

Presentazione del RAPPORTO SULLA FINANZA TERRITORIALE 2021

10/12/21

Regioni e territori, dall'emergenza sanitaria al PNRR



La gestione multilivello dell'emergenza sanitaria CoV-19

Patrizia Lattarulo - IRPET

Indice

1. Premessa. Salute bene comune VS l'impatto asimmetrico della pandemia

- Decentramento e pandemia

2. Le regioni di fronte all'emergenza CoV-19, responsabilità e interventi di contrasto alla pandemia

- Organici
- Terapie intensive
- Sanità territoriale
- Acquisti sanitari

3. Legge di bilancio e i finanziamenti alla sanità

- La legge di bilancio
- La riforma dell'Irap

Conclusioni. Sanità bene comune, PNRR e sostenibilità della spesa

La sostenibilità finanziaria della nuova domanda di tutela

**1. Premessa. Salute bene comune VS l'impatto
asimmetrico della pandemia**

Durante la pandemia si sono contrapposte due forze
opposte: all'accentramento e al decentramento

La gravità e l'universalità della pandemia hanno portato a sottolineare la salute dell'intera popolazione come "bene comune" o "bene pubblico globale"

La **Pandemia** ha evidenziato che =>

- esternalità negative provocate dalla malattia sono universali
- esternalità (positive e negative) dovute alle politiche sanitarie adottate da un territorio si ripercuotono sugli altri



Tutti i territori, indipendentemente dal loro livello di ricchezza, hanno interesse a che le politiche di contenimento di una epidemia siano efficienti ovunque per ridurre il più possibile l'operare degli effetti esterni negativi. Migliorare l'efficienza delle politiche dei territori più arretrati

- aumenta il benessere dei residenti di quei territori (effetto diretto)
- aumenta il benessere di tutta la popolazione (effetto indiretto)

L'impatto asimmetrico della pandemia ha spinto a politiche mirate alle criticità del contesto locale, secondo i principi del decentramento

Pandemia ha colpito in modo asimmetrico i territori sia per quanto riguarda le tempistiche dei contagi che il grado di severità dell'epidemia (OECD 2021)
⇒ politiche diverse non solo a seconda dei vari Paesi ma anche all'interno degli stessi a seconda delle varie regioni



Decentramento vs Accentramento in risposta agli shock esogeni

Dalla crisi finanziaria del 2008-2009, emerge in letteratura la visione per cui lo stato centralizzato è più efficiente nella gestione delle crisi

Accentramento:
Rapidità e tempestività dell'azione

Decentramento:
Interventi commisurati alla criticità
dell'emergenza sanitaria

A condizione che i sistemi organizzativi multilivello si basino su regole di comunicazione e coordinamento chiare e condivise

Una ampia letteratura sviluppatasi in epoca Covid ha evidenziato che i modelli di governance non si sono dimostrati più o meno efficaci in base alla definizione di sistemi accentrati/decentrati o di stati centralizzati/stati federali, ovvero sulla base del modello di governo formale assunto, siano essi disegnati su una mappa istituzionale accentrata o meno, ma piuttosto siano fondati su modelli virtuosi di capacità di dialogo e chiare regole di coordinamento.

Rafforzare la cooperazione e il coordinamento istituzionale, consente di:

- internalizzare le esternalità e ridurre eventuali comportamenti opportunistici (free-riding)
- condividere informazioni a livello orizzontale e verticale e ridurre le inefficienze dovute alla presenza di asimmetrie informative (ad esempio, sulla diffusione dei contagi, sull'efficacia delle diverse politiche sanitarie, ecc.)
- ridurre costi di transazione/coordinamento che rendono meno efficienti le politiche pubbliche

“Le regioni si sono presentate diversamente preparate al CoV-19”

Nello stesso tempo le regioni si sono presentate con diversi livelli di preparazione di fronte alla pandemia per **addetti, posti letto in terapia intensiva, medicina territoriale**, comportando una diversa capacità di gestione della crisi sanitaria
Tra le possibili cause dei diversi livelli dei servizi:

Diversa capacità di offerta di servizi a parità di costo

Modelli organizzativi nell'offerta di servizi

Misure di rigore finanziario, in assenza:

definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sul territorio

applicazione dei fabbisogni standard

2. Le regioni di fronte all'emergenza CoV-19, responsabilità e interventi di contrasto alla pandemia

Le regioni si sono presentate con diversi livelli di preparazione di fronte alla pandemia.

La gestione degli interventi durante la pandemia non ha visto l'applicazione di un unico modello di rapporti centro-periferia, ma questi si sono modificati sia nel tempo, che per funzione, che per regione.

Le risorse hanno dovuto compensare i ritardi accumulati durante il passato decennio

L'emergenza pandemica ha costretto a intervenire sulle lacune dell'offerta

Organico

Vengono concessi spazi assunzionali a tempo determinato e ind. e si va verso un rafforzamento strutturale degli organici e dei percorsi di formazione

Medicina territoriale

Importante alternativa all'ospedalizzazione
Presente solo in alcune regioni

Posti letto Terapia Intensiva

Ulteriore ampliamento delle terapie intensive

Acquisti sanitari

Attivazione delle regioni nell'affrontare l'emergenza

Vaccinazioni

Campagna vaccinale = bene comune (approvvigionamento e distribuzione EU)

In una prima fase si è delegata alle regioni la responsabilità di identificare i gruppi prioritari, con scarsa efficacia.

Un più efficace coordinamento ha portato ad una più efficace gestione della vaccinazione

La gestione regionale ha innescato effetto benchmark tra regioni (tra i principali contributi all'efficienza del decentramento riportato in letteratura)

Pur attraverso Strutture organizzative diverse di somministrazione vaccinale nelle regioni (farmacie, medici di base, hub)

Le politiche per il personale prima del Covid

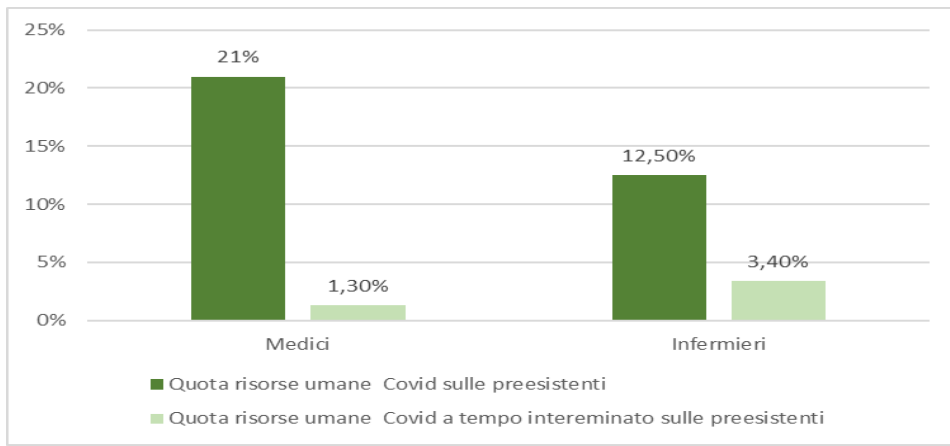
- Dal 2009 al 2018 si è verificata una significativa contrazione del personale sanitario: **-44mila posti** (personale medico, infermieristico e amministrativo), che si è concentrato soprattutto nelle regioni sottoposte a piano di rientro, mentre i tetti di spesa hanno comunque compresso l'azione di tutte le regioni -> disparità territoriali nella dotazione organica
- Spazi per nuove assunzioni erano già inseriti nella L. bilancio 2019. Alcune regioni avevano avviato le procedure di assunzione.
- La gestione delle specializzazioni medico infermieristiche era già oggetto di richiesta di maggiore autonomia da parte delle regioni; all'interno del processo di decentramento asimmetrico

Le politiche per il personale in epoca Covid

- Stanziamento di risorse da parte del governo per assunzioni a tempo **determinato**, ripartite tra regioni, sulla base dei fabbisogni rideterminati a seguito dell'emergenza;
- Sospensione dei tetti di spesa per assunzioni a **tempo indeterminato**, attraverso stabilizzazione, scorrimento graduatorie, concorsi
- Possibilità di reclutamento attraverso incarichi di lavoro autonomo anche a specializzandi e operatori in quiescenza.

Nuove assunzioni in Italia durante la pandemia

(fino ad Aprile 2021)



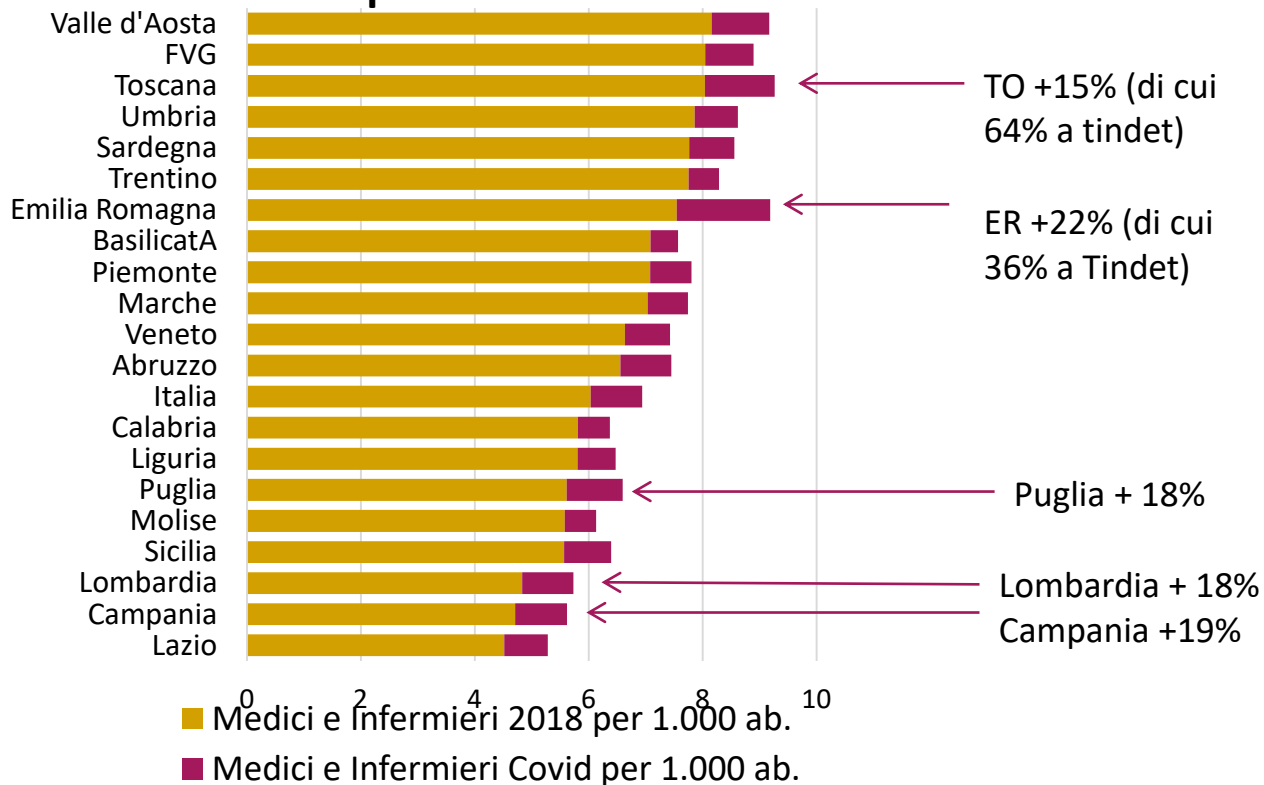
Covid: +21,4mila medici e +32mila infermieri (+21% e +12,5% sull'organico 2018)

Lbilancio 2022

- prevede la stabilizzazione di circa 33mila operatori, assunti precedentemente a tempo determinato
- ulteriori 650 milioni per l'assunzione di 3.000 medici e 12.000 infermieri

Disparità regionali e politiche per il personale in epoca Covid

Numero di medici e Infermieri – Valori per 1.000 abitanti

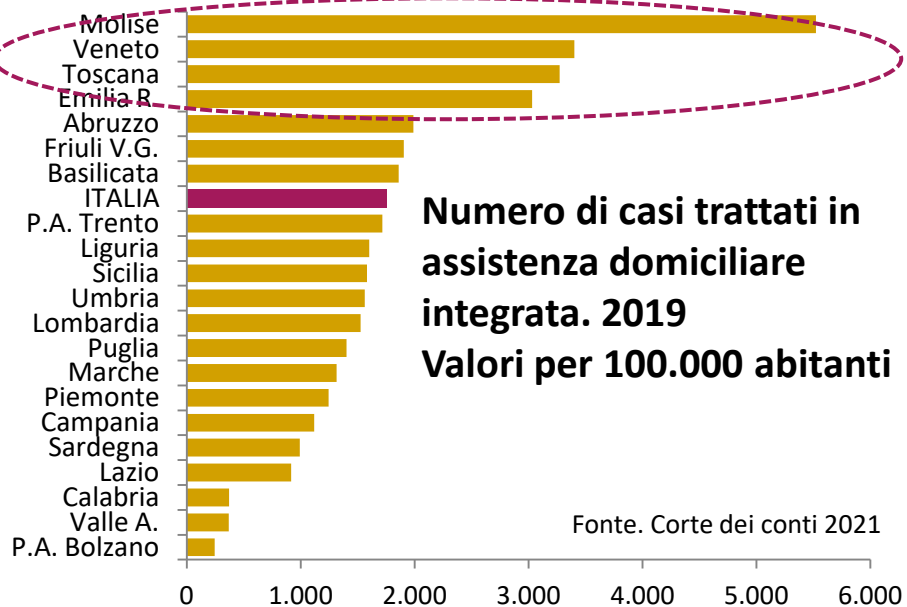


Sanità territoriale. Il sistema della continuità assistenziale territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria

Servizi territoriali:

- Ambulatori regionali, Case della salute, Ospedali di comunità;
- Per le non autosufficienze: Residenze sanitarie assistite (in larga parte private), strutture di riabilitazione, assistenza a domicilio;
- Medici e pediatri territoriali, medici di continuità assistenziale e di emergenza, infermieri del territorio.

Considerando il numero dei **casi trattati in assistenza domiciliare integrata**, questi sono raddoppiati negli ultimi 10 anni, ma concentrati in poche regioni.



Interventi Covid

- Previsioni dell'attivazione di +9.600 infermieri di comunità, di cui 11,6% effettivamente attivati
- Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) -> effettiva attivazione circa 50%

Riforma del *procurement* sanitario, la centralizzazione degli acquisti

Consip centrale di acquisto nazionale della pubblica amministrazione

Tavolo dei soggetti aggregatori come un nuovo sistema per l'aggregazione degli acquisti a livello regionale, attraverso la stipula di accordi quadro ai quali gli enti possono aderire

anche avvalendosi di centrali di acquisto anche esterne alle strutture amministrative regionali

Toscana
Regione soggetto aggregatore si avvale di ESTAR ente del Servizio Sanitario Regionale

Veneto
dove la centrale di acquisto è un ente del SSR (Azienda Zero)

Lombardia
il soggetto aggregatore e la centrale di acquisto in sanità sono società in-house o partecipate

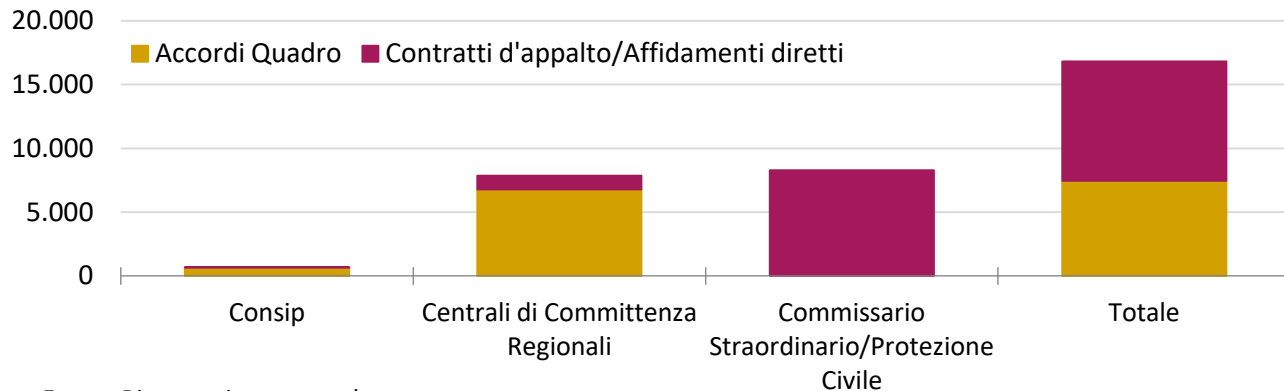
Lazio
Direzione Regionale Centrale Acquisti

Emilia
dove la centrale di acquisto è una agenzia regionale, anche sogg. aggregatore (Intercent-ER)

Gli acquisti sanitari durante il Covid-19 , il concorso delle regioni

Nel periodo che intercorre tra Febbraio 2020 e Agosto 2021, sono state avviate circa **17.000 procedure Covid**, per un importo di circa **23 miliardi di euro.**, pari ad **un quarto dell'importo** totale delle procedure avviate nel Paese (**246 euro pro-capite**).

Importo (Milioni di euro) delle procedure Covid di forniture sanitarie per tipologia di stazione appaltante e contrattuale. Febbraio 2020-Luglio 2021.



A Consip è subentrato il commissario straordinario attraverso affidamenti diretti

Fonte: Ricostruzione testuale

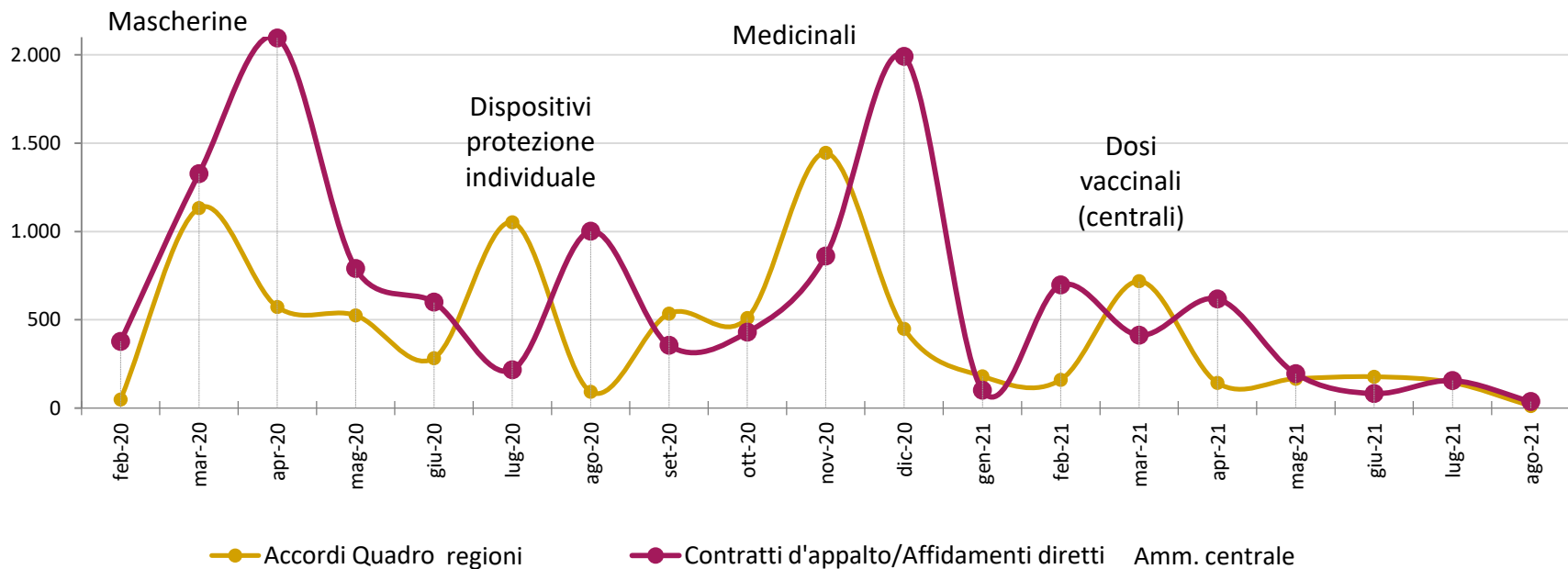
Veneto e Lombardia da sole hanno avviato il **51%** dell'importo complessivo.

Circa **l'80%** dell'importo complessivo di queste procedure è stato avviato da sole 6 regioni:

Veneto, Lombardia, Toscana, Piemonte, Lazio e Liguria.

Acquisti sanitari per mese

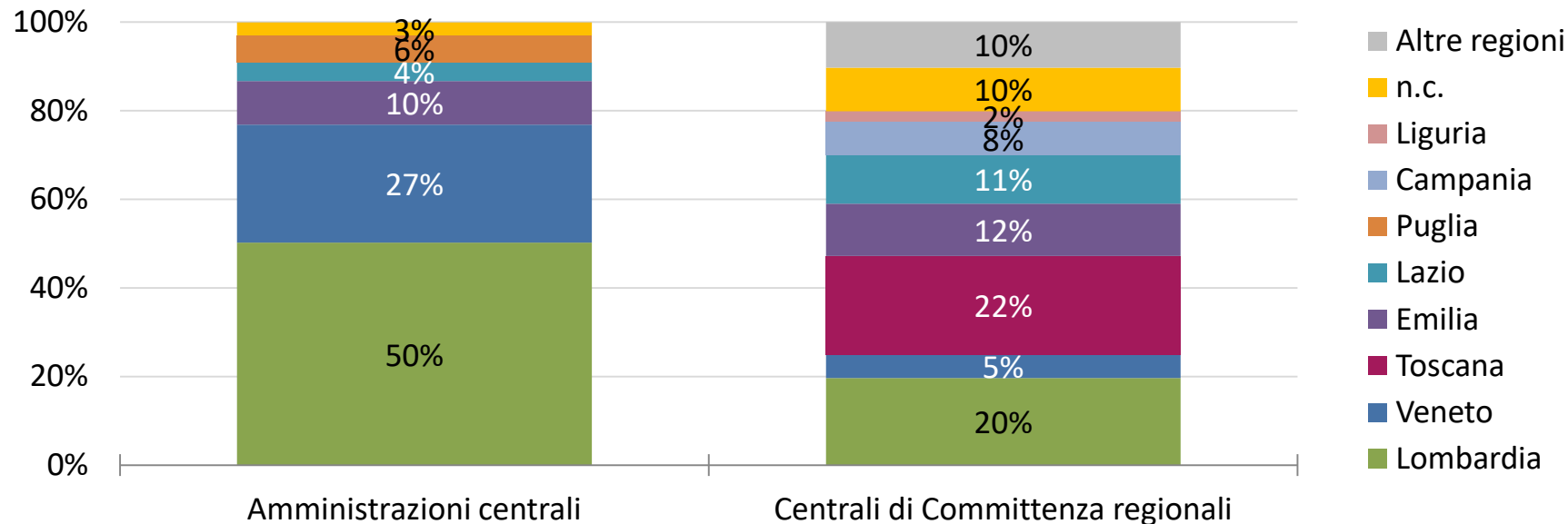
Importo (Milioni di euro) delle procedure Covid di forniture sanitarie per mese di pubblicazione del bando e modalità di realizzazione. Febbraio 2020-Agosto 2021



Le centrali di committenza (l'organizzazione ordinaria) regionali si sono attivate in modo tempestivo attraverso le modalità ordinarie degli Accordi quadro.

Acquisti sanitari e sistema produttivo

Quota-Importo delle procedure Covid (escluse adesioni ad accordi quadro) di forniture sanitarie per tipologia di stazione appaltante e regione di provenienza dell'impresa aggiudicataria. Febbraio 2020-Luglio 2021



- Quanto si è creata concorrenza con acquisti centralizzati (agendo sulle stesse imprese?)
- Quanto ci si è rivolti alle imprese del proprio territorio?

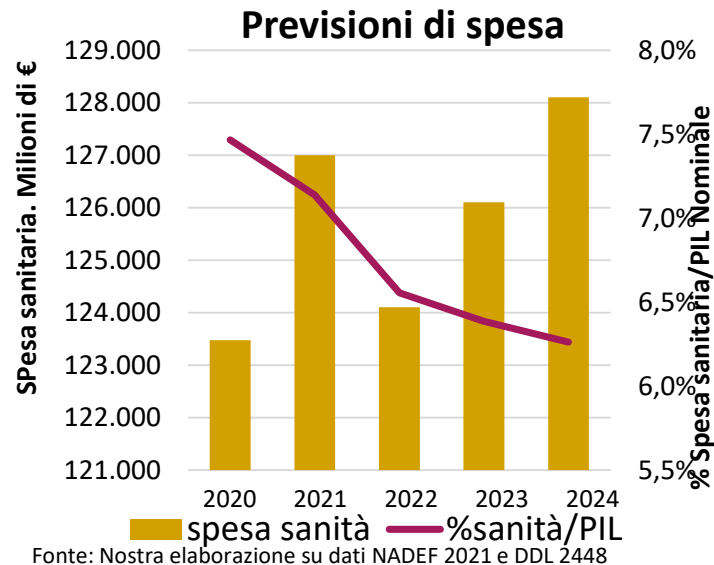
Quello che è possibile osservare è che attraverso le regioni si è attivato un diffuso coinvolgimento delle realtà economiche territoriali (* su un numero parziale di oss)

3. La legge di bilancio e il finanziamento della sanità

- L di bilancio sembra continuare a investire sulla sanità pubblica, in discontinuità con il passato.
- Ma la riforma dell'Irap indebolirà il sistema di finanziamento della sanità

DDL 2448 – Bilancio di previsione dello Stato per il 2022

- **Incremento del fondo nazionale.** Il livello di finanziamento del SSN viene incrementato di 2 miliardi annui nel prossimo triennio, attestandosi a 124,1 miliardi nel 2022, 126,1 miliardi nel 2023 e 128,1 miliardi nel 2024.
- Risorse per i **vaccini**
- Viene finanziata la **formazione specialistica dei medici**, aumentando il numero dei posti sino a circa 12.000
- Finanziamenti specifici per **l'abbattimento delle liste d'attesa (500 milioni nel 2022)**
- **Potenziamento della ricerca** e la riconversione industriale del settore biofarmaceutico
- Proroga dei rapporti di **lavoro flessibile**
- **Indennità di pronto soccorso** per dirigenza medica (27 milioni) e personale di comparto (63 milioni)
- Innalzamento tetti di **spesa del Fondo sanitario regionale per il personale** 10% (anzichè 5%) fino a 15% in casi straordinari
- **Assistenza territoriale**, assunzioni anche in deroga ai vincoli, per consentirne l'attuazione



PNRR 20,2 mld in sanità su 5 anni, +3,5% annui

- digitalizzazione
- sanità territoriale
- borse per specializzandi
- Non autosufficienza attraverso i comuni

L.Bilancio per il 2022, il taglio dell'Irap

In attesa della riforma fiscale annunciata, la L. di Bilancio per il 2022 prospetta la riduzione del cuneo fiscale per 8 mld di cui **1 mld** potrebbe essere destinato al taglio dell'Irap (sui 24mld totali 2019, di cui 13,7 mld Irap standard esclusa PA), agevolando le imprese senza personalità giuridica e i professionisti.

Platea dei potenziali beneficiari

Anno d'imposta 2018 dichiarazioni 2019

Persone fisiche che pagano Irap 992.588 (su 3600 partite Iva e 1,6 ml di imprenditori individuali)

Gettito totale 1,3 mld

Gettito medio 1.359

Intervento che non copre le risorse necessarie, di modeste dimensioni e in continuità con il passato (considerando i vantaggi fiscali già riconosciuti alla categoria) e con le proposte di riforma verso l'Ires.
Con quale copertura?

Natura dell'Irap e perché riformarla

- Nel dibattito attualmente in corso sulla semplificazione in ambito fiscale molta attenzione viene dedicata a proposte di soppressione dell'Irap.
- L'Europa ha spesso sollecitato iniziative di riordino e semplificazione fiscale basate sull'alleggerimento del costo del lavoro e sui redditi, a favore di prelievi sui consumi e sul patrimonio, tanto è che tale indirizzo viene ribadito anche all'interno del PNRR (Piano nazionale ripresa e resilienza).
- Imposta che è stata più volte oggetto di ripensamenti e revisioni che, di fatto, ne hanno depotenziato la portata.
- Uno degli interventi normativi di maggiore portata è stato attuato con la legge di stabilità 2015 (Legge n. 190/2014) che, a decorrere dall'anno d'imposta 2015, ha reso interamente deducibile dalla base imponibile Irap il costo per il personale dipendente assunto a tempo indeterminato.

Tra le diverse ipotesi proposte, una delle più dibattute in questi giorni riguarda il recupero del gettito Irap attraverso un maggior prelievo Ires.

Ipotesi di sostituzione con l'Ires

L'ipotesi oggi più accreditata riguarda la sostituzione del prelievo Irap con Ires. Entrambi i prelievi hanno come soggetto passivo l'impresa, ma non le stesse imprese e non la stessa base imponibile.

Irap

Sogg. passivi: Attività di produzione e di scambio di beni

Ires

Sogg. passivi: Imprese con personalità giuridica

DATI RIASSUNTIVI IRAP STANDARD AL NETTO DELLA PA E IRES Dichiarazioni presentate nel 2019 (anno di imposta 2018)

	IRAP	IRES
Gettito totale (.000 euro)	24,4 mld	33.6mld
Numero contribuenti che pagano l'imposta	2.208.091	733.709
Prelievo medio totale (euro)	6.205	45.759

Chi ci guadagna chi ci perde, le imprese

Dei 13,7 miliardi di Irap standard senza PA, 10,9 sono comunque pagati dai soggetti passivi Ires, e per loro si tratterebbe prevalentemente di un trasferimento di imposta; rimarrebbe quindi da finanziare la parte residua pari a **2,8 miliardi**

MINORE /MAGGIOR PRELIEVO PER CONTRIBUENTE 2018

	Non pagheranno l'IRAP (imprese non soc. capitale)	Pagheranno l'Ires rimodulata (imprese soc. di cap e altri sogg passivi Ires)
Numero di imprese	1.510.612	733.709
Maggiore /minor prelievo a seguito accorpamento	-1.831	*(calcolata a partire da 2,8mld) +2.995 *

Il trasferimento da Irap a Ires graverebbe sulle società di capitali agevolando le persone fisiche e le società di persone e non modificherebbe sensibilmente i settori economici colpiti.
Per mantenere la parità di gettito l'aliquota implicita Ires passerebbe da 24% a 34%.

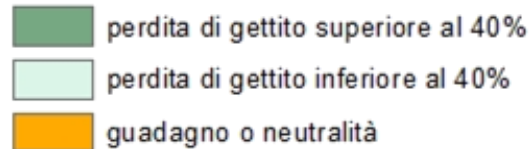
CHI ci guadagna e CHI ci perde, i territori

PERDITA (-) O GUADAGNO(+) DI GETTITO NEL PASSAGGIO DA IRAP STANDARD (SENZA PA) A MAGGIORE IRES

Variazioni percentuali della perdita /guadagno rispetto al gettito Irap
Dichiarazioni presentate nel 2019 (anno di imposta 2018)



Importo 13,7 mld di Irap (standard al netto PA) di minore Irap e maggiore Ires



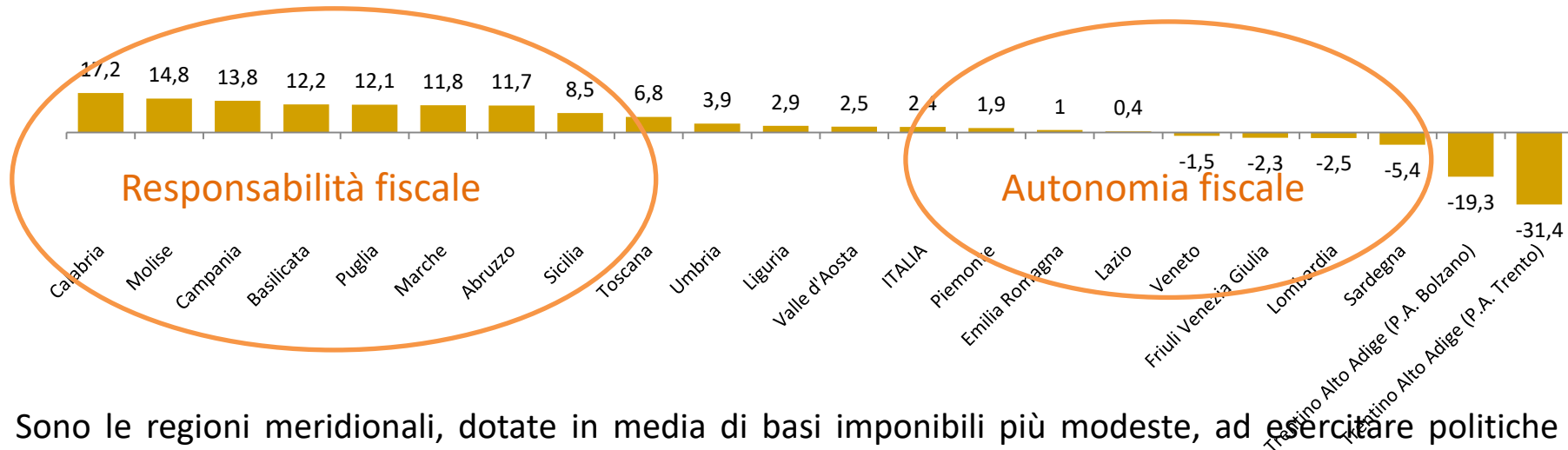
Tutte e due le fiscalità hanno una distribuzione concentrata territorialmente nelle aree economicamente più avanzate del paese o più popolate o dove risiedono le sedi fiscali delle imprese, in particolare Lombardia e Lazio. Ma l'Ires accentua tale concentrazione territoriale rispetto all'Irap, che per la natura della base imponibile è distribuita in modo più omogeneo sul territorio nazionale.

Il passaggio all'Ires comporta maggiori trasferimenti orizzontali e fondi di riequilibrio

Chi ci guadagna e chi ci perde. Federalismo, responsabilità fiscale e autonomia

L'Irap contribuisce per il 19% del SSN. Nonostante l'architettura istituzionale decentrata del nostro paese, gli spazi di effettiva autonomia fiscale locale sono in generale molto contenuti e scarsamente utilizzati. Riguardano esenzioni di specifiche categorie e marginali interventi sulle aliquote.

EXTRAGETTITO IRAP. ELABORAZIONI SU DATI MEF. Dichiarazioni presentate nel 2019 (anno di imposta 2018).
ORDINAMENTO. Valori %



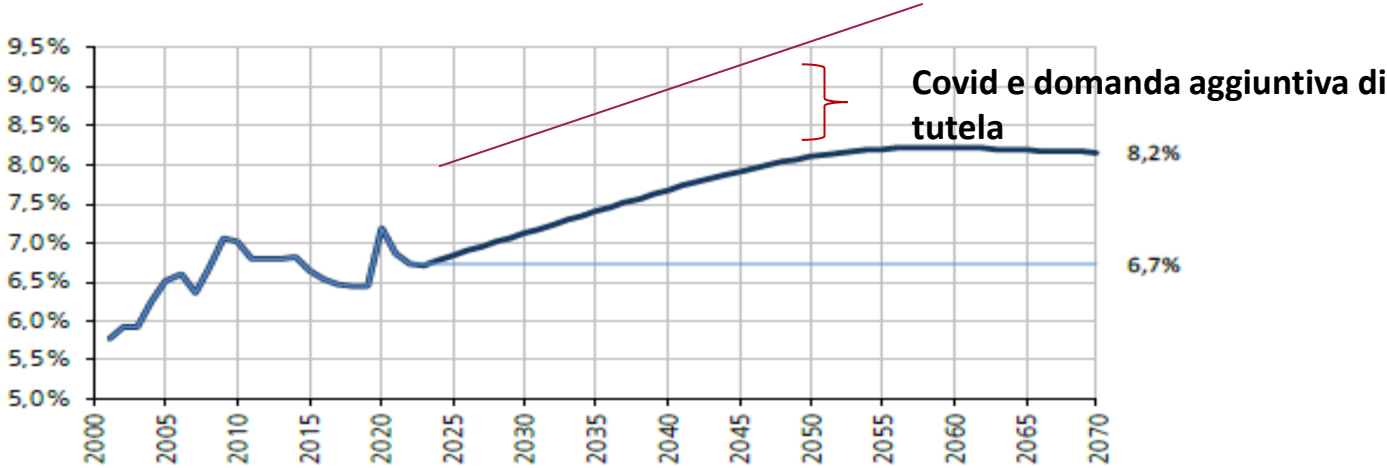
Sono le regioni meridionali, dotate in media di basi imponibili più modeste, ad esercitare politiche fiscali in maggioranza riconducibili all'obbligo di portare le aliquote ai livelli massimi per le regioni in piano di rientro sanitario -> **responsabilizzazione fiscale**. Solo poche regioni risentiranno di una perdita di **autonomia** fiscale.

**Conclusioni. Sanità bene comune, PNRR e sostenibilità
della spesa**

La sostenibilità finanziaria della nuova domanda

Conclusioni. La sostenibilità finanziaria della sanità “bene pubblico globale”

Spesa sanitaria pubblica e CPS – Scenario nazionale base Metodologia del pure ageing scenario



Fonte: RGS 2021, p. 98

L'adozione del principio di “sanità bene comune” comporta la necessità di rispondere ad una domanda aggiuntiva “di tutela” (maggiore tolleranza di spazi di inefficienza?)

Presentazione del RAPPORTO SULLA FINANZA TERRITORIALE 2021

10/12/21

Regioni e territori, dall'emergenza sanitaria al PNRR



La gestione multilivello dell'emergenza sanitaria CoV-19

Patrizia Lattarulo - IRPET