



La Sapienza

Università degli Studi di Roma

Manuela Pellico

**IL FEDERALISMO SANITARIO IN ITALIA:
SOSTENIBILITA' FINANZIARIA E POLITICHE
DI PEREQUAZIONE**

**Dottorato di ricerca in analisi matematica, economica
e statistica dei fenomeni sociali**

XIX ciclo

Indice

Introduzione

1 Federalismo e sistema sanitario. Alcune esperienze internazionali

- 1.1 Introduzione
- 1.2 Multi-level governance del sistema sanitario negli Stati Uniti
- 1.3 Dieci sistemi e cinque principi fondamentali. Il sistema sanitario in Canada
- 1.4 Una riforma pro-concorrenziale riuscita. Il sistema sanitario in Svizzera
- 1.5 Federalismo e centralismo nel sistema sanitario tedesco

2 Caratteristiche strutturali della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie nelle regioni italiane

- 2.1 Introduzione
- 2.2 L'eterogeneità nella domanda regionale di prestazioni
- 2.3 L'eterogeneità delle reti di offerta regionale di servizi sanitari
- 2.4 Conclusioni

3 L'organizzazione del sistema sanitario italiano prima della riforma del titolo V

- 3.1 Il finanziamento del Ssn prima del 1992
- 3.2 La riforma del 1992
- 3.3 La riforma *ter*
- 3.4 Conclusioni

4 La transizione imperfetta al federalismo sanitario

- 4.1 Introduzione
- 4.2 Il decreto legislativo 56/2000
- 4.3 Dal patto interno di stabilità dell'8 agosto 2001 al decreto 'taglia-spesa'
- 4.4 La riforma del Titolo V
- 4.5 L'impatto finanziario della riforma costituzionale
- 4.6 La sospensione del decreto 56/2000
- 4.7 Conclusioni

5 Uno scenario di analisi della sostenibilità del federalismo sanitario

- 5.1 Metodologia e data set
- 5.2 La previsione del Pil
- 5.3 La previsione del fabbisogno sanitario regionale
- 5.4 La previsione delle entrate regionali
- 5.5 Risultati e commento

Conclusioni

Appendice 1 La previsione del Pil e della domanda finale

- A Ripartizione settoriale della forza lavoro
- B Ripartizione settoriale del valore aggiunto
- C Consumi finali e investimenti lordi
- D Previsione delle importazioni nette, dei consumi finali e delle imposte indirette nette

Appendice 2 La previsione delle entrate regionali

- A Previsione del gettito Irap
- B Determinazione dell'addizionale Irpef
- C Entrate proprie delle Asl
- D Tasse automobilistiche

Bibliografia

Introduzione

1 – Fino alla fine degli anni Settanta il tema del federalismo rivestiva un'importanza marginale nel dibattito costituzionale ed economico.

L'argomento ha acquisito centralità soltanto quando, in molti paesi, hanno iniziato a manifestarsi tendenze centrifughe, forse sotto l'impulso della nascente globalizzazione [Tanzi 2000]¹. Il decentramento di competenze, che ha caratterizzato gli anni ottanta e novanta in molti paesi avanzati, ha avuto profonde implicazioni per l'economia del settore pubblico, determinando un mutamento strutturale delle relazioni fiscali tra livelli di governo e impatti rilevanti sotto il profilo dell'efficienza della pubblica amministrazione.

Secondo Joumard e Kongsrud (2003)² “il decentramento rende i governi più responsabili e consente di pervenire ad un migliore allineamento tra risorse e preferenze espresse dai cittadini. Può anche innescare una maggiore competizione tra enti locali e quindi incrementare l'efficienza del settore pubblico”.

Esiste pertanto un aspetto legato all'efficienza allocativa ed un altro relativo all'efficienza dell'azione amministrativa. L'analisi dei due aspetti deve svolgersi su piani distinti. Infatti in letteratura vi è esteso accordo sul fatto che la struttura delle relazioni fiscali tra livelli di governo influenzi l'efficienza allocativa indipendentemente dall'organizzazione costituzionale statale, ma in presenza di un processo di devoluzione i nuovi assetti fiscali hanno impatti significativi per l'efficienza del settore pubblico.

¹ Tanzi V., “On fiscal federalism: Issues to worry about”, *International Monetary Fund, Conference on fiscal decentralization, Washington, 20-21 novembre 2000*.

² Joumard I., Kongsrud P.M., “Fiscal relations across government levels”, *Oecd Economic Studies*, N. 3, Paris, 2001.

2 – L'economia pubblica individua due vantaggi nel federalismo fiscale. Il primo vantaggio, il decentramento di competenze, di carattere informativo, è legato al fatto che gli enti locali possono individuare con maggiore accuratezza i bisogni specifici della comunità da loro amministrata e quindi fornire adeguate risposte di politica sociale. È questo uno dei motivi per cui in molti Stati a struttura unitaria il Sistema sanitario nazionale è articolato su base regionale e l'erogazione dei servizi di assistenza è di competenza degli enti locali. L'eventuale incremento nell'efficienza allocativa deriverebbe pertanto da una maggiore rispondenza degli interventi ai bisogni effettivi delle diverse comunità locali.

Il secondo vantaggio consiste nell'introduzione di un principio di responsabilità degli enti decentrati – ai quali è affidata la fornitura di servizi sanitari ed assistenziali – per il reperimento delle risorse necessarie a finanziare le prestazioni. Infatti uno dei problemi che, soprattutto in Italia, ha determinato crescenti difficoltà per il sistema di protezione sociale è l'aumento dei costi imputabile alla mancata identificazione in capo allo stesso soggetto della capacità di spesa, da un lato, e della responsabilità per il reperimento delle risorse finanziarie dall'altro. In sintesi quindi il federalismo contribuirebbe all'incremento dell'efficienza interna e alla riduzione dei costi, grazie alla fissazione di un vincolo di bilancio autonomo per i soggetti decentrati.

La segmentazione delle competenze, tuttavia, non mette al riparo il sistema da eventuali rischi. Primo fra tutti un aumento locale della domanda di prestazioni. In questo caso l'ammontare del finanziamento *pro capite* (in forma di prelievo fiscale o di contributi specifici) per la copertura delle prestazioni socio-assistenziali risulterebbe maggiore e più variabile rispetto al caso in cui i rischi sono ripartiti tra un più ampio numero di contribuenti. Il pericolo è quello di

assistere ad una crescente polarizzazione tra sistemi locali in grado di garantire un'estesa copertura assistenziale e sistemi costretti a diminuirne l'estensione.

3 – Parallelamente, vi è una serie di questioni, di nuovo indipendenti dall'assetto costituzionale, che influenzano l'attribuzione di responsabilità di spesa ai livelli inferiori di governo. Si è detto in precedenza che il decentramento della fornitura di beni pubblici potrebbe aumentare l'efficienza allocativa e quella dell'azione amministrativa. Tuttavia affinché si inneschi tale circolo virtuoso devono verificarsi alcune condizioni, quali l'assenza di significative economie di scala (che potrebbero scomparire con il passaggio da una fornitura centralizzata ad una decentrata delle prestazioni) o di effetti di *spill over*. Da un punto di vista microeconomico, pertanto, soltanto le prestazioni la cui fornitura a livello locale non ha effetti rilevanti sulla *performance* economica delle comunità confinanti dovrebbero essere soggette a decentramento. In caso contrario, infatti, l'ente locale potrebbe essere spinto a contenere l'offerta delle prestazioni dal cui godimento non possono essere esclusi i residenti in altre comunità.

Allo stesso tempo, molte prestazioni dello Stato sociale che hanno rilevanti impatti redistributivi sono erogate dalle autorità locali, sebbene nella teoria economica vi sia accordo unanime sul fatto che si tratta di prestazioni di stretta competenza dell'autorità centrale. È il caso ad esempio dell'istruzione, dell'assistenza sanitaria e della previdenza, che rappresentano la frazione più rilevante della spesa locale in molti paesi Oecd.

Parlando di decentramento fiscale, quindi, l'analisi sommariamente svolta in precedenza parte dall'identificazione di quelle funzioni del governo centrale che possono essere trasferite ai livelli inferiori di governo. Ma, nota Tanzi

[2000 *cit.*], “generalmente non si considera che molte attività trasferite ai livelli inferiori di governo attraverso il decentramento fiscale potrebbero essere trasferite [anche] al settore privato dell’economia. Quindi, con riferimento ad alcune prestazioni, la privatizzazione rappresenta un’alternativa al decentramento”. È pertanto possibile affermare che quanto più “leggero” è il ruolo dello Stato, tanto meno vi è esigenza di decentramento.

Tuttavia la distinzione tra funzioni suscettibili di essere decentrate e funzioni per le quali la privatizzazione potrebbe rivelarsi la soluzione ottimale può non essere immediata e implicare un’approfondita valutazione costi/benefici.

In ultimo, vi sono ulteriori aspetti che riguardano la frammentazione del mercato nazionale. Nei paesi in cui la liberalizzazione dei mercati è meno avanzata, gli enti locali possono introdurre norme che potrebbero condurre ad una frammentazione *de facto* del mercato nazionale [Tanzi *cit.*]. L’eterogeneità delle norme locali e delle aliquote fiscali, in particolare, influenza l’allocazione dei fattori produttivi, per cui il federalismo fiscale potrebbe rappresentare un ostacolo alla liberalizzazione del mercato.

4 – Obiettivo della presente ricerca è valutare l’impatto del federalismo per il finanziamento del sistema sanitario nel prossimo decennio. Nel primo capitolo, dopo aver confrontato gli andamenti dei paesi sviluppati, si analizzano alcuni dei presupposti teorici che giustificano l’equazione che lega il federalismo fiscale al perseguimento di una maggiore efficienza nella produzione di beni pubblici e, in ultimo, si esaminano le caratteristiche dei sistemi sanitari dei principali paesi a struttura federale. Nel secondo capitolo sarà svolta una breve analisi delle caratteristiche strutturali della domanda e dell’offerta di prestazioni sanitarie in Italia. Il motivo per cui appare importante svolgere questa riflessione

preliminare è che le regioni italiane sono caratterizzate da una forte eterogeneità, sia per quanto riguarda la domanda di prestazioni sanitarie, sia per quel che concerne la loro fornitura da parte delle reti di offerta. L'impressione infatti è che le peculiarità tipiche delle regioni italiane non siano state motivo di riflessione circa l'impatto dell'introduzione del federalismo sanitario. Nel terzo capitolo è ricostruita per sommi capi la convulsa evoluzione normativa che ha determinato il passaggio dall'istituzione del servizio sanitario nazionale nel 1978 alla riforma del 1992 e a quella del 1999. Nel quarto capitolo si affrontano le principali tematiche relative alla riforma del titolo V della Costituzione, con particolare riferimento alla sospensione dell'applicazione del d. lgs. 56 del 2000, a causa dei ricorsi presentati da alcune regioni italiane. Nell'ultimo capitolo sono presentati i principali risultati di un esercizio di simulazione dell'impatto della riforma federalista per il finanziamento dei sistemi sanitari regionali.

1 *Federalismo e sistema sanitario. Alcune esperienze internazionali*

1.1 *Introduzione*

1 – Non esistono relazioni univoche che legano federalismo e modello di *welfare state*. I risultati di una ricerca pubblicata nel 2001 dal CER³ confrontando i modelli di fiscalità di otto paesi – di cui tre a struttura federale (USA, Canada, Germania) e cinque a struttura unitaria (Italia, Francia, Regno Unito, Spagna e Svezia) – mostravano come la dimensione dell'intervento pubblico dipenda in larga parte dall'evoluzione storica e politica e dalle caratteristiche socio-economiche proprie di ciascun paese.

Ai due estremi dello spettro la Svezia e gli Stati Uniti, con livelli di spesa pubblica che si attestavano, nel 1996, rispettivamente al 65 e al 35 per cento del Pil. Tra gli altri paesi industrializzati appartenenti all'Oecd, la spesa pubblica in rapporto al Pil di Francia e Italia era pari rispettivamente al 56 e al 54 per cento, mentre quella del Canada, della Germania, del Regno Unito e della Spagna non superava il 50 per cento.

Estese differenze sussistono anche sul versante della pressione fiscale. Nuovamente la Svezia (con una pressione fiscale del 62 per cento rispetto al Pil) e gli Stati Uniti (32 per cento) si collocavano ai due estremi, mentre il Canada e gli altri paesi europei si muovevano in un *range* compreso tra il 38 per cento del Regno Unito e il 48 per cento della Francia.

Nella Tab. 1.1 si riporta la graduatoria dei paesi rispetto alla ripartizione della spesa per prestazioni sociali, distinta per livelli di governo. Con riferimento alla spesa della Pubblica amministrazione, al primo posto figura la Svezia, la cui

³ X Rapporto CER-SPI, *Sulla strada del federalismo – Rischi e opportunità per il sistema del welfare*, EDIESSE, Roma 2001

spesa per prestazioni sociali ammontava nel 1996 al 23,8 per cento del Pil, seguita da due paesi a struttura unitaria quali la Francia (23,6 per cento) e l'Italia (19,4 per cento), dalla Germania (19,3 per cento), dalla Spagna (17,2 per cento), dagli Stati Uniti (12,9 per cento) e dal Canada (12,4 per cento). A grande distanza si collocava il Regno Unito, con un livello di spesa pari al 9,5 per cento del Pil, dovuto ad un valore particolarmente basso della spesa per la previdenza, maggiormente orientata verso piani previdenziali privati.

Tab. 1.1 – Spesa pubblica per prestazioni sociali in percentuale del Pil. Paesi Oecd 1996

	Pubblica amministrazione nel complesso	Rank	Governo centrale ed enti previdenziali	Rank	Enti locali	Rank
Svezia	23,80	1	20,80	2	3,00	2
Francia	23,60	2	23,00	1	0,60	7
Italia	19,40	3	17,20	3	2,20	6
Germania	19,30	4	16,60	5	2,70	4
Spagna	17,20	5	16,70	4	0,50	8
Stati Uniti	12,90	6	10,00	6	2,90	3
Canada	12,40	7	8,80	7	3,60	1
Regno Unito	9,50	8	7,20	8	2,30	5

Fonte: Ns elaborazioni su dati Oecd 1996

Con riferimento alla spesa per prestazioni sociali sostenuta dagli enti locali, i valori più elevati si registravano in Canada (3,6 per cento del prodotto), in Svezia (dove gli enti locali godono di un'estesa autonomia e la spesa ammonta al 3 per cento del Pil) e negli Stati Uniti (2,9 per cento); la Germania si collocava al quarto posto (2,7 per cento), il Regno Unito al quinto (2,3 per cento), l'Italia al sesto (2,2 per cento), seguiti a distanza dalla Francia (0,6 per cento) e dalla Spagna (0,5 per cento).

2 – Valutare il grado di decentramento fiscale ed effettuare confronti internazionali è un compito impegnativo per molte ragioni. L'autonomia fiscale, in primo luogo, è un concetto in cui assumono particolare rilevanza il livello e la composizione delle entrate, della spesa per prestazioni e dell'eventuale indebitamento, elementi che interagiscono tra loro e non risultano di agevole classificazione. Inoltre raramente si dispone di informazioni dettagliate, per cui si ricorre a indicatori derivati prevalentemente dagli aggregati economici di contabilità nazionale.

**Tab. 1.2 – Indicatori di decentramento fiscale
Paesi Oecd 1985-2001**

	Spese e personale degli enti locali				Entrate degli enti locali			
	Spesa degli enti locali (% della spesa statale totale)		Personale degli enti locali (% degli occupati totali nella P.A)		Entrate complessive degli enti locali (% delle entrate statali totali)		Entrate fiscali degli enti locali (% delle entrate fiscali totali)	
	1985	2001	1985	2001	1985	2001	1985	2001
Paesi federali								
Australia	...	...	76,7	83,3	...	...	18,6	17,2
Austria	28,4	28,5	62,6	62,3	24,6	21,4	23,8	18,9
Belgio	31,8	34,0	...	...	11,4	11,3	4,8	28,6
Canada	54,5	56,5	84,7	86,0	50,4	49,9	45,4	44,1
Germania	37,6	36,1	87,6	88,5	31,9	32,4	30,8	29,2
Messico	...	...	...	...	...	...	1,0	3,1
Svizzera	...	...	...	...	...	...	44,1	40,4
Stati Uniti	32,6	40,0	81,8	85,5	37,6	40,4	32,7	31,7
Paesi unitari								
Repubblica ceca	...	...	32,3	34,0	...	...	...	10,6
Danimarca	53,7	57,8	...	...	32,3	34,6	28,4	33,8
Finlandia	30,6	35,5	74,7	77,8	24,8	24,7	22,4	22,4
Francia	16,1	18,6	...	45,8	11,6	13,1	8,7	9,3
Grecia	4,0	5,0	...	87,8	3,7	3,7	1,3	1,0
Ungheria	...	...	65,5	65,1	...	...	...	5,5
Islanda	...	...	...	...	...	...	18,6	24,3
Irlanda	30,2	29,5	13,2	11,3	32,3	34,6	2,3	1,9
Italia	25,6	29,7	13,2	11,3	32,3	34,6	2,3	12,2
Giappone	46,0	40,7	...	...	26,8	26,0	26,0	25,9
Corea del sud	...	...	32,3	34,8	...	...	...	17,8
Lussemburgo	14,2	12,8	94,8	92,5	8,0	7,4	6,6	5,6
Paesi Bassi	32,6	34,2	27,5	25,6	11,4	11,1	2,4	3,5
Nuova Zelanda	...	...	12,2	9,5	...	...	6,5	5,6
Norvegia	34,6	38,8	...	...	22,5	20,3	17,7	16,3
Polonia	...	...	6,5	6,2	...	...	...	18,3
Portogallo	10,3	12,8	...	...	7,6	8,3	3,5	6,5
Repubblica slovacca	...	...	...	...	...	...	...	3,8
Spagna	25,0	32,2	47,1	63,6	17,0	20,3	11,2	16,5
Svezia	36,7	43,4	...	...	34,3	32,0	30,4	30,8
Turchia	...	...	84,2	85,5	...	...	10,2	13,1
Regno Unito	22,2	25,9	...	...	10,5	7,6	10,2	4,1
Media (non pesata)	29,8	32,2	55,2	57,0	21,5	21,9	16,4	17,8

Fonte: *Joumard e Kongsrud (2003)*

Con riferimento alla Tab. 1.2 appare evidente che il grado di decentramento dei paesi Oecd è ampiamente variabile. Inoltre, come già si è osservato in precedenza, la struttura costituzionale non influenza direttamente la quota di spese ed entrate di competenza dei livelli inferiori di governo che, in alcuni stati unitari, è superiore a quella di molti stati federali. Gli indicatori di finanza pubblica ad esempio mostrano che la Danimarca e la Svezia sono caratterizzate da un grado di decentramento fiscale superiore a quello del Messico e degli Stati Uniti. Infine, in tutti i paesi considerati la quota di spesa degli enti locali oltrepassa ampiamente la corrispondente quota di entrate, segnale dell'esistenza di schemi di trasferimento di risorse finanziarie dal governo centrale agli enti locali.

Dall'esame dei dati emergono due tendenze contrapposte. Dal lato della spesa, la quota di competenza degli enti locali è aumentata nella maggior parte dei paesi Oecd, a causa del decentramento di alcune funzioni dello stato sociale (sanità e istruzione in Italia e Spagna; politiche del mercato del lavoro in Canada), precedentemente di competenza del governo centrale. Dal lato delle entrate, viceversa, la quota di entrate complessive di competenza dei livelli inferiori di governo non è aumentata in maniera proporzionale a seguito del trasferimento di competenze, determinando un ingente *gap* finanziario. E in alcuni paesi, quali Francia e Germania, l'autonomia impositiva degli enti locali è addirittura diminuita. L'aumento del *gap* fiscale mette in discussione l'opinione, prevalente in letteratura, che il decentramento fiscale consente di promuovere l'efficienza – allocativa e gestionale – a condizione che i costi di fornitura dei beni pubblici siano finanziati dalle comunità locali che beneficiano delle prestazioni.

3 – Il federalismo fiscale non aumenta l'efficienza se il processo produttivo di prestazioni è caratterizzato da economie di scala. In tal caso il decentramento potrebbe dar luogo a inefficienze. Ciò è particolarmente vero per l'istruzione (il PISA-*Programme For International Student Assessment* dell'Oecd ha consentito di evidenziare come un rapporto studenti/docenti non elevato, caratteristico dei distretti in cui il bacino d'utenza è ristretto, determina, a parità di altre condizioni, un peggioramento degli *outcome* educativi) e la sanità. La presenza di economie di scala, soprattutto nel settore ospedaliero, è alla base degli interventi di razionalizzazione che, negli ultimi venti anni, alcuni paesi dell'Oecd (Canada, Italia, Francia e Finlandia) hanno adottato e che hanno portato alla chiusura degli istituti di cura più piccoli o alla loro trasformazione in strutture specializzate. Problemi analoghi si presentano nel settore della previdenza e delle politiche attive sul mercato del lavoro. La circostanza notevole (cfr. Tab 1.3) è che istruzione, sanità e assistenza sociale rappresentano le principali voci di spesa, a livello locale, in molti paesi Oecd.

Altra causa di inefficienza è l'esistenza di *spill over* territoriali. L'assenza di una corrispondenza stretta tra erogazione locale di prestazioni e finanziamento è alla base di fenomeni di contenimento dell'offerta pubblica, soprattutto nel caso di infrastrutture e servizi pubblici urbani di cui beneficiano anche i residenti nell'*hinterland*. I centri commerciali e le strutture dedicate al tempo libero, presenti nei centri urbani e utilizzate anche dai residenti nell'*hinterland*, generano risorse aggiuntive per l'amministrazione locale, ma potrebbero non compensare i costi di congestione derivanti dai frequenti spostamenti centro-periferia e quelli di amministrazione dei centri urbani. Naturalmente, il problema è amplificato quando la principale fonte di entrate per l'ente locale è rappresentata da imposte dirette e patrimoniali.

**Tab. 1.3 – Spesa pubblica per prestazioni sociali, distinta per tipologia e livello di governo
(in percentuale della spesa pubblica totale del corrispondente livello di governo)
Paesi Oecd 2001 (dove non diversamente specificato)**

	Servizi generali		Ordine pubblico e sicurezza		Educazione		Sanità		Assistenza e previdenza		Edilizia residenziale		Trasporti e comunicazioni		Altre prestazioni	
	Stato, regione, provincia	Locale	Stato, regione, provincia	Locale	Stato, regione, provincia	Locale	Stato, regione, provincia	Locale	Stato, regione, provincia	Locale	Stato, regione, provincia	Locale	Stato, regione, provincia	Locale	Stato, regione, provincia	Locale
Paesi federali																
Australia (1998)	10,7	13,7	8,2	2,4	29,4	0,4	20,1	2,1	4,8	6,3	3,4	18,7	8,8	27,5	14,7	28,9
Austria	13,0	17,6	0,5	1,9	19,9	16,1	23,3	12,3	18,4	21,4	4,1	3,9	17,8	17,8	3,0	9,0
Belgio	14,6	20,7	0,2	10,0	42,9	20,5	0,8	2,0	16,9	15,9	2,5	2,4	17,2	13,0	5,0	15,7
Canada	1,8	6,1	3,5	8,9	23,2	40,5	31,9	1,1	16,3	7,4	1,4	5,5	3,7	12,6	18,1	17,8
Germania (1996)	5,8	7,4	8,0	3,4	21,9	13,0	8,0	14,5	17,1	24,6	4,1	15,3	5,7	6,0	29,4	15,9
Svizzera (2000)	5,1	8,4	8,2	4,5	24,7	23,0	16,6	18,3	17,8	14,8	2,1	8,2	9,8	7,2	15,8	15,5
Stati Uniti (2000)	3,4	5,8	4,5	10,8	31,0	44,1	21,9	8,7	18,1	7,5	0,7	2,1	7,9	6,1	12,6	14,9
Media (non pesata)	7,8	11,4	4,7	6,0	27,6	22,5	17,5	8,4	15,6	14,0	2,6	8,0	10,1	12,9	14,1	16,8
Paesi unitari																
Repubblica ceca		12,3		1,8		24,2		1,1		8,2		20,9		15,8		15,7
Danimarca		4,1		0,4		13,1		16,5		57,2		0,9		4,2		3,6
Francia		36,2		2,3		16,4		0,7		9,9		6,2		10,3		18,0
Ungheria (2000)		15,7		1,1		27,9		16,4		13,3		13,8		3,6		8,1
Islanda (1998)		4,2		1,2		28,2		0,9		15,5		5,3		9,1		35,7
Irlanda (1997)		2,3		1,8		11,3		45,5		5,2		14,9		11,3		7,8
Lussemburgo		19,5		1,7		16,1		0,9		4,6		9,1		21,0		27,1
Paesi Bassi (1997)		9,4		3,4		17,9		2,6		22,6		20,0		6,7		17,4
Norvegia (1999)		5,5		0,9		22,2		32,5		17,6		6,4		4,5		10,4
Polonia		7,0		4,2		27,8		24,8		8,0		11,4		10,1		6,7
Repubblica slovacca		28,4		3,2		0,3		0,7		1,7		41,5		12,7		11,4
Spagna (2000)		25,3		5,7		25,8		4,2		3,9		6,5		18,2		10,5
Svezia		12,0		1,0		21,0		25,6		27,6		2,9		5,5		4,3
Regno Unito (1998)		4,0		12,3		28,7		0,0		32,5		5,4		4,9		12,2
Media (non pesata)		13,3		2,9		20,1		12,3		16,3		11,8		9,8		13,5

Fonte: Joumard e Kongsrud (2003)

Gli *spill over* territoriali possono essere determinati anche dal trasferimento agli enti locali di competenze in materia di istruzione. Se il sistema scolastico presenta forti caratterizzazioni territoriali, può non rispondere adeguatamente alle più ampie esigenze nazionali e ostacolare la mobilità territoriale del fattore lavoro. Un esempio proviene dalla Svizzera, dove l'istruzione primaria e secondaria è di competenza cantonale. Se da un lato ciò garantisce una stretta corrispondenza tra prestazioni e preferenze dei cittadini in materia di sistema formativo, il mancato riconoscimento legale dei titoli di studio a livello nazionale riduce la propensione alla mobilità territoriale dei genitori, una volta effettuata la scelta dell'istituto scolastico per i propri figli.

Il decentramento di alcune funzioni dello stato sociale, come il sostegno finanziario al reddito delle famiglie, può avere effetti destabilizzanti per le finanze locali, soprattutto quando le situazioni di disagio economico si concentrano in aree specifiche. D'altro canto, l'esistenza di servizi sociali efficienti può attrarre flussi migratori temporanei (è il caso della *welfare-induced migration* osservata negli Stati Uniti) e, nel caso in cui l'accesso alle prestazioni non è ristretto ai residenti, aggravare l'equilibrio finanziario locale. Per tale motivo le autorità locali potrebbe essere indotte a limitare l'offerta di prestazioni, influenzando negativamente l'efficienza del processo produttivo.

Un'ultima causa di inefficienza è rappresentata dalla sovrapposizione di competenze tra livelli di governo, che si traduce in un uso inappropriato delle risorse. Il problema si presenta nel sistema sanitario tedesco, come si vedrà nel Par. 5, e in quello norvegese, dove il governo centrale ha competenza per il finanziamento e la fornitura di assistenza ospedaliera e le autorità locali hanno competenza per l'assistenza sanitaria territoriale. Dal momento che le autorità

locali non sono responsabili del finanziamento dell'assistenza ospedaliera, sono incentivate a limitare l'offerta di assistenza territoriale e servizi di riabilitazione.

4 – In conclusione, sebbene su un piano teorico siano stati individuati alcuni vantaggi economici derivanti dal federalismo fiscale, non sempre il decentramento di funzioni dello stato sociale determina guadagni di efficienza – allocativa e gestionale – dell'attività della pubblica amministrazione. Infatti il federalismo fiscale, con lo spostamento della responsabilità di finanziamento delle prestazioni dal centro alla periferia, raggiunge i risultati previsti dalla teoria economica soltanto se sono soddisfatte alcune condizioni specifiche, quali l'assenza di economie di scala e di *spill over* territoriali.

Le peculiarità che caratterizzano il sistema sanitario escludono *a priori* l'esistenza sia della prima condizione, sia della seconda. Per quanto riguarda le prestazioni ospedaliere, ad esempio, sembrerebbe comprovata l'esistenza di economie di scala, soprattutto nel passaggio dai piccoli istituti di cura a quelli di medie dimensioni. È pertanto l'interazione tra caratteristiche delle strutture d'offerta e i meccanismi di finanziamento a determinare il reale impatto del decentramento sull'efficienza dell'assistenza ospedaliera. Analoghe considerazioni valgono per l'assistenza territoriale e per quella farmaceutica, in quanto specifiche disposizioni legislative e, nuovamente, i meccanismi di finanziamento potrebbero determinare la nascita di economie di scala.

La griglia concettuale presentata in precedenza risulterà utile per analizzare le principali esperienze internazionali in tema di decentramento del sistema sanitario.

1.2 *'Multi-level governance' del sistema sanitario negli Stati Uniti*

1 – Insoddisfacente grado di copertura socio-assistenziale e costi eccessivi sono le principali criticità del sistema sanitario statunitense. Se negli altri paesi Oecd ad alto reddito l'intervento pubblico nel sistema sanitario (configurato come servizio sociale⁴ e caratterizzato da universalità della copertura) è tradizionalmente rilevante, nel sistema sanitario degli Stati Uniti il ruolo centrale è ricoperto dal settore privato, sia in qualità di finanziatore, sia di *provider* di beni e servizi. Vi è unanimità di consenso sul fatto che sia proprio la centralità del ruolo del mercato a determinare l'esistenza di rilevanti barriere all'accesso alle cure.

L'intervento pubblico è limitato alla copertura del 45 per cento del costo complessivo delle prestazioni sanitarie, attraverso programmi indirizzati a fasce di popolazione economicamente svantaggiate, agli anziani e ai veterani di guerra. Le prestazioni sono finanziate tramite piani assicurativi sanitari ed erogate da compagnie assicurative, Health Maintenance Organisations (HMOs) e altre organizzazioni che acquistano servizi sanitari per conto dei sottoscrittori. Fatta eccezione per la California, dove tradizionalmente le HMOs forniscono una rilevante proporzione di cure mediche, nel resto degli Stati Uniti queste organizzazioni attraversano attualmente una fase di declino dovuta alla diffusa convinzione che i servizi erogati siano di bassa qualità. Tra le HMOs la *Kaiser Permanent* presenta delle particolarità che ne fanno una organizzazione *sui generis*, poiché combina con successo il ruolo dell'assicuratore *non profit* a quello di fornitore di assistenza sanitaria per oltre 5 milioni di persone⁵.

⁴ AA.VV., *The American health Care System Revisited – A New Series*, The New England Journal of Medicine, January 7, 1999 - Vol. 340, No. 1

⁵ *Health Care Systems in the USA* - http://www.nhsetrent.gov.uk/ph/hc_systems/interlearning_p6.htm

2 – L'intervento pubblico si esplica sia attraverso programmi federali, sia tramite programmi decentralizzati. Tra i primi il più importante è Medicare, che assorbe circa il 70 per cento della spesa sanitaria pubblica dell'intero paese, garantendo copertura sanitaria a tutte le persone di età superiore ai 65 anni e a circa 5 milioni di disabili di età inferiore ai 65 anni. Le decisioni inerenti Medicare sono prese dal Congresso e le relative attività sono coordinate da un'agenzia federale.

Tra i piani statali che operano in maniera decentralizzata (sostenuti cioè da fondi federali vincolati e deliberati dai governi statali) figurano Medicaid, un programma sanitario finalizzato alla copertura sanitaria degli strati economicamente svantaggiati, e lo State Child Health Insurance Program, programma indirizzato ai minori appartenenti a famiglie a basso reddito. In Medicaid direttive federali determinano gli standard di copertura, riservando estesi spazi di autonomia agli Stati, che adattano i programmi statali alla domanda locale. I programmi statali, pertanto, differiscono considerevolmente da Stato a Stato⁶.

Come precedentemente accennato, la distorsione più evidente del sistema sanitario degli Stati Uniti consiste nella mancata copertura sanitaria per circa il 16% della popolazione, escluso sia dalla copertura assicurativa privata, sia dai programmi governativi, e il cui accesso alle prestazioni sanitarie è subordinato a pagamenti *out-of-pocket*.

3 – Il sistema sanitario statunitense è di gran lunga il sistema più costoso al mondo, sia in termini di spesa sanitaria pro capite, sia in percentuale del Pil. Dall'esame della Tab. 1.2 si evince che nel 1998 gli Stati Uniti hanno speso 4.178 dollari pro capite per l'assistenza sanitaria, più del doppio della media dei

⁶ Banting K. G., Corbert S., *Multi-level governance and health care: health policy in five federations*, Queen's University, Kingston Ontario, 29 agosto 2002

paesi Oecd (1.783 dollari) e molto più di quanto abbia speso la Svizzera, secondo paese in graduatoria con 2.794 dollari. Una spesa così elevata è determinata da una serie di fattori, quali i crescenti costi della tecnologia medica e dei farmaci, nonché gli elevati costi amministrativi del complesso sistema di finanziamento, i quali, secondo stime recenti, assorbono il 24,1 per cento della spesa totale. Non di poco peso, inoltre, la trasformazione dei provider di servizi sanitari da *non profit* a *for profit* e il crescente ruolo delle catene ospedaliere *for profit*.

Altra determinante dell'aumento dei costi è la già citata lacuna assistenziale: patologie curabili nei primi stadi con trattamenti relativamente poco costosi, se trascurate degenerano in patologie più gravi. Secondo le più recenti stime disponibili, 42,6 milioni erano i residenti non coperti da assicurazione sanitaria nel 1999.

4 – Nel 1998 il tasso di mortalità neonatale negli Stati Uniti si è attestato a 7,2 nati morti per 1.000 nati vivi. Sebbene questo valore rappresenti un minimo storico per gli Stati Uniti, è il più elevato tra i Paesi dell'area Oecd (Cfr. Tab. 1.2).

Il dato, in sé allarmante, assume contorni drammatici con riferimento alla mortalità differenziale nelle varie etnie, determinata in gran parte da disparità economiche. Dai dati diffusi dal Department of Health and Human Services si evince che il tasso di mortalità infantile tra gli afro-americani (14,3 nel 1998) è più del doppio di quello dei coetanei bianchi (6 decessi ogni 1.000 nascite), raggiungendo valori ancora più elevati in alcune aree del Paese. Ancora nel 1999 il tasso di mortalità tra gli afro-americani era pari a 16 decessi nel primo anno di vita.

Quanto all'aspettativa di vita corretta per gli anni di disabilità, gli Stati Uniti si situano in coda alla classifica tra i paesi Oecd ad alto reddito, seguiti soltanto dalla Danimarca. È nuovamente una diretta conseguenza della mancata copertura sanitaria. Se una rilevante frazione di popolazione non ha accesso al sistema sanitario, aumenteranno gli anni di disabilità.

5 – Gli operatori del sistema sanitario statunitense si collocano al primo posto quanto a *sensitiveness*, valutata in termini di risposta nei confronti delle aspettative del paziente e di rispetto della dignità umana.

Considerazioni opposte valgono in tema di equità nella distribuzione dei finanziamenti. Se l'onere del finanziamento dei sistemi sanitari di Lussemburgo, Danimarca e Germania risulta ripartito in maniera relativamente equa, in altri, quali quello statunitense e quello italiano, esistono estese disparità. In particolare gli Stati Uniti sono all'ultimo posto tra i paesi Oecd ad alto reddito (Cfr. Tab. 1.2). Un sistema di finanziamento i cui oneri non sono equamente ripartiti ha un impatto considerevole sullo stato di salute della popolazione, in particolare per quanti non sono coperti da assicurazione sanitaria.

Il sistema sanitario statunitense, inoltre, non è ai vertici per quanto riguarda la performance globale. Nella classifica stilata dall'Oms, in cui la Francia è al primo posto, gli Stati Uniti figurano soltanto al trentasettesimo.

Quanto infine al livello di soddisfazione, i due paesi in cui vi è la più alta percentuale di persone soddisfatte del loro sistema sanitario sono la Danimarca e la Finlandia, rispettivamente il 91 e l'81 per cento. Tra i paesi dell'Ue l'Italia figurava all'ultimo posto (soltanto il 20 per cento del campione intervistato si è dichiarato soddisfatto).

Anche gli Stati Uniti, in confronto, erano ad un livello basso, con solo il 40% delle persone soddisfatte dal sistema sanitario. Persino il Regno Unito, che ha avuto persistenti problemi con il proprio servizio sanitario nazionale ha quasi il 60% della popolazione molto o abbastanza soddisfatta.⁷

1.3 Dieci sistemi e cinque principi fondamentali. Il sistema sanitario in Canada

1 – Nel sistema sanitario canadese (*Medicare*) il finanziamento è pubblico, mentre i *provider* appartengono al settore privato. Il sistema garantisce copertura universale e accesso gratuito alle prestazioni.

Se già all'inizio degli anni settanta il sistema sanitario canadese garantiva l'accesso universale ai servizi medici essenziali, l'esiguità dei rimborsi a prestazione riconosciuti ai medici spinsero questi ultimi, tra la fine degli anni settanta e l'inizio degli anni ottanta, a uscire da *Medicare* e esercitare privatamente la professione. Di fatto in Canada in quel periodo i pagamenti *out-of-pocket* divennero uno dei principali strumenti di finanziamento del sistema sanitario.

Il sistema sanitario canadese è regolato da cinque principi generali: le province devono fornire i servizi medico-ospedalieri essenziali; non devono esistere barriere all'ingresso; la copertura deve essere universale, anche al di fuori del territorio provinciale, i piani sanitari devono essere amministrati da enti *non profit*.

Le prestazioni sanitarie si suddividono tra quelle essenziali coperte dai piani sanitari provinciali (*core services*) e quelle che cadono al di fuori dell'ombrello di *Medicare* (*non-core services*). Il *Canada Health Act* del 1984 vieta esplicitamente di acquistare dal settore privato servizi forniti dal sistema sanitario pubblico. I

⁷ University of Maine, *The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most expensive?*, Bureau of Labor Education, Orono, Maine, 2001

piani assicurativi privati non possono coprire i *core services*: pertanto, il ruolo dell'assicurazione sanitaria privata in Canada è limitato ai servizi sanitari supplementari e contribuisce solo per l'11,2 per cento alla spesa sanitaria totale⁸.

Le prestazioni di *Medicare* sono calibrate sulla domanda locale di servizi, i medici godono di completa autonomia, i pazienti hanno libertà riguardo alla scelta del *provider*. I dieci governi provinciali hanno competenza piena ed esclusiva in materia di pianificazione, finanziamento e valutazione dell'efficienza delle strutture ospedaliere, di fissazione dei piani tariffari per i *provider*. Il risultato è che ciascun piano assicurativo provinciale differisce leggermente dagli altri, in particolare per l'estensione della copertura sanitaria pubblica oltre ai livelli essenziali di assistenza.

2 – Le Province sono responsabili per le prestazioni sanitarie e assistenziali, determinandone i livelli ed i criteri di accesso. Il grado di copertura delle prestazioni varia sul territorio. Il Governo centrale amministra indirettamente l'assistenza sociale attraverso il *Canada Health and Social Transfer (CHST)*, un programma formulato a livello federale che delinea le caratteristiche principali dei piani socio-assistenziali, riservando completa autonomia alle singole Province in ordine alla definizione del livello di prestazioni erogate. Il 95% dei trasferimenti tra Federazione e Province è ripartito tra un fondo perequativo (*Equalisation Program*) e i finanziamenti previsti dal *CHST*.

Il Governo federale quindi finanzia i sistemi sanitari provinciali, che gestiscono i fondi federali, eventualmente integrati con risorse proprie. Le province di Alberta e del British Columbia, ad esempio, richiedono l'adesione ad un

⁸ B. Irvine, S. Ferguson, *Background Briefing: The Canadian Health Care System*, 2002 - <http://www.civitas.org.uk/pdf/Canada.pdf>

programma assicurativo sanitario, mentre altre province hanno introdotto contributi sanitari a carico dei datori di lavoro.

Nel 2000 la spesa sanitaria pubblica ammontava al 71,1 per cento della spesa sanitaria totale e incideva per un ammontare di poco superiore ai nove punti percentuali di Pil. La spesa sanitaria *pro capite* si è attestata nello stesso periodo a 2.587 dollari. I contributi del governo federale sono diminuiti significativamente nel 1998. La compartecipazione provinciale alla spesa sanitaria totale si è ridotta al 64,4 per cento del 1998. Di conseguenza la spesa sanitaria privata è aumentata dal 23,8 per cento nel 1975 al 30,4 per cento del 1999. La spesa sanitaria privata, che riguarda servizi non coperti dai programmi provinciali di assicurazione sanitaria (cliniche per chirurgia refrattiva, fecondazione *in vitro*), è finanziata con pagamenti *out-of-pocket* e assicurazioni sanitarie integrative.

3 – I *provider* di servizi sanitari sono organizzati prevalentemente in forma di enti *non profit* e gestiscono un *budget* operativo stanziato dalle province. Analogamente i medici sono remunerati a prestazione secondo tariffe stabilite dal Piano sanitario provinciale. Gli operatori esterni a *Medicare* non ricevono finanziamenti pubblici e il compenso a prestazione non può eccedere quello fissato per i medici che aderiscono a *Medicare*.

Una riforma introdotta all'inizio degli anni Novanta ha mutato il percorso di cura da un modello incentrato sulla struttura ospedaliera ad uno basato sulla comunità, nel tentativo di limitare la crescita dei costi e di perseguire una maggiore efficienza. I governi provinciali hanno frenato l'aumento della spesa sfruttando il loro potere di monopsonio.

L'altra faccia della medaglia tuttavia è rappresentata dal problema delle liste d'attesa e da quello dell'obsolescenza delle attrezzature. Nell'indagine annuale

condotta dal *Fraser Institute* su un campione di oltre 2.500 medici specialistici, è emerso che il tempo medio d'attesa tra la visita iniziale condotta dal medico generico fino all'eventuale intervento chirurgico è in media di sedici settimane. Analogamente, il tempo medio d'attesa per una risonanza magnetica è di cinque mesi, contro i tre giorni di un paziente statunitense.

Secondo alcuni commentatori il sistema sanitario canadese non si dimostra tempestivo nell'adozione delle innovazioni tecnologiche e mostra evidenti lacune anche per quanto riguarda le attrezzature di base. Numerose apparecchiature diagnostiche e terapeutiche, diffuse da decenni e utilizzate diffusamente in altri paesi, o non sono disponibili o sono obsolete. Un rapporto della *Canadian Medical Association* (CMA) pubblicato nel 2000 ha attribuito a tali insufficienze il ritardo accumulato nelle procedure di diagnosi e cura di patologie come il cancro, le cardiopatie e le patologie delle ossa e delle articolazioni.

1.4 Una riforma pro-concorrenziale riuscita. Il sistema sanitario in Svizzera

1 – Il sistema sanitario della Confederazione elvetica, uno dei più costosi al mondo, subito dopo Stati Uniti e Germania, è in primo luogo un sistema *demand-driven*. Infatti la popolazione è coinvolta direttamente nelle decisioni in campo sanitario attraverso un meccanismo referendario permanente. Ciò significa che i pazienti possono realmente influenzare il sistema – votando sul potenziamento di un ospedale, ad esempio. In secondo luogo è un sistema *altamente decentrato*. Le autorità nazionali possono legiferare solo nelle materie elencate nella carta costituzionale, tra le quali figurano quelle relative alle garanzie dell'assicurazione sociale, alla disciplina della professione medica e ad alcune misure di sanità pubblica. La Confederazione svizzera è composta da 23 canto-

ni, tre dei quali ulteriormente suddivisi in sotto-cantoni con competenze in materia sanitaria. I cantoni si occupano di regolamentazione, accreditamento degli ospedali e finanza, nonché di prevenzione e educazione sanitaria. Il risultato è che il sistema sanitario svizzero si articola in 26 sotto-sistemi cantonali le cui caratteristiche differiscono leggermente tra loro. Il coordinamento del sistema sanitario locale è di competenza dei ministeri della sanità cantonali, nell'ambito di direttive elaborate a livello confederale. Inoltre è un sistema in cui prevale un elevato grado di *competizione*. La nuova legge sull'assicurazione sanitaria del 1994 (in vigore dal 1996, dopo lo svolgimento di un referendum) aumenta il grado di competizione tra fondi assicurativi sanitari e tra *provider*. Si tratta, in altri termini, di una riforma pro-concorrenziale del tipo introdotto in Olanda con la riforma Dekker. Ma l'elemento che maggiormente caratterizza il sistema sanitario svizzero è rappresentato dal *mix pubblico/privato* introdotto dalla riforma del 1994.

2 – Il sistema sanitario svizzero combina elementi pubblici, privati convenzionati e completamente privati con una formula innovativa. Come molti paesi sviluppati, il sistema sanitario svizzero è finanziato da fondi pubblici e privati. Comunque la quota di spesa coperta da finanziamenti pubblici è una delle più basse tra i paesi dell'Europa occidentale. La struttura delle spese sanitarie è profondamente cambiata negli ultimi 20 anni. I finanziamenti pubblici sono diminuiti dal 31,7 per cento del 1980 al 24,9 per cento del 1997; quelli derivanti dall'assicurazione sanitaria obbligatoria e volontaria sono passati dal 33,4 per cento del 1980 al 37,5 per cento del 1997, mentre i pagamenti *out-of-pocket* si sono ridotti dal 32,4 al 28,8 per cento. La copertura sanitaria è strutturata su tre livelli: assicurazione sanitaria obbligatoria per le prestazioni essenziali; assicura-

zione complementare volontaria; assicurazione per malattia, invalidità e vecchiaia. Si è tentato più volte di riformare l'istituto dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, introdotta nel 1911, senza successo a causa dell'esito negativo dei *referendum*. La spesa ha continuato ad aumentare rapidamente negli anni settanta e ottanta e soltanto nel 1994 l'istituto è stato profondamente rivisto.

3 – La nuova legge ha riformato il sistema dei sussidi, garantendo livelli essenziali di prestazioni a costi significativamente inferiori. Al contempo il pacchetto di prestazioni considerate essenziali è stato ampliato, allo scopo di aumentare l'efficienza piuttosto che diminuirne il numero o la qualità. Diversamente da quello che si verifica negli Stati Uniti, dove le prestazioni sanitarie fornite ai meno abbienti sono caratterizzate da *standard* qualitativi esigui, uno degli obiettivi della riforma del sistema sanitario svizzero è quello di mantenere uno *standard* qualitativo elevato ed uniforme per le prestazioni individuate come essenziali.

Dal 1996, data di entrata in vigore della riforma, i fondi assicurativi sanitari, le compagnie di assicurazione e i *provider* sono sottoposti a procedure di accreditamento e monitoraggio, al fine di scoraggiare eventuali pratiche di *cream-skimming*. L'assistenza sanitaria obbligatoria, nel 2002, era gestita da 93 fondi assicurativi (erano 207 nel 1993 e 615 nel 1977) organizzati sia in forma *non profit*, sia *for profit*. Infatti la riforma non pone più vincoli sull'organizzazione dei *provider*. La determinazione delle tariffe è soggetta a contrattazione tra autorità federali, cantonali e associazioni di categoria dei *provider*. Il pacchetto di prestazioni individuate come essenziali dalla riforma del 1994 è particolarmente ampio. Copre il costo delle prestazioni sanitarie effettuate nel cantone di residenza, include tutte le tipologie di cure mediche (ad esempio garantisce una durata

illimitata della degenza presso strutture ospedaliere e istituti per lungodegenti), include cure mediche e ospedaliere e, dal 1999, anche le medicine alternative. Il pacchetto di prestazioni è obbligatorio, quindi la competizione tra *provider* non si basa sul numero di prestazioni inserite nel pacchetto, ma sull'ammontare dei premi, il cui importo non è soggetto a contrattazione con le autorità cantonali. Il premio non dipende dal reddito individuale o familiare, né dal rischio individuale, e varia non soltanto da fondo a fondo assicurativo, ma anche da cantone a cantone. Il costo dell'assicurazione sanitaria in media ammonta a circa 2.200 euro annui. La riforma del 1994 stabilisce che, nel caso in cui l'ammontare del premio sia pari o superiore all'8-10 per cento del reddito, il cittadino ha diritto ad un sussidio. Nel 1998 percepivano tale integrazione circa il 30 per cento degli assicurati.

Poiché al raggiungimento di tale soglia tutti gli assicurati hanno diritto al sussidio, vi è la necessità di eliminare l'incentivo a scegliere piani assicurativi costosi che, di solito, sono quelli caratterizzati da franchigie più basse. La franchigia, il cui importo varia tra 150 e 1.000 euro secondo il piano assicurativo scelto, è quella quota di spese sanitarie non rimborsabili dai fondi assicurativi sanitari e per le quali il cittadino provvede con pagamenti *out-of-pocket*. I piani assicurativi a franchigia più elevata (FAO-*franchises à option*) sono più convenienti: se con una franchigia di 300 euro il risparmio è pari all'8 per cento, la riduzione passa al 15 per cento scegliendo una franchigia di 450 euro per giungere ad oltre il 40 per cento con una franchigia di 1.000 euro. Un'ulteriore franchigia di 400 euro l'anno è prevista per le prestazioni ambulatoriali, mentre nel caso di famiglie ad unico componente è previsto una compartecipazione di 7 euro al giorno per le degenze ospedaliere.

4 – La legge di riforma del 1994 lascia spazio a soluzioni innovative sia in tema di finanziamento sia nella fornitura di cure. Gli assicurati possono infatti scegliere tra HMOs e *network* di medici generici.

Tutti i fondi assicurativi hanno creato delle divisioni HMOs e, recentemente, ne sono state costituite anche da associazioni di medici. Nel 2002 i premi pagati a tali organizzazioni erano del 10-20 per cento inferiori a quelli corrisposti ai fondi assicurativi sanitari FAO.

Inoltre in molti dei centri urbani più piccoli sono stati creati *network* per l'erogazione di prestazioni sanitarie di base, costituiti in forma di società a responsabilità limitata tra medici generici che agiscono in qualità di *gate keeper* per conto degli assicurati. L'obiettivo del *network* è limitare l'ospedalizzazione impropria o medicalmente non necessaria. Nel 2002 i premi pagati a tali *network* erano del 5-15 per cento inferiori a quelli pagati per i piani assicurativi sanitari FAO. La diffusione di tali organizzazioni è stata molto più rapida di quella delle HMOs, in quanto la loro attività si svolge in studi medici già esistenti.

5 – Alla fine degli anni novanta i piani assicurativi volontari contribuivano per l'11,2 per cento al finanziamento della spesa sanitaria totale. Quasi i due terzi delle compagnie assicurative accreditate offre anche piani assicurativi su base volontaria, così come 61 compagnie assicurative non accreditate. La copertura si estende a quelle prestazioni considerate non essenziali ed escluse, di conseguenza, dal pacchetto di riferimento dell'assicurazione obbligatoria (ad esempio alcune cure dentali, le degenze ospedaliere in camera privata), ma alcuni piani volontari coprono anche i pagamenti *out-of-pocket* previsti nei piani assicurativi obbligatori. Ai piani volontari aderisce, secondo alcune stime, oltre il 30 per cento della popolazione. I premi, contrariamente a quanto si verifica

per l'assicurazione obbligatoria, sono legati al rischio associato al singolo paziente e non sono particolarmente elevati. Va tuttavia aggiunto che con la riforma del 1994 il pacchetto base di prestazioni già fornisce un'ampia copertura, per cui la necessità di aderire a piani volontari si è significativamente ridotta.

L'ultima componente in ordine d'importanza del sistema sanitario svizzero è rappresentata dai fondi di assicurazione per malattia, invalidità e vecchiaia, alimentati da contributi obbligatori versati dai lavoratori e dai datori di lavoro. Tali fondi, il cui ruolo è sempre più marginale, hanno contribuito per il 7 per cento al finanziamento della spesa sanitaria complessiva.

1.5 Federalismo e centralismo nel sistema sanitario tedesco

1 –Il sistema sanitario tedesco non è profondamente influenzato dalla struttura federale dello stato. L'articolazione dei programmi sanitari è determinata dalla legislazione federale che provvede all'applicazione uniforme in tutto il paese. Gli elementi fondamentali dei programmi sanitari sono definiti attraverso processi di negoziazione che coinvolgono tutti i livelli di governo. I Länder sono direttamente coinvolti nel processo legislativo federale attraverso il Bundestag, la Camera alta del Parlamento, e la determinazione dei parametri della politica sanitaria richiede un elevato consenso intergovernativo. In tal modo vengono individuati gli *standard* minimi delle prestazioni sanitarie, i criteri di fissazione delle quote di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, il *budget* del settore ospedaliero, dell'assistenza ambulatoriale e del settore farmaceutico.

I programmi specifici e l'erogazione dei servizi sanitari sono altamente decentralizzati. I fondi sono amministrati dalle organizzazioni dei lavoratori e dei

datori di lavoro. Il sistema sanitario è finanziato in gran parte da contributi e per la quota restante dalla fiscalità generale⁹.

2 – Il sistema sanitario tedesco garantisce universalità di accesso a tutti i cittadini, fornisce l'intera gamma di prestazioni ed è strutturato su tre pilastri.

Il primo è rappresentato dall'assistenza di base, garantita da circa 40 mila medici generici. Nell'assetto del sistema sanitario tedesco, il medico generico non è soltanto un *gate keeper*, ma offre prestazioni caratterizzate da avanzati *standard* diagnostici.

Il secondo pilastro è l'organizzazione ospedaliera. La Germania dispone di circa 2.250 unità di cura per malattie acute. La numerosità delle strutture di ricovero assicura che l'erogazione delle prestazioni assistenziali sia estesa capillarmente in tutto il paese, garantendo altresì, nella maggior parte dei casi (circa 1.600 strutture), l'assistenza sanitaria di base. Le rimanenti strutture (tra cui 48 ospedali universitari) sono caratterizzate da un elevato grado di specializzazione nella cura delle patologie più complesse.

Il terzo pilastro è rappresentato dai centri di post-ricovero e dalle cliniche di riabilitazione. Con una dotazione strutturale superiore ai 1.000 centri di recupero funzionale, la Germania si colloca al primo posto tra i paesi Oecd quanto a densità di strutture riabilitative per milione d'abitanti.

Nei centri di riabilitazione non soltanto sono erogate prestazioni medico-riabilitative, ma anche assistenza psicologica e, nel caso degli anziani, recupero funzionale.

⁹ Banting K. G., Corbert S., *Multi-level governance and health care: health policy in five federations*, Queen's University, Kingston Ontario, 29 agosto 2002

3 – I servizi sanitari sono finanziati attraverso uno schema di assicurazione sanitaria sociale. Ogni lavoratore dipendente aderisce ad un piano sanitario gestito da una compagnia assicurativa, la quale sostiene i costi dell'assistenza medica dei dipendenti e delle loro famiglie. Dipendenti e datori di lavoro pagano ciascuno metà dei premi assicurativi sanitari di ogni componente. Gli utenti coperti da assicurazione sanitaria hanno diritto a tutti i servizi che il sistema offre, senza restrizioni né, salvo poche eccezioni, liste di attesa per le cure mediche.

Il finanziamento delle prestazioni ospedaliere è soggetto alla negoziazione del prezzo tra le unità di cura e le compagnie assicurative. I compensi per le prestazioni sanitarie sono regolati dalla legge. Le differenze di prezzo più rilevanti si registrano tra gli ospedali che offrono assistenza primaria e gli ospedali universitari sui quali pesa un aggravio di costi legati allo svolgimento di attività didattiche e di ricerca.¹⁰

Al finanziamento del sistema sanitario tedesco contribuiscono anche le municipalità, i Länder, gli istituti religiosi e le fondazioni private. Gli enti locali e le fondazioni finanziano i progetti strutturali, quali la costruzione di nuovi ospedali. La separazione tra finanziamento degli investimenti e finanziamento delle prestazioni che determina uno dei principali elementi di criticità del sistema. È stato osservato (Joumard e Kongsrud 2003) che i Länder sono incentivati ad espandere la capacità ospedaliera a fini di sviluppo dell'occupazione locale, in quanto il finanziamento delle strutture ricade nella competenza dei fondi sanitari, determinando inefficienze nell'utilizzo delle risorse.

¹⁰ <http://www.committee-german-medicine.de/>

2 Caratteristiche strutturali della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie nelle regioni italiane

2.1 Introduzione

1 – Negli ultimi 25 anni un esteso dibattito teorico ha indagato sulle cause dell'aumento delle spese sanitarie manifestatosi a partire dal secondo dopoguerra, nel tentativo di individuare le variabili più sensibili ad un processo di contenimento dei costi.

La maggior parte degli studi ha adottato un approccio deterministico in cui le spese sanitarie *pro capite* sono messe in relazione con un *set* più o meno ampio di variabili. Tra queste il reddito o il prodotto *pro capite*, la quota di popolazione *over 65* o *under 15*, misure di urbanizzazione, indicatori sulla dotazione di personale medico e di infrastrutture.

Nella spiegazione delle variazioni *cross-country* delle spese sanitarie particolare attenzione è stata dedicata al ruolo del reddito, determinando quello che Culyer (1988) ha felicemente definito come “uno dei più grandi miti monocausali”, e cioè che i servizi sanitari siano un bene di lusso, poiché la loro elasticità al reddito risulterebbe maggiore dell'unità.

D'altra parte negli anni Novanta l'aumento dei costi ospedalieri ha rappresentato in tutti i Paesi avanzati la principale determinante dell'aumento della spesa sanitaria complessiva [Newhouse 1992].

Non soltanto la spesa ospedaliera rappresenta la componente più rilevante della spesa sanitaria totale, ma è anche quella che si è mostrata meno sensibile a interventi di contenimento e razionalizzazione. In larga parte ciò è dovuto a problemi legati all'efficienza del processo produttivo, problemi che emergono nonostante l'intensa attività legislativa dell'ultimo decennio. Il tema è delicato

anche per un altro motivo: interventi correttivi troppo drastici potrebbero innalzare barriere economiche all'accesso ai servizi ospedalieri, determinando quindi problemi sul versante dell'uguaglianza e dell'equità.

2 – In materia sanitaria, i rapporti tra efficienza ed equità hanno da sempre caratterizzato gran parte del dibattito sul *welfare state*, e non potrebbe essere altrimenti: la dicotomia tra uguaglianza/equità ed efficienza è il *trade off* economico più grande, quello che grava su decine di ambiti della politica sociale [Okun 1975], anzi “fra gli economisti è prevalso a lungo il luogo comune per cui uguaglianza ed efficienza sono valori in conflitto” [Lukes 1999]. Ad arricchirlo, negli ultimi decenni, è intervenuta la coscienza dei limiti di sostenibilità finanziaria dello Stato sociale, insieme ad una forte istanza di emancipazione e partecipazione dal basso.

Il conflitto potenziale tra domanda di maggiore equità proveniente dalla società civile e i sempre più pressanti problemi di budget statale in Italia è stato governato principalmente attraverso un “grande compromesso” tra efficienza e accesso alle cure (universalità di livelli di prestazioni una volta minimi ed uniformi ora semplicemente “essenziali”). Col procedere delle riforme si è andato affermando inoltre un accentuato processo federalista, che ha attribuito alle Regioni competenze sempre più estese in materia sanitaria, fino ad un'autonomia legislativa quasi completa, pur nel rispetto di un quadro di riferimento stabilito a livello centrale.

2.2 L'eterogeneità nella domanda regionale di prestazioni

1 – In Italia, nell'ultimo trentennio, la speranza di vita di un sessantenne maschio è aumentata di circa 3 anni e quella di una donna di oltre 3. È un fenomeno destinato ad ampliarsi: se nella prima metà della vita la mortalità si è ridotta a livelli bassissimi, la nuova fase è sempre più caratterizzata dalla *rettangolarizzazione* della curva di sopravvivenza.

L'evoluzione della mortalità complessiva è effetto delle trasformazioni avvenute nel profilo della mortalità per causa. In particolare, la dinamica degli ultimi venti anni è stata determinata sia dallo sviluppo della *prevenzione primaria*, attraverso il mutamento degli stili di vita, sia dalla *prevenzione secondaria*, tramite l'affinamento di tecniche sempre più sofisticate di diagnosi precoce.

Tab. 2.1 - Aspettativa di vita per sesso, età, periodo e grado di istruzione (laurea universitaria come riferimento)

differenze in aspettativa di vita (anni) a 35 anni di età							
Sesso	età	periodo	Intera popolazione	media superiore	media inferiore	elementare	nessun titolo
Maschi	30-59	1971-75	-0,71	-0,33	-0,55	-0,86	-1,23
		1981-85	-0,54	-0,26	-0,47	-0,77	-1,63
		1991-95	-0,41	-0,11	-0,43	-1,11	-1,84
Femmine	30-59	1971-75	-0,25	-0,06	-0,26	-0,23	-0,42
		1981-85	0,17	0,25	0,21	0,14	-0,48
		1991-95	-0,12	-0,04	-0,1	-0,26	-1,02
differenze in aspettativa di vita (anni) a 65 anni di età							
Maschi	60-74	1971-75		-0,33	-0,17	-0,39	-0,45
		1981-85		-0,69	-0,68	-0,75	-1,38
		1991-95		-0,43	-0,31	-0,64	-0,99
Femmine	60-74	1971-75		-0,28	0,04	-0,3	-0,39
		1981-85		-0,33	-0,09	-0,34	-0,64
		1991-95		-0,34	-0,35	-0,35	-0,67

Fonte: Costa et al., 1998

2 – In Italia, un particolare aspetto è rappresentato dalla presenza di significative differenze a livello territoriale: evidentemente *i fattori socioeconomici, sanitari e culturali hanno agito diversamente da regione a regione.*

Gli studi svolti relativamente al caso italiano hanno riguardato singole funzioni di spesa, la spesa sanitaria pubblica e la spesa sanitaria nel suo complesso.

Con riferimento agli studi su singole funzioni di spesa, la letteratura si è occupata prevalentemente di spesa farmaceutica o ospedaliera, quelle categorie funzionali che, negli anni, sono state caratterizzate dai maggiori incrementi. Leva¹¹ analizza la variabilità nella spesa farmaceutica regionale, individuando tramite *cluster analysis* sei gruppi di regioni, che si differenziano quanto ai comportamenti relativi a livelli e tipologie di spesa farmaceutica. L'analisi *cross-section* prende in considerazione gli anni che vanno dal 1986 al 1993, avvalendosi di elaborazioni satellite su sotto-periodi, nonché per i singoli gruppi di regioni individuati con la *cluster analysis* e su *cross-section* relative ai gruppi precedentemente citati. I gruppi individuati corrispondono approssimativamente alle macro-aree in cui è convenzionalmente suddiviso il territorio nazionale, con le importanti eccezioni rappresentate dalla Liguria e dalle regioni a statuto speciale, che figurano in gruppi non corrispondenti alle macro-aree geografiche di appartenenza. Le principali conclusioni dello studio confermano il ruolo di variabili socio-demografiche (invecchiamento, popolazione in comuni di ampiezza inferiore a 12 mila abitanti), variabili di offerta (medici, ospedali), meccanismi di partecipazione, nella spiegazione della variabilità regionale della spesa farmaceutica.

Uno degli aspetti non esplicitamente considerati nello studio di Leva è rappresentato dall'eterogeneità delle politiche regionali di controllo della spesa

¹¹ Leva A., "L'assistenza farmaceutica: un modello interpretativo della variabilità regionale", in Petretto A. (a cura di), *Economia della sanità*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 313-336.

farmaceutica. Di tale aspetto si occupa una ricerca di Gerzeli, Jommi e Villa del CERGAS¹², che tentano una valutazione di come le differenziazioni nelle politiche regionali di controllo della spesa farmaceutica spiegano la variabilità della spesa farmaceutica regionale *pro capite*. Un elemento interessante dello studio, che si avvale di un semplice modello multilineare, è l'inserimento di un indicatore di sintesi che riflette il differente grado di 'maturità' delle politiche regionali e tiene conto di tre distinti aspetti dell'intervento regionale in materia di assistenza farmaceutica: sistema informativo, assetti organizzativi, politiche del farmaco. I principali risultati dello studio indicherebbero come le principali determinanti della spesa farmaceutica (invecchiamento della popolazione, effetti reddito, effetti di induzione della domanda) potrebbero essere ampiamente compensati dall'adozione di idonee politiche di governo della spesa farmaceutica. Gli autori stimano che se tutte le regioni italiane adottassero tali politiche sarebbe possibile conseguire un risparmio di quasi il 12 per cento nella spesa farmaceutica annuale.

L'esigenza di individuare formule allocative ottimali per le risorse destinate al finanziamento della sanità regionale è il principale obiettivo di un contributo di Vettorazzi¹³ che, con riferimento ai posti letto ospedalieri presenti nelle province italiane nel 1990 e adottando un semplice modello lineare, ne individua le principali determinanti: variabili demografiche (ultrasessantacinquenni, popolazione residente nella provincia e percentuale di popolazione in comuni montani) e variabili di offerta (posti letto ospedalieri per 1000 abitanti, degenze teoriche provinciali). La relazione stimata è utilizzata per calcolare una dotazione *standard* di posti letto, al fine di evidenziare le conseguenze finanziarie, in ter-

¹² Gerzeli S., Jommi C., Villa S., "Politiche regionali e variabilità della spesa farmaceutica convenzionata", *Economia pubblica*, 2003, N. 5, pp. ?

¹³ Vettorazzi S., "Dalla spesa storica alla spesa standard: una valutazione per l'assistenza ospedaliera", in Petretto A. (a cura di), *Economia della sanità*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 291-311.

mini di risparmi di spesa, che potrebbero essere conseguiti redistribuendo le dotazioni di posti letto a livello territoriale. La simulazione, effettuata per il 1994, indicherebbe come, soltanto per effetto della riallocazione territoriale delle risorse, si sarebbero potuti conseguire risparmi compresi tra gli 11 e i 18 mila miliardi di lire. Naturalmente le conclusioni di Vettorazzi, pur fornendo interessanti indicazioni sullo squilibrio attualmente esistente nella distribuzione territoriale dei posti letto ospedalieri, sono valide soltanto in prima approssimazione, sia per il tipo d'analisi effettuata (su *cross-section*), sia per la bontà esplicativa del modello individuato (che spiega soltanto il 40 per cento della variabilità territoriale dei posti letto), sia infine per la fattibilità pratica di un processo di redistribuzione territoriale. Il rischio è che lo scostamento tra posti letto effettivi e quelli *standard* (o teorici) derivanti dal modello di regressione adottato sia per lo più determinato da inadeguatezze del modello stesso nello spiegare la variabilità territoriale, conducendo a conclusioni per lo più arbitrarie.

Più interessante uno studio di Giannoni e Hitiris (1999)¹⁴ che analizza le determinanti della spesa sanitaria regionale nel periodo 1980-1995, individuando 7 *cluster* regionali caratterizzati da modelli di spesa simili, che, insieme a variabili socio-demografiche ed economiche, costituiscono un *panel*. Le determinanti della spesa sanitaria regionale individuate dallo studio sono il reddito, l'invecchiamento della popolazione, i posti letto per 1000 abitanti, la dotazione di personale sanitario per 1000 abitanti, l'appartenenza ai *cluster* regionali. In sintesi, l'appartenenza ad un *cluster*, fortemente significativa nel modello, conduce a ritenere importante l'esistenza di fattori latenti, di natura politico-istituzionale, nel determinare le differenze riscontrate a livello geografico.

¹⁴ Giannoni M., Hitiris T., "Le determinanti della spesa sanitaria pubblica delle regioni italiane (1980-1995): un'analisi econometria", in *Atti del IV workshop di economia sanitaria*, Torino 4-5 giugno 1998, Università di Torino, Dipartimento di Scienze economiche e finanziarie "G. Prato", Quaderno N. 39, marzo 1999.

Sempre con riferimento alla spesa sanitaria nel complesso, Sciclone¹⁵ osserva che, a livello macro, la spesa sanitaria regionale è fortemente correlata con il prodotto interno lordo. Quindi l'attuale articolazione della spesa sanitaria sul territorio non contribuirebbe a diminuire la distanza in termini di benessere che separa le regioni meridionali da quelle centro-settentrionali della penisola. Tuttavia, se la ripartizione sul territorio della spesa sanitaria è inadeguata rispetto all'esistenza di tali divari, potrebbe trovare giustificazione nella distribuzione territoriale dei fabbisogni di servizi e di assistenza sanitaria. Sciclone si avvale dell'analisi in componenti principali per descrivere i livelli di fabbisogno regionale, utilizzando dieci variabili rappresentative della domanda di risorse da destinare all'assistenza sanitaria. L'applicazione del metodo consente all'autore di individuare quattro componenti, rappresentative rispettivamente dello svantaggio socio-sanitario (espresso come combinazione della natalità, della mortalità infantile e di quella perinatale), dello svantaggio demografico-sanitario (espresso in termini di mortalità e di percentuale di popolazione over 65), dello stato di salute della popolazione (espresso come combinazione di malati cronici, persone di almeno 14 anni con almeno un ricovero nei 12 mesi precedenti e numero di ricoveri complessivi) e, infine, della dotazione di strutture di offerta (espressa come combinazione di posti letto ospedalieri e di grandi attrezzature di diagnosi e cura). La diversa distribuzione regionale delle quattro componenti spiega la variabilità regionale nella domanda di risorse finanziarie. Le determinanti della domanda di risorse, espresse in termini di componenti principali, consentono di elaborare una graduatoria delle regioni.

In seguito, Sciclone sintetizza tali graduatorie in un unico indicatore di sintesi di fabbisogno di risorse finanziarie ricorrendo all'algoritmo primale di Ko-

¹⁵ Sciclone N., "Distribuzione regionale della spesa e finanziamento delle risorse nel Sistema Sanitario Nazionale", in Petretto A. (a cura di), *Economia della sanità*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 275-311.

hler [Arrow-Raynaud 1986]¹⁶. La graduatoria del bisogno di risorse finanziarie è confrontata con la graduatoria dei livelli di spesa sanitaria *pro capite* a livello regionale, confronto che evidenzia l'ampia disparità esistente tra domanda di risorse finanziarie per la sanità e spesa finanziata a livello regionale e l'inadeguatezza dei meccanismi di riparto del Fsn.

Risultati non dissimili da quelli di uno studio di Petretto¹⁷. L'applicazione di un modello di regressione multipla sui dati di spesa sanitaria regionale *pro capite* del 1991 consente all'autore di evidenziare come le variabili di bisogno (tra cui il numero di malati acuti e cronici, il tasso di natalità, il tasso di mortalità infantile, l'autopercezione dello stato di salute) spiegano mediamente il 60 per cento della variabilità complessiva della spesa sanitaria regionale *pro capite*, le variabili demografico-sociali (reddito *pro capite*, la percentuale di anziani, il tasso di analfabetismo e quello di disoccupazione) ne spiegano il 15 per cento e le variabili di produttività e costi appena il 2 per cento.

L'importanza dei fattori connessi alla domanda, e quindi al bisogno espresso di prestazioni sanitarie, è confermato da Barrella e Spandonaro, che analizzando i tassi di mortalità regionali per i due principali gruppi di cause (tumori e patologie cardiovascolari), osservano una progressiva riduzione della disuguaglianza regionale nei tassi di mortalità, nel periodo che va dal 1971 al 1998. Tuttavia tale riduzione è frutto di comportamenti difformi tra le regioni. In primo luogo non è chiaro l'impatto dell'aumento del valore aggiunto *pro capite*, assunto come *proxy* del reddito, che avrebbe effetti positivi nel determinare un aumento della mortalità per tumore nelle regioni meridionali e, viceversa, una sua diminuzione nelle regioni centro-settentrionali. Evidentemente, nel loro

¹⁶ ?

¹⁷ Petretto A., "Gli effetti distributivi delle risorse economiche nel Ssn", *Il Sole-24 Ore Salute*, 11-17 novembre 1998.

studio, i due autori non prendono in considerazione separatamente il valore aggiunto settoriale, che potrebbe in parte spiegare l'anomalia apparente nei risultati. Infatti è evidente che un aumento della mortalità per tumori in alcune regioni meridionali è stato determinato dall'insediamento di attività industriali, che potrebbero aver avuto un ruolo nell'aggravamento delle patologie maggiormente collegate all'inquinamento atmosferico. Inoltre non sono presi in considerazione gli stili di vita, il cui ruolo nell'evoluzione di patologie tumorali e cardiovascolari è ampiamente documentato in letteratura. Altra criticità dello studio dei due autori è il ricorso a semplici tecniche di regressione lineare e non, come sarebbe auspicabile, ad un'analisi di cointegrazione, che può cogliere meglio i legami strutturali eventualmente presenti tra variabile risposta e covariate.

Appare tuttavia interessante la conclusione di Barrella e Spandonaro, secondo cui i risultati dello studio metterebbero in discussione le formule di riparto del Fsn, soprattutto in ottica di federalismo, poiché legano il finanziamento alle formule di bisogno sanitario (ad esempio la mortalità per gruppi di cause) e non alla performance dei sistemi sanitari regionali, determinando il rischio di dover frequentemente rivedere le formule di riparto dei fondi. Inoltre non tenere in considerazione, nelle formule di riparto, la diversa elasticità della mortalità al reddito regionale espone il meccanismo di riparto a pesanti ripercussioni in termini di sostenibilità e, in definitiva, ad un riaprirsi del divario tra sud e centro-nord nelle condizioni di salute, con un marcato aumento della mortalità per tumore nelle regioni meridionali, rispetto a quelle centro-settentrionali.

3 – Relativamente alla sola componente pubblica della spesa sanitaria, una prima analisi delle differenze territoriali a livello provinciale per gli anni 1992 e 1999 [Bernassola e Polli 2002] perviene a risultati di estremo interesse.

Il *data set* relativo al 1992, tratto da uno studio di Cananzi (1997), è composto da 41 indicatori, di cui 7 per l'area sociodemografica, 12 per lo stato di salute della popolazione, 5 indicatori economici, 7 per l'offerta ospedaliera, 4 per la spesa sanitaria pubblica, 6 relativi al personale dipendente del Servizio sanitario nazionale.

In una prima fase il numero di variabili esplicative (37) è stato ridotto a 15 per mezzo dell'analisi in componenti principali, applicata separatamente ai 6 sotto-gruppi di indicatori. Inoltre sono stati individuati, tramite *cluster analysis*, 4 gruppi di province. Selezionate le variabili esplicative, sono stati formulati tre modelli di regressione lineare multipla. Il primo ha considerato le 15 variabili identificate nella prima fase, adottando una procedura di tipo *backward* su tutte le province italiane. Il secondo, sempre basato su una procedura di eliminazione di tipo *backward*, è stato applicato separatamente ai 4 sotto-gruppi di province, il terzo ha utilizzato come regressori le 5 componenti principali individuate nella prima fase.

Il primo modello consente di individuare in sei variabili le principali determinanti della spesa sanitaria pubblica a livello provinciale (spesa per posto letto ospedaliero *standard*, reddito *pro capite*, tasso di disoccupazione, quota di posti letto ospedalieri a gestione diretta, numero di medici per 1.000 abitanti, indice di vecchiaia), mentre dall'analisi svolta per sotto-gruppi di province omogenee emergono di volta in volta sotto-insiemi di variabili che non necessariamente coincidono con quello individuato dall'applicazione del modello generale (cfr. Tab. 2.2).

Tab. 2.2 Determinanti della spesa sanitaria pubblica a livello provinciale. Italia 1992

Cluster provinciali			
1	2	3	4
Piemonte, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Umbria, Marche	Lombardia, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, provincia di Roma	Abruzzo, Molise, Basilicata, Puglia, Sardegna	Calabria, Campania, Sicilia, altre province del Lazio
Determinanti			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indice di vecchiaia ▪ Quota di posti letto ospedalieri a gestione diretta ▪ Spesa per posto letto <i>standard</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasso di natalità ▪ Reddito <i>pro capite</i> ▪ Posti letto per 100 mila abitanti ▪ Tasso di mortalità evitabile ▪ Spesa per posto letto <i>standard</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasso di natalità ▪ Infortuni sul lavoro ▪ Posti letto per 100 mila abitanti ▪ Spesa per posto letto <i>standard</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasso di natalità ▪ Infortuni sul lavoro ▪ Reddito <i>pro capite</i> ▪ Posti letto per 100 mila abitanti ▪ Spesa per altro personale SSN

Quanto al 1999, il *data set*, ampliato con variabili relative alla mortalità per grandi gruppi di cause e per classi di età, è articolato in 80 indicatori, suddivisi in 6 aree tematiche (di cui una demografica, una economica e quattro relative alla mortalità per età, sesso e grandi gruppi di cause). Di nuovo nella prima fase il numero di variabili esplicative è stato ridotto a 26 per mezzo di un'analisi in componenti principali, applicata sul *data set* completo e separatamente ai 6 sotto-gruppi di indicatori. Le variabili esplicative selezionate sono state inserite nei tre modelli di regressione lineare multipla precedentemente descritti. L'inserimento di variabili relative alla mortalità per sesso, età e grandi gruppi di cause ha consentito di individuare altri fattori di variabilità tra i sotto-gruppi di province individuati tramite *cluster analysis*. Tra le variabili che maggiormente caratterizzano la variabilità a livello provinciale il tasso di natalità, gli infortuni sul lavoro, la mortalità evitabile e alcuni gruppi di patologie (quali le malattie al

sistema cardio-circolatorio, i disturbi psichici, le malattie dell'apparato digerente e i traumatismi).

Tab. 2.3 Determinanti della spesa sanitaria pubblica a livello provinciale. Italia 1999

Cluster provinciali			
1	2	3	4
Piemonte, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Umbria, Marche	Lombardia, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, provincia di Roma	Abruzzo, Molise, Basilicata, Puglia, Sardegna	Calabria, Campania, Sicilia, altre province del Lazio
Determinanti			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indice di vecchiaia ▪ Incidenza disturbi psichici e malattie del sistema nervoso maschi >74 anni 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasso di disoccupazione ▪ Incidenza disturbi psichici e malattie del sistema nervoso >74 anni ▪ Incidenza malattie apparato digerente > 74 anni 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasso di disoccupazione ▪ Incidenza traumi indotti da cause esterne donne 0-74 anni 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasso di natalità ▪ Incidenza traumi indotti da cause esterne donne 0-74 anni ▪ Incidenza disturbi psichici e malattie del sistema nervoso maschi >74 anni ▪ Incidenza disturbi circolatori dell'encefalo maschi >74 anni

Uno dei principi costitutivi della riforma sanitaria è l'equità di accesso al sistema sanitario, enunciato all'Art. 1 della L. 833 del 1978. L'equità assume valenze differenti: come obiettivo di superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie tra regioni, come livelli – ora uniformi e garantiti, ora essenziali – di prestazione, come uniformità di condizioni di salute sul territorio nazionale.

Petretto nota come, in base alla definizione considerata di equità, ne risultino conseguenze assai eterogenee per l'allocazione delle risorse. Fatto sta che, in Italia, il principio di equità è sempre stato applicato riduttivamente, o in termini

di spesa *pro capite*, o di dotazione di strutture e quindi di *input*. Il problema risiede nel fatto che, malgrado le regioni presentino livelli di spesa *pro capite* per lo più simili, si osserva una gamma di *outcome* e *output* ampiamente variabile, indice dell'esistenza di una profonda disomogeneità nell'efficienza e nell'efficacia dei processi produttivi sanitari di ogni singola regione. Tali problemi risultano acuiti quando si analizza la dinamica della spesa regionale per prestazioni sanitarie.

Malgrado tali estese limitazioni, un buon punto di partenza per cogliere le estese disparità sul fronte dell'offerta potrebbe essere quello di elaborare un *set* di indicatori strutturali di sintesi, in grado di cogliere l'eterogeneità nella dotazione strutturale tipica dei sistemi sanitari regionali. Di tale aspetto ci occuperemo nel prossimo paragrafo.

2.3 L'eterogeneità delle reti di offerta regionale di servizi sanitari

1 – Nella presente sezione presentiamo i principali risultati relativi all'analisi della dotazione regionale di strutture di offerta e del volume di prestazioni erogate da soggetti pubblici e privati accreditati, e quelli riguardanti la dotazione di personale nelle strutture pubbliche e private accreditate. I dati si riferiscono al 2002 per la dotazione di strutture di offerta e al 2001 per il volume di prestazioni e la dotazione di personale.

L'analisi è stata svolta sul complesso delle *strutture di ricovero* pubbliche (aziende ospedaliere, ospedali a gestione diretta, policlinici universitari, istituti a carattere scientifico, ospedali classificati o assimilati, istituti presidio delle Asl) e private accreditate; gli *ambulatori* e i *laboratori* (pubblici e privati accreditati) che svolgono attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale; gli *istituti* e i *centri di riabilitazione* residenziali e semiresidenziali; le *unità di emergenza* (dipartimenti di primo intervento, di pronto soccorso e i centri di rianimazione); i *cen-*

tri sanitari assistenziali per l'assistenza residenziale e semiresidenziale psichiatrica, ai disabili psichici, fisici e agli anziani; i *punti di guardia medica e altre strutture*. Queste ultime comprendono unità, generalmente collocate presso strutture di ricovero, quali i centri trasfusionali, i centri di dialisi e i servizi di ospedalizzazione domiciliare e i centri classificati dal Ministero della Salute come altre strutture territoriali (consultori materno-infantili¹⁸; centri di assistenza ai tossicodipendenti; centri di assistenza ai malati di AIDS; centri di assistenza idro-termale).

Gli indicatori presi in considerazione nella sottodimensione *strutture* esprimono la dotazione di strutture per 1.000 abitanti, mentre gli indicatori di attività sono espressi come numero di casi trattati (degenze, accessi e utenze) per 100 posti letto effettivamente presenti nelle strutture.

Accanto ai dati sulle unità di cura, sono stati considerati quelli relativi alla dotazione di apparecchiature tecnico-biomediche. L'indagine è stata estesa alle apparecchiature per radiologia diagnostica (gruppo radiologico, apparecchio portatile per radioscopia, tavolo telecomandato), diagnostica per immagini (ecotomografo, Tac, risonanza magnetica); analisi chimico-cliniche e microbiologiche (analizzatore automatico per immunochimica, contaglobuli automatico differenziale); camere iperbariche; apparecchiature per emodialisi; lampade scialitiche; ventilatori polmonari e altre *facilities* (che comprendono le ambulanze di tipo A, di tipo B e le unità mobili di rianimazione).

I dati relativi alla dotazione strumentale consentono di inserire informazioni sull'*input* tecnologico incorporato nelle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dai sistemi sanitari regionali.

¹⁸ Istat, *Attività gestionali ed economiche delle A.s.l. e aziende ospedaliere*, Annuario statistico del Sistema sanitario nazionale, 2001.

Nella dimensione del capitale umano sono riportate le informazioni sulla dotazione di figure professionali per mille abitanti. Le professionalità considerate riguardano il *personale medico* (medici, odontoiatri, terapisti della riabilitazione) e *non medico* (infermieri) presente nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, dipendente delle Asl e degli Istituti di riabilitazione. Completano il quadro i *Medici di medicina generale* e i *Pediatrati di libera scelta* per le attività di assistenza erogate a livello distrettuale e i servizi offerti al fine di garantire la continuità assistenziale lungo l'arco delle 24 ore giornaliere (*Guardia medica*).

Gli indicatori di attività, per il personale, sono stati definiti come numero di casi trattati per unità di personale.

2 – La Tabella 2.4 mette a confronto, per la *dimensione infrastrutture*, gli indicatori standardizzati di struttura e di attività.

Possono essere individuati 4 gruppi di regioni. Il primo, formato dal Piemonte, dalla Valle d'Aosta, dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Marche, Basilicata e Calabria, è caratterizzato da una dotazione di infrastrutture inferiore a quella media italiana e da contenuti tassi di attività. Il secondo gruppo, nel quale figurano Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Abruzzo e Puglia, è composto dalle regioni caratterizzate da una contenuta dotazione infrastrutturale e da tassi di attività superiori alla media nazionale. Il terzo gruppo è formato da Toscana, Lazio, Molise e Sardegna, regioni nelle quali ad una dotazione di strutture e attrezzature superiore alla media italiana, corrispondono tassi di attività inferiori alla media. Va naturalmente osservato come, nel caso della Sardegna, il dato vada interpretato con prudenza, tenuto conto della posizione geografica e, soprattutto, della difficoltà per la popola-

zione residente nell'isola di accedere a strutture di offerta presenti in altre regioni.

**Tab. 2.4: Punteggi regionali
Dimensione infrastrutturale**

Regioni	Sottodimensioni			
	Struttura		Attività	
	Punteggio	Var.	Punteggio	Var.
Piemonte	370,64	-131,82	563,46	-26,86
Valle d'Aosta	0,00	-502,46	403,08	-187,24
Lombardia	575,03	72,58	977,37	387,06
Bolzano	374,28	-128,18	497,72	-92,60
Trento	113,11	-389,35	560,52	-29,79
Veneto	558,12	55,66	962,08	371,76
Friuli Venezia Giulia	450,12	-52,34	482,94	-107,38
Liguria	270,78	-231,68	747,76	157,44
Emilia Romagna	456,20	-46,26	956,73	366,42
Toscana	726,08	223,62	408,28	-182,04
Umbria	308,98	-193,48	770,68	180,36
Marche	463,51	-38,95	494,32	-96,00
Lazio	555,05	52,59	539,61	-50,70
Abruzzo	201,00	-301,46	843,41	253,09
Molise	1000,00	497,54	554,84	-35,47
Campania	658,20	155,74	1.000,00	409,68
Puglia	296,50	-205,96	656,70	66,38
Basilicata	102,40	-400,06	0,00	-590,32
Calabria	471,28	-31,18	215,54	-374,77
Sicilia	573,85	71,39	759,86	169,55
Sardegna	623,60	121,14	1,74	-588,57
Italia	502,46	185,88	590,32	224,93

Infine il quarto gruppo, caratterizzato da elevati livelli di dotazione infrastrutturale e elevati tassi di attività, è composto da Lombardia, Veneto, Campania e Sicilia.

3 – Passando ad analizzare la dimensione del *capitale umano* (Tab. 2.5), gli indicatori di sintesi dei 21 sistemi regionali, relativi a dotazione di capitale umano e produttività, consentono di fornire una prima spiegazione di quanto osservato nel caso della dimensione infrastrutturale.

Nuovamente possiamo distinguere quattro gruppi di regioni. Il primo, formato da Piemonte, Provincia di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna e Lazio, è caratterizzato da una dotazione di capitale umano e da una produttività inferiori alla media nazionale. Di queste, il Piemonte, la Provincia di Trento e il Friuli-Venezia Giulia erano comprese nel primo gruppo della dimensione infrastrutturale. Quindi i ridotti livelli di attività che caratterizzano le tre realtà regionali potrebbero derivare in prevalenza dal sottodimensionamento della dotazione sia di strutture, sia di capitale umano. Un altro sottogruppo è formato da Liguria ed Emilia Romagna, che nell'altra sottodimensione figuravano nel secondo gruppo, caratterizzato da una dotazione infrastrutturale inferiore alla media nazionale e da elevati livelli di attività, segnale di una dotazione eccessiva di capitale umano rispetto alle strutture presenti. Le restanti regioni del primo gruppo, Lazio e Veneto, appartengono rispettivamente al terzo e al quarto gruppo della dimensione delle infrastrutture. Il Lazio è caratterizzato da un elevato livello di infrastrutture e da bassi livelli di attività, indice dell'esistenza di un forte sottodimensionamento nella dotazione di capitale umano e impatti negativi sui livelli di attività e sulla produttività. Il Veneto, caratterizzato da elevati livelli di dotazione infrastrutturale e di attività, non risulta compreso in nessun sottogruppo ed è in una situazione, sotto questo aspetto, nettamente diversa da quella caratterizzante le altre regioni che figurano all'interno del primo gruppo della dimensione del capitale umano.

Il secondo gruppo, composto da Lombardia, dalla Provincia di Bolzano, Umbria, Marche, Puglia, Calabria e Sicilia, è caratterizzato da dotazioni di capitale umano inferiori alla media nazionale e da una produttività superiore a quella media nazionale. Anche all'interno del secondo gruppo è possibile individuare tre sotto-gruppi di regioni, caratterizzate da andamenti differenziati. Il primo

sottogruppo è composto dalla provincia di Bolzano, Calabria e Marche, che figuravano nel primo gruppo nella precedente dimensione. Si tratta di regioni nelle quali a contenuti livelli di attività corrisponde un'elevata produttività del capitale umano, che risulta correttamente dimensionato rispetto all'entità della domanda regionale di prestazioni. Il secondo sottogruppo è composto da Umbria e Puglia, regioni nelle quali è presente efficienza in senso tecnico: contenuta dotazione di infrastrutture e capitale umano, elevati livelli di attività e di produttività. Al terzo sottogruppo appartengono due regioni in posizione intermedia, Lombardia e Sicilia, che figuravano nel quarto gruppo della dimensione precedente, caratterizzato da elevati livelli di dotazione infrastrutturale e di attività. In termini di efficienza, si tratta di una posizione intermedia.

**Tab. 2.5: Punteggi regionali
Dimensione del capitale umano**

Regioni	Sottodimensioni			
	Dotazione		Produttività	
	Punteggio	Var.	Punteggio	Var.
Piemonte	108,94	-278,51	343,69	-135,53
Valle d'Aosta	963,75	576,29	0,00	-479,22
Lombardia	33,74	-353,71	511,30	32,08
Bolzano	0,00	-387,46	1.000,00	520,78
Trento	291,82	-95,63	304,63	-174,59
Veneto	75,60	-311,85	366,51	-112,71
Friuli Venezia Giulia	53,72	-333,73	298,65	-180,57
Liguria	243,89	-143,56	290,13	-189,09
Emilia Romagna	306,72	-80,73	407,17	-72,05
Toscana	648,57	261,12	316,41	-162,81
Umbria	184,89	-202,56	793,05	313,83
Marche	344,96	-42,49	649,08	169,86
Lazio	315,02	-72,43	476,90	-2,32
Abruzzo	990,83	603,37	280,98	-198,24
Molise	1000,00	612,54	439,02	-40,20
Campania	484,28	96,83	783,33	304,11
Puglia	307,48	-79,98	653,68	174,46
Basilicata	471,36	83,90	253,79	-225,43
Calabria	284,69	-102,76	598,57	119,35
Sicilia	112,67	-274,79	776,18	296,96
Sardegna	913,61	526,15	520,61	41,39
Italia	387,46	262,88	479,22	187,88

Nel terzo gruppo figurano Val d'Aosta, Toscana, Abruzzo, Molise e Basilicata, regioni caratterizzate da un'elevata dotazione di capitale umano e da una produttività inferiore alla media nazionale. Di nuovo è possibile individuare un primo sottogruppo di regioni, composto da Valle d'Aosta e Basilicata, appartenenti al primo gruppo nella dimensione precedente. Il sottodimensionamento della dotazione infrastrutturale nelle due regioni potrebbe aver avuto impatti negativi in termini di produttività. Il secondo sottogruppo comprende Molise e Toscana, dove l'elevata dotazione di infrastrutture e capitale umano non è associata a elevati livelli di attività e di produttività, configurando situazioni di inefficienza in senso tecnico. L'Abruzzo forma un sottogruppo a sé stante, in quanto appartenente al secondo gruppo nella dimensione infrastrutturale. I bassi livelli di produttività che hanno caratterizzato la regione potrebbero essere determinati dal sottodimensionamento della dotazione di infrastrutture.

Infine il quarto gruppo di regioni, nel quale figurano Campania e Sardegna, è caratterizzato da una dotazione di capitale umano e da una produttività superiori alla media nazionale. L'unica differenza tra le due regioni riguarda i livelli di attività, elevati nella prima e contenuti nella seconda.

2.4 Conclusioni

1 – Nel complesso le politiche di rimodulazione dell'offerta indotte dal passaggio ad una costellazione di sistemi sanitari regionali hanno accentuato, dal punto di vista strutturale, una frammentazione territoriale che già caratterizzava il sistema sanitario nazionale, riflesso della varietà di formule di *policy* adottate dai governi regionali. Questo è evidente soprattutto laddove si esaminano la composizione delle strutture di ricovero pubbliche.

Nonostante molte regioni abbiano ultimato il percorso dell'aziendalizzazione, la dimensione d'impianto e quella minima d'efficienza delle aziende ospedaliere non sembrano collocarsi su livelli ottimali, sia in termini di dotazione relativa di posti letto, sia in termini di utilizzo delle strutture.

Un fatto è comunque certo: il contenimento dei costi ospedalieri regionali non si è svolto esclusivamente attraverso controlli globali di *budget* e ricorso alla cooperazione tra unità di cura nella produzione di servizi – come nel National Health Service – ma anche attraverso controlli sugli *input* del processo produttivo, in particolare eliminando posti letto, una politica d'intervento che solleva crescenti perplessità e influenza l'offerta territoriale e le caratteristiche strutturali delle unità di cura, soprattutto quando parallelamente al taglio delle strutture non siano contemplate interventi compensativi, quali ad esempio un maggiore ricorso all'assistenza domiciliare.

Va comunque osservato che malgrado il pesante taglio di posti letto i relativi tassi di utilizzo, nelle strutture pubbliche, supera raramente l'80 per cento, soprattutto nelle regioni meridionali, un segnale significativo sul fatto che le unità di cura, specialmente nelle regioni meridionali, siano ben oltre la dimensione minima d'efficienza.

Sempre in tema di strutture di ricovero, aumenta la presenza di unità di cura accreditate. Gli istituti censiti sono caratterizzati, mediamente, da poco meno di 100 posti letto, una dimensione che potrebbe compromettere la possibilità di attivare processi produttivi efficienti. L'analisi svolta ha evidenziato come di nuovo siano le regioni meridionali ad affidarsi ai servizi erogati da strutture accreditate o private, soprattutto nel caso di specifiche attività assistenziali.

Il numero di posti letto nelle case di cura accreditate è maggiore nelle regioni del Mezzogiorno. In alcune di esse inoltre le strutture accreditate coprono

una consistente quota dell'offerta ospedaliera totale (in Campania oltre un terzo). Anche in Sardegna e Calabria la dotazione assoluta di posti letto per non acuti nelle strutture private (rispettivamente 172 e 903) è superiore rispetto alla capacità del settore pubblico (38 e 63).

Nel 2001 a livello nazionale la dotazione di posti letto per acuti (4,3 per 1.000 abitanti) si è collocata al di sotto del limite normativo di 4,5 posti per 1.000 abitanti. In regioni quali la Campania, ad esempio, ci si è attestati su un valore di 2,9 posti letto per 1.000 abitanti: il dato fornisce una spiegazione convincente circa il ruolo assunto in quella regione dalle unità di cura accreditate, che vanno ad integrare una dotazione strutturale pubblica largamente insufficiente, e spiegano la *performance* in termini di livelli di attività e di produttività.

Nelle strutture di ricovero pubbliche i reparti di lungodegenza contano, a livello nazionale, 0,3 posti letto per 1.000 abitanti. Sommando questo dato alla capacità relativa presente negli Istituti o centri di riabilitazione, si ottiene un dato medio pari a 0,4 posti letto per 1.000 abitanti, ben al di sotto dei limiti individuati dal legislatore (1 posto letto per 1.000 abitanti).

Altro settore in cui una forte disparità tra nord e sud del Paese si accompagna alla presenza massiccia di operatori privati è quello della riabilitazione. Dei 720 istituti censiti, soltanto il 28 per cento sono strutture pubbliche, percentuale che sale ancora nelle regioni del Mezzogiorno. In Campania sono in attività 110 centri privati di riabilitazione, contro 11 pubblici; in Basilicata e Calabria 8 centri privati contro un solo centro di riabilitazione pubblico. Una parziale eccezione è rappresentata dalla Puglia, dove a fronte di 29 istituti privati ne operano 33 pubblici. Complessivamente nel Mezzogiorno nel 2001 l'81,4 per cento dell'offerta di posti letto è fornita da strutture private.

2 – Ancora più grave il ritardo delle regioni meridionali nel settore dei centri sanitari assistenziali. In tale ripartizione geografica la dotazione di posti letto non raggiunge la ricettività di un posto letto per 1.000 abitanti, contro una ricettività in Italia centro-settentrionale compresa tra i 9,07 posti letto della Provincia di Trento e i 3,01 dell'Umbria. Per le ragioni esposte in precedenza, e soprattutto per l'evidente *gap* infrastrutturale, insufficientemente compensato dalla maggiore presenza di strutture private, i sistemi sanitari delle regioni meridionali non sono in grado di rispondere alla sempre crescente domanda di prestazioni rivolte ai centri sanitari assistenziali. Il problema, tuttavia, non è soltanto strutturale, ma probabilmente riflette scelte di politica sanitaria, scarsamente comprensibili ad un esame più attento. Infatti, nelle regioni meridionali, sistemi sanitari che tra loro mostrano forti divari in termini di capacità, non mostrano rilevanti divari in ordine ai tassi di attività.

Quanto agli ambulatori e ai laboratori di analisi, con riferimento al territorio nazionale risultano equamente distribuiti tra pubblici e accreditati, ma non mancano, anche in questo caso, forti disparità a livello regionale. La Campania infatti dispone di 1.326 strutture private e 553 pubbliche; in Sicilia rispettivamente 1.332 e 572. Nella provincia autonoma di Bolzano, in Valle d'Aosta e in Umbria poco meno del 90% delle strutture sono pubbliche. Con una marcata disomogeneità per quanto riguarda i tassi di attività, sensibilmente più elevati nelle regioni centro-settentrionali.

In tema di attrezzature diagnostiche, la circostanza che colpisce maggiormente è il notevole squilibrio di capacità regionale per le apparecchiature impiegate nelle analisi chimico-cliniche e microbiologiche, nonché una forte carenza di camere iperbariche, ancora del tutto assenti in molte Regioni (Valle d'Aosta, Provincia di Trento, Umbria, Marche, Abruzzo e Basilicata). Nel

complesso gli indicatori sembrano piuttosto allineati con le medie nazionali, a meno di alcuni casi in cui la dotazione appare orientativamente eccessiva.

Per quanto riguarda il personale sanitario, l'analisi dei singoli indicatori ha evidenziato ancora una discreta variabilità. Tale aspetto sembra attenuarsi nel caso del personale che regola sia l'assistenza primaria che l'accesso alle prestazioni ospedaliere e di medicina specialistica.

Il dato sui pediatri di libera scelta è quello che presenta la maggiore eterogeneità territoriale, tuttavia su questo aspetto influisce la possibilità, per i genitori, di avvalersi delle prestazioni dei medici di medicina generale anche qualora i propri figli non abbiano raggiunto i limiti di età (14 anni).

Gli indicatori di attività e pressione, nel caso dei medici generici, mostrano come i cittadini delle singole regioni godono delle stesse garanzie di accesso ai servizi sanitari. L'assistenza distrettuale in questo caso gode di una dotazione media di 0,81 medici ogni 1.000 abitanti, con l'unica eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano, in cui il rapporto è nettamente inferiore (0,49 medici per 1.000 abitanti).

3 *L'organizzazione del sistema sanitario italiano prima della riforma del Titolo V*

3.1 *Il finanziamento del Ssn prima del 1992*

1 – Fino al 1992 il finanziamento del sistema sanitario nazionale era garantito in via esclusiva dal *Fondo sanitario nazionale*, costituito da due capitoli del bilancio statale, uno di parte corrente e l'altro in conto capitale. “Nonostante le ripetute affermazioni di principio, che attribuivano al *Piano sanitario nazionale* il compito di definire autonomamente il *budget* del sistema sanitario nazionale, di fatto il finanziamento è sempre stato deciso in sede di approvazione del bilancio dello stato o della legge finanziaria. Il suo ammontare ha quindi risentito – positivamente o negativamente – della congiuntura economica o delle priorità di bilancio”¹⁹. La determinazione del *Fondo sanitario nazionale* avveniva solitamente in due fasi: “la prima, in sede di approvazione del bilancio dello stato e della legge collegata alla finanziaria, quando si stabiliscono il fabbisogno finanziario e le manovre di contenimento della spesa; la seconda, nell'autunno successivo quando, accertata l'insufficienza di fondi e dopo le pressioni regionali, si integra lo stanziamento di bilancio o, più spesso, si autorizzano (con telegramma) le USL a spendere in eccesso rispetto alle previsioni”²⁰.

La politica del governo è stata contraddistinta, fino al 1992, dalla costante *sottostima* dei trasferimenti alle regioni e dalla *sovrastima* dell'effetto delle misure di contenimento della spesa. “Per non essere smentito, dal 1993 il Ministero della Sanità non effettua più previsioni di spesa”²¹.

¹⁹ Mapelli V., “L'allocazione delle risorse nel Servizio sanitario nazionale”, *Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica*, 1999, p. 6.

²⁰ *Ibid.*, p. 7.

²¹ *Ibid.*

Nel piano di riforma del sistema sanitario nazionale le Regioni erano responsabili della pianificazione locale, in accordo con gli obiettivi specificati nel *piano sanitario nazionale*, dell'organizzazione dei servizi sanitari e dell'allocazione delle risorse alle *unità sanitarie locali*.

Le *unità sanitarie locali* rappresentavano il terzo livello organizzativo. Erano agenzie operative che gestivano l'offerta dei servizi sanitari sul territorio, attraverso strutture proprie o tramite acquisto di servizi sul mercato. La gestione delle unità era affidata a *comitati di gestione* nominati dai consigli comunali.

2 – L'assetto del sistema sanitario nazionale determinò conflitti giurisdizionali tra i vari livelli di governo. Infatti, la responsabilità non era chiaramente individuata e l'assistenza sanitaria non era pianificata con coerenza a livello nazionale e regionale. Oltre tutto, i governi regionali consideravano inadeguate le risorse trasferite dal governo centrale per soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini. Di conseguenza, i *deficit* regionali sono rapidamente aumentati, costringendo il governo centrale a frequenti interventi a copertura. La netta separazione tra responsabilità di finanziamento del governo centrale e regionale e la capacità di spesa delle agenzie locali è stata considerata come la principale ragione del continuo aumento della spesa sanitaria pubblica, che non conduceva a miglioramenti nella quantità e qualità dei servizi erogati.

Inoltre, le caratteristiche qualitative e quantitative dell'assistenza sanitaria risultavano nettamente differenti tra regioni settentrionali e meridionali, determinando preoccupazione sulla capacità della riforma di garantire l'uguaglianza territoriale nell'accesso al sistema sanitario. Senza contare che “la gestione

dell'assistenza sanitaria soffriva per un'eccessiva politicizzazione”²², essendo i componenti dei *comitati di gestione* nominati dai consigli comunali. In pratica, gli amministratori del sistema a livello locale finivano per essere quadri periferici di partito che spesso non erano in possesso delle necessarie competenze.

3. – Il governo centrale a più riprese ha tentato di frenare la formazione di disavanzi, attraverso l'imposizione di controlli di *budget* e introducendo meccanismi di compartecipazione alla spesa.

Se si tralasciano gli anni immediatamente successivi all'approvazione della L. 833/1978, “nei quali – comprensibilmente – non si registra alcun intervento significativo del legislatore volto a modificare l'assetto del servizio neoistituito”, già con la finanziaria del 1982 (L. 181/1982) l'organizzazione delle *unità sanitarie locali* viene dotata di un collegio di revisori di conti, il controllo delle loro deliberazioni è reso più rigoroso, si introducono i primi meccanismi di compartecipazione (*ticket*).

Altri interventi legislativi riguarderanno la riforma del prontuario farmaceutico (d.l. 463/1983, convertito con L. 638/1983), l'introduzione di norme di responsabilizzazione per i medici di medicina generale e l'obbligo del pareggio del bilancio per le USL (L. 730/1983). Tuttavia, il rigore è vanificato dal successivo d.l. 528/1984, convertito in L. 733/1984, che riapre la strada ai disavanzi di gestione. Oltretutto, con sentenza della C.Cost. N. 245/1984, la parte della norma contenuta nell'art. 29 della L. 730/1983, con cui veniva fissato l'obbligo per le regioni di ripianare i disavanzi ricorrendo all'autofinanziamento, fu dichiarata illegittima.

²² Donatini A., Rico A., D'Ambrosio M.G., Lo Scalzo A., Orzella L., Cicchetti A., Profili S., *Health Care Systems in Transitions. Italy 2001*, WHO, European Observatory on Health Care Systems, 2001 [<http://www.observatory.dk>]

Con la finanziaria del 1986 (L. 41/1986), le regioni venivano autorizzate a far ricorso a determinazioni autonome (in termini quindi di acquisizione di entrate aggiuntive o riduzione di spese) per garantire il pareggio dei bilanci delle USL.

Altri interventi di razionalizzazione della spesa devono essere ricordati in questa sede. In primo luogo, la L. 595/1985, con la quale si impongono alle regioni parametri tendenziali per un'ottimale gestione dell'assistenza ospedaliera, nonché misure volte alla ristrutturazione delle strutture di offerta, prevedendo accorpamenti, soppressioni e trasformazione di servizi, allo scopo di rendere disponibili nuovi locali per attività di *day hospital*, attività *intramuros* e reparti a pagamento. I principi della L.595/1985 furono ripresi, nelle loro linee essenziali, dal d.l. 27/1988, convertito in L. 109/1988.

3.2 La riforma del 1992

1. – L'aggravarsi dei problemi descritti in precedenza ha determinato la necessità di intervenire con una nuova riforma del sistema sanitario. “Dopo che per ben due volte nel giro di un anno [...] fu necessario disporre stanziamenti aggiuntivi per la maggiore spesa sanitaria”²³, la L. 111/1991 ha abolito i *comitati di gestione* e avviato una gestione sostanzialmente monocratica tramite amministratori straordinari.

Successivamente, con la finanziaria del 1992 (L. 412/1991) i criteri di finanziamento della spesa sanitaria regionale vengono in parte modificati, anticipando la seconda riforma del sistema sanitario. Infatti, vengono introdotti i *livelli uniformi di assistenza* e misure di incentivazione del personale, introducendo il

²³ Branca M., “L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale”, cit., p. 177.

principio di esclusività del rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale, mentre la ripartizione dei fondi è basata sul *parametro capitario semplice*.

I D. Lgs. 502/1992 e 517/1993, di cui il primo in attuazione della L. 421/1992, rappresentano i primi passi per l'introduzione anche in Italia di riforme pro-concorrenziali, nel tentativo di difendere il principio dell'universalità dell'accesso, introducendo un sistema di finanziamento che fosse in grado di conciliare gli obiettivi macro-economici di contenimento della spesa con elementari principi di efficienza ed equità.

Il processo di razionalizzazione, sotto l'influenza della citata sentenza della Corte Costituzionale, sposta l'accento dalla responsabilizzazione regionale a quella delle aziende e degli operatori "effettivi" della sanità, mentre come valore centrale non compare soltanto il contenimento della spesa *tout court*, che da tempo appariva una clausola di stile inserita in tutti gli interventi legislativi, ma anche l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni.

2 – Il quadro istituzionale delineato dal D. Lgs. 502/1992 si ispira ad un modello di federalismo *debole*, in cui il governo centrale garantisce un livello uniforme di prestazioni sul territorio e le Regioni finanziano eventuali prestazioni aggiuntive o di qualità superiore rispetto a quello *standard*.

L'entità dei trasferimenti è individuata applicando il principio della *quota capitaria semplice*. Come si è detto in precedenza l'obiettivo di garantire un livello standard di servizi, sancito dalla L. 833/78, si era trasformato, nel tempo, nell'obiettivo di garantire un livello uniforme di finanziamento. Ciò ha condotto ad una parziale revisione del criterio distributivo attraverso la considerazione, nella determinazione della quota capitaria, dei fattori di rischio locali, come la struttura per età della popolazione, la morbilità e la frequenza dei ricoveri

ospedalieri. Il criterio capitaro, adottato dal D. Lgs. 502/92, consisteva nel calcolare l'ammontare *pro capite* delle risorse destinate alla spesa corrente e nell'assegnarle alle Regioni in proporzione al numero di abitanti; la differenza tra tale ammontare e le risorse proprie delle Regioni rappresentava l'ammontare dei trasferimenti del Fondo sanitario nazionale di parte corrente.

La spesa sanitaria regionale di parte corrente, quindi, era finanziata dalle entrate proprie delle regioni – risorse percepite a vario titolo direttamente dalle Asl e, fino al 1997, i contributi sanitari riscossi dai soggetti residenti, sostituiti, un anno più tardi, con il 90% del gettito Irap di competenza delle Regioni e da un'addizionale Irpef, oltre al ricorso all'indebitamento – e dal contributo statale, per un importo pari alla differenza tra assegnazione teorica prevista in sede di riparto del Fsn di parte corrente e le entrate proprie stimate.

Il meccanismo di finanziamento del sistema sanitario vigente dopo la riforma del 1992 è rappresentato nelle Tabelle 3.1, 3.2 e 3.3, che riportano la base imponibile Irpef, il gettito dei tributi (contributi sanitari, Irap riferita alle basi imponibili stimate nel 1997, Irpef, imposta di fabbricazione degli olii minerali e imposta sui tabacchi lavorati), le entrate proprie delle Asl e le integrazioni del Fondo Sanitario Nazionale a fronte della spesa teorica prevista dalla legge finanziaria, la spesa effettiva delle regioni e i disavanzi di parte corrente. Nelle ultime due colonne della Tab. 3.3 sono riportati gli indicatori della capacità di copertura della spesa con le risorse proprie delle Regioni. L'indice di variazione, pari al rapporto tra scarto quadratico medio e media, evidenzia le disparità nella distribuzione regionale delle basi e dei gettiti tributari.²⁴

²⁴ Tagliatela G., *Autonomia finanziaria delle Regioni e Ssn: proposte alternative di tributi*, Atti del IV workshop di economia sanitaria, Torino, 4-5 giugno 1998, università degli studi di Torino, quaderno n. 39, marzo 1999

**Tab. 3.1 - Contributi sanitari, gettito e base imponibile IRPEF, imposta sui tabacchi.
1997**

	Contributi sanitari (milioni di euro)	Contributi sanitari pro capite	IRPEF (milioni di euro)	IRPEF pro capite	Base Imponibile IRPEF (milioni di euro)	Imposta Tabacchi (milioni di euro)	Tabacchi pro capite
Piemonte	2,382.00	555.40	9,211.53	2,147.78	43,175.80	433.46	101.07
Lombardia	5,684.90	636.98	21,656.59	2,426.54	96,060.98	855.67	95.88
Veneto	2,440.21	550.46	8,201.85	1,850.16	40,593.51	377.74	85.21
Liguria	875.70	528.02	3,293.96	1,986.09	16,526.62	192.54	116.09
Emilia Ro- magna	2,331.54	594.11	8,595.39	2,190.21	41,833.01	451.49	115.05
Toscana	1,862.86	537.54	6,824.46	1,936.99	31,917.04	404.75	114.88
Umbria	381.56	462.00	1,329.36	1,609.57	6,817.23	90.07	109.06
Marche	681.16	471.99	2,251.24	1,559.92	11,671.93	143.58	99.49
Lazio	2,907.50	558.92	11,099.18	2,133.89	48,030.49	665.40	127.91
Abruzzo	458.15	360.61	1,509.09	1,216.16	8,779.77	131.70	103.65
Molise	102.36	308.87	334.15	1,008.15	2,169.12	29.28	88.35
Campania	1,629.32	282.75	5,347.91	928.05	28,921.59	396.33	68.78
Puglia	1,281.17	313.79	3,962.77	970.57	22,414.23	294.38	99.99
Basilicata	185.51	304.57	554.67	910.44	3,305.32	50.66	83.15
Calabria	574.76	276.89	1,620.13	780.85	9,812.68	184.07	88.67
Totale RSO	23,779.07	491.74	85,828.42	1,774.90	412,029.31	4,701.10	97.22

Fonte: *Ns. elaborazione su dati di G. Tagliatela - IV workshop di economia sanitaria 2002*

Tab. 3.2 - Finanziamento della sanità dopo la riforma IRAP (gettito IRAP e addizionale IRPEF) e tributi alternativi (IFOM; IFOM + Imposta sui Tabacchi) - 1997

	IRAP* (milioni di euro)	Add. IRPEF (milioni di euro)	Risorse Sanità**	Risorse Sanità pro capite	IFOM (milioni di euro)	IFOM pro capite	IT+IFOM (milioni di euro)
Piemonte	2,582.80	215.88	2,540.40	592.32	1,934.65	451.09	2,368.11
Lombardia	7,177.72	480.30	6,940.25	777.63	4,381.62	129.43	5,237.29
Veneto	2,714.50	202.97	2,646.02	596.88	2,101.46	474.04	2,479.20
Liguria	917.23	82.63	908.14	547.56	698.25	421.01	890.78
Emilia Romagna	2,674.73	209.17	2,616.94	666.83	1,972.35	502.58	2,423.84
Toscana	1,953.76	159.59	1,917.97	544.38	1,866.48	529.76	2,271.22
Umbria	405.42	34.09	398.96	483.06	396.12	479.62	486.19
Marche	714.78	58.36	701.66	486.19	653.32	452.70	796.89
Lazio	3,643.09	240.15	3,518.93	676.44	2,363.82	454.40	3,029.23
Abruzzo	521.62	43.90	513.36	404.03	509.74	401.19	641.44
Molise	105.36	10.85	105.67	318.81	104.84	316.31	134.12
Campania	1,709.47	144.61	1,683.13	292.08	1,630.45	282.94	2,026.78
Puglia	1,170.81	112.07	1,165.80	285.53	1,365.00	334.32	1,659.38
Basilicata	189.02	16.53	186.65	306.36	184.38	302.63	235.04
Calabria	510.26	49.06	508.30	244.86	650.22	313.23	834.28
Totale RSO	26,990.55	2,060.15	26,352.16	544.95	20,812.70	387.81	25,513.80

* Gettito complessivo IRAP al netto dei trasferimenti a Stato ed Enti Locali.

** 90% del gettito IRAP (quota con vincolo di destinazione) al netto dei trasferimenti più addizionale IRPEF dello 0,5%.

Fonte: *Ns. elaborazione su dati di G. Tagliatela - IV workshop di economia sanitaria 2002*

Tab. 3.3 – Finanziamento della spesa sanitaria - Sistema contributivo e disavanzi di parte corrente – 1997

	Entrate ASL (mln. di euro)	Contributi (mln. di euro)	Integraz. FSN (mln. di euro)	Dotazione* (mln. di euro)	Spesa corr. (mln. di euro)	Deficit (mln. di euro)	IDC **	
							I	II
Piemonte	152.61	2,382.00	1,256.33	3,790.95	3,992.68	201.73	0.67	0.63
Lombardia	385.28	5,684.90	2,052.97	8,123.14	8,715.37	592.22	0.74	0.69
Veneto	203.85	2,440.21	1,380.02	4,024.08	4,394.69	370.61	0.65	0.6
Liguria	69.21	875.70	637.57	1,582.48	1,795.15	212.68	0.59	0.52
Emilia Romagna	252.60	2,331.54	1,165.02	3,749.17	4,335.50	586.33	0.68	0.59
Toscana	158.29	1,862.86	1,175.20	3,196.35	3,647.53	451.18	0.63	0.55
Umbria	35.53	381.56	352.43	769.52	845.39	75.87	0.54	0.49
Marche	127.20	681.16	536.65	1,345.01	1,449.64	104.63	0.60	0.55
Lazio	121.11	2,907.50	1,442.31	4,470.92	5,254.17	783.26	0.67	0.57
Abruzzo	35.89	458.15	595.22	1,089.26	1,189.50	100.24	0.45	0.41
Molise	7.02	102.36	182.98	292.37	303.78	11.41	0.37	0.36
Campania	81.96	1,629.32	3,017.55	4,728.83	4,935.42	206.58	0.36	0.34
Puglia	68.69	1,281.17	2,030.19	3,380.06	3,567.32	187.27	0.39	0.37
Basilicata	11.72	185.51	275.22	472.45	530.61	58.15	0.41	0.37
Calabria	39.25	574.76	1,040.14	1,654.16	1,792.31	138.15	0.37	0.34
Totale RSO	1,750.22	23,778.71	17,139.81	42,668.74	46,749.06	4,080.32	0.59	0.54

* Dotazione finanziaria di parte corrente delle Regioni: entrate proprie e gettito contributivo più integrazione dello Stato. Rappresenta il fabbisogno calcolato in sede di riparto del FSN per finanziare i livelli uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale.

** Indici di copertura della spesa: (I) rapporto tra risorse proprie (entrate proprie delle USL e contributi sanitari) e fabbisogno necessario alla prestazione dei livelli uniformi di assistenza; (II) rapporto tra risorse proprie e spesa effettiva delle Regioni.

Fonte: *Ns. elaborazione su dati di G. Tagliatela - IV workshop di economia sanitaria 2002*

La legge finanziaria del 1997 (L. 662/1996) ha tentato di rendere più flessibile il sistema di computo della quota capitaria, prescrivendo che nella determinazione della quota si tenessero in considerazione indicatori epidemiologici territoriali e di accesso ai servizi sanitari, distinti per età e sesso.

Altri interventi inseriti nella legge finanziaria riguardavano la soppressione dei posti letto ospedalieri con un tasso di utilizzazione inferiore al 75% nell'ultimo triennio, la disciplina dell'esercizio dell'attività libero professionale *intra moenia*, direttive e controlli sull'attività dei medici di base e norme di limitazione della spesa farmaceutica, con l'istituzione di un *osservatorio centrale degli acquisti e dei prezzi*, in attuazione della L. 537/1993, che non soltanto introduceva il principio secondo cui il prezzo dei farmaci è sottoposto a sorveglianza, ma fissava anche il nuovo assetto organizzativo della rete ospedaliera, fissando un rapporto tendenziale di 5,5 posti letto per mille abitanti.

I punti lasciati aperti dalla riforma del 92-93 restavano comunque numerosi. In particolare non risultava chiaro se il modello di concorrenza al quale il PSN 1994-1996 si ispirava fosse un modello di "concorrenza amministrata" (basato sull'individuazione di un prezzo fisso con competizione tra i produttori solo sulla qualità dei servizi) oppure un modello di "concorrenza negoziale" (basato sull'individuazione di un prezzo massimo con competizione sia sul prezzo che sulla qualità). Non era, inoltre, chiaro se l'accreditamento rappresentasse una forma di accesso automatico al mercato o solo un prerequisito. Infine il ruolo delle ASL restava abbastanza indefinito poiché conservava il carattere di istituzione integrata, non essendo prevista una netta separazione delle funzioni.

3.3 *La riforma ter*

1 – L'introduzione della seconda riforma ha sollevato non pochi dubbi e perplessità, tanto da rendere necessario, pochi anni dopo, una radicale revisione dell'intero sistema. Infatti, con la L. 419/1998, si attribuiva delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Collegato "ordinamentale" della legge finanziaria del 1998, la L. 419/1998 è il frutto di un lungo e sofferto dibattito parlamentare, sfociato in un testo suddiviso in 37 lettere e 51 proposizioni autonome, "collocando senz'altro tale delega tra le più articolate dell'esperienza repubblicana (quasi cinque pagine di *gazzetta ufficiale* contenenti principi e criteri direttivi)"²⁵.

Nota Balduzzi²⁶ che nella stesura dei Dd. Lgs. 502/1992 e 517/1993 si era affermata la costruzione del diritto alla salute come *diritto finanziariamente condizionato*, anche a seguito di alcune sentenze della Corte Costituzionale.

Malgrado la Corte non abbia mai aderito completamente a tale nozione, ha tuttavia affermato, nella sentenza 267 del 1998, che "nel bilanciamento dei valori costituzionali che il legislatore deve compiere al fine di dare attuazione al diritto alla salute deve entrare anche la considerazione delle esigenze relative all'equilibrio della finanza pubblica: il diritto alla salute, che implica il diritto ai trattamenti necessari per la sua tutela, si configura, secondo espressioni largamente presenti nella giurisprudenza costituzionale, come diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislativo incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone".

²⁵ Balduzzi R., "La legge n. 419 del 1998 recante delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime considerazioni d'insieme", p. 161.

²⁶ *Ibid.*, p. 165.

Del resto l'attenzione per le esigenze della finanza pubblica era espressamente presente, anche se in forma ambigua, nella L. 421/1992, dove all'art. 1 si indicava il contenimento della spesa sanitaria come uno degli obiettivi da raggiungere e le prestazioni sanitarie dovevano essere fornite "in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria". La L. 419/1998 rappresenta la reazione normativa alla necessità di dare un contenuto preciso a quel nucleo essenziale del diritto alla salute che dottrina e giurisprudenza avevano comunque individuato come non comprimibile".

Intanto, con la L. 59/1997 (la *legge Bassanini*) venivano attribuite nuove competenze gestionali alle regioni, mentre il successivo D. Lgs. 446/1997 ha introdotto una prima forma di federalismo fiscale, attribuendo potestà impositiva alle regioni.

La riforma del 1999 ha in parte attenuato l'attenzione precedentemente dedicata a istanze pro-concorrenziali, promuovendo la cooperazione tra *provider* di servizi sanitari e la *partnership* con le autorità locali per la promozione della salute. Alcuni problemi precedentemente non risolti, quali le relazioni tra servizio sanitario e servizi sociali, sono stati affrontati dalla riforma, creando un *framework* organico per l'assistenza domiciliare ad anziani e disabili.

2 – La riforma *ter* prende avvio con l'approvazione del D. Lgs. 229/1999, che estende il processo di regionalizzazione e rafforza il ruolo dei comuni, rendendo chiara la divisione di responsabilità tra livelli di governo.

Il D. Lgs. 229/99, emanato in attuazione della L. 419/1998 e recante "le norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale" (c.d. *riforma ter*), prevede un intervento di "razionalizzazione" nel quadro della riforma del 1992-93. Il decreto in esame è, infatti, chiamato a definire in maniera più organica

alcune questioni lasciate aperte dalla precedente riforma. In particolare il d. lgs. 299 interveniva sull'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie; sulla definizione del modello di organizzazione del sistema sanitario e dei rapporti tra sistema di programmazione e sistema degli scambi di mercato; sulla definizione dei criteri per l'accreditamento e delle modalità di finanziamento delle prestazioni e sugli ambiti di competenza e dei rapporti tra Stato e Regioni.

Il D.Lgs. 229/99 ha in qualche modo segnato una rottura con il percorso di modifica intrapreso all'inizio degli anni '90, ricordando, nell'impostazione di fondo, la legge 833/78. Il decreto ridefinisce i livelli essenziali di assistenza (Lea da adesso in poi), citati per la prima volta nel D. Lgs. 502/92. L'art. 1 del d. lgs. 502/1992, aggiornato e integrato dal d. lgs. 229, dispone che

“il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse. [...] sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono escluse dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che: a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale [...]; b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate; c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e erogazione dell'assistenza.”

Il d. lgs. 229, infine, chiarisce le molte ambiguità di definizione del procedimento di accreditamento delle strutture di offerta delle prestazioni sanitarie e individua un doppio sistema di finanziamento per le aziende ospedaliere, a seconda del tipo di prestazione offerta (con una remunerazione a tariffa per i ricoveri e con una remunerazione sul costo standard di produzione per tutte le altre funzioni assistenziali).

3.4 Conclusioni

1 – Il processo di riforma iniziato nella seconda metà degli anni novanta ha perseguito due obiettivi fondamentali: la separazione delle fonti di finanziamento statali e regionali e la creazione di un sistema di entrate proprie per il finanziamento del sistema sanitario. Il processo si svolge all'interno di un più generale rafforzamento dell'autonomia finanziaria delle autorità locali, potenziata in maniera sostanziale grazie all'introduzione di tributi specifici (l'Irap per le regioni, l'Ici per i comuni, l'Icp per le province) e all'ampliamento del potere regolamentare di province e comuni sulla gestione di tali tributi²⁷.

Il primo provvedimento che ha segnato l'inizio del percorso verso il federalismo è il d. lgs. 446 del 1997 che ha introdotto l'imposta regionale sulle attività produttive (Irap) e l'addizionale Irpef. Il gettito Irap, che sostituisce i contributi sanitari, è attribuito direttamente alle Regioni; la base imponibile è costituita dal valore della produzione netta riferibile al territorio regionale e l'aliquota ordinaria è pari al 4,25 per cento. Dal 2000 le regioni possono variare tale aliquota fino ad un massimo di un punto percentuale e diversificarne l'incidenza per settori di attività o per categorie di contribuenti.

²⁷ OECD, *Territorial Review – Italy*, Parigi-Roma, Settembre 2001.

L'addizionale regionale all'Irpef è stata introdotta per compensare l'aumento del reddito lordo determinato dall'abolizione dei contributi sanitari a carico dei lavoratori dipendenti²⁸.

Nonostante i profondi mutamenti della finanza locale e, in particolare, l'introduzione dell'Irap, fino al 2000 il grado di autonomia finanziaria delle regioni risultò piuttosto limitato, poiché il 90 per cento del gettito, insieme all'addizionale Irpef, era vincolato al finanziamento del settore sanitario, che costituiva (e costituisce tuttora) l'80 per cento della spesa regionale. L'introduzione dei Lea, d'altro canto, poneva in capo alle regioni nuove responsabilità in materia di programmazione sanitaria.

Per eliminare ogni possibile fonte di conflitto tra governo e regione sull'attribuzione delle risorse e l'offerta dei servizi, nacque pertanto l'esigenza di nuove forme di coordinamento tra tutti i soggetti interessati. All'interno di un quadro caratterizzato da una notevole complessità si colloca la riforma del titolo V della Costituzione che, all'inizio del nuovo decennio, ridefinisce alla base i rapporti tra livelli di governo, con un processo di nuovo tormentato e controverso, come si analizzerà nella sezione successiva.

²⁸ Messina G., *Decentramento fiscale e perequazione regionale. Efficienza e redistribuzione nel nuovo sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario*, Temi di discussione del Servizio Studi della Banca d'Italia, N°416 Agosto 2001

4 La transizione imperfetta al federalismo sanitario

4.1 Introduzione

1 – In questa sezione si analizzerà la recente evoluzione legislativa e costituzionale che ha condotto al federalismo fiscale e sanitario, fase avviata dal decreto legislativo 56 del 2000.

Il meccanismo di compartecipazione al gettito di alcuni tributi erariali, che rappresentava la componente forse più innovativa del decreto 56, ha subito evidenziato una serie di punti critici, che hanno costretto a sospenderne gli effetti dopo il primo anno di applicazione. Negli esercizi finanziari 2002-2004, pertanto, si è tornati alla contrattazione negoziale del finanziamento del sistema sanitario tra Stato e Regioni, anche per garantire il rispetto delle compatibilità di natura economico-finanziaria introdotte dal trattato di Maastricht.

Altri problemi sono insorti con l'introduzione della riforma del titolo V della Costituzione, a causa di alcuni principi, contenuti nel dettato costituzionale e in contrasto con le disposizioni del decreto legislativo 56 del 2000. Va osservato che la riforma del titolo V presenta alcune criticità per quanto riguarda il processo di formazione del bilancio pubblico. La sospensione degli effetti del decreto 56 sarebbe motivata dalla contraddizione tra un testo *vigente* già indirizzato verso il federalismo fiscale e una prassi che, nel campo della programmazione finanziaria, si ispira ancora ai principi della finanza derivata ed è fortemente condizionato dal rispetto del parametro di indebitamento netto della Pubblica amministrazione nel suo complesso, influenzando pesantemente la costruzione dei bilanci degli enti territoriali.

Del resto il coinvolgimento delle autonomie locali in materia di bilancio statale risulta ancora trascurabile, malgrado il passaggio ad una costituzione fede-

rale. La questione non è soltanto formale, ma sostanziale, in quanto, l'approvazione di una riforma della seconda parte della Costituzione, potrebbe determinare la frammentazione del processo di bilancio o, in alternativa, l'attribuzione alla competenza della Camera non soltanto della manovra di bilancio in senso stretto, ma anche di tutti i procedimenti di competenza del nuovo Senato federale o riservati alla competenza bicamerale.

4.2 *Il decreto legislativo 56/2000*

1 – Già prima dell'entrata in vigore della riforma del titolo V della Costituzione, il decreto legislativo 56 del 18 Febbraio 2000, stabilendo la sostituzione dei trasferimenti Stato-Regioni con tributi propri e compartecipazioni ai tributi erariali e istituendo un sistema di perequazione per compensare le regioni con minore capacità fiscale²⁹, anticipava molti dei contenuti della riforma costituzionale.

Occorre innanzitutto rilevare che la struttura delle fonti di finanziamento del sistema sanitario era già profondamente mutata a seguito dell'abolizione dei contributi sanitari e della loro sostituzione con l'Irap (Tab. 4.1).

Tab. 4.1 - Fonti di finanziamento dei consumi sanitari (dati in %)

Anno	Contributi sanitari/Irap	IRPEF	IVA	Polizze assicurative	Spesa out-of-pocket
1995	46,54	19,56	11,55	1,63	20,72
2000	29,46	12,68	31,96	1,34	24,56

Fonte: Spandonaro-Rafaniello, Sistemi di finanziamento del servizio sanitario ed impatti redistributivi, Convegno AIES 2002

²⁹ X Rapporto CER-SPI, Sulla strada del federalismo – Rischi e opportunità per il sistema del welfare, EDIESSE, Roma 2001

Obiettivo del decreto 56 era l'introduzione di una piena responsabilità sul versante della spesa e del suo finanziamento da parte delle regioni. Il decreto configurava un federalismo fiscale basato sul principio della compartecipazione delle regioni a statuto ordinario al gettito delle imposte, accompagnato da un meccanismo perequativo, di natura solidaristica, a favore delle regioni non autosufficienti sul versante finanziario³⁰.

Il decreto stabiliva 1) la soppressione, a decorrere dal primo gennaio 2001, di tutti i trasferimenti Stato-Regioni alle regioni a statuto ordinario, tra cui quelli previsti dal decreto legislativo 502/92; 2) la loro sostituzione con una compartecipazione all'Iva pari al 25,7% del gettito complessivo, al netto dei trasferimenti alle regioni a statuto speciale e all'Unione europea, attribuita in proporzione alla base imponibile, utilizzando come *proxy* la media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'Istat negli ultimi tre anni; 3) l'abolizione della compartecipazione dei comuni e delle province al gettito Irap, sostituita da trasferimenti erariali, e la modificazione dei criteri di attribuzione del gettito Irap alle regioni: sono considerate risorse proprie delle regioni l'addizionale Irpef dello 0,5% e l'intero gettito Irap; 4) la maggiorazione dell'addizionale regionale all'Irpef, compresa tra lo 0,5 e lo 0,9 per cento; 5) l'aumento di 8 lire al litro per l'accisa sulla benzina attribuita alle regioni; 6) l'imposizione di un vincolo di destinazione sulle risorse, al fine di assicurare in ogni regione i livelli essenziali di assistenza previsti dalla L. 833/78 e confermati dal D.Lgs 502/92, attraverso l'istituzione di un *Fondo Perequativo Nazionale* finanziato attraverso la compartecipazione all'Iva e l'accisa sulla benzina; 7) l'individuazione di procedure di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata, in base ad appropriati parametri qualitativi e quantitativi, nonché di raccolta delle informazioni, an-

³⁰ Sofio A.D., Spandonaro F., *La Sanità in Italia in una prospettiva federale*, CEIS Newsletter N°1-2, Anno 7, Aprile 2001

che condizionando al loro rispetto la misura dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni; 8) la piena disponibilità e libera destinazione degli eventuali risparmi di spesa sanitaria realizzati; 9) la razionalizzazione della normativa e delle procedure riguardanti la spesa sanitaria, con particolare riferimento alla spesa del personale, al fine di garantire una maggiore trasparenza ed individuare la responsabilità delle decisioni di spesa attribuita a ciascun livello di governo.

2 – L'ammontare della compartecipazione al gettito Iva del 2000 era pari al 95 per cento della differenza tra trasferimenti da sopprimere e gettito derivante dall'aumento dell'addizionale regionale Irpef e dell'accisa sulla benzina. Il restante 5 per cento era attribuito in base ad una formula perequativa, contenuta nell'allegato A del decreto e basata su quattro parametri. Il parametro di base era costituito dalla popolazione residente in ciascuna regione, rapportata alla popolazione residente nel complesso delle regioni a statuto ordinario. Il valore del parametro veniva corretto per tenere conto della diversa capacità fiscale³¹ di ciascuna regione. Calcolato il 90 per cento della differenza tra la capacità fiscale regionale *pro capite* e la capacità fiscale *pro capite* media delle regioni a statuto ordinario, il valore ottenuto era moltiplicato per la popolazione residente in ciascuna regione e poi rapportato all'ammontare della compartecipazione Iva. Il decreto prevedeva un'ulteriore correzione, allo scopo di garantire copertura finanziaria anche alle regioni con ridotta capacità fiscale. Il parametro del fabbisogno sanitario era determinato come differenza tra il fabbisogno sanitario cor-

³¹ La capacità fiscale *pro capite* di ciascuna regione è determinata come somma dei gettiti potenziali dell'Irap, della tassa automobilistica, dell'addizionale Irpef e della compartecipazione all'accisa sulla benzina, rapportate alla popolazione residente. Va osservato che, nell'unico anno in cui il decreto 56 è stato effettivamente applicato, nel calcolo della capacità fiscale sono stati considerati i gettiti effettivi – e non quelli potenziali ad aliquota *standard* – della tassa automobilistica, dell'Irap e dell'addizionale Irpef. La considerazione dei gettiti effettivi, non tenendo conto dell'evasione fiscale, penalizza le regioni in cui le aliquote sono più elevate e nelle quali il maggior sforzo fiscale è percepito come una maggiore capacità fiscale.

rente *pro capite* di ciascuna regione, al netto delle entrate potenziali delle Aziende Sanitarie, e quello medio delle regioni a statuto ordinario, moltiplicata per la popolazione e rapportata alla compartecipazione Iva³². L'ultima correzione consente di attribuire più risorse alle regioni che hanno maggiori costi fissi, senza avvantaggiare quelle più inefficienti. Il parametro della dimensione geografica fa riferimento alla spesa regionale corrente *pro capite* media, diversa da quella sanitaria riferita ai tre anni precedenti. Il vettore dei 15 valori regionali di spesa media *pro capite* è regredito linearmente sul logaritmo naturale della popolazione residente in ciascuna regione. Individuata la relazione tra spesa non sanitaria *pro capite* media e logaritmo della popolazione, è possibile pertanto determinare la spesa *pro capite* standardizzata delle regioni. La differenza tra la spesa standardizzata *pro capite* di ciascuna regione e quella standardizzata media delle regioni a statuto ordinario è perequata al 70%, moltiplicata per la popolazione residente e rapportata alla compartecipazione complessiva all'Iva, ottenendo il parametro di correzione³³.

3 – Nel 2001, unico anno di attuazione del decreto, l'ammontare totale dei trasferimenti soppressi è stato stimato in 29,3 miliardi di euro (Tab. 4.2), il 99,2 per cento dei quali riferito al settore sanitario.

³² Tuttavia il fabbisogno sanitario è considerato al lordo delle entrate potenziali – nel procedimento di calcolo non sono state detratte le entrate effettive delle Aziende Sanitarie – sovrastimando la compensazione spettante alle Regioni con il minor numero di esenti e il maggior numero di prestazioni *pro capite* erogate.

³³ Nell'attuazione del decreto 56/2000 per l'anno 2002 non è stato applicato l'algoritmo di calcolo indicato nell'appendice A del decreto 56, ma sono stati compensati al 70% gli scarti tra spesa corrente *pro capite* (media dei tre anni considerati) rilevata in ciascuna Regione e spesa media *pro capite* delle regioni a statuto ordinario, favorendo in tal modo le regioni che presentavano la spesa – diversa da quella sanitaria – più elevata.

Tab. 4.2 - Trasferimenti soppressi in attuazione del federalismo fiscale (2001)

	Mln euro	%
Fondo sanitario nazionale di parte corrente	28.962	99,0
Fondo sanitario nazionale di parte capitale	77	0,3
Riduzione sovratassa Diesel	47	0,1
Indennizzo usura	10	
ARIET	163	0,6
Totale trasferimenti soppressi	29.260	100,0

Fonte: Dirindin N., "Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione o il presupposto per cambiamenti strutturali?", 2002

I trasferimenti erariali, come si è accennato in precedenza, sono stati sostituiti dall'incremento della compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina, per un ammontare stimato pari a 81 milioni di euro; dall'aumento di 0,4 punti percentuali dell'addizionale Irpef, per un incremento di gettito stimato di 1,7 miliardi di euro; dalla compartecipazione regionale all'Iva, pari al 38,55 per cento del gettito complessivo, per un ammontare complessivo di 27,4 miliardi di euro (Tab. 4.3). La compartecipazione Iva ha compensato il 93,7 per cento dei trasferimenti soppressi.

Tab. 4.3 - Entrate delle regioni in attuazione del federalismo fiscale (2001)

	Mln euro	%
Entrate regionali da accise	81	0,3
Entrate regionali da addizionale Irpef	1.742	6,0
Entrate da compartecipazione Iva	27.438	93,7
Totale entrate delle Regioni	29.260	100,0

Fonte: Dirindin N., *Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione o il presupposto per cambiamenti strutturali?*, 2002

Il meccanismo di finanziamento della spesa sanitaria previsto dal decreto 56, fondato prevalentemente su imposte indirette, collega la dinamica delle entrate regionali alla crescita del Pil regionale, attraverso il canale dei consumi finali delle famiglie. L'introduzione della compartecipazione, tuttavia, risponde soltanto in misura limitata alle esigenze di autonomia regionale, poiché si tratta di un'imposta di competenza statale, sulla quale le autorità locali non hanno possibilità d'intervento (ad esempio attraverso la fissazione autonoma delle aliquote).

Tab. 4.4 - Determinazione del Fondo sanitario Nazionale da sopprimere (2001)

	Fabbisogno Sanitario (Mln di euro)	Irap sanità (Mln di euro)	Addizionale Irpef (Mln di euro)	Altre entrate proprie	Mobilità sanitaria	FSN corrente (soppresso)			
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	f = a - b - c - d - e			
Piemonte	5.119	9.2	2.460	10.6	228	167	-11	2.252	7.8
Lombardia	10.269	18.4	6.924	29.9	521	344	311	2.790	9.6
Veneto	5.102	9.1	2.643	11.4	225	188	121	2.167	7.5
Liguria	2.100	3.8	636	2.7	82	62	26	1.346	4.6
Emilia Romagna	4.814	8.6	2.536	11.0	227	172	192	2.072	7.2
Toscana	4.270	7.6	1.762	7.6	172	138	73	2.271	7.8
Umbria	1.006	1.8	297	1.3	35	34	25	664	2.3
Marche	1.706	3.1	648	2.8	64	57	-23	914	3.2
Lazio	5.905	10.6	3.026	13.1	246	162	-30	2.440	8.4
Abruzzo	1.483	2.7	370	1.6	44	41	-2	1.025	3.5
Molise	389	0.7	24	0.1	10	13	-19	323	1.1
Campania	6.307	11.3	1.007	4.3	149	163	-236	4.752	16.4
Puglia	4.453	8.0	688	3.0	111	113	-88	3.453	11.9
Basilicata	683	1.2	21	0.1	16	17	-59	570	2.0
Calabria	2.279	4.1	105	0.5	48	48	-154	1.924	6.6
Totale	55.884	100	23.147	100	2177	1722	125	28.962	100

b) Irap conteggiata al netto degli oneri di gestione e dell'ex fondo perequativo.

c) entrate dallo 0,5% dell'addizionale regionale Irpef.

d) Entrate proprie delle Regioni per compartecipazioni alla spesa, servizi resi a pagamento, ecc.

Fonte: nostra elaborazione su dati Dirindin N., "Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione o il presupposto per cambiamenti strutturali?", 2002

Il meccanismo ha subito evidenziato una serie di punti critici (Cfr. Tab. 4.4 e 4.5). Infatti la Lombardia è caratterizzata da un elevato fabbisogno, ma grazie all'ingente gettito Irap ha dovuto compensare solo un modesto ammontare di risorse. Il contrario è avvenuto in Campania, che riesce a compensare in minima parte il fabbisogno sanitario attraverso il gettito Irap. Per il 2001 l'aliquota della compartecipazione Iva è stata stabilita in modo da coprire i trasferimenti soppressi non compensati da altri gettiti, rapportando tali trasferimenti, al netto della parte compensata con le accise e l'Irpef, al gettito Iva complessivo.

Tab. 4.5 - Trasferimenti soppressi per regione: anno 2001 (milioni di euro e %)

	Trasferimenti soppressi				Entrate da accise e addizionale Irpef		Trasferimenti soppressi da compensare	
	Totale		di cui: FSN di parte corrente					
	(a)		(b)		(c)		d = a - b - c	
Piemonte	2.287	7.8	2.252	7.8	190	10.4	2.098	7.6
Lombardia	2.861	9.8	2.790	9.6	433	23.7	2.428	8.8
Veneto	2.193	7.5	2.167	7.5	188	10.3	2.005	7.3
Liguria	1.356	4.6	1.346	4.6	68	3.7	1.288	4.7
Emilia Romagna	2.105	7.2	2.072	7.2	189	10.4	1.917	7.0
Toscana	2.297	7.9	2.271	7.8	146	8.0	2.152	7.8
Umbria	667	2.3	664	2.3	29	1.6	637	2.3
Marche	920	3.1	914	3.2	49	2.7	867	3.2
Lazio	2.473	8.5	2.440	8.4	207	11.3	2.267	8.3
Abruzzo	1.032	3.5	1.025	3.5	37	2.0	995	3.6
Molise	324	1.1	323	1.1	8	0.5	317	1.2
Campania	4.770	16.3	4.752	16.4	126	6.9	4.644	16.9
Puglia	3.464	11.8	3.453	11.9	93	5.1	3.370	12.3
Basilicata	573	2.0	570	2.0	13	0.7	560	2.0
Calabria	1.936	6.6	1.924	6.6	41	2.3	1.894	6.9
Totale	29.260	100	28.962	100	1.823	100	27.438	100

c) Somma degli introiti derivanti dalle 8 lire dell'accisa sulle benzine e dallo 0,4% dell'addizionale regionale all'Irpef

Fonte: nostra elaborazione su dati Dirindin N., *Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione o il presupposto per cambiamenti strutturali?*, 2002

La procedura di attribuzione della compartecipazione Iva alle regioni si è articolata in due fasi, con la determinazione della compartecipazione, nella prima fase, sulla base dei consumi finali rilevati dall'Istat, stimando l'ammontare teo-

rico di risorse da assegnare ad ogni Regione sulla base delle imposte pagate dai consumatori e, nella seconda fase, costituendo un *Fondo di solidarietà nazionale*, ripartito tra le regioni con minore capacità fiscale per la compensazione dei trasferimenti soppressi.

Tab. 4.6 - Entrate delle Regioni da compartecipazione all'Iva e da Fondo perequativo anno 2001 (milioni di euro)

	Compartecipazione all'Iva (a)	Concorso alla solidarietà (b)	Assegnazione a titolo di perequazione (c)	Totale da erogare d = a - b + c
Piemonte	2.588	490	0	2.098
Lombardia	5.860	3.432	0	2.428
Veneto	2.760	755	0	2.005
Liguria	1.071	0	217	1.288
Emilia Romagna	2.630	714	0	1.917
Toscana	2.155	3	0	2.152
Umbria	454	0	183	637
Marche	830	0	36	867
Lazio	3.109	842	0	2.267
Abruzzo	631	0	364	995
Molise	146	0	170	317
Campania	2.324	0	2.321	4.644
Puglia	1.769	0	1.602	3.370
Basilicata	238	0	323	560
Calabria	874	0	1.021	1.894
Totale	27.438	6.236	6236	27.438

Fonte: nostra elaborazione su dati Dirindin N., *Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione o il presupposto per cambiamenti strutturali?*, 2002

Nel 2001 le regioni che hanno finanziato il fondo sono state sei, quelle che ne hanno beneficiato dieci, tutte del Centro-Sud, ad eccezione della Liguria, che è l'unica del Nord ad accedere al fondo, ed il Lazio, che è l'unica del Centro-Sud a finanziarlo (Tab. 4.6). Circa l'80% del fondo è stato erogato a favore di Campania, Puglia e Calabria; il 60% è stato finanziato dalla Lombardia. Va

comunque sottolineato che la dimensione del fondo era piuttosto limitata: le regioni a statuto ordinario, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, hanno infatti deliberato di non oltrepassasse il tetto dei 6 miliardi di euro³⁴.

Tab. 4.7 - Incremento dei tributi propri necessario per compensare la riduzione dei trasferimenti statali nelle RSO (milioni di euro)

Regioni	Riduzione trasferimenti	Incremento percentuale tributi propri
Piemonte	49,63	0,9
Lombardia	115,14	1
Veneto	165,22	4,6
Liguria	128,67	7,3
Emilia Romagna	127,44	3,2
Toscana	215,64	8,1
Umbria	48,41	8,4
Marche	75,55	6,3
Lazio	175,42	3,8
Abruzzo	63,49	10,8
Molise	12,08	3,1
Campania	386,65	18,9
Puglia	276,95	16,8
Basilicata	35,25	8,9
Calabria	157,44	21,3

Fonte: Eurispes 2003

Nel 2003 l'Eurispes ha stimato l'aumento teorico della pressione fiscale nelle regioni a statuto ordinario necessario per compensare la riduzione dei trasferimenti statali, sulla base dei dati relativi all'esercizio finanziario 2000 (Tab. 4.7). L'ipotesi adottata nella simulazione è che lo Stato, nel periodo 2002-2004, a-

³⁴Dirindin N., *Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle Regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?*, 2001

vrebbe ridotto i trasferimenti fino al 3%, senza applicare le compartecipazioni ai tributi e costringendo le regioni in *deficit* ad aumentare la pressione fiscale.

La Calabria, caratterizzata da una contenuta autonomia finanziaria, si sarebbe trovata obbligata ad incrementare il gettito dei tributi propri di oltre 157 milioni di euro, con un aumento della pressione fiscale pari al 21,3 per cento. L'incremento di gettito si sarebbe reso necessario anche nel caso della Campania (18,9 per cento), Puglia (16,8 per cento) e Abruzzo (10,8 per cento), mentre le regioni settentrionali e, in particolare, Piemonte e Lombardia, avrebbero dovuto aumentare il loro gettito di appena l'1 per cento³⁵.

I risultati della simulazione condotta dall'Eurispes rappresentano una prima spiegazione dei motivi per cui il decreto 56, dopo il primo anno di applicazione, è stato sospeso nei suoi effetti, al di là del contrasto con alcuni principi introdotti dalla riforma del titolo V della Costituzione.

Nei primi sei mesi del 2001, a seguito di alcune disposizioni contenute nella legge finanziaria relative all'abolizione dei *ticket*, iniziarono a manifestarsi preoccupanti segni di aumento dei *deficit* di parte corrente, rendendo pertanto indispensabile una nuova negoziazione in sede di Conferenza Stato-Regioni.

4.3 Dal patto interno di stabilità dell'8 agosto 2001 al decreto 'taglia-spesa'

1 – Alla base dell'accordo siglato l'8 agosto del 2001 dalla Conferenza Stato-Regioni, la considerazione che, negli anni precedenti, la costante sottostima dell'ammontare del fondo sanitario nazionale aveva determinato la sistematica creazione di *deficit* a consuntivo, situazione aggravata da un lato dall'incertezza sull'individuazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea da adesso in poi),

³⁵ Eurispes, *Rapporto Italia 2003*, Roma, 2003

dall'altro dall'assenza di un quadro stabile di evoluzione delle risorse da destinare al Ssn. Pertanto la Conferenza Stato-Regioni ha ritenuto necessario individuare un ammontare realistico di finanziamenti statali, nell'ambito delle compatibilità e dei vincoli di finanza pubblica.

Tra i contenuti essenziali dell'accordo il formale conferimento alle regioni della piena autonomia gestionale e organizzativa e della relativa responsabilità di spesa, e la concessione di un flusso di finanziamenti pluriennali – che avrebbe portato l'ammontare di risorse destinate alla sanità a circa il 6 per cento del Pil. Inoltre con la definizione dei Lea si individuavano con chiarezza le prestazioni che il Servizio sanitario, attraverso le regioni, doveva garantire ai cittadini. L'accordo prevedeva inoltre la costituzione di un tavolo per il monitoraggio e la verifica dei Lea, per la valutazione di tutta la normativa regionale di recepimento dell'accordo, per la soluzione dei problemi interpretativi e per la rilevazione delle attività e dei costi di gestione.

2 – Il decreto legge 347/01, riguardante gli “Interventi urgenti per il contenimento della spesa sanitaria”, approvato definitivamente alla Camera il 15 novembre 2001 e ribattezzato “decreto taglia-spesa”, recepisce gli accordi del patto interno di stabilità siglato l'8 agosto 2001.

Infatti, nell'art. 1 del provvedimento, intitolato “patto di stabilità interno”, si definiva il contesto economico-politico, con particolare riferimento agli obblighi comunitari e alla conseguente realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2002/2004. Tra le altre disposizioni contenute nel decreto legge, in materia di spesa e copertura dei disavanzi, il fabbisogno 2002/2004 ed i ripiani ancora garantiti dallo Stato sono quelli dell'accordo dell'8 agosto (fondi per circa 235 miliardi di euro e ripiani per altri 5 miliardi di euro). Alle regioni

era lasciata facoltà di effettuare ulteriori spese per le funzioni statali trasferite, nei limiti dei finanziamenti corrispondenti. Per far fronte agli eventuali *deficit*, il decreto legge lasciava alle regioni la scelta tra l'introduzione di *ticket* – per le categorie di farmaci giudicati non essenziali nell'ambito dei Lea – e l'aumento dell'addizionale Irpef. Inoltre, sempre in materia di spesa farmaceutica, era reintrodotta un tetto di spesa massima, pari al 13 per cento della spesa sanitaria complessiva.

L'approvazione del provvedimento è stata accompagnata da un vivace dibattito e da aspre polemiche. Al di là dei contestati tagli alla spesa, alcuni commentatori osservarono che il provvedimento determinava i presupposti per la creazione di 21 sistemi sanitari regionali e 21 prontuari farmaceutici, violando il principio costituzionale dell'uniformità territoriale dei Lea. Tanto più che la norma finale del decreto, all'art. 12, testualmente recitava che "I principi desumibili dal presente decreto costituiscono norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica".

4.4 La riforma del Titolo V

1 – La riforma del Titolo V della Costituzione, approvata con referendum costituzionale il 7 ottobre 2001, muta la ripartizione di competenze e la struttura di relazioni tra livelli di governo, elencando le materie attribuite al legislatore statale e riservando alle Regioni le competenze residuali³⁶.

Nel nuovo testo la Repubblica risulta costituita da strutture paritetiche, senza distinzione tra livelli gerarchici: Comuni, Province, Città Metropolitane, Regioni e Stato³⁷. In particolare l'art. 114 dispone che "...i Comuni, le Province, le

³⁶ Fondazione Censis, Una soluzione poliarchica per i conflitti della devolution, Mese del sociale 2001-Governance sociale e potenziali conflitti, 12 Giugno 2001

³⁷ Isae, Rapporto annuale sull'attuazione del federalismo, Roma, febbraio 2003

Città metropolitane e le Regioni sono enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione...". L'art. 116 conferma lo *status* delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano; inoltre prevede che "...*ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia...*", limitatamente a determinate materie specificate, "...*possono essere attribuite ad altre Regioni, con legge dello Stato, su iniziativa della Regione interessata, sentiti gli enti locali, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 119...*", delineando pertanto quello che è stato definito un *regionalismo differenziato*³⁸.

Il nuovo art. 117 della Costituzione, come è noto, introducendo il principio di sussidiarietà, attribuisce alle regioni potestà legislativa in tutte le materie non espressamente riservate alla competenza statale³⁹ – politica estera, difesa, giustizia e ordine pubblico, diritti civili, norme generali sull'istruzione, moneta, sistema tributario e di bilancio dell'amministrazione centrale, concorrenza, tutela dell'ambiente e dei beni culturali⁴⁰ – o quella derivante da obblighi comunitari e internazionali.

L'articolo 118 della Costituzione riformata stabilisce che "...*tutte le funzioni amministrative e le relative potestà regolamentari vengono attribuite in via di principio ai Comuni salvo che, per assicurare l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza*".

Sul piano finanziario è introdotto il principio della *territorialità dell'imposta*, in base al quale gli Enti locali provvedono al finanziamento con risorse proprie (autonomia tributaria), nel rispetto di principi generali individuati dalla legge

³⁸ X Rapporto CER-SPI, Sulla strada del federalismo – Rischi e opportunità per il sistema del welfare, EDIESSE, Roma 2001

³⁹ Marini G., Il percorso innovativo della finanza in direzione del federalismo fiscale, Formez, 2001

⁴⁰ X Rapporto CER-SPI, Sulla strada del federalismo – Rischi e opportunità per il sistema del welfare, EDIESSE, Roma 2001

dello Stato; inoltre, è istituito un fondo perequativo, non vincolato, per i territori con minore capacità fiscale; infine, gli enti locali e le Regioni possono ricorrere all'indebitamento, per il quale si assumono la piena responsabilità finanziaria, ma solo per finanziare le spese di investimento. Il nuovo articolo 119, infatti, recita: *"I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa."* ; *"[...] hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio."* *"La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante.[...] Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni."* Si introduce pertanto nell'ordinamento il principio della *sufficienza delle risorse standard* rispetto al fabbisogno finanziario, attraverso l'attribuzione di compartecipazioni al gettito di tributi erariali⁴¹.

Infine, la riforma sopprime tutti quegli istituti che appaiono in contrasto con il principio dell'autonomia, come i controlli preventivi di legittimità sugli atti degli enti locali e delle Regioni⁴². L'equiparazione tra i vari livelli di governo, statale e regionale, in materia di potestà legislativa, è ribadita dal nuovo art. 127, il quale dispone che sia il Governo sia la regione possano sollevare questione di legittimità dinanzi alla Corte Costituzionale, nell'ambito delle competenze loro attribuite dalla Costituzione. Per quanto riguarda le regioni a statuto

⁴¹ Svimez, *Sul finanziamento delle funzioni pubbliche di Regioni ed enti locali secondo le nuove norme costituzionali*, Commissione di lavoro e consultazione della Regione Campania sul tema "Federalismo fiscale e Mezzogiorno", Quaderni di Informazioni n. 15, Roma, maggio 2002

⁴² X Rapporto CER-SPI, *Sulla strada del federalismo – Rischi e opportunità per il sistema del welfare*, EDIESSE, Roma 2001

speciale, infine, l'ampliamento dell'autonomia di quelle a statuto ordinario ne ha ridotto la particolarità, in quanto, a seguito della riforma costituzionale, anche queste ultime hanno una potestà legislativa esclusiva, piena autonomia finanziaria e statutaria e possono negoziare con lo Stato ulteriori forme e condizioni di autonomia in alcune materie.

4.5 L'impatto finanziario della riforma costituzionale

1 – L'Isae ha quantificato l'impatto finanziario della riforma costituzionale a regime. Tra le materie coinvolte nel processo di decentramento istruzione, sanità, trasporti, servizi riguardanti l'agricoltura e l'industria, tutela dell'ambiente, abitazioni ed assetto territoriale, attività ricreative, culturali e di culto, servizi assistenziali. L'ammontare complessivo del decentramento fiscale, circa 135 miliardi di euro nel 2000, si è attestato a 169 miliardi di euro nel 2003, pari al 13 per cento del Pil (Tab. 4.8).

Dal 2000 l'ammontare delle risorse regionali è predeterminato, dato che il Fondo di perequazione è costituito da una quota di compartecipazione al gettito dell'Iva nazionale. La discrezionalità dei comportamenti di spesa è stata limitata, in quanto il sistema dei trasferimenti non è più verticale (dal centro alla periferia), ma orizzontale (flussi finanziari interregionali). Il conflitto di interessi che può scaturire tra Regioni datrici e beneficiarie del fondo di perequazione potrebbe pertanto garantire un maggior controllo sul comportamento dei governi locali.

**Tab. 4.8 – Quantificazione degli impatti finanziari del decentramento.
1999-2003 (miliardi di euro)**

	1999	2000	2001	2002	2003
Spesa decentrata aggiuntiva della P. A. locale: spese dirette delle Amministrazioni locali per servizi e prestazioni finali	52	58	63	62	69
Uscite di bilancio aggiuntive delle Regioni: spese complessive delle Amministrazioni locali	74	79	87	86	89
Aumento netto delle risorse autonome: tributi locali o compartecipazioni al gettito di tributi erariali destinati al finanziamento delle nuove spese per servizi e prestazioni finali e della quota delle vecchie spese già finanziata con trasferimenti statali in senso stretto.	124	119	141	137	150
Aumento lordo delle risorse autonome: tributi locali o compartecipazioni al gettito di tributi erariali destinati al finanziamento delle nuove spese per servizi e prestazioni finali e della quota delle vecchie spese già finanziata con trasferimenti statali in senso stretto e con devoluzioni e regolazioni di imposta alle Regioni a Statuto Speciale	139	135	157	154	169

Fonte: Isae, 'Rapporto sull'attuazione del federalismo', febbraio 2005

L'esame della Tab. 4.8 consente di individuare alcune tendenze di fondo circa l'impatto finanziario del decentramento, prima fra tutte la consistente crescita delle spese dirette di competenza delle Amministrazioni locali (regioni, province, comuni, Asl, università), il cui tasso medio annuo di variazione percentuale, tra il 1999 e il 2003, è risultato pari all'8,2 per cento, con picchi di oltre l'11 per cento ed un andamento, nota l'Isae, relativamente irregolare, determinato tuttavia dalla natura peculiare dei dati di base – in prevalenza pagamenti di bilancio, la cui entità è influenzata dai vincoli di gestione dei flussi di spesa e le regole contabili di registrazione. Quanto alle uscite aggiuntive di bilancio delle Amministrazioni locali, determinate dalle nuove funzioni ad esse assegnate e che rappresentano il 72 per cento della spesa regionale, il *trend* di crescita della spesa, per quanto più contenuto, si è attestato al 5,1 per cento nel quinquennio di riferimento. Sul versante delle entrate, l'ammontare dei nuovi tributi locali e delle compartecipazioni al gettito di tributi erariali destinato al finanziamento

delle spese addizionali connesse sia all'attribuzione di nuove funzioni, sia a quelle già di competenza delle regioni, è ancora più consistente, raggiungendo nel 2003 i 150 miliardi di euro, con un tasso di variazione media percentuale nel quinquennio di riferimento pari al 5,2 per cento. Se si fa riferimento poi all'insieme delle regioni a statuto ordinario e a statuto speciale, si giunge nel 2003 a 169 miliardi di euro, con un tasso di variazione media percentuale nel periodo 1999-2003 pari al 5,4 per cento. Nella tabella 4.9 si riporta l'ammontare *pro capite* delle entrate tributarie regionali nel periodo 1999-2003.

Tab. 4.9 – Entrate fiscali delle amministrazioni locali nel 1999-2003 (euro *pro capite*)

Regioni	1999	2000	2001	2002	2003
Piemonte	1069	1119	1211	1260	1325
Valle d'Aosta	883	934	1176	1259	1299
Lombardia	1224	1347	1490	1536	1592
Trentino-Alto Adige	965	1000	1127	1118	1142
Veneto	1031	1124	1250	1285	1350
Friuli-Venezia Giulia	938	974	1096	1046	1101
Liguria	976	1041	1135	1236	1313
Emilia Romagna	1167	1249	1342	1382	1437
Toscana	989	1057	1195	1267	1320
Umbria	798	927	973	993	1040
Marche	857	935	1027	1120	1185
Lazio	1101	1204	1409	1490	1573
Abruzzo	689	749	862	864	906
Molise	531	604	669	685	722
Campania	492	534	611	627	666
Puglia	511	577	650	700	738
Basilicata	487	549	615	627	661
Calabria	453	457	555	603	645
Sicilia	424	482	519	545	579
Sardegna	513	587	625	646	681
ITALIA	868	945	1053	1097	1151

Fonte: Cfr. Tabella precedente

3 – Anche se le recenti riforme tendono a favorire il decentramento e l'autonomia finanziaria degli enti locali, le misure restrittive introdotte in applicazione del trattato di Maastricht hanno ostacolato il processo di riforma federale.

Infatti, il vincolo della riduzione del rapporto debito pubblico/Pil impone rigidi controlli finanziari che risultano tanto più difficili quanto maggiore è l'autonomia degli enti territoriali. Nel periodo di transizione verso la completa attuazione del federalismo fiscale, il Governo ha esercitato una forte azione di contenimento delle uscite a carico dei bilanci delle Autonomie Locali. L'aggiornamento del patto di stabilità interno contenuto nella finanziaria del 2003 stabiliva che il disavanzo finanziario delle Province e dei Comuni con popolazione superiore ai 5000 abitanti non dovesse superare quello registrato nel 2001, con una maggiorazione del 7 per cento. Con la nuova finanziaria si intendeva, quindi, esercitare un maggior controllo sulla spesa.

Le misure contenute nella finanziaria 2003 hanno inciso in misura rilevante sulle autonomie locali, anche se con modalità differenziate per le regioni, da una parte, e le province ed i comuni, dall'altra. L'impatto a regime è stato pari a 1.740 milioni di euro per i Comuni, mentre per le Regioni sono stati applicati i tagli previsti dalla finanziaria per il 2002 (L. 448/2001), con una riduzione dei trasferimenti statali pari all'1 per cento per il 2002, al 2 per cento per il 2003 e al 3 per cento per il 2004.

4.6 La sospensione del decreto legislativo n. 56 del 2000

1 – Il primo anno di applicazione del decreto 56/2000 ha suscitato forti opposizioni. Alcune regioni del Mezzogiorno, cui sono state assegnate risorse per

un ammontare inferiore ai trasferimenti soppressi, hanno presentato ricorso al Tar del Lazio e alla Corte Costituzionale. Il governo ha pertanto sospeso l'applicazione del decreto 56 e quella dell'ultimo decreto attuativo – emanato dal Presidente del Consiglio dei Ministri il 14 maggio 2004 – fino alla fine di aprile 2005. La reazione delle regioni meridionali era prevedibile. Già nel 2001, infatti, alcuni commentatori osservavano che l'abbandono del criterio della spesa storica avrebbe determinato una riduzione delle differenze tra quote “effettive” e “teoriche” di compartecipazione all'Iva, penalizzando le Regioni maggiormente dipendenti dai trasferimenti erariali⁴³.

Nel 2004, con l'emanazione del DPCM del 7 maggio, si avvia con tre anni di ritardo l'attuazione del decreto 56/2000 per l'anno 2002. Il provvedimento ha fissato la compartecipazione regionale all'IVA nella misura del 37,4 per cento del gettito IVA complessivo realizzato nel 2000, al netto di quanto devoluto alle Regioni a Statuto Speciale e delle risorse UE. Poiché qualunque modifica delle aliquote dell'addizionale IRPEF e dell'accisa sulla benzina avrebbe prodotto effetti solo a partire dall'anno 2005, si è resa necessaria una soluzione provvisoria, compensando i trasferimenti da sopprimere e le entrate da trasferire tramite l'aliquota della compartecipazione regionale al gettito dell'IVA.

Il DPCM del 14 maggio 2004 ha fissato l'ammontare dei trasferimenti alle Regioni. Il comma 4 dell'articolo 7 del decreto 56/2000 prescriveva che a ciascuna Regione nel 2002 fosse comunque garantito un importo pari al 95 per cento della differenza tra i trasferimenti da sopprimere – che sarebbero spettati a ciascuna Regione nell'anno 2002 – e il gettito per l'anno 2002 derivante dall'aumento dell'addizionale regionale IRPEF e dell'accisa sulla benzina. Il 95% di tale differenza è finanziato con la compartecipazione al gettito dell'IVA

⁴³ Messina G., *Decentramento fiscale e perequazione regionale. Efficienza e redistribuzione nel nuovo sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario*, Temi di discussione del Servizio Studi della Banca d'Italia, N°416 Agosto 2001

del 2000. La quota restante di compartecipazione al gettito IVA è corrisposta alle Regioni utilizzando la formula perequativa contenuta nell'allegato A del decreto 56/2000.

2 – L'applicazione del decreto 56/2000 presenta alcuni aspetti più problematici. L'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 ha reso difficoltosa l'attuazione del decreto che, per il 2001, prevedeva – entro il 30 luglio del 2000 – l'emanazione di un DPCM per la fissazione delle aliquote e – entro il 30 settembre 2000 – un DPCM per la determinazione delle somme da erogare alle Regioni. L'accordo del 3 agosto 2000 infatti prevedeva fondi aggiuntivi da destinare alla sanità, per cui di fatto è risultato impossibile emanare i decreti nei tempi stabiliti. Anche l'Accordo dell'8 Agosto 2001 e il decreto 347/2001 – che ha recepito l'Accordo ed è stato trasformato nella legge 405/2001 – hanno previsto ulteriori risorse aggiuntive per il sistema sanitario e alcuni meccanismi per il contenimento della spesa sanitaria, del tutto estranei alla logica del decreto 56/2000, creando problemi di attuazione e riducendone la credibilità complessiva.

Infatti il meccanismo usato per la determinazione delle risorse aggiuntive, anziché basarsi sulla ridefinizione dell'aliquota di compartecipazione, secondo quanto previsto dal decreto 56/2000, ha agito sull'ammontare dei trasferimenti soppressi, adottando il noto schema di negoziazione tra Stato e Regioni già commentato nel Capitolo 3. I problemi più rilevanti nascono dall'applicazione della formula perequativa, che ha determinato un'insufficiente attribuzione di risorse per il finanziamento del fabbisogno sanitario alle regioni del Mezzogiorno e, di fatto, ha redistribuito con modalità poco trasparenti risorse a vantaggio delle regioni settentrionali, violando il dettato costituzionale, nella parte

in cui afferma che il finanziamento del livello normale delle funzioni regionali deve essere integralmente garantito a tutti gli Enti decentrati, anche se sulla base di adeguate valutazioni della spesa *standard*.

Quali sono i motivi di questo ritorno ai processi di definizione negoziale delle risorse finanziarie? Accanto a problemi di natura interpretativa del decreto, esistono difficoltà tecniche nella determinazione dei gettiti potenziali dell'IRAP e della tassa automobilistica e nel calcolo di alcuni parametri. In sintesi, come nota l'Isae, si determina un *trade-off* tra complessità della formula di perequazione e la sua probabilità di completa attuazione.

3 – Con il decreto del 14 maggio è stata attuata la norma del decreto 56/2000 che prevedeva una fase di transizione prima della piena efficacia, nel 2013, delle nuove regole di finanziamento e che, per il biennio 2002-2003, riduceva del 5 per cento l'incidenza del criterio della spesa storica. Il metodo di attribuzione delle risorse per il 2002 ha determinato un'attribuzione insufficiente di risorse per il finanziamento del sistema sanitario in alcune regioni del Mezzogiorno. Puglia, Campania e Calabria hanno presentato ricorso alla Corte Costituzionale e al Tar del Lazio. Il Tar, in attesa di valutare l'Atto di intervento presentato dalle regioni del centro-nord (tra cui Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Lazio) per difendere l'applicazione del decreto 56/2000, ha deciso di rinviare il giudizio sui ricorsi presentati dalle tre regioni meridionali.

Con riferimento ai problemi di costituzionalità del decreto 56/2000, che sono alla base del ricorso in Corte Costituzionale, si è sottolineato il contrasto tra il contenuto dell'articolo 7 comma 2 del decreto 56 e quello degli articoli 117, 118 e del terzo comma dell'articolo 119 della Costituzione, come modificati a fine 2001. In tema di articolo 117, si sottolinea l'incompetenza legislativa dello

Stato a disciplinare aspetti di dettaglio della contabilità e della finanza delle Regioni. Quanto all'articolo 118, si evidenzia come l'emanazione di una disciplina sul fondo perequativo non coerente con la nuova Costituzione incida anche sul corretto esercizio di funzioni amministrative, con particolare riferimento a quelle in materia sanitaria. Infine, per quanto riguarda l'articolo 119, i quattro parametri di calcolo del fondo perequativo, contenuti nell'allegato A del decreto 56/2000, contrastano con la disciplina dettata al terzo comma dell'articolo 119, secondo cui la capacità fiscale è l'unico criterio per ripartire il fondo perequativo. Un'altra violazione deriverebbe dall'incoerenza del DPCM di attuazione con l'ultimo periodo del comma 2 dell'articolo 119, che afferma che la copertura del fabbisogno sanitario deve comunque essere assicurata alle Regioni con insufficiente capacità fiscale e pertanto pone un limite di carattere generale. La Regione Puglia ha inoltre chiesto al Ministero dell'Economia e delle Finanze di trasferire risorse di ammontare pari a quello dei trasferimenti soppressi, non congelando tutte le risorse, ma solo quelle aggiuntive per le regioni con maggiore capacità fiscale.

Il governo ha pertanto sospeso – con l'articolo 4 del decreto legge 314 del 30 dicembre 2004 – l'applicazione dell'articolo 7 del decreto 56/2000 e l'efficacia del DPCM del 14 maggio 2004 fino al 30 aprile 2005. La sospensione si estende alle risorse da ripartire con riferimento al 2005 e alle attribuzioni definitive, nonché alle compensazioni per gli anni 2003-2004; la sospensione si estende anche alla ripartizione definitiva della compartecipazione all'IVA per l'anno 2002. L'articolo 4 del provvedimento 314 fissa un sistema di finanziamento transitorio delle Regioni tramite erogazione di anticipazioni di tesoreria, che dovrebbero assicurare, insieme al gettito dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF, il finanziamento della spesa sanitaria corrente.

Parallelamente la finanziaria 2005 (L. 311 del 30 dicembre 2004), all'art. 1, comma 164, stabilisce che “per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2005-2007, il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, è determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005, 89.960 milioni di euro per l'anno 2006 e 91.759 milioni di euro per l'anno 2007. [...] Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003. [...] Le predette disponibilità finanziarie sono ripartite tra le regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni”.

Anche nel decreto 314 emendato alla Camera è stato previsto il raggiungimento di una intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, accogliendo la richiesta avanzata il 13 gennaio 2005 dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni sull'articolo 4 del decreto 314. Gli altri punti della richiesta riguardano la necessità di approvare in Conferenza Unificata le linee di indirizzo sui meccanismi strutturali del federalismo fiscale.

4 – Con riferimento al livello di finanziamento stabilito dalla legge finanziaria per il triennio 2005-2007, comprese le entrate proprie, l'intesa stipulata il 23 marzo 2005 dalla Conferenza Stato-Regioni prevede 1) il ripiano dei *deficit* accumulati negli esercizi finanziari 2001-2003; 2) alcuni adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), nonché della qualità, efficienza e appropriatezza delle prestazioni

erogate; 3) in adempimento della disposizione prevista dalla L. 311/2004, art. 1, comma 173, l'attivazione di affiancamenti, da parte di esperti dei Ministeri della Salute e dell'Economia, nelle regioni in cui vi sono maggiori difficoltà di contenimento e pianificazione della spesa; 4) per facilitare le operazioni di monitoraggio e controllo, le regioni si impegnano ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, al fine di consentire analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati tra Asl e tra aziende ospedaliere; 5) configurazione di una responsabilità oggettiva, a carico dei direttori generali delle Asl e delle aziende ospedaliere, in caso di ritardo o mancata trasmissione dei flussi informativi; 6) i costi di produzione, al netto della spesa per il personale, sono vincolati ad un aumento massimo del 2 per cento, rispetto ai dati di pre-consuntivo relativi al quarto trimestre 2004; 7) le regioni si impegnano altresì a garantire l'equilibrio economico-finanziario, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento pubblico della P.A., provvedendo alla verifica trimestrale dei risultati di gestione.

L'art. 8 dell'intesa siglata in sede di Conferenza Stato-Regioni prevede che l'accesso delle regioni alle risorse finanziarie necessarie al ripiano dei disavanzi sia condizionato alla stipula di un accordo con i Ministeri della Salute e dell'Economia. Ai sensi dell'art. 1, comma 180 della L. 311/2004, infatti, la regione interessata "procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione

dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma". L'80 per cento delle risorse aggiuntive è corrisposto all'atto della sottoscrizione dell'accordo, il rimanente 20 per cento subordinatamente alla verifica dell'effettiva attuazione del programma, nel caso in cui la regione risulti adempiente, con riferimento sia all'equilibrio economico-finanziario, sia al mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. L'adempimento degli obiettivi economico-finanziari è valutato da un apposito *Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti*, istituito presso il ministero dell'Economia; quello del mantenimento degli obiettivi relativi ai Lea è valutato da un *Comitato tecnico permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea*, istituito presso il Ministero della Salute, che si avvale del supporto dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Assr). I contenuti dell'intesa del 23 marzo 2005 trovano applicazione anche nei rapporti con le regioni a statuto speciale e le Province Autonome di Bolzano e Trento.

L'allegato A del testo dell'intesa contiene la proposta di ripartizione regionale del fabbisogno sanitario regionale (cfr. Tab 4.10).

Tab. 4.11 – Riparto sperimentale del fabbisogno sanitario regionale. Anno 2005 (Euro)

Regioni	Assistenza collettiva ripartita per quota capitarla (5,0%)	Altri servizi territoriali ripartiti per quota capitarla (17,1%)	Medicina generale ripartita per quota capitarla secca (6,9%)	Farmaceutica (13,0%)	Specialistica in proporzione ai consumi per età (13,0%)	Totale distrettuale (50,0%)	Totale assistenza ospedaliera su popolazione pesata secondo i DRG (45,0%)	Fabbisogno 2005 sperimentale (100,0%)	Fabbisogno 2005 in proporzione a 2004	Fabbisogno 2005
	(a)	(b1)	(b2)	(b3)	(b4)	(b)=b1+b2+b3+b4	(c)	(a)+(b)+(c)		
Piemonte	158.680.433	542.618.680	218.951.397	429.126.568	433.473.426	1.624.170.071	1.518.143.094	3.300.973.598	3.321.627.159	6.622.600.757
Valle d'Aosta	4.518.151	15.452.076	6.235.048	11.910.834	11.991.364	45.589.323	41.514.327	91.621.801	91.928.804	183.550.605
Lombardia	344.069.161	1.176.716.531	474.815.442	893.752.963	900.040.633	3.445.325.570	3.085.628.059	6.875.022.790	6.760.499.104	13.635.521.894
Provincia autonoma di Bolzano	17.415.153	59.559.824	24.032.911	43.263.700	42.754.175	169.610.610	145.771.927	332.797.690	331.770.356	664.568.047
Provincia autonoma di Trento	18.219.049	62.309.147	25.142.287	47.024.233	46.795.333	181.271.000	162.234.819	361.724.868	350.181.034	711.905.902
Veneto	172.490.716	589.918.248	238.037.188	447.636.101	448.535.085	1.724.126.623	1.546.737.284	3.443.354.623	3.364.234.004	6.807.588.627
Friuli-Venezia Giulia	44.386.513	151.801.875	61.253.388	120.959.093	121.868.951	455.883.308	430.184.744	930.454.565	920.440.671	1.850.895.236
Liguria	58.548.827	200.236.987	80.797.381	167.308.790	169.055.847	617.399.005	611.042.859	1.286.990.690	1.327.415.960	2.614.406.650
Emilia Romagna	151.656.560	518.665.436	209.286.053	415.020.816	416.978.060	1.559.950.365	1.480.860.891	3.192.467.816	3.163.340.247	6.335.808.063
Toscana	132.534.712	453.268.715	182.897.903	363.508.609	365.355.918	1.365.031.145	1.298.654.212	2.796.220.069	2.798.233.568	5.594.453.637
Umbria	31.540.431	107.868.273	43.525.794	86.384.930	86.503.665	324.282.663	308.676.369	664.499.462	663.755.324	1.328.254.786
Marche	55.822.354	190.912.449	77.034.848	150.912.928	150.875.355	569.735.581	535.310.745	1.160.868.680	1.142.847.629	2.303.716.309
Lazio	194.271.649	664.409.039	268.094.875	501.543.705	503.361.254	1.937.408.872	1.726.347.975	3.858.028.496	3.906.461.877	7.764.490.374
Abruzzo	47.656.209	162.984.236	65.765.569	126.305.697	125.980.872	481.036.374	442.889.699	971.582.282	977.072.474	1.948.654.756
Molise	11.897.921	40.690.889	16.419.131	31.687.840	31.565.595	120.363.454	111.491.241	243.752.282	251.321.777	495.074.393
Campania	213.803.236	731.207.067	295.048.466	516.569.335	508.121.020	2.050.945.887	1.708.861.145	3.973.610.268	3.988.678.268	7.962.288.536
Puglia	149.436.192	511.082.035	206.226.084	372.345.423	369.089.310	1.458.742.853	1.256.013.514	2.864.195.558	2.889.371.478	5.753.567.035
Basilicata	22.087.189	75.538.188	30.480.321	56.885.498	56.550.037	219.454.044	196.039.523	437.580.756	445.886.775	883.467.532
Calabria	74.543.085	254.937.350	102.869.457	187.638.591	185.774.960	731.220.357	637.610.335	1.443.373.777	1.474.365.903	2.917.739.679
Sicilia	185.040.826	632.839.623	255.356.339	465.269.868	459.919.423	1.813.385.254	1.580.572.908	3.578.998.987	3.638.364.410	7.217.363.396
Sardegna	60.721.885	207.668.847	83.796.201	153.184.929	153.650.165	598.300.143	519.323.580	1.178.345.608	1.178.668.179	2.357.013.787
ITALIA	2.149.323.250	7.350.685.515	2.966.066.085	5.588.240.450	21.493.232.500	19.343.909.250	42.988.465.000	42.986.465.000	42.986.465.000	85.972.930.000

4.7 Conclusioni

1 – Le vicende legate all’attuazione del decreto 56 del 2000 e l’evoluzione costituzionale si sono svolte lungo alcune linee tendenziali, la cui analisi, svolta nel presente capitolo, risulterà utile quando, nella successiva sezione, si tenterà di formulare uno scenario di previsione. In primo luogo è plausibile ritenere che, in futuro, la formula di ripartizione della compartecipazione ai tributi erariali sia resa più semplice, anche alla luce di quanto disposto dalla riforma del titolo V, che, a tale proposito, prevede l’esclusivo riferimento alla capacità fiscale. Naturalmente la schematicità del nuovo meccanismo dovrà essere comunque mitigata, in quanto l’applicazione esclusiva del parametro della capacità fiscale risulta spesso incompatibile con il volume regionale di domanda di prestazioni sanitarie. È per tale motivo che, in futuro, la formula di ripartizione potrebbe essere radicalmente semplificata, adottando due parametri in luogo di quattro e facendo riferimento a dati di entrata e di spesa *pro capite*.

Del resto vi sono buoni motivi per ipotizzare, al fine di scongiurare l’eventualità di un’eccessiva segmentazione del processo di bilancio, il ricorso ad un’interpretazione estensiva dell’art. 81 Cost. che, come osservato in precedenza, attribuisce competenza esclusiva alla Camera sulla manovra di bilancio e su tutti i procedimenti collegati.

Potrebbe pertanto nascere l’esigenza di un maggiore coinvolgimento della Conferenza Stato-Regioni, al fine di preservare l’unitarietà della manovra di bilancio e, contemporaneamente, il ruolo delle regioni. Una delle prime conferme sulla plausibilità di questa ipotesi di lavoro è l’*iter* seguito dalla Conferenza in occasione dell’intesa siglata il 23 marzo 2005. Un ulteriore sviluppo potrebbe essere determinato da nuove forme di coordinamento e di collaborazione tra

Stato-Regioni, estendendo gli schemi adottati per la verifica delle compatibilità economico-finanziarie e per l'applicazione dei Lea.

Il vero problema del passaggio al federalismo fiscale è l'eccessiva centralità delle imposte indirette e di quelle gravanti sulla produzione all'interno del meccanismo di compartecipazione, che espone il finanziamento del sistema sanitario a rischi eccessivi, in una fase, come quella attuale, di rallentamento dell'economia, non soltanto di natura congiunturale. Il pericolo è che si determinino nuovi ampi *deficit*, anche in presenza di comportamenti 'virtuosi' delle Autonomie locali sul versante della spesa, dell'efficienza e dell'appropriatezza nella fornitura di prestazioni sanitarie, aprendo la strada a nuovi interventi di carattere strutturale.

5 Uno scenario di analisi della sostenibilità del federalismo sanitario

5.1 Metodologia e data set

1 – Obiettivo del modello di previsione è verificare la sostenibilità finanziaria del settore sanitario nel periodo 2007-2020, da parte delle Regioni italiane, a legislazione vigente e, quindi, ipotizzando l'invarianza dell'assetto e della struttura delle aliquote impositive regionali. Gli effetti dell'abolizione dell'IRAP per il finanziamento del fabbisogno sanitario regionale non sono pertanto presi in considerazione dal modello di simulazione. Il *data set* di partenza è costituito dalle più recenti informazioni rese disponibili dall'Istat, dalla Ragioneria Generale dello Stato e dalla Conferenza Stato-Regioni. La specificazione funzionale del modello è riportata in Appendice al presente volume.

5.2 La previsione del Pil

1 – L'ipotesi di base nella formulazione dello scenario di previsione è che i fattori che determinano l'andamento della spesa sanitaria rappresentino, in parte, variabili che incidono anche sulle fonti di finanziamento del sistema. Tale assunto differenzia il presente esercizio di proiezione da altri modelli, quali ad esempio quello della Ragioneria Generale dello Stato, dove il tasso di crescita della produttività e del Pil pro capite è mantenuto costante lungo l'intero orizzonte di previsione. A livello regionale, ad esempio, si ipotizza che il tasso di crescita del Pil sia pari al 3 per cento.

Sul realismo di tale ipotesi vi è poco da aggiungere. Appare chiaro che, a livello territoriale e settoriale, si presentino situazioni ampiamente differenziate. Nell'elaborazione del presente scenario di previsione della spesa sanitaria, il

punto di partenza è rappresentato quindi da una previsione realistica sulla ripartizione settoriale della forza lavoro, della produttività settoriale per unità di lavoro, dell'andamento del valore aggiunto e, aggregando i risultati precedenti, delle tendenze relative al prodotto interno lordo regionale.

A Ripartizione settoriale della forza lavoro. Con riferimento ai dati di contabilità territoriale recentemente diffusi dall'Istat sulle unità di lavoro, disaggregati per regione e branca di produzione, per il periodo 1995-2003, e delle previsioni sulla popolazione residente effettuate dallo stesso Istituto per il periodo 2001-2020, il primo passo è rappresentato dalla previsione relativa alla ripartizione settoriale della forza lavoro.

B Ripartizione settoriale del valore aggiunto. La fase successiva nella costruzione dello scenario di previsione riguarda l'individuazione dei principali andamenti relativi al valore aggiunto settoriale per unità di lavoro a prezzi costanti 1995 e riferiti al periodo 1995-2003. La strategia seguita è analoga a quella applicata per l'elaborazione della previsione relativa alle unità di lavoro presenti nei settori produttivi.

L'elaborazione di uno scenario di previsione realistico del valore aggiunto per unità di lavoro settoriale deve prendere in considerazione 1) la dinamica evidenziata dal contributo del valore aggiunto regionale unitario alla formazione del valore aggiunto unitario nazionale; 2) a livello di singola regione l'evoluzione nel contributo del valore aggiunto settoriale unitario alla formazione del valore aggiunto unitario regionale.

Tale apparente complicazione del problema in esame consente, al contrario, di evitare delicate assunzioni relative ai tassi di crescita del Pil nell'orizzonte di

previsione. Come detto in precedenza, le previsioni attualmente svolte o fanno riferimento ad un tasso di crescita del Pil costante per l'intero intervallo (è il caso delle previsioni della Ragioneria Generale dello Stato) o fanno riferimento ad un'ipotetica convergenza dei tassi di crescita regionali (assunto che caratterizza le previsioni del modello del Ministero dell'Economia).

Il rischio è che nell'un caso e nell'altro si tratti di assunzioni *ad hoc*, il che risulta evidente con riferimento al primo modello, mentre per quanto riguarda quello del Ministero dell'Economia la convergenza regionale non è adeguatamente motivata dall'inserimento di una sottoprocedura di previsione della crescita regionale, all'interno ad esempio di un *framework* di matrice neoclassica che evidenzia l'impatto della produttività multifattore.

Nell'elaborazione del presente scenario di simulazione le variazioni nella produttività multifattore sono considerate indirettamente. Infatti i dati di partenza si riferiscono all'intervallo temporale 1995-2003, il che consente di neutralizzare gli impatti di lungo periodo derivanti dal *productivity slowdown* registrato negli ultimi decenni. Il modello della Rgs fa infatti riferimento, nella specificazione dell'ipotesi sulla crescita del Pil regionale, ad un dato medio di lungo periodo relativo al tasso di crescita del prodotto a livello nazionale. Tale tasso di crescita è risultato pari, a valori costanti 1995, a circa il 3 per cento dal 1970 a oggi. Da qui la scelta di un tasso di crescita delle economie regionali del 3 per cento nell'elaborazione delle previsioni della Rgs.

Tuttavia tale scelta è contestabile. In primo luogo l'adozione di un tasso di crescita medio di lungo periodo per le previsioni al 2020 rischia di sovrastimare nettamente il tasso di crescita medio nazionale per l'intero orizzonte di previsione, e questo per un motivo evidente: il rallentamento della produttività media e per addetto, derivante dal peso crescente del settore dei servizi negli ulti-

mi 25 anni, risulta semplicemente annullato dalla considerazione di un tasso di crescita di lungo periodo.

Inoltre la considerazione di un tasso di crescita medio a livello nazionale da applicare alla crescita regionale di lungo periodo rappresenta una scelta metodologica dalle pericolose conseguenze per il realismo dei risultati, in quanto parte dall'assunto che già oggi si sia registrata una convergenza nei tassi di sviluppo regionali, il che è smentito dagli stessi fatti economici. In altri termini è palesemente irrealistico ipotizzare, come fa la Rgs, che i sistemi economici regionali – poniamo – della Calabria e della Lombardia crescano allo stesso tasso in un orizzonte temporale di 50 anni. Con il rischio, evidente, di invalidare tutti i risultati delle simulazioni costruite su tali ipotesi. Del resto non vi è alcuna garanzia che nel prossimo cinquantennio si realizzi effettivamente convergenza nei tassi di crescita delle regioni italiane, così come viene ipotizzato nel modello elaborato dal Ministero dell'Economia. Ciò infatti potrebbe verificarsi soltanto se, nel lungo periodo, l'*input* in capitale e lavoro nei sistemi produttivi regionali manifestasse a sua volta una convergenza, il che potrebbe verificarsi soltanto se i sistemi produttivi e la ripartizione del valore della produzione per branca tendesse a omogeneizzarsi nelle regioni italiane. Il che nuovamente è smentito dai fatti e dalle vocazioni produttive delle singole regioni. Per tali motivi la convergenza è un ottimo *escamotage* per aggirare alcune delle criticità evidenziate dal modello della Rgs, ma non le eliminano completamente, il che suscita ben altre perplessità sul piano teorico. In conclusione molti dei risultati di tali modelli di simulazione non sarebbero, per tale motivo, validi da un punto di vista euristico, e rappresentano al più andamenti che possono verificarsi soltanto sotto condizioni estremamente restrittive.

È per questo che nell'elaborazione del presente scenario di previsione si preferisce, in maniera più plausibile, fare riferimento al tasso di crescita regionale del valore aggiunto settoriale, nell'ipotesi assolutamente realistica che esso rappresenti una *proxy* della dinamica della produttività multifattore nel medio periodo e catturi l'impatto di eventuali variabili latenti. Si tratta di una soluzione semplice – ma non per questo meno rigorosa – che consente di eliminare la maggior parte dei punti di criticità evidenziati dagli altri modelli e stabilisce un nesso con la più recente teoria macroeconomica.

A tal fine il punto di partenza è rappresentato dalla scomposizione del quoziente tra valore aggiunto per unità di lavoro della branca s della regione r al tempo t e valore aggiunto per unità di lavoro a livello nazionale. L'interpretazione di tale quoziente è agevole: il valore del rapporto risulterà superiore all'unità quando la produttività media per unità di lavoro della branca s è superiore a quella media nazionale, mentre risulterà inferiore all'unità in caso contrario. Ciò consente di catturare non soltanto le specificità settoriali, ma anche quelle territoriali e, indirettamente, l'andamento settoriale della produttività multifattore.

Con riferimento al settore s della regione r al tempo t , il quoziente tra valore aggiunto settoriale per unità di lavoro nella regione r e valore aggiunto per unità di lavoro a livello nazionale può essere scomposto nel prodotto di due termini, che esprimono rispettivamente 1) il quoziente tra valore aggiunto per unità di lavoro settoriale e valore aggiunto per unità di lavoro regionale, che esprime l'evoluzione della produttività settoriale rispetto alla produttività media per unità di lavoro regionale e 2) il quoziente tra valore aggiunto regionale per unità di lavoro e valore aggiunto unitario a livello nazionale, che esprime l'evoluzione dinamica della produttività media regionale rispetto a quella media nazionale.

C Consumi finali e investimenti lordi. Per venire ad una previsione realistica del Pil regionale ai prezzi di mercato, rende necessaria la determinazione dell'ammontare delle imposte indirette nette. Osservando che, nell'architettura del sistema tributario italiano, per le imposte indirette vige un meccanismo di detrazione di imposta da imposta, risulta sufficiente mettere in relazione la domanda aggregata regionale (costituita da consumi finali e investimenti) con l'andamento delle imposte indirette nel periodo 1995-2003.

Una prima sottoprocedura nel modulo del modello di previsione procede alla determinazione dei consumi finali e degli investimenti nell'orizzonte di previsione 2004-2020.

Con riferimento ai consumi finali delle famiglie e delle PP.AA., il *data set* di partenza è costituito dalle funzioni di consumo regionali pubblicate dall'Istat per il periodo 1995-2003. Il primo passo della procedura consiste nel ripartire le funzioni di consumo per branca di origine del flusso, attraverso il calcolo di una matrice ponte. A tale scopo si è fatto riferimento all'ultima tavola Input-Output disponibile.

D Previsione delle importazioni nette, dei consumi finali e delle imposte indirette nette. Avendo stimato i consumi e gli investimenti e disponendo dei dati sulle importazioni nette (sempre per branca, regione e tempo t), l'unico elemento incognito rimasto è rappresentato dalle imposte indirette nette regionali.

La procedura elaborata per la previsione di tale aggregato ha rappresentato di gran lunga la fase più impegnativa e complessa dell'intero modello di simulazione. Il motivo per cui si è dedicata una particolare attenzione all'accuratezza e

al realismo delle previsioni relative alle imposte indirette è che tale aggregato, come si è ampiamente chiarito in precedenza, rappresenterà una delle principali fonti di finanziamento del sistema sanitario nel nuovo assetto regionale.

L'architettura della sottoprocedura di previsione delle imposte indirette nette prevede la determinazione simultanea delle importazioni nette (che integrano le informazioni relative al lato dell'offerta), dei consumi finali e dell'aggregato in oggetto.

■ Risultati delle simulazioni. I risultati dell'applicazione del modello di previsione risultano di grande interesse. In primo luogo, l'ipotesi che caratterizza il modello di previsione della Rgs – un tasso di crescita reale a livello regionale uniforme nell'orizzonte di previsione e pari al 3 per cento, uguale cioè a quello nazionale di lungo periodo realizzato nell'ultimo trentennio – non trova conferma nella presente ricerca.

L'andamento stimato del Pil pro capite negli anni 2004-2020 consente di individuare tre gruppi di regioni caratterizzate da pattern comuni: il primo, cui appartengono le regioni del centro-nord, continua ad evidenziare un andamento crescente nell'orizzonte di previsione, con la spiccata predominanza del Trentino Alto Adige; il secondo, costituito da Umbria e Marche in posizione intermedia; il terzo, con trend di crescita moderata, cui appartengono le regioni meridionali, che si suddivide a sua volta in due sottogruppi: il primo, costituito da Abruzzo, Molise e Sardegna; il secondo, costituito da Basilicata, Campania, Sicilia, Puglia e Calabria.

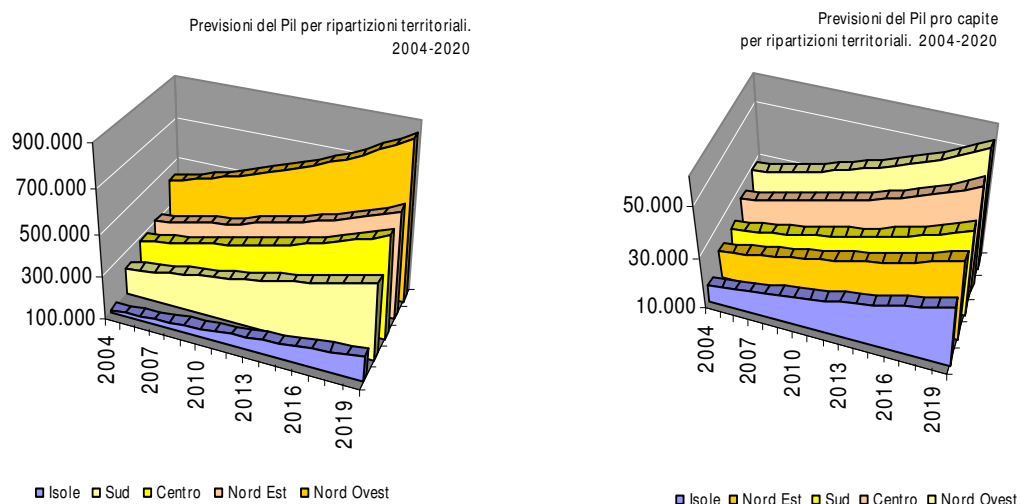
Un'altra conseguenza è che, nel lungo periodo, risulta fortemente implausibile ipotizzare un processo di convergenza nei tassi di crescita regionali. I risultati delle proiezioni evidenziano, è vero, alcuni parziali fenomeni di convergen-

za, ma soltanto relativamente ad alcuni gruppi di regioni. Risulterebbe pertanto azzardato assumere un processo di convergenza nei tassi di sviluppo regionali nel lungo periodo. La procedura seguita conduce a risultati ben più realistici. Inoltre, su un piano metodologico, una delle caratteristiche del presente modello di simulazione, quella di generare endogenamente i valori di previsione dei consumi finali e delle imposte indirette nette, lo rende più simile a ben più complessi modelli econometrici pluri-equazionali, che risultano ottimizzati per previsioni accurate soltanto nel breve periodo (mese, trimestre, anno).

Tab. 5.1 Pil regionale 2004-2020

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Euro pro capite																	
Piemonte	26.802	27.842	28.939	30.156	31.464	32.860	34.345	35.970	37.552	39.229	26.802	27.842	28.939	30.156	31.464	32.860	34.345
Valle d'Aosta	30.510	30.635	31.688	32.822	34.037	35.330	36.757	38.312	39.867	41.463	30.510	30.635	31.688	32.822	34.037	35.330	36.757
Lombardia	29.680	30.728	31.818	33.023	34.323	35.709	37.177	38.781	40.310	41.967	29.680	30.728	31.818	33.023	34.323	35.709	37.177
Trentino Alto Adige	30.942	32.188	33.539	34.970	36.535	38.196	40.029	42.086	44.112	46.361	30.942	32.188	33.539	34.970	36.535	38.196	40.029
Veneto	26.501	27.397	28.353	29.391	30.497	31.648	32.878	34.263	35.545	36.965	26.501	27.397	28.353	29.391	30.497	31.648	32.878
Friuli Venezia Giulia	26.700	27.733	28.809	29.990	31.271	32.622	34.061	35.707	37.241	38.922	26.700	27.733	28.809	29.990	31.271	32.622	34.061
Liguria	25.825	26.985	28.195	29.537	31.001	32.562	34.213	36.057	37.815	39.704	25.825	26.985	28.195	29.537	31.001	32.562	34.213
Emilia Romagna	29.370	30.494	31.674	32.977	34.375	35.844	37.403	39.127	40.748	42.500	29.370	30.494	31.674	32.977	34.375	35.844	37.403
Toscana	25.784	26.878	27.967	29.177	30.481	31.834	33.279	34.822	36.311	37.914	25.784	26.878	27.967	29.177	30.481	31.834	33.279
Umbria	22.381	23.171	24.013	24.952	25.965	26.995	28.110	29.321	30.508	31.756	22.381	23.171	24.013	24.952	25.965	26.995	28.110
Marche	23.598	24.561	25.561	26.673	27.857	29.078	30.389	31.778	33.147	34.614	23.598	24.561	25.561	26.673	27.857	29.078	30.389
Lazio	25.801	26.781	27.800	28.931	30.155	31.438	32.827	34.315	35.776	37.324	25.801	26.781	27.800	28.931	30.155	31.438	32.827
Abruzzo	19.648	20.406	21.147	21.973	22.854	23.768	24.714	25.730	26.701	27.713	19.648	20.406	21.147	21.973	22.854	23.768	24.714
Molise	18.166	18.930	19.736	20.647	21.655	22.708	23.808	24.980	26.148	27.373	18.166	18.930	19.736	20.647	21.655	22.708	23.808
Campania	15.773	16.503	17.242	18.045	18.890	19.763	20.698	21.644	22.584	23.581	15.773	16.503	17.242	18.045	18.890	19.763	20.698
Puglia	15.676	16.362	17.045	17.793	18.581	19.412	20.290	21.191	22.098	23.058	15.676	16.362	17.045	17.793	18.581	19.412	20.290
Basilicata	16.454	17.198	17.955	18.795	19.696	20.631	21.622	22.662	23.693	24.759	16.454	17.198	17.955	18.795	19.696	20.631	21.622
Calabria	14.884	15.564	16.255	17.010	17.810	18.649	19.527	20.453	21.365	22.298	14.884	15.564	16.255	17.010	17.810	18.649	19.527
Sicilia	15.696	16.381	17.081	17.853	18.688	19.558	20.463	21.407	22.365	23.348	15.696	16.381	17.081	17.853	18.688	19.558	20.463
Sardegna	18.094	18.856	19.661	20.543	21.458	22.432	23.458	24.544	25.679	26.859	18.094	18.856	19.661	20.543	21.458	22.432	23.458

Altre interessanti riflessioni possono essere effettuate con riferimento ai risultati per grandi ripartizioni territoriali.



Dall'esame dei due grafici appare chiaro che i tassi di crescita del Pil *pro capite* risultano relativamente omogenei nelle ripartizioni territoriali centro-settentrionali, con una dinamica moderatamente più accentuata in Italia centrale, e una relativa stasi nelle regioni meridionali.

La conseguenza più diretta è che i maggiori problemi di sostenibilità del sistema sanitario dovrebbero verificarsi proprio nelle regioni del Mezzogiorno, in particolare in quelle che, sulla base della simulazione effettuata, potrebbero essere caratterizzate nel prossimo decennio da tassi di crescita del Pil *pro capite* prossimi a zero o addirittura negativi.

5.3 La previsione del fabbisogno sanitario regionale

1 – La strategia seguita per formulare previsioni sul fabbisogno sanitario regionale si discosta dalle metodologie abitualmente adottate in altri studi ed è strettamente influenzata dalla procedura di quantificazione dei livelli essenziali d’assistenza e della loro ripartizione a livello regionale.

L’ipotesi di base è che tale procedura di quantificazione rappresenti essenzialmente un controllo di *budget* globale. Vi sono ampie evidenze in letteratura comprovanti che i controlli globali di *budget* conducono all’individuazione di tetti di spesa caratterizzati da una marcata componente inerziale nel medio-lungo periodo, influenzata principalmente dal tasso di crescita del Pil, dal livello d’inflazione e dagli altri obiettivi di finanza pubblica. In Francia ad esempio la spesa sanitaria, dall’introduzione di controlli globali di *budget*, ha mostrato tassi di crescita sostanzialmente in linea con quelli dell’inflazione.

È per tale motivo che, nel presente studio, il problema della sostenibilità è affrontato dedicando una particolare attenzione all’andamento delle fonti di finanziamento rispetto a quello del tetto di spesa sanitaria, generalmente prefissato dalla Conferenza Stato-Regioni e quindi soggetto a considerazioni di natura essenzialmente politica – come ha evidenziato chiaramente Mapelli nel 1999 – mentre sono state considerate altre variabili d’interesse, quali l’invecchiamento della popolazione, i vincoli di finanza pubblica, quelli derivanti da obblighi comunitari.

Per la previsione dei fabbisogni sanitari regionali sono stati innanzitutto calcolati i fabbisogni *pro capite* relativi al periodo 1998-2006, distinti per tipologia, ed i relativi tassi di crescita annui. Poiché i tassi di crescita del fabbisogno, distinti per regione, risultano alquanto variabili nell’intervallo di osservazione, si è ritenuto più realistico, data l’attuale tendenza al contenimento della spesa, adot-

tare come base di calcolo il tasso di incremento reale del fabbisogno a livello di singole regioni tra il 2002 e il 2006 e, per gli anni successivi, far variare il fabbisogno in accordo con una stima del tasso d'inflazione. I principali risultati della simulazione sono riportati nella successiva Tabella 5.2.

Tab. 5.2 Ipotesi sui tassi d'incremento dei fabbisogni sanitari regionali 2007-2020

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Piemonte	12,61	7,15	7,13	7,11	7,08	7,05	7,01	6,99	6,96	6,94	6,93	6,91	6,90	6,89
Valle d'Aosta	24,62	10,95	10,93	10,88	10,86	10,80	10,77	10,74	10,70	3,70	12,53	11,71	11,54	11,12
Lombardia	9,65	7,14	7,11	7,08	7,04	7,01	6,97	6,94	6,91	6,88	6,86	6,84	6,82	6,81
Bolzano	15,62	9,23	9,20	9,18	9,14	9,11	9,09	9,06	9,04	9,02	9,01	9,00	8,99	8,98
Trento	19,36	10,51	10,48	10,46	10,42	10,38	10,34	10,31	10,28	10,26	10,25	10,24	10,23	10,23
Veneto	9,31	7,27	7,25	7,22	7,18	7,14	7,10	7,07	7,04	7,01	6,99	6,97	6,96	6,95
Friuli Venezia Giulia	23,01	9,93	9,91	9,89	9,86	9,82	9,79	9,77	9,75	9,73	9,72	9,71	9,71	9,71
Liguria	14,03	6,08	6,06	6,04	6,02	5,99	5,96	5,94	5,92	5,91	5,90	5,90	5,90	5,90
Emilia Romagna	10,88	6,85	6,83	6,81	6,77	6,74	6,70	6,67	6,65	6,63	6,61	6,60	6,59	6,58
Toscana	12,94	7,10	7,08	7,06	7,02	6,99	6,95	6,92	6,90	6,88	6,87	6,86	6,85	6,85
Umbria	12,35	7,08	7,06	7,03	7,00	6,97	6,93	6,91	6,88	6,87	6,86	6,85	6,84	6,84
Marche	13,28	8,02	8,00	7,98	7,94	7,91	7,87	7,84	7,82	7,80	7,78	7,77	7,76	7,75
Lazio	13,96	7,58	7,55	7,52	7,48	7,44	7,41	7,38	7,35	7,33	7,31	7,29	7,28	7,26
Abruzzo	13,61	7,70	7,68	7,66	7,63	7,59	7,56	7,53	7,51	7,49	7,47	7,46	7,45	7,44
Molise	15,42	7,35	7,34	7,32	7,30	7,27	7,25	7,22	7,20	7,19	7,18	7,16	7,16	7,15
Campania	10,96	7,45	7,42	7,40	7,37	7,34	7,31	7,29	7,27	7,25	7,23	7,22	7,20	7,19
Puglia	12,26	7,62	7,59	7,55	7,52	7,48	7,45	7,41	7,38	7,36	7,34	7,32	7,30	7,29
Basilicata	16,99	8,60	8,57	8,55	8,52	8,48	8,44	8,42	8,39	8,37	8,35	8,34	8,33	8,32
Calabria	15,10	8,11	8,08	8,05	8,02	7,99	7,96	7,93	7,91	7,89	7,87	7,86	7,84	7,83
Sicilia	28,94	11,82	11,80	11,77	11,74	11,71	11,69	11,67	11,65	11,63	11,62	11,61	11,60	11,59
Sardegna	20,08	10,03	10,00	9,97	9,94	9,90	9,87	9,83	9,80	9,76	9,74	9,71	9,68	9,66

Tab. 5.3 Fabbisogno sanitario pro capite regioni a statuto ordinario. 2006

Fabbisogno sanitario 2006 pro capite	Prevenzione collettiva	Medicina generale	Pediatria	Altra assistenza territoriale	Farmaceutica (classi d'età)								Medicina specialistica	Assistenza anziani	Ospedaliera primo livello	Ospedaliera secondo livello
					0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65+					
					Piemonte	77,92	106,72	113,25	188,57	147,89	147,89	76,99					121,96	121,96	243,11	423,32	202,60	345,40	77,92	623,37
Valle d'Aosta	76,13	105,12	104,61	184,23	144,49	144,49	75,21	119,16	119,16	237,52	413,58	197,93	371,99	76,13	609,03	
Lombardia	76,35	105,80	102,49	184,76	144,91	144,91	75,43	119,50	119,50	238,20	414,77	198,50	385,15	76,35	610,77	
Bolzano	73,53	106,08	78,66	177,93	139,55	139,55	72,64	115,08	115,08	229,40	399,44	191,17	435,50	73,53	588,20	
Trento	75,96	107,31	90,81	183,83	144,18	144,18	75,05	118,90	118,90	237,00	412,68	197,50	397,25	75,96	607,70	
Veneto	76,57	106,42	100,86	185,29	145,32	145,32	75,65	119,84	119,84	238,89	415,96	199,07	390,44	76,57	612,54	
Friuli Venezia Giulia	78,59	107,06	118,79	190,19	149,17	149,17	77,65	123,01	123,01	245,21	426,96	204,34	344,33	78,59	628,73	
Liguria	80,12	107,82	133,27	193,90	152,08	152,08	79,16	125,41	125,41	249,99	435,29	208,32	299,86	80,12	641,00	
Emilia Romagna	79,10	107,91	118,25	191,42	150,13	150,13	78,15	123,81	123,81	246,79	429,73	205,66	337,13	79,10	632,80	
Toscana	78,65	107,07	119,42	190,33	149,27	149,27	77,70	123,10	123,10	245,38	427,27	204,48	334,51	78,65	629,18	
Umbria	78,45	107,46	113,99	189,86	148,91	148,91	77,51	122,80	122,80	244,78	426,22	203,98	331,47	78,45	627,64	
Marche	78,34	108,07	108,37	189,58	148,69	148,69	77,40	122,62	122,62	244,42	425,60	203,68	341,02	78,34	626,72	
Lazio	73,43	102,73	92,94	177,70	139,37	139,37	72,55	114,93	114,93	229,10	398,92	190,92	385,23	73,43	587,44	
Abruzzo	76,51	106,70	98,69	185,16	145,22	145,22	75,59	119,76	119,76	238,72	415,67	198,93	360,10	76,51	612,10	
Molise	75,76	105,56	98,28	183,35	143,80	143,80	74,85	118,59	118,59	236,38	411,60	196,99	344,13	75,76	606,11	
Campania	71,79	105,20	71,34	173,72	136,25	136,25	70,92	112,36	112,36	223,97	389,99	186,64	477,25	71,79	574,29	
Puglia	72,89	104,55	80,31	176,41	138,35	138,35	72,02	114,09	114,09	227,43	396,01	189,53	429,08	72,89	583,16	
Basilicata	74,47	105,37	88,26	180,22	141,35	141,35	73,58	116,56	116,56	232,35	404,59	193,63	378,31	74,47	595,78	
Calabria	73,25	104,62	82,48	177,26	139,02	139,02	72,37	114,65	114,65	228,53	397,93	190,44	406,69	73,25	585,97	
Sicilia	73,07	105,70	77,12	176,82	138,68	138,68	72,19	114,36	114,36	227,96	396,94	189,97	417,91	73,07	584,52	
Sardegna	74,57	103,32	100,25	180,46	141,54	141,54	73,68	116,72	116,72	232,66	405,12	193,89	425,52	74,57	596,57	

Tab. 5.4 Fabbisogno sanitario regionale 2007-2020

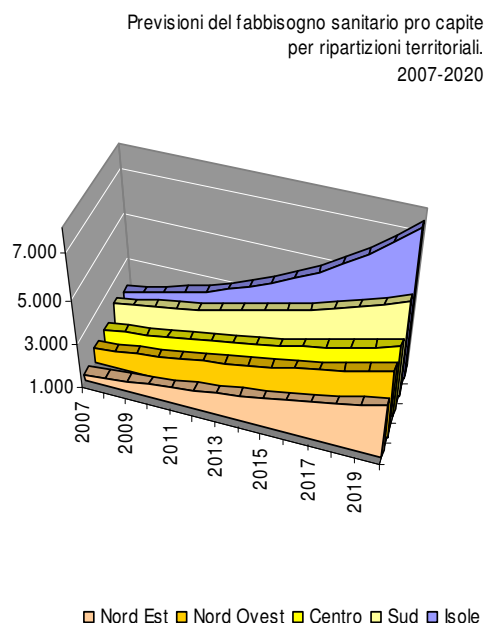
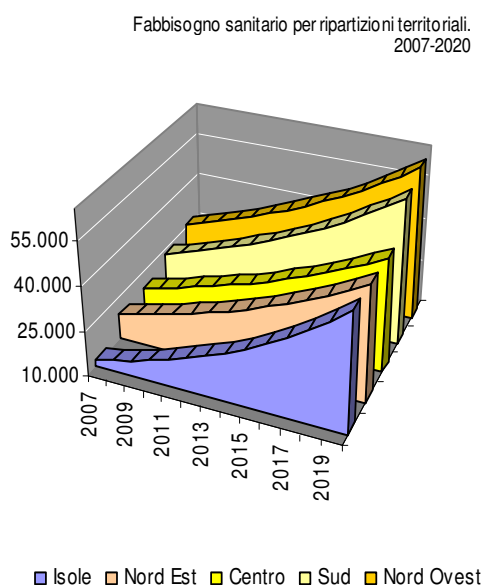
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	Euro pro capite													
Piemonte	1.755,39	1.881,82	2.017,34	2.162,63	2.318,38	2.485,34	2.664,33	2.856,21	3.061,91	3.282,43	3.518,82	3.772,24	4.043,91	4.335,15
Valle d'Aosta	1.891,48	2.092,70	2.315,33	2.561,64	2.834,16	3.135,67	3.469,26	3.838,33	4.246,67	4.698,45	5.198,29	5.751,31	6.363,16	7.040,10
Lombardia	1.669,67	1.784,35	1.906,91	2.037,88	2.177,85	2.327,44	2.487,30	2.658,14	2.840,72	3.035,83	3.244,35	3.467,18	3.705,33	3.959,83
Bolzano	1.692,94	1.841,61	2.003,34	2.179,26	2.370,64	2.578,83	2.805,30	3.051,65	3.319,64	3.611,17	3.928,29	4.273,27	4.648,54	5.056,77
Trento	1.804,15	1.983,96	2.181,68	2.399,11	2.638,22	2.901,14	3.190,28	3.508,23	3.857,86	4.242,35	4.665,15	5.130,08	5.641,36	6.203,59
Veneto	1.668,58	1.784,55	1.908,58	2.041,23	2.183,10	2.334,83	2.497,11	2.670,66	2.856,28	3.054,80	3.267,12	3.494,19	3.737,04	3.996,78
Friuli Venezia Giulia	1.934,02	2.126,82	2.338,86	2.572,02	2.828,44	3.110,42	3.420,50	3.761,51	4.136,50	4.548,89	5.002,38	5.501,09	6.049,51	6.652,61
Liguria	1.836,10	1.957,27	2.086,43	2.224,11	2.370,89	2.527,34	2.694,13	2.871,91	3.061,43	3.263,46	3.478,82	3.708,39	3.953,11	4.213,98
Emilia Romagna	1.749,86	1.865,50	1.988,78	2.120,22	2.260,33	2.409,71	2.568,96	2.738,73	2.919,73	3.112,68	3.318,39	3.537,69	3.771,48	4.020,73
Toscana	1.775,77	1.901,34	2.035,80	2.179,76	2.333,90	2.498,94	2.675,66	2.864,87	3.067,46	3.284,37	3.516,63	3.765,31	4.031,57	4.316,67
Umbria	1.759,15	1.880,03	2.009,21	2.147,27	2.294,81	2.452,49	2.621,01	2.801,11	2.993,58	3.199,27	3.419,10	3.654,04	3.905,12	4.173,45
Marche	1.769,61	1.906,24	2.053,42	2.211,96	2.382,74	2.566,71	2.764,88	2.978,36	3.208,31	3.456,02	3.722,86	4.010,29	4.319,92	4.653,46
Lazio	1.669,34	1.791,79	1.923,23	2.064,32	2.215,75	2.378,29	2.552,76	2.740,02	2.941,02	3.156,76	3.388,33	3.636,89	3.903,68	4.190,05
Abruzzo	1.734,75	1.864,73	2.004,44	2.154,63	2.316,07	2.489,60	2.676,14	2.876,65	3.092,19	3.323,87	3.572,92	3.840,62	4.128,39	4.437,71
Molise	1.751,10	1.882,38	2.023,50	2.175,19	2.338,27	2.513,56	2.702,00	2.904,56	3.122,31	3.356,38	3.608,01	3.878,49	4.169,26	4.481,82
Campania	1.590,69	1.707,06	1.831,94	1.965,96	2.109,78	2.264,12	2.429,75	2.607,51	2.798,26	3.002,97	3.222,66	3.458,41	3.711,42	3.982,93
Puglia	1.635,31	1.758,99	1.892,04	2.035,14	2.189,07	2.354,64	2.532,73	2.724,29	2.930,35	3.151,98	3.390,38	3.646,82	3.922,64	4.219,33
Basilicata	1.744,30	1.896,67	2.062,35	2.242,50	2.438,39	2.651,39	2.883,00	3.134,84	3.408,68	3.706,44	4.030,21	4.382,26	4.765,07	5.181,31
Calabria	1.687,24	1.825,65	1.975,41	2.137,46	2.312,80	2.502,53	2.707,82	2.929,95	3.170,31	3.430,38	3.711,78	4.016,27	4.345,74	4.702,24
Sicilia	1.884,66	2.108,37	2.358,64	2.638,62	2.951,82	3.302,21	3.694,19	4.132,70	4.623,26	5.172,05	5.785,98	6.472,78	7.241,11	8.100,65
Sardegna	1.792,27	1.973,94	2.174,03	2.394,40	2.637,10	2.904,41	3.198,81	3.523,05	3.880,16	4.273,46	4.706,64	5.183,72	5.709,16	6.287,86

La base statistica per la proiezione dei fabbisogni sanitari regionali nell'orizzonte 2007-2020 è rappresentata dal fabbisogno 2006, riportato nella Tabella 5.3 dove, per semplicità espositiva, non è riportata la ripartizione del fabbisogno per classi d'età nei settori della medicina specialistica e ospedaliera di primo e secondo livello.

L'applicazione dei tassi di crescita della Tabella 5.2 al fabbisogno sanitario *pro capite* totale 2006 consente di pervenire ad una stima del fabbisogno *pro capite* nell'orizzonte di previsione 2007-2020 che, in seguito, è stato ripartito per livelli essenziali di assistenza, tenendo conto della struttura della popolazione per classi di età nei settori farmaceutico, specialistico ed ospedaliero di primo e secondo livello, tramite l'applicazione dei pesi individuati dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 6 febbraio 2003.

I principali risultati della proiezione sono riportati nella Tabella 5.4.

Alcune considerazioni possono essere effettuate con riferimento alle grandi ripartizioni territoriali.



Il fabbisogno sanitario complessivo è previsto in forte crescita nelle regioni nord-occidentali e meridionali, seguite da quelle nord-orientali e centrali con un trend moderatamente più contenuto. Tuttavia il riferimento ai livelli è fuorviante. La graduatoria è infatti in gran parte diversa quando il fabbisogno è espresso in termini *pro capite*. La Sicilia è la regione che mostra il maggior incremento nel fabbisogno medio pro capite, seguita a breve distanza dal gruppo formato da Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Provincia Autonoma di Trento. Tutte le altre regioni sono caratterizzate da una dinamica più contenuta.

5.4 La previsione delle entrate regionali

1 – Al fine di valutare la sostenibilità del passaggio al federalismo sanitario, è importante tenere conto delle altre entrate regionali che, nell'attuale architettura

di finanziamento dei sistemi sanitari regionali, alimentano il Fondo sanitario di competenza delle singole regioni.

La previsione dell'Irap, dell'addizionale Irpef, delle accise sulle benzine, delle Tasse automobilistiche e delle entrate proprie delle Asl assume come base di calcolo la ripartizione delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale per gli anni 1999-2006.

A Previsione del gettito Irap. Con riferimento alla regione r al tempo t , il punto di partenza è rappresentato dalla scomposizione del rapporto tra gettito dell'Irap e valore aggiunto regionale al netto dei SIFIM.

Innanzitutto si sono determinati 1) il rapporto tra il gettito Irap della regione r al tempo t e il gettito totale di tutte le regioni dell'anno corrispondente; 2) il rapporto tra il gettito totale Irap al tempo t e il valore aggiunto totale al netto dei SIFIM e 3) il rapporto tra valore aggiunto al netto dei SIFIM della regione r al tempo t e il valore aggiunto netto totale.

I singoli rapporti sono stati proiettati nell'orizzonte di previsione, ottenendo la previsione del gettito IRAP nell'intervallo 2007-2020.

B Determinazione dell'addizionale Irpef. La procedura seguita per la previsione relativa al gettito dell'addizionale Irpef è identica a quella precedentemente descritta per il gettito dell'Irap. Va tuttavia osservato che, in assenza di stime regionali del reddito disponibile, che rappresenta l'aggregato di riferimento per la determinazione del gettito delle imposte sulle persone fisiche, si è preferito evitare di procedere alla stima del reddito e si è nuovamente assunto il valore aggiunto al netto dei SIFIM (che include, come è noto, le remunerazioni corrisposte ai fattori produttivi che, in ultima analisi, affluiscono in prevalenza al settore delle famiglie) come aggregato di riferimento.

C Entrate proprie delle Asl. Per la proiezione delle entrate proprie delle Asl si è adottato lo stesso procedimento descritto in precedenza, utilizzando come aggregato di riferimento il Pil ai prezzi di mercato. Tale scelta è dettata dalla diversa base imponibile su cui gravano le imposte (il reddito al netto d'Iva) e i pagamenti *out-of-pocket* che costituiscono le entrate proprie delle Asl.

D Accisa sui combustibili per autotrazione. Una metodologia sostanzialmente diversa è stata seguita per la previsione del gettito derivante dall'aumento dell'accisa sui derivati petroliferi per autotrazione pari a 8 lire al litro. Risulterebbe infatti alquanto azzardato considerare le future variazioni dal prezzo dei combustibili che, in un orizzonte temporale di un decennio, risultano ampiamente imprevedibili, e si è preferito, quindi, partire dal consumo di combustibili in termini fisici e ipotizzare che esso dipenda essenzialmente dalla consistenza della popolazione di età superiore ai 18 anni e dal mutamento dei comportamenti relativi alla mobilità territoriale.

Il *data set* di partenza è costituito dai dati riguardanti i consumi regionali di combustibili, in termini fisici, tra il 1994 ed il 2004. Dividendo i dati regionali per la popolazione residente dai 18 anni in su, si ottengono i consumi pro capite. Le entrate derivanti dall'accisa sui combustibili per autotrazione possono quindi essere stimate proiettando la serie storica così ottenuta nell'orizzonte di previsione.

I valori ottenuti, moltiplicati per l'incremento dell'accisa destinato dalle disposizioni vigenti al finanziamento del Fondo sanitario regionale (8 lire, pari a € 0,0041 al litro), e, quindi, per la popolazione 2005-2020 delle proiezioni Istat, consentono di pervenire al gettito regionale derivante dall'incremento

dell'accisa sul combustibile per autotrazione nell'orizzonte di previsione 2005-2020.

E Tasse automobilistiche. Per la previsione del gettito delle tasse automobilistiche i dati disponibili comprendevano le entrate erariali relative al periodo 1994-2005 e la consistenza del parco veicolare nelle regioni per lo stesso arco temporale.

Il gettito regionale delle tasse automobilistiche è stato ottenuto rapportando il gettito complessivo alla consistenza complessiva del parco veicolare, e quindi moltiplicando i valori così ottenuti per i singoli dati regionali.

Tali dati sono stati rapportati alla popolazione in età superiore ai 18 anni, residente nelle singole regioni, e, quindi, proiettati nell'orizzonte di previsione.

La proiezione relativa alle tasse automobilistiche è stata effettuata tenendo quindi conto non soltanto dell'incidenza media del tributo per autoveicolo circolante, ma anche dell'andamento relativo al numero di autoveicoli circolanti per abitante.

5.5 Risultati e commento

1 – Le proiezioni delle entrate regionali sono state ripartite tra le stesse Regioni ipotizzando l'invarianza dei pesi dell'ultimo anno disponibile (2006). I dati disponibili sulla mobilità sanitaria interregionale coprivano il periodo compreso tra il 2000 ed il 2006 e sono stati proiettati nell'orizzonte di previsione collegandoli all'andamento della popolazione come prevista dall'Istat.

Per ogni anno dell'orizzonte di previsione 2007-2020 sono state, quindi, calcolate le differenze tra i fabbisogni sanitari e le dotazioni finanziarie destinate al

finanziamento dei Fondi sanitari regionali. Quanto all'andamento di questi ultimi, risulta sostanzialmente in linea con quello dei rispettivi Pil regionali.

Dalle simulazioni svolte, la cui metodologia è stata estesamente presentata in precedenza, risulta quindi che il passaggio al federalismo sanitario può condurre, in tutte le regioni a statuto ordinario, alla diffusa produzione di *deficit*, anche in quei sistemi economici territoriali nei quali la situazione è attualmente caratterizzata da avanzi di parte corrente.

2 – Uno dei risultati più interessanti dell'esercizio di previsione è che già a partire dal 2006 in tutte le regioni italiane potrebbero manifestarsi disavanzi decisamente crescenti. La principale conseguenza a livello regionale è l'esigenza di mettere a punto politiche di inasprimento della pressione fiscale. Il problema fondamentale è la praticabilità pratica di tali politiche, dati i notevoli differenziali di reddito e di produttività esistenti tra le regioni italiane ed il progressivo invecchiamento della popolazione.

Dallo scenario di previsione risulta evidente che, con diverse caratterizzazioni, tutte le regioni incontreranno notevoli difficoltà nel finanziamento dei rispettivi sistemi sanitari. Sul fronte del finanziamento, infatti, la debole dinamica della crescita del Pil e il rallentamento dei consumi potrebbero condurre ad una diminuzione delle entrate fiscali che concorrono a formare la maggior parte della base finanziaria su cui poggiano, in prospettiva di decentramento, i fondi sanitari regionali. Pensiamo ad esempio all'Irap e all'Iva.

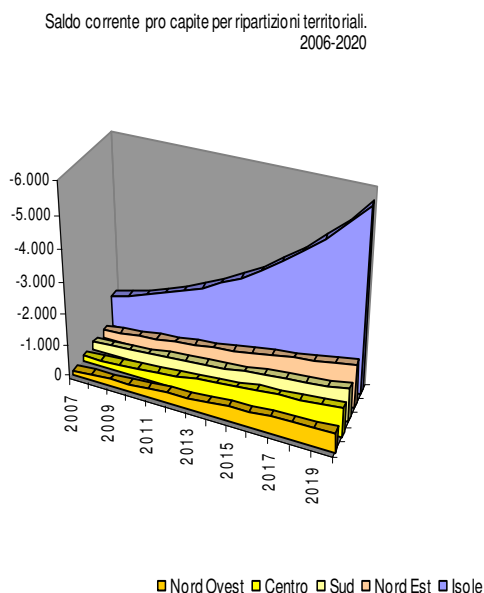
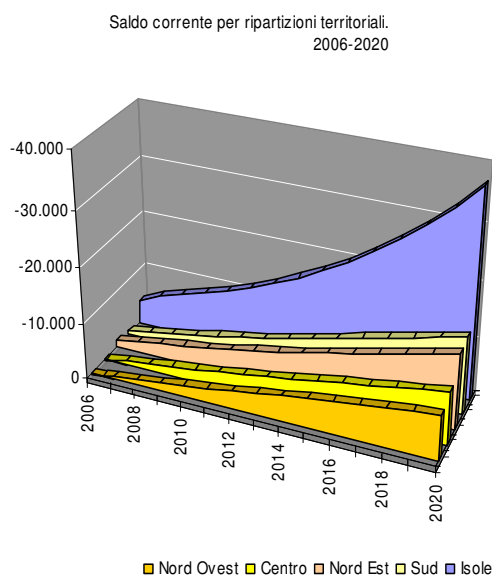
È da notare che le ipotesi sulle quali si basa questo scenario di previsione assumono una ragionevole eterogeneità del prelievo fiscale per abitante, variabile da regione a regione, con ciò evidenziando quanto, in altri modelli, risulta

nascosto da assunzioni, a nostro avviso azzardate, sull'uniformità nella crescita dei livelli di attività economica.

Si noti che nel precedente grafico le regioni che presentano i più bassi tassi di crescita del prodotto e/o il più elevato numero di *over 65* sono anche quelle che evidenziano i maggiori problemi sul fronte dell'equilibrio finanziario. È per tale motivo che sarebbe più sensato ripensare l'intero sistema di finanziamento dei servizi sanitari regionali, svincolandolo dalla crescita del prodotto e creando un legame più diretto con il reddito, eventualmente ricorrendo ad un meccanismo di prelievo sull'Irpef.

3 – L'analisi svolta, che rappresenta un primo tentativo di delineare uno scenario a medio-lungo termine sulla sostenibilità del federalismo sanitario, evidenzia chiaramente che è il meccanismo di finanziamento dei sistemi sanitari regionali che, parzialmente, potrebbe determinare l'insorgere di situazioni di disavanzo di parte corrente.

La situazione appare di più agevole interpretazione se si fa riferimento alle grandi ripartizioni territoriali. È infatti a questo livello che risultano evidenti marcate differenze di regime tra nord e sud del Paese in tema di finanziamento dei sistemi sanitari.



L'Italia nord-occidentale è la ripartizione che presenta, a inizio periodo, la situazione migliore sul fronte del finanziamento dei sistemi sanitari regionali, seguita dall'Italia centrale, mentre le regioni nord-orientali e meridionali presentano una situazione ben più difficile.

Il deficit tende a peggiorare in tutte le ripartizioni territoriali, con diversi gradi di gravità. La situazione risulta leggermente migliore per l'Italia nord-occidentale e centrale, seguite dalle Regioni nord-orientali e meridionali. Ben più grave la situazione delle Regioni insulari, in particolare della Sicilia che risulta avere un notevole grado di incremento del fabbisogno sanitario.

L'Italia centrale si assesta su livelli migliori rispetto alle regioni nord orientali, grazie alla situazione dell'Umbria, che riesce a mantenere un saldo positivo almeno fino al 2010.

La produzione di *deficit* caratterizza pertanto tutte le Regioni, che vedono un continuo peggioramento della situazione a partire dall'anno in corso. I diversi

andamenti che caratterizzano le varie ripartizioni territoriali trovano una sostanziale conferma anche nell'esame del saldo tra fabbisogno e finanziamento a livello *pro capite*, evidenziando tra l'altro il ruolo delle strutture di offerta. Infatti elevati disavanzi corrispondono ad un'alta dotazione di strutture di offerta, un'ulteriore conferma dell'esistenza di effetti di induzione della domanda. In conclusione la scelta effettuata dal *policy maker* di ancorare le fonti di finanziamento alla congiuntura economica espone i nascenti sistemi sanitari regionali ad un perpetuo rischio di generazione di *deficit*. Del resto, sul versante della domanda sanitaria, sorgono nuovi e importanti interrogativi circa la validità del nuovo assetto. Nelle regioni nelle quali risulterà più rilevante il processo di invecchiamento della popolazione, non soltanto si assisterà al rallentamento del livello di attività economica – determinato da un aumento delle uscite di lavoratori dai settori produttivi – ma per lo stesso motivo, sul fronte della domanda, si determinerà una crescente domanda di servizi sanitari. Le cause di disequilibrio sono quindi almeno due: la diminuzione dei flussi di finanziamento a causa del rallentamento nella crescita del Pil, e l'aumento della domanda di servizi sanitari, a causa dell'invecchiamento della popolazione.

Tab. 5.5 Previsione dei fabbisogni sanitari regionali

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(Mln di Euro)													
Piemonte	6.505	6.502	6.492	6.476	6.446	6.433	6.413	6.389	6.353	6.310	6.259	6.205	6.146	6.088
Valle d'Aosta	181	185	189	192	195	199	202	556	562	561	568	575	581	587
Lombardia	13.618	13.986	14.345	14.703	15.038	15.431	15.806	15.726	16.073	16.408	16.725	17.036	17.342	17.649
Bolzano	661	702	744	786	828	875	922	1.375	1.442	1.512	1.585	1.660	1.738	1.820
Trento	719	747	777	806	834	867	898	1.288	1.328	1.369	1.409	1.450	1.492	1.535
Veneto	6.793	6.985	7.181	7.379	7.561	7.785	7.998	8.175	8.387	8.603	8.816	9.033	9.256	9.487
Friuli Venezia Giulia	1.822	1.815	1.806	1.795	1.778	1.769	1.756	1.966	1.945	1.923	1.898	1.873	1.848	1.822
Liguria	2.525	2.444	2.366	2.292	2.218	2.157	2.099	2.210	2.151	2.096	2.046	2.003	1.967	1.940
Emilia Romagna	6.290	6.246	6.201	6.154	6.095	6.061	6.020	5.986	5.935	5.881	5.823	5.765	5.707	5.653
Toscana	5.467	5.413	5.357	5.297	5.232	5.181	5.123	5.111	5.039	4.961	4.880	4.798	4.715	4.635
Umbria	1.306	1.298	1.290	1.279	1.267	1.256	1.244	1.478	1.461	1.443	1.424	1.405	1.385	1.366
Marche	2.274	2.270	2.265	2.257	2.247	2.241	2.231	2.422	2.406	2.389	2.370	2.349	2.327	2.306
Lazio	7.620	7.939	8.267	8.595	8.923	9.287	9.658	9.920	10.289	10.664	11.040	11.425	11.821	12.233
Abruzzo	1.898	1.918	1.937	1.955	1.968	1.987	2.004	2.256	2.270	2.281	2.290	2.298	2.304	2.311
Molise	472	472	472	471	470	470	470	770	768	766	762	759	755	752
Campania	7.614	8.081	8.576	9.090	9.648	10.265	10.913	11.431	12.150	12.911	13.716	14.576	15.501	16.512
Puglia	5.605	5.924	6.261	6.622	7.018	7.463	7.947	8.501	9.089	9.748	10.493	11.349	12.361	13.581
Basilicata	841	858	875	891	908	927	948	1.280	1.306	1.332	1.357	1.384	1.412	1.442
Calabria	2.762	2.848	2.934	3.018	3.100	3.191	3.284	3.582	3.678	3.773	3.866	3.958	4.052	4.150
Sicilia	6.858	7.113	7.368	7.627	7.888	8.166	8.455	8.673	8.959	9.244	9.528	9.815	10.107	10.416
Sardegna	2.306	2.399	2.492	2.587	2.682	2.780	2.882	3.240	3.352	3.465	3.580	3.698	3.818	3.943

Tab. 5.6 Previsione dei Fondi sanitari regionali

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(Mln di Euro)													
Piemonte	7.047	7.412	7.803	8.225	8.683	9.160	9.678	10.238	10.854	11.504	12.274	13.091	13.980	14.973
Valle d'Aosta	86	90	95	100	105	111	117	124	132	140	149	159	170	182
Lombardia	15.377	16.173	17.026	17.947	18.948	19.988	21.117	22.341	23.685	25.102	26.782	28.564	30.506	32.671
Bolzano	852	897	944	995	1.050	1.108	1.171	1.239	1.313	1.392	1.485	1.584	1.691	1.811
Trento	7.580	7.972	8.393	8.847	9.340	9.853	10.409	11.012	11.675	12.374	13.202	14.080	15.037	16.105
Veneto	957	1.007	1.060	1.117	1.180	1.244	1.315	1.391	1.475	1.563	1.667	1.778	1.899	2.034
Friuli Venezia Giulia	2.771	2.914	3.068	3.234	3.414	3.601	3.805	4.025	4.267	4.523	4.825	5.147	5.496	5.886
Liguria	7.089	7.455	7.849	8.273	8.735	9.214	9.735	10.299	10.918	11.572	12.346	13.168	14.063	15.061
Emilia Romagna	6.036	6.348	6.683	7.045	7.438	7.846	8.289	8.769	9.297	9.853	10.513	11.212	11.975	12.824
Toscana	1.436	1.511	1.590	1.676	1.770	1.867	1.973	2.087	2.212	2.345	2.502	2.668	2.850	3.052
Umbria	2.426	2.552	2.686	2.831	2.989	3.154	3.332	3.525	3.737	3.960	4.225	4.507	4.813	5.155
Marche	8.340	8.772	9.235	9.734	10.277	10.841	11.454	12.117	12.846	13.615	14.526	15.493	16.546	17.720
Lazio	2.117	2.226	2.344	2.470	2.608	2.751	2.907	3.075	3.260	3.455	3.686	3.932	4.199	4.497
Abruzzo	520	547	575	607	640	676	714	755	801	848	905	965	1.031	1.104
Molise	8.596	9.040	9.518	10.032	10.592	11.173	11.804	12.488	13.240	14.032	14.971	15.967	17.053	18.263
Campania	6.189	6.509	6.853	7.223	7.626	8.045	8.499	8.992	9.533	10.103	10.779	11.497	12.278	13.150
Puglia	891	937	987	1.040	1.098	1.158	1.224	1.295	1.372	1.455	1.552	1.655	1.768	1.893
Basilicata	2.940	3.092	3.255	3.431	3.623	3.822	4.037	4.271	4.528	4.799	5.120	5.461	5.832	6.246
Calabria	4.264	4.485	4.722	4.977	5.254	5.543	5.856	6.195	6.568	6.961	7.427	7.921	8.460	9.060
Sicilia	1.782	1.874	1.973	2.079	2.195	2.316	2.447	2.589	2.744	2.909	3.103	3.310	3.535	3.786
Sardegna	7.047	7.412	7.803	8.225	8.683	9.160	9.678	10.238	10.854	11.504	12.274	13.091	13.980	14.973

Tab. 5.7 Previsione del surplus/deficit corrente

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(Mln di Euro)													
Piemonte	-313	-487	-671	-863	-1.060	-1.282	-1.508	-1.741	-1.970	-2.221	-2.413	-2.622	-2.828	-3.004
Valle d'Aosta	-144	-165	-189	-215	-244	-277	-313	-352	-396	-408	-468	-531	-600	-674
Lombardia	186	-128	-460	-803	-1.149	-1.542	-1.939	-2.339	-2.724	-3.148	-3.429	-3.735	-4.020	-4.230
Trentino Alto Adige	-836	-961	-1.099	-1.251	-1.418	-1.604	-1.808	-2.031	-2.276	-2.547	-2.837	-3.159	-3.512	-3.897
Veneto	-154	-325	-507	-697	-890	-1.109	-1.332	-1.560	-1.783	-2.030	-2.210	-2.407	-2.599	-2.757
Friuli Venezia Giulia	-1.153	-1.332	-1.530	-1.748	-1.986	-2.252	-2.543	-2.862	-3.211	-3.596	-4.011	-4.470	-4.973	-5.523
Liguria	-78	-111	-143	-174	-202	-234	-262	-286	-302	-320	-306	-290	-264	-216
Emilia Romagna	10	-112	-240	-371	-499	-646	-790	-933	-1.064	-1.209	-1.283	-1.365	-1.431	-1.457
Toscana	-131	-271	-419	-573	-729	-905	-1.083	-1.265	-1.442	-1.637	-1.779	-1.934	-2.083	-2.207
Umbria	72	39	5	-31	-67	-108	-150	-192	-233	-278	-310	-346	-380	-407
Marche	-193	-280	-374	-476	-583	-704	-833	-969	-1.111	-1.268	-1.413	-1.572	-1.739	-1.908
Lazio	-623	-877	-1.148	-1.434	-1.732	-2.067	-2.415	-2.779	-3.150	-3.557	-3.905	-4.285	-4.675	-5.046
Abruzzo	29	-35	-103	-176	-252	-339	-429	-524	-621	-729	-822	-925	-1.031	-1.133
Molise	-6	-21	-36	-53	-70	-89	-109	-130	-152	-175	-194	-216	-237	-258
Campania	-679	-926	-1.190	-1.468	-1.757	-2.083	-2.421	-2.775	-3.134	-3.529	-3.860	-4.223	-4.593	-4.940
Puglia	-365	-556	-761	-978	-1.204	-1.458	-1.723	-2.001	-2.284	-2.594	-2.862	-3.154	-3.455	-3.742
Basilicata	-43	-87	-135	-188	-244	-307	-375	-449	-527	-613	-697	-791	-891	-996
Calabria	-470	-596	-732	-878	-1.034	-1.209	-1.395	-1.593	-1.801	-2.031	-2.249	-2.488	-2.742	-3.001
Sicilia	-5.248	-6.158	-7.183	-8.335	-9.626	-11.087	-12.723	-14.556	-16.605	-18.912	-21.457	-24.321	-27.528	-31.105
Sardegna	-1.032	-1.234	-1.458	-1.706	-1.978	-2.284	-2.619	-2.988	-3.391	-3.838	-4.312	-4.838	-5.415	-6.041

Nella concreta impossibilità di dare impulso all'economia attraverso politiche attive di bilancio, a causa dei vincoli imposti dal patto di stabilità, e di controllare il processo d'invecchiamento, appare quindi evidente che l'unica variabile di controllo sulla quale è possibile ancora impostare una manovra è la politica fiscale, che risulta anche la principale determinante dell'ammontare dei fondi a disposizione delle regioni per il finanziamento dei sistemi sanitari regionali. Diminuire o, al limite, annullare il contributo delle imposte indirette e aumentare quello delle imposte dirette potrebbe consentire di aumentare il flusso di risorse e, in parte, di ristabilire un principio di equità nel finanziamento del sistema salute.

Conclusioni

La presente ricerca si è proposta di analizzare l'impatto della riforma costituzionale federalista sul finanziamento del sistema sanitario italiano nel prossimo decennio, attraverso l'evoluzione legislativa degli ultimi anni e la presentazione di un modello di previsione di lungo periodo.

Sul piano teorico sono stati individuati alcuni vantaggi economici derivanti dal federalismo fiscale, ma dagli studi esaminati è risultato che non sempre il decentramento di funzioni dello stato sociale determini guadagni di efficienza – allocativa e gestionale – dell'attività della pubblica amministrazione. Il federalismo fiscale, infatti, con lo spostamento delle competenze in materia di finanziamento delle prestazioni dal centro alla periferia, raggiunge i risultati previsti dalla teoria economica soltanto se sono soddisfatte alcune condizioni specifiche, quali l'assenza di economie di scala e di *spill over* territoriali.

Come mostrato in precedenza, le peculiarità che caratterizzano il sistema sanitario escludono *a priori* l'esistenza di entrambe le condizioni. Infatti le politiche di rimodulazione dell'offerta, determinate dal moltiplicarsi dei sistemi sanitari regionali, hanno accentuato, dal punto di vista strutturale, una frammentazione territoriale che già caratterizzava il sistema sanitario nazionale, riflesso della varietà di formule di *policy* adottate dai governi regionali.

Nonostante molte regioni abbiano ultimato il percorso dell'aziendalizzazione, la dimensione d'impianto e quella minima d'efficienza delle aziende ospedaliere non sembrano collocarsi su livelli ottimali, sia in termini di dotazione relativa di posti letto, sia in termini di utilizzo delle strutture. Il contenimento dei costi ospedalieri regionali non si è svolto esclusivamente attraverso controlli

globali di *budget* e ricorso alla cooperazione tra unità di cura nella produzione di servizi – come nel National Health Service – ma anche attraverso controlli sugli *input* del processo produttivo, in particolare eliminando posti letto, una politica d'intervento che solleva crescenti perplessità e influenza l'offerta territoriale e le caratteristiche strutturali delle unità di cura, soprattutto quando parallelamente al taglio delle strutture non siano contemplati interventi compensativi, quali ad esempio un maggiore ricorso all'assistenza domiciliare.

Sempre in tema di strutture di ricovero, aumenta la presenza di unità di cura accreditate. Il numero di posti letto nelle case di cura accreditate è maggiore nelle regioni del Mezzogiorno. In alcune di esse inoltre le strutture accreditate coprono una consistente quota dell'offerta ospedaliera totale (in Campania oltre un terzo). Anche in Sardegna e Calabria la dotazione assoluta di posti letto per non acuti nelle strutture private (rispettivamente 172 e 903) era, fino al 2004, superiore rispetto alla capacità del settore pubblico (38 e 63).

La maggiore presenza di strutture private non riesce tuttavia a compensare l'evidente *gap* infrastrutturale in cui versano i sistemi sanitari delle regioni meridionali, che non sembrano in grado di rispondere alla sempre crescente domanda di prestazioni rivolte ai centri sanitari assistenziali. Il problema non appare di natura esclusivamente strutturale, ma probabilmente riflette scelte di politica sanitaria, scarsamente comprensibili ad un esame più attento. Infatti, in tali regioni, sistemi sanitari che tra loro mostrano forti divari in termini di capacità, non mostrano rilevanti divari riguardo ai tassi di attività.

Del resto, si è detto che il processo di riforma avviato nella seconda metà degli anni novanta ha perseguito due obiettivi fondamentali: la separazione delle fonti di finanziamento statali e regionali e la creazione di un sistema di entrate proprie per il finanziamento del sistema sanitario. Il processo si svolge

all'interno di un più generale rafforzamento dell'autonomia finanziaria delle autorità locali, potenziata in maniera sostanziale grazie all'introduzione di tributi specifici (l'Irap per le regioni, l'Ici per i comuni, l'Icp per le province) e all'ampliamento del potere regolamentare di province e comuni nella gestione di tali tributi.

Nonostante i profondi mutamenti della finanza locale e, in particolare, l'introduzione dell'Irap, fino al 2000 il grado di autonomia finanziaria delle regioni è risultato piuttosto limitato, poiché il 90 per cento del gettito, insieme all'addizionale Irpef, è stato di fatto vincolato al finanziamento del settore sanitario, che costituiva (e costituisce tuttora) l'80 per cento della spesa regionale. L'introduzione dei Lea, inoltre, ha attribuito alle regioni nuove responsabilità in materia di programmazione sanitaria.

Per eliminare ogni possibile fonte di conflitto tra governo e regione sull'attribuzione delle risorse e l'offerta dei servizi, nasce pertanto l'esigenza di nuove forme di coordinamento tra tutti i soggetti interessati. All'interno di un quadro caratterizzato da una notevole complessità si colloca la riforma del titolo V della Costituzione che, all'inizio del nuovo decennio, ridefinisce alla base i rapporti tra livelli di governo.

L'evoluzione legislativa e costituzionale che ha condotto al federalismo fiscale e sanitario è stata avviata con il decreto legislativo 56 del 2000, sulla base del quale si tenterà di formulare uno scenario di previsione.

Uno dei problemi principali posti dal decreto risiede nella formula di ripartizione della compartecipazione ai tributi erariali, che in futuro, a nostro avviso, dovrebbe essere radicalmente semplificata, anche alla luce di quanto disposto dalla riforma del titolo V, che prevede l'esclusivo riferimento alla capacità fiscale delle singole regioni. Naturalmente la schematicità del nuovo meccanismo

dovrà essere comunque mitigata, in quanto l'applicazione esclusiva del parametro della capacità fiscale risulta spesso incompatibile con il volume regionale di domanda di prestazioni sanitarie. È per tale motivo che auspichiamo il passaggio ad una formula a due parametri in luogo dei quattro attualmente adottati e il riferimento a dati di entrata e di spesa *pro capite*.

Il vero problema del passaggio al federalismo fiscale è l'eccessiva centralità delle imposte indirette e di quelle gravanti sulla produzione all'interno del meccanismo di compartecipazione, che espone il finanziamento del sistema sanitario a rischi eccessivi, in una fase, come quella attuale, di rallentamento dell'economia, non soltanto di natura congiunturale, ma verosimilmente strutturale. Il pericolo è che si determinino nuovi ampi *deficit*, anche in presenza di comportamenti 'virtuosi' delle Autonomie locali sul versante della spesa, dell'efficienza e dell'appropriatezza nella fornitura di prestazioni sanitarie, aprendo la strada a nuovi interventi di carattere strutturale.

I risultati del modello di previsione risultano particolarmente interessanti. L'andamento stimato del Pil pro capite negli anni 2004-2020 consente di individuare tre gruppi di regioni: il primo, cui appartengono le regioni del centro-nord, continua ad evidenziare un andamento crescente nell'orizzonte di previsione, con la spiccata predominanza del Trentino Alto Adige ed un moderato processo di convergenza alla fine del periodo previsionale per Liguria e Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Piemonte, seguite da Toscana, Lazio e Veneto; il secondo, costituito da Umbria e Marche in posizione intermedia; il terzo, con trend di crescita moderata, cui appartengono le regioni meridionali, che si suddivide a sua volta in due sottogruppi: il primo, costituito da Abruzzo, Molise e Sardegna; il secondo, costituito da Basilicata, Campania, Sicilia, Puglia e Cala-

bria. In particolare è da segnalare la posizione del Lazio, il cui Pil pro capite va ad allinearsi a quello delle regioni settentrionali.

Con riferimento ai risultati per grandi ripartizioni territoriali i tassi di crescita del Pil *pro capite* risultano relativamente omogenei nelle ripartizioni territoriali centro-settentrionali, con una dinamica moderatamente più accentuata in Italia centrale, e una relativa stasi nelle regioni meridionali, con conseguenti maggiori problemi di sostenibilità del sistema sanitario.

Per quanto riguarda l'accuratezza dei risultati forniti dal modello di previsione, dallo svolgimento di un confronto tra i dati stimati per l'anno 2005 e quelli Istat di contabilità nazionale risulta una sostanziale identità, con una lievissima sottostima, pari allo 0,35%.

Il fabbisogno sanitario complessivo è previsto in forte crescita nelle regioni nord-occidentali e meridionali, seguite da quelle nord-orientali e centrali con un trend moderatamente più contenuto. Tuttavia il riferimento ai livelli è fuorviante. La graduatoria è in gran parte diversa quando il fabbisogno è espresso in termini *pro capite*. La Sicilia è la regione che mostra il maggior incremento nel fabbisogno medio pro capite, seguita a breve distanza dal gruppo formato da Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Provincia Autonoma di Trento. Tutte le altre regioni sono caratterizzate da una dinamica più contenuta.

Le proiezioni relative alle entrate regionali permettono di rilevare le differenze di status amministrativo e fiscale delle varie regioni. Facendo riferimento alle entrate pro capite si possono distinguere, infatti, il gruppo delle Regioni a statuto ordinario con un trend piuttosto omogeneo, fatta eccezione per la Liguria, che risulta avere una dinamica più accentuata; e il gruppo delle Regioni a Statuto Speciale. Tra queste, uno scenario ottimistico si rileva per la Sardegna, mentre diametralmente opposta è la situazione della Valle d'Aosta (il che riflet-

te la scarsa diversificazione delle attività produttive e che potrebbe non consentire alla regione di cogliere le opportunità offerte dalla congiuntura internazionale), con tutte le altre regioni in posizione intermedia e pressoché identica.

Facendo riferimento alle ripartizioni territoriali l'Italia nord-orientale presenta la situazione migliore, grazie all'apporto del Veneto e dell'Emilia Romagna, mentre all'estremo opposto si collocano le regioni insulari e meridionali, a sottolineare il perpetuarsi del divario Nord-Sud.

Per ogni anno dell'orizzonte di previsione 2007-2020 sono state stimate le differenze tra i fabbisogni sanitari e le dotazioni finanziarie destinate al finanziamento dei Fondi sanitari regionali. Dalle simulazioni svolte risulta che il passaggio al federalismo sanitario può condurre, in tutte le regioni a statuto ordinario, alla diffusa produzione di *deficit*, anche in quei sistemi economici territoriali nei quali la situazione è attualmente caratterizzata da avanzi di parte corrente relativamente significativi.

Quanto all'evoluzione del finanziamento dei sistemi sanitari regionali, se si analizzano i risultati dell'esercizio di previsione con riferimento alle grandi ripartizioni territoriali, risultano evidenti marcate differenze di regime tra nord e sud del Paese ed una generalizzata tendenza al peggioramento dei deficit. L'Italia nord-occidentale è la ripartizione che presenta, ad inizio periodo, la situazione più favorevole sul fronte del finanziamento, seguita dall'Italia centrale, mentre le regioni nord-orientali e meridionali presentano una situazione ben più difficile. Piuttosto grave risulta la situazione delle regioni insulari, in particolare della Sicilia che risulta avere un notevole grado di incremento del fabbisogno sanitario.

L'Italia centrale si assesta su livelli migliori rispetto alle regioni nord orientali, grazie alla situazione dell'Umbria, che riesce a mantenere un saldo positivo almeno fino al 2010.

In conclusione la scelta effettuata dal *policy maker* di ancorare le fonti di finanziamento alla congiuntura economica espone i sistemi sanitari regionali ad un perpetuo rischio di generazione di *deficit*. Sul versante della domanda sanitaria, nuovi e importanti interrogativi sorgono circa la validità del nuovo assetto. Nelle regioni nelle quali risulterà più rilevante il processo di invecchiamento della popolazione, non soltanto si assisterà al rallentamento del livello di attività economica – determinato da un aumento delle uscite di lavoratori dai settori produttivi – ma per lo stesso motivo, si determinerà una crescente domanda di servizi sanitari. Le cause di disequilibrio sono quindi almeno due: la diminuzione dei flussi di finanziamento a causa del rallentamento nella crescita del Pil, e l'aumento della domanda di servizi sanitari, a causa dell'invecchiamento della popolazione. La principale conseguenza a livello regionale potrebbe essere l'esigenza di mettere a punto politiche di inasprimento della pressione fiscale, con tutte le problematiche che ne scaturiscono, dati i notevoli differenziali di reddito e di produttività esistenti tra le regioni italiane ed il progressivo invecchiamento della popolazione; in alternativa sarebbe preferibile l'adozione di adeguati meccanismi di compartecipazione alla spesa sanitaria, legati direttamente al reddito. Le regioni che presentano i più bassi tassi di crescita del prodotto e/o il più elevato numero di *over 65* sono anche quelle che evidenziano i maggiori problemi sul fronte dell'equilibrio finanziario. Per tale motivo, come si diceva in precedenza, sarebbe opportuno riorganizzare l'intero sistema di finanziamento dei servizi sanitari regionali, svincolandolo dalla crescita del prodotto e creando un legame più diretto con il reddito. Diminuire o, al limite, an-

nullare il contributo delle imposte indirette e aumentare quello delle imposte dirette potrebbe consentire di aumentare il flusso di risorse e, in parte, di ristabilire un principio di equità nel finanziamento del sistema salute.

Appendice 1.

La previsione del Pil e della domanda finale

A Ripartizione settoriale della forza lavoro.

La previsione relativa al Pil regionale parte da una stima settoriale delle unità di lavoro. Con riferimento al settore s della regione r e al tempo t , il rapporto tra le unità di lavoro totali e la popolazione può essere scomposto nel prodotto di tre termini, che esprimono rispettivamente 1) il quoziente tra unità di lavoro settoriali sul totale delle unità di lavoro regionali; 2) il quoziente tra unità di lavoro totali e la popolazione in età lavorativa e 3) il quoziente tra popolazione in età lavorativa e la popolazione residente nella regione r .

La formula adottata è la seguente:

$$\frac{Ula_{s,r,t}}{Pop_{r,t}} = \frac{Ula_{s,r,t}}{Ula_{r,t}} \times \frac{Ula_{r,t}}{Pop_{15-64,r,t}} \times \frac{Pop_{15-64,r,t}}{Pop_{r,t}} \quad [7]$$

dove:

- $Ula_{s,r,t}$ rappresentano le unità di lavoro presenti nella branca s della regione r al tempo t ;
- $Ula_{r,t}$ sono le unità di lavoro totali della regione r al tempo t ;
- $Pop_{r,t}$ è la popolazione media residente nella regione r dell'anno t ;
- $Pop_{15-64,r,t}$ è la popolazione di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, residente nella regione r al tempo t .

In primo luogo è stata individuata una specificazione funzionale di tipo esponenziale dell'andamento temporale dei primi due quozienti a secondo membro nella [7] tra il 1995 e il 2003. In seguito, i quozienti stessi sono stati proiettati nell'orizzonte di previsione 2004-2020. Quanto al terzo quoziente si è fatto riferimento alle proiezioni demografiche pubblicate dall'Istat (base 2001), considerando la variante media, che tiene parzialmente conto delle migrazioni internazionali. Infine l'applicazione della [7] ai dati di proiezione consente di ottenere la proiezione del coefficiente $Ula_{s,r,t}/Pop_{r,t}$ nell'orizzonte di previsione 2004-2020.

Svolte queste operazioni preliminari, è possibile pertanto individuare uno scenario di previsione plausibile sull'evoluzione della ripartizione settoriale delle unità di lavoro presenti nella regione r per l'intero orizzonte di previsione, semplicemente moltiplicando i coefficienti individuati con la precedente procedura per le previsioni Istat relative alla popolazione residente nella regione r :

$$Ula_{s,r,t^*} = \frac{Ula_{s,r,t^*}}{Pop_{r,t^*}} \times Pop_{r,t^*} \quad [8]$$

B Ripartizione settoriale del valore aggiunto.

Il secondo passo della procedura ha riguardato l'evoluzione del valore aggiunto settoriale

$$\frac{VA_{s,r,t}}{VA_t} = \frac{VA_{s,r,t}}{VA_{r,t}} \times \frac{VA_{r,t}}{VA_t} \quad [9]$$

Come primo passo, si è adottata una specificazione di tipo esponenziale in funzione del tempo dei due quozienti presenti nella parte destra della relazione [9] e, in seguito, proiettare linearmente tali quozienti nell'orizzonte di previsione 2004-2020. Va osservato che, laddove si assumesse costante il valore del secondo rapporto, ciò implicherebbe assenza di componenti evolutive nella dinamica della produttività regionale rispetto a quella nazionale. Se poi, come caso particolare, il valore del secondo quoziente fosse pari all'unità, ciò implicherebbe che la produttività unitaria a livello regionale evolve allo stesso tasso di quella nazionale, quindi la relazione [9] si ridurrebbe all'identità dei primi due quozienti, nell'assunzione implicita che il rapporto tra produttività unitaria settoriale a livello di singola regione sulla produttività unitaria a livello nazionale è pari al quoziente tra produttività settoriale e produttività regionale unitaria.

Tali considerazioni conducono a sottolineare le conseguenze avverse dell'ipotesi sulla quale si basa il modello della Rgs: non soltanto si assume identità di andamento nella produttività regionale, ma all'interno delle singole regioni si ipotizza identità d'andamento anche tra singoli settori, il che rende tale ipotesi irrealistica sotto un duplice profilo.

Naturalmente tali considerazioni risultano utili per individuare opportunamente un *set* di vincoli che consentono alle previsioni del valore aggiunto settoriale unitario di rispettare, a livello aggregato, una serie di condizioni.

Una delle scelte di base del presente modello di simulazione è stata quella di procedere dai livelli inferiori di formazione del valore aggiunto (a livello settoriale dunque) verso i livelli superiori tramite aggregazioni successive. Osservando che la relazione [9] può essere riscritta come:

$$VA_{s,r,t}^* = VA_{r,t}^* \times \frac{VA_{s,r,t}^*}{VA_{r,t}^*} \quad [10]$$

per ottenere una proiezione del valore aggiunto settoriale unitario nella regione r al tempo t è sufficiente proiettare il valore aggiunto unitario regionale a valori costanti 1995 (che evidenzia le variazioni dovute all'evoluzione nella produttività multifattore) e il quoziente tra valore aggiunto settoriale e valore aggiunto regionale (che cattura la dinamica della produttività settoriale rispetto a quella regionale).

Poiché per le ragioni precedentemente esposte si è preferito adottare specificazioni funzionali di tipo esponenziale, il che nel lungo periodo rappresenta un'evidente forzatura, si preserva il realismo delle ipotesi adottando una procedura di aggregazioni successive, dal livello più basso di aggregazione (branche produttive regionali) a quello più alto (valore aggiunto nazionale), allo scopo di controllare eventuali problemi di specificazione del modello di previsione.

Infatti i valori di proiezione del secondo quoziente nella parte destra della relazione [9] possono essere inseriti come vincoli della procedura di aggregazione che, da questo punto di vista, è a tutti gli effetti equiparabile ad una regressione multi-stadio vincolata.

Su un piano operativo, dopo aver determinato le proiezioni del valore aggiunto unitario della regione r al tempo t ($VA_{r,t}$) e del rapporto tra i valori aggiunti unitari settoriali unitari e il valore aggiunto unitario regionale, il primo rapporto è disaggregato per settore applicando la relazione [10], pervenendo alla previsione del valore aggiunto unitario settoriale nell'intero intervallo di previsione. Il problema può essere formulato nel modo seguente:

$$VA_{s,r,t} = VA_{r,t} \times \frac{VA_{s,r,t}}{VA_{r,t}}$$

s.v. [11]

$$VA_{r,t} = VA_t \times \frac{VA_{r,t}}{VA_t} \quad VA_t = \sum_r VA_{r,t}$$

Come appare evidente dalla [11], si tratta di un algoritmo iterativo di calcolo.

Con riferimento alla branca s della regione r nell'anno t appartenente all'orizzonte di previsione, il valore aggiunto settoriale totale può quindi essere determinato come prodotto tra valore aggiunto settoriale unitario e numero stimato di unità di lavoro, ottenendo la previsione del valore aggiunto totale lordo per branca, regione e anno di previsione. In formule:

$$\overline{VA}_{s,r,t^*} = VA_{s,r,t^*} \times ULA_{s,r,t^*} \quad [12]$$

In maniera del tutto analoga si è proceduto all'individuazione di una specificazione in funzione del tempo del rapporto tra SIFIM (servizi di intermediazione finanziaria indirettamente misurati) e valore aggiunto totale regionale, proiettato sull'orizzonte di previsione, allo scopo di depurare il valore aggiunto regionale dalla componente legata ai SIFIM e pervenire per differenza al valore aggiunto netto, \tilde{VA}_{s,r,t^*} .

C Consumi finali e investimenti lordi. Indicando con **B** la matrice di ripartizione delle funzioni di consumo di fonte Istat e ricordando che nel sistema

di contabilità regionale figurano soltanto sei branche produttive, la successiva procedura di individuazione delle matrici ponte regionali è la soluzione di un semplice problema di aggregazione, che può essere rappresentata come segue:

$$\mathbf{B}_{(12 \times 92)} \Rightarrow \mathbf{B}^T_{(92 \times 12)} \Rightarrow \tilde{\mathbf{B}}^T_{(6 \times 12)} \quad [13]$$

In altri termini, trasponendo la matrice ponte da funzioni di consumo a branche elaborata dall'Istat e riaggregando le 92 righe della matrice trasposta nelle 6 branche corrispondenti di contabilità regionale, è possibile pervenire all'individuazione della matrice ponte regionale richiesta.

Svolte tali operazioni preliminari, è quindi possibile ripartire le funzioni di consumo regionali per le corrispondenti branche di origine dei flussi. In notazione compatta si avrà che

$$\mathbf{C}_{s,r,t} = \tilde{\mathbf{B}}^T \mathbf{C}_{f,r,t} \quad [14]$$

dove $\mathbf{C}_{f,r,t}$ è la matrice delle funzioni di consumo regionali di dimensione 12×6 relativa ai sette anni del periodo di osservazione 1995-2001 e $\mathbf{C}_{s,r,t}$ è la corrispondente matrice dei consumi per branche di origine di dimensione 6×6 . Tale matrice, calcolata a livello regionale, rappresenta lo strumento di base per la proiezione dei consumi finali nell'orizzonte di previsione, la cui procedura, estremamente complessa, è dettagliatamente descritta in seguito.

Quanto all'aggregato degli investimenti lordi, le informazioni diffuse dall'Istat si riferiscono ad una ripartizione per branche proprietarie. Si rende

quindi necessario procedere all'imputazione degli investimenti, originariamente ripartiti per branca proprietaria, per le corrispondenti branche d'origine. A tale scopo si è adottata una procedura essenzialmente identica, nella sua articolazione, a quella già descritta per i consumi finali e che, per intuibili motivi di spazio, non descriviamo integralmente. È sufficiente precisare che si è effettuata una trasposizione, per mezzo della matrice ponte elaborata dal servizio di Contabilità nazionale dell'Istat, della matrice degli investimenti per branca proprietaria in una matrice degli investimenti per branche di origine.

Rapportando i dati così identificati per ogni regione al numero di unità di lavoro settoriali presenti in ciascuna regione, è possibile quindi procedere alla specificazione di una relazione in funzione del tempo tra investimenti per branca d'origine del flusso alle unità di lavoro occupate nel settore corrispondente. In questo caso le unità di lavoro svolgono la funzione di variabile strumentale e catturano la dinamica degli investimenti per branca produttrice osservando la corrispondente dinamica delle unità di lavoro, facendo di nuovo riferimento quindi alla funzione di produzione. Il valore del rapporto tra investimenti e unità di lavoro è quindi proiettato nell'orizzonte temporale di previsione.

Come ultimo passaggio, al fine di pervenire alla previsione degli investimenti totali per branca e regione si è proceduto a moltiplicare le proiezioni dei rapporti tra investimenti lordi e unità di lavoro ai valori di proiezione delle unità di lavoro delle branche corrispondenti ottenute tramite l'applicazione della sottoprocedura A compiutamente descritta in precedenza.

D Previsione delle importazioni nette, dei consumi finali e delle imposte indirette nette. Con riferimento alla branca s della regione r al tempo t ,

la relazione contabile relativa alle risorse e agli impieghi di branca, a partire dalla quale a partire dalla quale è stato sviluppato l'algoritmo di calcolo è la seguente:

$$\{[\tilde{V}A_{s,r,t} + IVA_{s,r,t}] + IMP_{s,r,t}\} = C_{s,r,t} + I_{s,r,t} + EXP_{s,r,t} \quad [15]$$

dove con riferimento alla generica branca s

- $IVA_{s,r,t}$ rappresentano le imposte indirette nette
- $IMP_{s,r,t}$ sono le importazioni
- $EXP_{s,r,t}$ è l'aggregato relativo alle esportazioni.

È quindi possibile riformulare la [15] esplicitando le importazioni nette. Infatti la contabilità regionale riporta soltanto l'informazione relativa a tale aggregato ed risulta dunque necessario procedere all'omogeneizzazione delle definizioni contabili. Si avrà quindi che:

$$\{[\tilde{V}A_{s,r,t} + IVA_{s,r,t}] + (IMP_{s,r,t} - EXP_{s,r,t})\} = C_{s,r,t} + I_{s,r,t} \quad [16]$$

Indicando le importazioni nette con

$$I\tilde{M}P_{s,r,t} = IMP_{s,r,t} - EXP_{s,r,t}$$

e sostituendo nella [16] si ha quindi che

$$\{[\tilde{V}A_{s,r,t} + IVA_{s,r,t}] + \tilde{I}MP_{s,r,t}\} = C_{s,r,t} + I_{s,r,t} \quad [17]$$

Inoltre i consumi finali possono essere espressi come

$$C_{s,r,t} = (1 + \alpha_{s,r,t})\tilde{C}_{s,r,t} \quad [18]$$

dove $\alpha_{s,r,t}$ è l'aliquota Iva e $\tilde{C}_{s,r,t}$ sono i consumi al netto Iva per branca e regione al tempo t .

Osservando che vale l'identità

$$IVA_{s,r,t} = \alpha_{s,r,t}\tilde{C}_{s,r,t} \quad [19]$$

procedendo per sostituzione ed omettendo gli indici per semplicità di notazione, si ottiene la seguente relazione valida per la generica branca s

$$\tilde{V}A + \alpha\tilde{C} + \tilde{I}MP = \tilde{C} + \alpha\tilde{C} + I \quad [20]$$

da cui:

$$\tilde{V}A + \tilde{I}MP = \tilde{C} + I \quad [21]$$

Per effettuare la proiezione dei consumi si fa riferimento alla seguente scomposizione del rapporto tra consumi finali riferiti alla generica branca s e il valore aggiunto regionale al netto dei SIFIM:

$$\frac{C_{s,r,t}}{\tilde{V}A_{r,t}} = \frac{C_{s,r,t}}{C_{r,t}} \times \frac{C_{r,t}}{\tilde{V}A_{r,t}} \quad [22]$$

Passando alla notazione compatta, sia \mathbf{D} una matrice di dimensione $s \times t$ il cui generico elemento è definito come

$$d_{s,r,t} = \frac{C_{s,r,t}}{C_{r,t}} \Rightarrow C_{s,r,t} = d_{s,r,t} \times C_{r,t} \quad [23]$$

rappresenta il “peso” dei consumi fiscali di beni o servizi prodotti dalla generica branca s al tempo t sul totale dei consumi regionali al tempo t .

Sia poi \mathbf{e} un vettore riga di dimensione $1 \times t$ il cui generico elemento, definito come

$$e_{r,t} = \frac{C_{r,t}}{\tilde{V}A_{r,t}} \Rightarrow C_{r,t} = e_{r,t} \times \tilde{V}A_{r,t} \quad [24]$$

rappresenta il quoziente tra consumi e valore aggiunto al netto dei SIFIM totali della regione r al tempo t . Si avrà che

$$\mathbf{D} = \mathbf{C} \langle \mathbf{e} \rangle^{-1} \quad [25]$$

$\begin{matrix} (s \times t) & (s \times t) & (t \times t) \end{matrix}$

dove \mathbf{c} è il vettore di dimensione $1 \times t$ il cui generico elemento rappresenta il totale dei consumi regionali al tempo t , $C_{r,t}$, mentre $\langle \mathbf{c} \rangle^{-1}$ è l'inversa della ma-

trice diagonale, in cui con riferimento alla regione r figurano sulla diagonale principale i consumi finali $C_{r,t}$ per il periodo 1995-2003 e zero in tutte le altre posizioni.

Inoltre risulterà

$$\mathbf{e} = \mathbf{c} \langle \mathbf{y} \rangle^{-1} \quad [26]$$

$(1 \times t) \quad (1 \times t) \quad (t \times t)$

dove \mathbf{y} è il vettore di dimensione $1 \times t$ dei valori aggiunti al netto dei SIFIM della regione r al tempo t , $\tilde{V}A_{r,t}$, e $\langle \mathbf{y} \rangle^{-1}$ è l'inversa della matrice diagonale in cui sulla diagonale principale figurano i vari $\tilde{V}A_{r,t}$ e zero in tutte le altre posizioni.

Indichiamo ora con $\hat{\mathbf{D}}$ la matrice di dimensione $1 \times t^*$ ottenuta come proiezione lineare di \mathbf{D} nell'orizzonte di previsione $[t+1, t^*]$ e con $\hat{\mathbf{e}}$ la matrice di dimensione $1 \times t^*$, ottenuta come proiezione lineare di \mathbf{e} .

La previsione dei consumi si ottiene dunque come

$$\hat{\mathbf{C}} = \hat{\mathbf{D}} \mathbf{e}^T \hat{\mathbf{y}} \quad [27]$$

$(s \times t^*) \quad (s \times t^*) \quad (t^* \times 1) \quad (1 \times t^*)$

dove $\hat{\mathbf{y}}$ è il vettore di previsione del valore aggiunto al netto dei SIFIM della regione r nell'orizzonte di previsione $[t+1, t^*]$.

Il generico elemento di $\hat{\mathbf{C}}$ è definito come

$$\begin{aligned}\hat{C}_{s,r,t^*} &= \hat{d}_{s,r,t^*} \times \hat{e}_{r,t^*} \times \hat{y}_{r,t^*} \equiv \\ &\equiv \frac{C_{s,r,t^*}}{C_{r,t^*}} \times \frac{C_{r,t^*}}{\tilde{V}A_{r,t^*}} \times \tilde{V}A_{r,t^*}\end{aligned}\quad [28]$$

Dopo avere effettuato la previsione dei consumi è stata effettuata quella delle imposte indirette nette.

Dalla relazione [19], sommando rispetto all'indice s , si ha che

$$IVA_{r,t} = \bar{\alpha}_{r,t} \tilde{C}_{r,t} \Rightarrow \bar{\alpha}_{r,t} = \frac{IVA_{r,t}}{\tilde{C}_{r,t}} \quad [29]$$

dove $\bar{\alpha}_{r,t}$ è l'aliquota media gravante sui consumi finali al tempo t nella regione r . Sia $\hat{\mathbf{a}}_{r,t+1}$ la proiezione lineare al tempo $t+1$ del vettore \mathbf{a} di dimensione $1 \times t$. La proiezione delle imposte indirette al netto dei contributi è definita come

$$\hat{\mathbf{I}VA}_{r,t} = \hat{\mathbf{a}}_{r,t+1} \hat{\mathbf{c}} \quad [30]$$

$(1 \times t^*) \quad (1 \times 1) \quad (1 \times t^*)$

dove $\hat{\mathbf{a}}_{r,t+1}$ è uno scalare – si ipotizza in altri termini che la normativa che fissa l'imposizione fiscale indiretta rimanga costante sull'intero orizzonte di previsione – e $\hat{\mathbf{c}}$ è un vettore $1 \times t^*$ il cui generico elemento

$$\hat{C}_{r,t^*} = \sum_s \hat{C}_{s,r,t^*} \quad [31]$$

rappresenta la proiezione dei consumi finali della regione r nell'orizzonte di previsione $[t+1, t^*]$. In notazione compatta avremo che

$$\hat{\mathbf{c}}_{(1 \times t^*)} = \mathbf{u} \hat{\mathbf{C}}_{(1 \times s)(s \times t^*)} \quad [32]$$

dove \mathbf{u} è un vettore riga unitario.

Combinando le proiezioni del valore aggiunto al netto dei SIFIM e quelle delle imposte indirette nette, otteniamo la proiezione del Pil della regione r nell'orizzonte temporale $[t+1, t^*]$. In simboli:

$$\hat{\mathbf{PIL}}_{(1 \times t^*)} = \hat{\mathbf{y}}_{(1 \times t^*)} + \hat{\mathbf{IVA}}_{(1 \times t^*)} \quad [33]$$

Appendice 2.

La previsione delle entrate regionali

A **Previsione del gettito Irap.** La formula di scomposizione adottata è la seguente:

$$\frac{Irap_{r,t}}{\tilde{V}A_{r,t}} = \frac{Irap_{r,t}}{Irap_t} \times \frac{Irap_t}{\tilde{V}A_t} \times \frac{\tilde{V}A_t}{\tilde{V}A_{r,t}} \quad [34]$$

Si noti che la scomposizione del rapporto consente di analizzare separatamente la mutevole incidenza nel tempo del gettito regionale dell'Irap rispetto al totale nazionale, la diversa incidenza temporale del gettito nazionale dell'Irap sul valore aggiunto nazionale e il differente contributo del valore aggiunto regionale e quello nazionale.

L'applicazione della relazione [34] consente di pervenire al rapporto tra il gettito Irap della regione r al tempo t e il valore aggiunto al netto SIFIM. Individuata la rappresentazione analitica dell'andamento di ciascun rapporto nel tempo, le proiezioni nell'orizzonte di previsione sono effettuate a partire dalla seguente relazione:

$$Irap_{r,t}^* = \frac{Irap_{r,t}}{\tilde{V}A_{r,t}} \times \tilde{V}A_{r,t}^* \quad [35]$$

Si noti che, adottando questa metodologia di calcolo, la previsione del gettito dell'Irap, così come quelle relative alle altre categorie di tributi, è generata endogenamente dal modello di simulazione, che in tal modo si differenzia dai modelli di simulazione citati in precedenza.

B Determinazione dell'addizionale Irpef. La formula di scomposizione del rapporto è la seguente:

$$\frac{Irpef_{r,t}}{\tilde{VA}_{r,t}} = \frac{Irpef_{r,t}}{Irpef_t} \times \frac{Irpef_t}{\tilde{VA}_t} \times \frac{\tilde{VA}_t}{\tilde{VA}_{r,t}} \quad [36]$$

mentre l'algoritmo di proiezione utilizzato è

$$Irpef_{r,t}^* = \frac{Irpef_{r,t}}{\tilde{VA}_{r,t}} \times \tilde{VA}_{r,t}^* \quad [37]$$

C Entrate proprie delle Asl. La relazione di scomposizione del rapporto tra entrate proprie delle Asl e Pil regionale è la seguente:

$$\frac{ASL_{r,t}}{PIL_{r,t}} = \frac{ASL_{r,t}}{ASL_t} \times \frac{ASL_t}{PIL_t} \times \frac{PIL_t}{PIL_{r,t}} \quad [38]$$

che evidenzia sia il contributo delle entrate proprie delle Asl regionali al totale delle entrate proprie delle Asl, sia l'incidenza delle entrate proprie delle Asl

alla formazione del prodotto interno lordo, sia il diverso contributo nel tempo del Pil regionale al Pil nazionale. L'algoritmo di previsione adottato è:

$$ASL_{r,t}^* = \frac{ASL_{r,t}}{PIL_{r,t}} \times PIL_{r,t}^* \quad [39]$$

E Tasse automobilistiche. il rapporto è stato scomposto in base alla seguente relazione:

$$TA_{r,t} = \frac{TA_t}{PV_t} \times PV_{r,t} \quad [40]$$

e l'algoritmo di previsione sarà dato da

$$TA_{r,t}^* = \frac{TA_{r,t}}{POP_{r,t}} \times POP_{r,t}^* \quad [41]$$

Bibliografia

- AA.VV., *The American health Care System Revisited – A New Series*, The New England Journal of Medicine, January 7, 1999 - Vol. 340, No. 1
- AA.VV., *Monitor n. 5*, rivista bimestrale dell'Assr, maggio-giugno 2003
- AA.VV., *Monitor n. 3*, rivista bimestrale dell'Assr, gennaio-febbraio 2003
- AA.VV., *Monitor n. 1*, rivista bimestrale dell'Assr, settembre-ottobre 2002
- AA.VV., *Monitor n. 16*, rivista bimestrale dell'Assr, 2006
- Polacsek A., Spandonaro F., *Spesa farmaceutica regionale, condizioni sociali ed equità nel sistema federalista*, Convegno nazionale Aies , *Le frontiere della sanità tra decentramento istituzionale e sperimentazioni gestionali*, Facoltà di Economia, Università di Bologna, 25-27 settembre 2002
- B. Irvine, S. Ferguson, *Background Briefing: The Canadian Health Care System*, 2002 - <http://www.civitas.org.uk/pdf/Canada.pdf>
- Balduzzi R., "La legge n. 419 del 1998 recante delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime considerazioni d'insieme",
- Banting K. G., Corbert S., *Multi-level governance and health care: health policy in five federations*, Queen's University, Kingstone Ontario, 29 agosto 2002
- Banting K. G., Corbert S., *Multi-level governance and health care: health policy in five federations*, Queen's University, Kingstone Ontario, 29 agosto 2002
- Branca M., "L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale".
- CER-SPI, *Sulla strada del federalismo – Rischi e opportunità per il sistema del welfare*, EDIES-SE, Roma 2001
- Crivelli L., Filippini M, Mosca I., *Federalismo e spesa sanitaria regionale: analisi empirica per i cantoni svizzeri*, Convegno nazionale Aies , *Le frontiere della sanità tra decentramento istituzionale e sperimentazioni gestionali*, Facoltà di Economia, Università di Bologna, 25-27 settembre 2002
- De Pietro C., *Decentramento nei sistemi sanitari occidentali: regolarità e differenze*, Convegno Aies, *I livelli di governo della sanità. Finanziamento, assetti istituzionali e management*, Milano, Università Bocconi, 4 e 5 novembre 2004
- Dirindin N., *Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle Regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?*, 2001

Donatini A., Rico A., D'Ambrosio M.G., Lo Scalzo A., Orzella L., Cicchetti A., Profili S., *Health Care Systems in Transitions. Italy 2001*, WHO, European Observatory on Health Care Systems, 2001 [<http://www.observatory.dk>]

Eurispes, *Rapporto Italia 2003*, Roma, 2003

Fondazione Censis, *Una soluzione poliarchica per i conflitti della devolution, Mese del sociale 2001-Governance sociale e potenziali conflitti*, 12 Giugno 2001

Gerzeli S., Jommi C., Villa S., "Politiche regionali e variabilità della spesa farmaceutica convenzionata", *Economia pubblica*, 2003, N. 5

Giannoni M., Hitiris T., "Le determinanti della spesa sanitaria pubblica delle regioni italiane (1980-1995): un'analisi econometrica", in *Atti del IV workshop di economia sanitaria*, Torino 4-5 giugno 1998, Università di Torino, Dipartimento di Scienze economiche e finanziarie "G. Prato", Quaderno N. 39, marzo 1999.

Health Care Systems in the USA

http://www.nhsetrent.gov.uk/ph/hc_systems/interlearning_p6.htm

<http://www.committee-german-medicine.de/>

Isae, *Rapporto annuale sull'attuazione del federalismo*, Roma, marzo 2006

Isae, *Rapporto annuale sull'attuazione del federalismo*, Roma, febbraio 2004

Istat, *Attività gestionali ed economiche delle A.s.l. e aziende ospedaliere*, Annuario statistico del Sistema sanitario nazionale, 2001.

Joumard I., Kongsrud P.M., "Fiscal relations across government levels", *Oecd Economic Studies*, N. 375, 2003.

Leva A., "L'assistenza farmaceutica: un modello interpretativo della variabilità regionale", in Petretto A. (a cura di), *Economia della sanità*, Bologna, Il Mulino, 1996.

Mapelli V., "L'allocazione delle risorse nel Servizio sanitario nazionale", *Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica*, 1999.

Marini G., *Il percorso innovativo della finanza in direzione del federalismo fiscale*, Formez, 2001

Messina G., *Decentramento fiscale e perequazione regionale. Efficienza e redistribuzione nel nuovo sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario*, Temi di discussione del Servizio Studi della Banca d'Italia, N°416 Agosto 2001

OECD, *Territorial Review – Italy*, Parigi-Roma, Settembre 2001.

OECD, *Economic survey of Italy 2005*, 18 maggio 2005.

Pammolli F., Salerno N.C., *La definizione operativa dei Lea "chiave di volta" del federalismo*, Note Cerm, settembre 2004

Petretto A., “*Gli effetti distributivi delle risorse economiche nel Ssn*”, *Il Sole-24 Ore Salute*, 11-17 novembre 1998.

Ricciardi G., Cicchetti A., Damiani G., *Allocazione delle risorse e modelli di solidarietà sociale in un'epoca di devolution: l'effetto delle formule allocative per la pesatura della quota capitolaria nelle regioni*, *Convegno nazionale "La definizione dei fabbisogni sanitari attraverso la quota capitolaria ponderata: criteri e proposte"*, Roma, 15 maggio 2003

Sciclone N., “*Distribuzione regionale della spesa e finanziamento delle risorse nel Sistema Sanitario Nazionale*”, in Petretto A. (a cura di), *Economia della sanità*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 275-311.

Sofio A.D., Spandonaro F., *La Sanità in Italia in una prospettiva federale*, CEIS Newsletter N°1-2, Anno 7, Aprile 2001

Svimez, *Sul finanziamento delle funzioni pubbliche di Regioni ed enti locali secondo le nuove norme costituzionali*, Commissione di lavoro e consultazione della Regione Campania sul tema “Federalismo fiscale e Mezzogiorno”, Quaderni di Informazioni n. 15, Roma, maggio 2002

Tagliatela G., *Autonomia finanziaria delle Regioni e Ssn: proposte alternative di tributi*, Atti del IV workshop di economia sanitaria, Torino, 4-5 giugno 1998, università degli studi di Torino, quaderno n. 39, marzo 1999

Tanzi V., “*On fiscal federalism: Issues to worry about*”, *International Monetary Fund, Conference on fiscal decentralization, Washington, 20-21 novembre 2000*.

University of Maine, *The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most expensive?*, Bureau of Labor Education, Orono, Maine, 2001

Vettorazzi S., “*Dalla spesa storica alla spesa standard: una valutazione per l'assistenza ospedaliera*”, in Petretto A. (a cura di), *Economia della sanità*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 291-311.

AA.VV., *Tempo Medico n. 725*, 24 gennaio 2002

<http://www.ministerosalute.it>

<http://www.epicentro.iss.it>

<http://www.affariregionali.it/>

<http://www.regioni.it/>

<http://www.aiesweb.it/>

<http://www.oecd.org>