesso a copertura di esigenze di *working capital* e quindi legate a spese di natura corrente e non di investimento - non sia affatto appetito dal sistema bancario.

A questo riguardo le principali agenzie di rating considerano il debito commerciale di ASL e Ospedali come *Quasi-Financial Debt* a condizione che esso sia certificato e che sia definito un puntuale piano di rientro.

Se tali condizioni sono verificate, i principali *drivers* per la valutazione del merito di credito *stand alone* di ASL e Ospedali sono nell'ordine:

- il rating della Regione di appartenenza
- le eventuali garanzie dirette offerte dalla Regione
- i tempi medi di pagamento ai fornitori (DSO), riscontrabile dalle statistiche mensili di Assobiomedica o, se disponibili, dagli estratti conto delle banche tesoriere
- le analisi di bilancio delle singole ASL, del loro budget, nonché del Piano Sanitario Regionale.

¹⁷ Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna e Toscana.

¹⁸ Da AAA a AA-.

¹⁹ Delegazione di pagamento al tesoriere (art.206 del TUEL).

²⁰ il 95% delle risorse delle ASL deriva da trasferimenti regionali. Inoltre, le ultime leggi finanziarie assegnano esplicitamente alle Regioni la responsabilità di monitorare e garantire l'equilibrio nei bilanci delle rispettive ASL, con verifiche da effettuarsi con periodicità trimestrale.

• L'offerta del sistema bancario

Ai fini del presente studio, non viene considerata la spesa per investimenti degli enti sanitari, finanziabile sia attraverso i tradizionali mutui a medio lungo termine, sia tramite l'offerta di soluzioni in project financing²¹.

L'offerta di prodotti e servizi bancari qui analizzata si riferisce ai debiti commerciali del SSN - stimabili in oltre 10 miliardi di euro a fine 2005 - che costituiscono un enorme bacino potenziale per cartolarizzazioni e cessioni pro soluto.

Le cartolarizzazioni sanitarie

Attraverso lo strumento della cartolarizzazione la Regione può raggiungere una serie di obiettivi di breve e medio periodo:

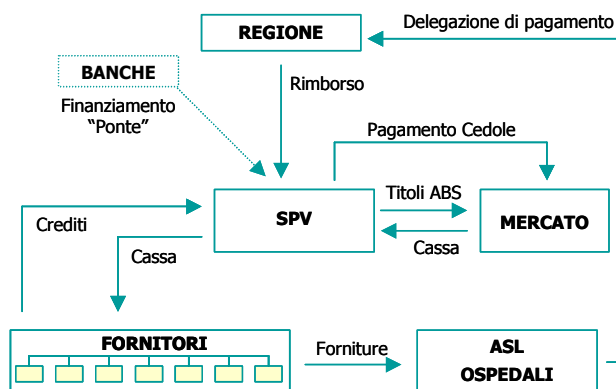
- rimodulare il pagamento della spesa sanitaria di ASL e Ospedali, senza incrementare il debito, ma allungandone i termini originariamente convenuti
- bloccare le azioni avviate dai fornitori per il recupero del credito ed i relativi oneri (spese legali/sospensione forniture)
- evitare il pagamento di interessi di mora (tasso di riferimento BCE + 7%)
- rispondere alle critiche di danneggiamento del sistema economico locale, specialmente a livello di PMI

Le operazioni sinora concluse sono state realizzate nelle Regioni²² con i più gravi problemi di ritardi nei pagamenti e si sono concretizzate in tempi medio-lunghi, soprattutto per la necessità di raggruppare e certificare²³ una massa critica di crediti che renda economicamente conveniente il ricorso a questa tecnica finanziaria.

Gli oneri fissi della strutturazione - spese legali, consulenza, compensi ad almeno 2 agenzie di rating, emissione e collocamento dei titoli - fanno sì che la soglia di convenienza si posizioni in un intorno di 200 milioni di euro, al di sotto della quale l'operazione potrebbe risultare diseconomica.

La cartolarizzazione si configura dunque come uno strumento finanziario "straordinario" che il sistema bancario propone alle Regioni e ai fornitori secondo un approccio "opportunistico", ma certamente non ripetitivo o quotidiano.

Tavola 13: Struttura-tipo di una cartolarizzazione sanitaria



²¹ Data la scarsità di risorse pubbliche disponibili, la finanza di progetto è in rapida crescita: ad oggi sono stati avviati ben 64 progetti di edilizia sanitaria per un controvalore di 3,6 miliardi di euro.

Dei 64 progetti 22 sono stati già aggiudicati (fonte: Censis 2005).

²² Regione Lazio (Atlantide 1 e 2), Regione Sicilia, Regione Abruzzo.

²³ La certificazione dei crediti costituisce un passaggio essenziale perché elimina il rischio di contestazioni sulla conformità della fornitura.

MARKETING OPERATIVO E NUOVI PRODOTTI

L'iter dell'operazione viene di seguito sintetizzato:

1. la ricognizione e certificazione dei crediti vantati dai fornitori nei confronti di ASL e Ospedali.
2. l'emanazione di una delibera della Giunta Regionale che autorizzi
 - l'apertura di una fase negoziale tra Regione, fornitori e enti sanitari ("accordo quadro");
 - il rilascio da parte di ASL e Ospedali di una delegazione di pagamento a valere sulla Regione e a favore del cessionario
 - l'accettazione della delegazione da parte della Regione
 - la previsione di un vincolo di spesa pluriennale per il servizio del debito (capitale + interessi)
3. la negoziazione tra le parti, che dovrà sfociare in una vera e propria transazione dove
 - i fornitori rinunciano alle azioni legali intraprese e agli interessi di mora;
 - le ASL e Ospedali si impegnano a certificare in tempi certi e brevi i debiti esistenti, eliminando così ogni rischio di contestazione sulle forniture effettuate;
 - la Regione si assume l'onere di ripagare il debito certificato, maggiorato di un importo forfetario che indennizzi i cedenti dal ritardato pagamento
4. la costituzione di una società veicolo ("SPV") per l'acquisto pro soluto dei crediti.
La SPV si finanzia attraverso l'emissione di titoli sul mercato dei capitali, che avverrà almeno 3 mesi dopo la data di cessione al fine di esaurire i tempi previsti dalla L.130/99 per l'azione revocatoria.
5. l'emissione di titoli per poi finanziare l'acquisto dei crediti.
Il prezzo d'acquisto può essere anticipato ai fornitori attraverso l'erogazione di un prestito-ponte

Per quanto riguarda il rischio sottostante alle cartolarizzazioni, in tutte le operazioni sinora realizzate le Regioni non hanno mai rilasciato un mandato irrevocabile di pagamento al tesoriere, ma si sono limitate ad accettare la delegazione rilasciata da ASL e Ospedali, impegnando parallelamente il bilancio della Regione per tutto il periodo di servizio del debito. Le principali agenzie di rating hanno valutato il debito emergente come *unsecured debt* regionale²⁴, sprovvisto del meccanismo di preferenzialità previsto dalla legge²⁵.

La certificazione dei crediti, la definizione di un piano di ammortamento con tempi certi, l'accettazione della delegazione rilasciata da ASL e Ospedali, l'impegno di spesa pluriennale hanno comunque fatto sì che sui titoli emessi fosse assegnato lo stesso rating della Regione delegataria o, al più, un giudizio inferiore di un solo notch.

In conclusione, la cartolarizzazione può essere innescata direttamente dalla Regione o, in alternativa, da banche che hanno acquistato in via preventiva i crediti dai fornitori. Nel secondo caso, l'acquisto pro soluto di crediti sanitari col passare del tempo potrebbe spingere le banche a cartolarizzare porzioni del portafoglio crediti accumulato: in questo senso, cartolarizzazione e pro soluto vanno considerati come strumenti complementari da adottare secondo le esigenze e le opportunità emergenti.

Le cessioni di crediti pro soluto

Per superare i limiti dimensionali della cartolarizzazione e poter offrire una proposta commerciale più snella, il mercato si sta orientando verso soluzioni di cessione di crediti pro soluto, anche di grandi dimensioni unitarie²⁶.

Questa tecnica finanziaria ha il vantaggio di non richiedere masse critiche e mettere a frutto disposizioni legislative di favore per le banche cessionarie (Legge n.52/91 e nuova legge fallimentare).

Tra le diverse forme tecniche applicabili, esistono 3 possibili tipologie di cessione pro soluto che ben si adattano ai debiti di fornitura del SSN.

a) Soluzione n.1Acquisto a titolo definitivo con rischio regionale

Si tratta di un acquisto dai fornitori di crediti scaduti certificati supportati da impegno della Regione.

Come nel caso delle cartolarizzazioni, la banca cessionaria acquista un *unsecured debt* regionale, ma l'iter risulta più agevole in quanto tale debito deriva da un atto transattivo con il quale la Regione si impegna a ripagare – alle scadenze stabilite – il debito commerciale degli enti sanitari regionali.

Dall'acquisto dei crediti scaturisce un unico affidamento in capo alla Regione, che accetta la delegazione di pagamento rilasciata dagli enti sanitari debitori.

Tavola 14: Acquisto a titolo definitivo con garanzia regionale – Il caso della Regione Lazio

Fonte normativa	Delibera di Giunta del 15/12/05
Rating della Regione	S&P's e Fitch: A / Moody's: A1
Termini di pagamento	10 anni in 20 rate semestrali
Tasso di interesse	IRS 7 anni + spread

b) Soluzione n.2Acquisto a titolo definitivo con regolamento differito, ma senza garanzia regionale

Si tratta di un acquisto dai fornitori di crediti non supportati da garanzia rilasciata dalla Regione.

L'operazione consiste nell'anticipare al fornitore una parte del valore nominale del credito (es. 80%), garantendogli l'acquisto a titolo definitivo ad una data futura prefissata.

L'acquirente può subordinare l'acquisto differito a condizioni di decadenza (es. contestazioni sulla fornitura), ma si assume il rischio derivante dai tempi incerti di pagamento delle ASL: assumendosi questo rischio, il cessionario può applicare un ribasso - anche consistente - sul valore nominale del credito.

È evidente che in tale scenario il cessionario deve tenere conto del rating della Regione, dei tempi massimi di pagamento registrati negli ultimi anni, dei bilanci delle singole ASL, nonché del Piano Sanitario Regionale.

Una volta stimata l'entità e la sostenibilità del rischio, il cessionario potrà decidere l'entità del ribasso (*acquisto sotto la pari*) e dello spread applicabile sull'anticipo richiesto dal fornitore cedente.

Ne deriva un duplice affidamento: uno a favore del cedente e uno a favore della ASL ceduta con regolamento differito nel tempo.

Tavola 15: Esempio soluzione n.2

Valore Nominale del credito	1 milione di euro
Tempi massimi di pagamento registrati negli ultimi 3 anni	330 giorni
Regolamento differito	365 giorni
Commissioni a carico del fornitore	0,15-0,50% sul valore nominale del credito
Tasso di interesse sull'anticipo	Euribor 3m + spread

²⁴ In questo senso, Fitch parla di *pari passu* con tutto il debito regionale non garantito.

²⁵ Cfr. leggi 67-68 del 1993.

²⁶ Si pensi all'operazione perfezionata da Deutsche Bank in Campania per complessivi 400 milioni di euro.

MARKETING OPERATIVO E NUOVI PRODOTTI

c) Soluzione n.3Acquisto a titolo definitivo con regolamento immediato ma senza garanzia regionale

L'acquirente si assume il rischio derivante dai tempi incerti di pagamento delle ASL²⁷: assumendosi questo rischio, il cessionario applica un ribasso - anche consistente - sul valore nominale dei crediti, che poi viene scontato per i giorni che separano dalla data di presunto pagamento.

Come nella soluzione n.2, il cessionario deve valutare il rating della Regione, i tempi massimi di pagamento registrati negli ultimi anni, i bilanci delle singole ASL, nonché il Piano Sanitario Regionale.

Una volta stimata l'entità e la sostenibilità del rischio, il cessionario potrà decidere il prezzo d'acquisto (\leq valore nominale) e dello spread applicabile al successivo sconto.

La prassi di mercato mostra come i fornitori stiano orientandosi sempre più verso questa soluzione, che permette loro di eliminare immediatamente e definitivamente i crediti dal proprio attivo²⁸.

Tavola 16: Simulazione soluzione n.3

Valore nominale del credito	1 milione di euro
Rating della Regione	AA-
Tempi massimi di pagamento registrati negli ultimi 3 anni	330 giorni
Prezzo di acquisto	96
Giorni di sconto	365
Tasso di sconto composto	Euribor 3m + spread (es. 3,38%)
Netto Ricavo al fornitore	928.191 euro

• **Conclusioni**

Il sistema bancario offre oggi alle Regioni strumenti che consentono di arginare i crescenti deficit sanitari, riscadenziando nel tempo il pagamento di debiti anche di natura corrente.

Queste soluzioni permettono ai fornitori del SSN di monetizzare i propri crediti e ai sistemi sanitari regionali di limitare il costo dei ritardati pagamenti: sarebbe peraltro poco lungimirante pensare che l'emergenza finanziaria possa considerarsi superata attraverso strumenti più o meno "innovativi".

Il sistema sanitario italiano presenta tendenze strutturali sempre meno favorevoli e necessita - insieme al comparto pensionistico e alla finanza degli enti territoriali - di interventi correttivi finalizzati a ridurre squilibri e inefficienze.

È questa la sfida che Governo e Regioni, congiuntamente, dovranno affrontare nei prossimi mesi.

²⁷ L'incertezza sui tempi di pagamento potrebbe spingere il cessionario ad intraprendere azioni legali per il recupero del credito acquistato.

²⁸ Nel pieno rispetto dei nuovi principi contabili IAS.