

Finanziamento della sanità e trasferimenti interregionali

di Roberto Artoni e Pia Saraceno

1. Federalismo e sanità

I problemi riconducibili all'introduzione di un sistema federale di finanza pubblica devono trovare articolazione in uno studio dei settori specifici di intervento pubblico. Solo in questo modo è possibile individuare le caratteristiche essenziali dell'attuale sistema e, nello stesso tempo, evidenziare i vincoli che ogni processo di riforma dovrà necessariamente rispettare.

Nel nostro lavoro esaminiamo innanzitutto il sistema sanitario dal punto di vista delle modalità di finanziamento e della distribuzione delle risorse sul territorio nazionale. La situazione storica che si è determinata di fatto, sino alla riforma del 1992 (e si protrae ancora nella fase transitoria) può essere descritta in termini di trasferimenti interregionali di risorse che si originano dalla differenza tra il totale delle fonti di finanziamento raccolte in ciascuna Regione per coprire i costi del servizio sanitario nazionale (attraverso le modalità di finanziamento esistenti) ed i livelli di spesa storica attualmente registrati in ciascuna Regione. Tale situazione configurabile con quella di fatto in essere corrisponde ad accentramento completo del finanziamento del servizio sanitario. Riprendendo i punti salienti della riforma sanitaria del 1992, con particolare attenzione alle disposizioni che operano nel senso di potenziare le autonomie regionali e di uniformare i contenuti qualitativi e quantitativi delle prestazioni sanitarie, abbiamo preso in considerazione i diversi assetti secondo i quali potrebbe essere strutturata la finanza regionale in relazione alla sanità. Le soluzioni che esploriamo fanno riferimento a quanto prospettato dalla suddetta riforma che prevede di fatto il concorso da parte dell'autorità centrale al finanziamento di una cifra capitaria *standard* uniforme, inferiore a quella media nazionale storica effettivamente registratasi nell'anno indicato, l'autonomia della Regione e la corresponsabilità finanziaria si esprimono nella definizione dei contenuti della spesa *sovrastandard* rispetto a fonti di finanziamento predeterminate. Nell'ambito di tale impostazione possono essere ritrovati diversi gradi di coinvolgimento

dello Stato centrale. Le ipotesi che abbiamo fatto descrivono quindi punti di un «continuo» di soluzioni la cui ragionevolezza deve essere testata in funzione degli obiettivi che si vogliono raggiungere attraverso un'organizzazione in senso federale del finanziamento. Per ognuna delle situazioni prospettate abbiamo considerato dunque il modo in cui mutano i trasferimenti interregionali. Poiché le integrazioni poste a carico del bilancio centrale sono di fatto finanziate dalla fiscalità generale, si è ritenuto di poterle distribuire regionalmente in base alla distribuzione territoriale del gettito delle imposte statali, di recente elaborata dal Ministero del tesoro. A partire dai dati menzionati è possibile calcolare una misura del cambiamento della pressione fiscale – misurata come rapporto tra contributo regionale al finanziamento complessivo della spesa corrente e prodotto interno lordo – che le soluzioni alternative comportano.

2. Universalismo e finanziamento della sanità: l'interpretazione italiana

Gli interventi sul sistema sanitario italiano effettuati nel corso degli anni ottanta miravano soprattutto a realizzare una solidarietà tra tutti i cittadini per quanto riguarda il costo della tutela della salute e ad uniformare i livelli di servizio garantiti dal settore pubblico su tutto il territorio. Il finanziamento del servizio in questa prospettiva doveva essere essenzialmente pubblico sulla base di un'offerta paritaria [Mapelli 1994]. Questa impostazione ha condotto ad una lunga serie di interventi legislativi, spesso di difficile applicazione, che hanno tentato di uniformare la dotazione di *input* produttivi delle diverse Regioni, con riferimento non tanto alle risorse monetarie loro assegnate, quanto a livelli *standard* di offerta uguali per tutte le Regioni (delibera CIRE 1984); al numero di addetti per reparto ospedaliero (d.m. del settembre 1988), ai più recenti livelli uniformi di assistenza. Ciò ha portato a definire forme di finanziamento basate su trasferimenti dallo Stato centrale agli enti decentrati di spesa, che limitati *ex ante* da parametri quantitativi, si sono di fatto rilevati *ex post* senza limite di ammontare, per i successivi ripetuti ripiani dei *deficit* delle unità di produzione ed organizzazione dei servizi (USL).

La garanzia di prestazioni uguali per tutti i cittadini avrebbe dovuto comportare un passaggio ad imposte basate sulla capacità contributiva, piuttosto che su contributi specifici gravanti solo su alcune categorie di cittadini e su alcuni redditi. Il finanziamento del servizio sanitario avrebbe dovuto in altri termini passare a carico della fiscalità generale con l'eliminazione dei contributi sanitari gravanti sul costo

del lavoro. Tale strategia è stata seguita solo in parte e solo nei primi anni che hanno seguito la riforma. Successivamente, per esigenze di bilancio, si è assistito ad un'evoluzione confusa, supplendo con l'estensione dei contributi sanitari, a nuovi soggetti e redditi, alle difficoltà di mutare la composizione delle fonti di prelievo. Ciò ha generato notevoli disparità tra gruppi sociali e categorie professionali e ha messo in moto meccanismi redistributivi non decifrabili [Di Biase e Di Nicola 1994]. Per fare un esempio, l'aliquota contributiva globale a carico del lavoratore e del datore di lavoro ha oscillato per i dipendenti privati tra l'11,7% del 1980 e il 10,6% del 1994; per i lavoratori autonomi si è passati da un contributo in cifra fissa (125.000 lire nel 1980), al quale si aggiungeva un contributo del 2% del reddito, ad un contributo del 7,5% del reddito nel 1986, sceso poi al 5,6% nel 1994; esenti sino alla metà degli anni ottanta, i redditi da pensione sono stati successivamente assoggettati alla aliquota del solo 0,9%, analoga a quella direttamente a carico del lavoratore dipendente. A partire dal 1986 sono state infine introdotte caratteristiche di regressività nei contributi, fissando aliquote decrescenti al crescere del reddito, fino ad un massimale. Si è scivolati così dal principio del finanziamento basato sulla capacità contributiva ad una forma di finanziamento che prevede dei limiti massimi individuali al «premio» richiesto a ciascun soggetto per ridurre il costo connesso alla perdita della salute.

A partire dal 1992 infine i contributi sanitari, come fonte di finanziamento del servizio sanitario confluiscono direttamente alle Regioni, con una corrispondente decurtazione dei trasferimenti dello Stato centrale attraverso il Fondo sanitario. Attualmente il 52% della spesa sanitaria è finanziata dai contributi, il 5,5% da entrate proprie delle USL (compartecipazione dei cittadini), il 37% da trasferimenti dallo Stato centrale; il rimanente 5,5% rappresenta l'eccesso di spesa rispetto al finanziamento. Tale eccesso dovrebbe essere coperto con imposte regionali, ma per ora alimenta il debito delle USL.

Il complesso delle fonti di finanziamento indicate è utilizzato per coprire le spese del servizio pubblico. Le quote da assegnare alle diverse amministrazioni regionali sono stabilite su base capitaria, su un ammontare complessivo di spesa che è fissato in sede di legge finanziaria. L'assegnazione così definita è corretta per tenere conto della mobilità ospedaliera e, in fase di transizione, per i differenziali di spesa storica che si sono consolidati nel tempo tra le diverse aree del paese. I trasferimenti dal bilancio statale verso le Regioni sono dunque commisurati alla differenza tra le risorse assegnate sulla base della spesa storica (sostituita in prospettiva dal parametro dello *standard* pro-capite uniforme), e le risorse raccolte sul territorio (contributi ed

entrate autonome delle USL). La localizzazione dei contributi è vista dunque come un primo passo per aumentare l'autonomia finanziaria delle amministrazioni decentrate. Ma l'impianto generale resta fortemente basato su criteri definiti in sede nazionale.

3. Trasferimenti tra Regioni con finanziamento accentrato della spesa storica

Il grado di redistribuzione nell'ipotesi di finanziamento totalmente accentrato (nel quale si inserisce l'esperienza italiana) è espresso dalla tabella 1. Le integrazioni a carico del bilancio dello Stato sono calcolate come differenza tra la spesa storica e le fonti di finanziamento che già attualmente affluiscono direttamente alle Regioni, i contributi sociali e le entrate proprie. I valori utilizzati sono quelli relativi al 1994, normalizzate per quanto riguarda la distribuzione regionale della spesa per eliminare l'erraticità evidente in alcuni dati di spesa corrente (i differenziali regionali risultano quindi come media dei differenziali degli ultimi cinque anni rispetto ad un valore medio di spesa pari a quella storicamente determinatasi nel 1994).

Nell'anno considerato la spesa sanitaria pubblica, al lordo della mobilità¹, è stata pari ad un ammontare di circa 92 mila miliardi di lire, in riduzione rispetto all'anno precedente e sostanzialmente allineata sui valori degli anni precedenti. Tale spesa è stata finanziata per un importo leggermente superiore al 52% attraverso i contributi sanitari e per la parte rimanente con integrazioni a carico del bilancio dello Stato² (tab. 1). Al dato complessivo corrisponde una spesa pro-capite di poco superiore a 1,6 milioni con un differenziale di spesa a favore delle Regioni centro-settentrionali. Tra la Regione che ha speso di più in media (Emilia) e quella che spende di meno (Calabria) vi è un differenziale di quasi il 40%. Le differenze di spesa regionale si attenuano se si fa riferimento alla cosiddetta popolazione equivalente³. Nel complesso lo scarto delle Regioni meridionali rispetto alla

¹ Per mobilità intendiamo i flussi interregionali di pazienti.

² Per costruzione l'ammontare delle integrazioni statali è pari - per ogni Regione - alla differenza fra la spesa sanitaria totale e la somma dei contributi sociali e delle entrate proprie, il cui contributo è stato comunque limitato. Nei dati considerati vi è quindi una differenza rispetto agli stanziamenti del Fondo sanitario nazionale. La divergenza è tanto maggiore quanto più elevata è la spesa storica.

³ La cosiddetta popolazione equivalente rappresenta la popolazione in cui ogni classe di età viene pesata con un indicatore del proprio consumo sanitario relativo rispetto al consumo medio nazionale.

Tav. 1. Situazione pre-92: finanziamento spesa storica

Regioni	Spesa sanitaria			Fonti di finanziamento				Trasferimenti		
	Storica pro-capite media (*)	Totale B	Contributi C	Entrate proprie D	Integrazioni di bilancio (1) E = B - C - D	Distrib. % base imposte F	Tributi assegnati (2) G = tot E * F / 100	Redistribuzione totale H = G - E	Redistr. pro-capite I	
										A
Piemonte	1545	6644	4356	225	2063	8,92	3727	1665	387	
V.d'Aosta	1686	195	87	6	103	0,27	113	10	88	
Lombardia	1579	13985	9688	492	3805	21,15	8838	5033	568	
Tn e Bz	1730	1526	742	49	734	1,75	731	-3	-4	
Veneto	1656	7253	4066	226	2960	8,55	3573	612	140	
Friuli V.G.	1732	2072	1247	65	761	2,35	982	221	184	
Liguria	1882	3148	1733	89	1326	3,52	1471	145	87	
Emilia R.	1906	7447	4212	213	3021	8,92	3727	706	181	
Toscana	1760	6205	3343	181	2681	7,11	2971	290	82	
Umbria	1698	1378	704	40	634	1,32	552	-82	-101	
Marche	1773	2533	1193	73	1267	2,46	1028	-239	-168	
Lazio	1772	9112	4955	256	3901	10,09	4216	315	61	
Abruzzo	1534	1916	820	58	1037	1,79	748	-289	-231	
Molise	1498	496	202	15	279	0,37	155	-124	-375	
Campania	1529	8606	2917	241	5448	6,44	2691	-2757	-490	
Puglia	1500	6046	2229	173	3644	4,58	1914	-1730	-429	
Basilicata	1340	818	350	26	442	0,63	263	-179	-294	
Calabria	1310	2712	1010	85	1617	2,07	865	-752	-363	
Sicilia	1534	7617	2757	215	4645	5,62	2348	-2297	-462	
Sardegna	1551	2554	1065	72	1417	2,09	873	-544	-330	
Totale	1614	92262	47675	2800	41787	100,00	41787	8997		

Tutti i valori monetari sono espressi in miliardi di lire.

(*) Migliaia di lire.

(**) Valori percentuali.

(1) L'integrazione a carico del bilancio statale è stata posta per definizione uguale alla differenza tra la spesa storica totale e le entrate regionalizzate (contributi e entrate proprie).

(2) Somma regionale del finanziamento che ricade sulla fiscalità generale attribuito alla Regione in base alla distribuzione regionale della base delle imposte statali.

media nazionale risulta inoltre nell'ultimo quinquennio cresciuto rispetto al quinquennio precedente. Il sistema, fatta salva l'eventuale diversità di bisogni a livello regionale, non ha quindi uniformato sul territorio la quantità e la qualità dei servizi resi alle popolazioni. Parte dei differenziali territoriali di spesa potrebbe essere imputata alla distribuzione del reddito nelle diverse aree del paese, e quindi ai diversi livelli di domanda espressi dalla popolazione. Tuttavia la correlazione positiva tra livello della spesa e reddito *pro capite* è molto debole, e per alcune Regioni decisamente assente: la Lombardia e il Piemonte presentano livelli di spesa inferiori a quelli medi nazionali e non lontani da quelli della Campania e della Sicilia.

All'origine dei differenziali territoriali della spesa sanitaria vi sono dunque elementi che hanno soprattutto a che fare con la struttura dell'offerta: corretti per la mobilità ospedaliera i differenziali regionali si ridimensionano. Inoltre è interessante notare come mediamente le Regioni a più basso consumo sanitario siano anche quelle dove le spese pubbliche per la medicina di base, per la medicina specialistica esterna e per i farmaci sono più elevate della media nazionale, mentre all'opposto è molto inferiore la loro spesa ospedaliera e per la medicina specialistica interna. Trova così conferma l'ipotesi che si sia in presenza di una sostituzione tra diverse tipologie di servizi, per soddisfare lo stesso bisogno. L'offerta di strutture pubbliche sul territorio è notoriamente meno elevata nel Mezzogiorno, e quelle esistenti presentano peraltro un tasso di utilizzazione significativamente inferiore a quello medio nazionale. Complessivamente ciò si traduce non solo in una diversa composizione della spesa, come indicato, ma anche in una maggior spesa in servizi privati, sia in regime di convenzione, che non convenzionati, come è messo in luce dalla indagine multiscopo ISTAT. Nel caso della diagnostica strumentale il numero degli esami a pagamento nel Mezzogiorno è di 4,5 per 1000 contro i 3,5 della media nazionale [ISTAT 1995]. La proporzione dei casi con spesa maggiore alle 50 mila lire risulta, secondo la stessa fonte, più elevata nelle Regioni a basso reddito *pro capite*. La maggior quota di spesa privata non si giustifica peraltro con indicatori di funzionamento delle strutture: i tempi medi d'attesa sono infatti più bassi nel Mezzogiorno e lo stesso accade per i tassi di utilizzo delle strutture ospedaliere. La ragione va probabilmente trovata nell'incapacità dell'offerta pubblica di soddisfare qualitativamente la domanda.

Per valutare il grado di redistribuzione delle attuali modalità di finanziamento della spesa sanitaria abbiamo supposto che tutte le integrazioni attualmente a carico del bilancio statale siano finanziate con gettito che fa riferimento a tutte le imposte statali. Si considera che

una Regione goda di un trasferimento a suo favore quando le integrazioni a carico del bilancio dello Stato siano superiori ai tributi complessivi riscossi localmente – secondo le nostre ipotesi – e destinati al finanziamento della spesa sanitaria.

L'entità dei trasferimenti interregionali dipende da tre parametri: l'ammontare di spesa *pro capite*, il livello di reddito – e quindi di base imponibile – di ciascuna Regione, la pressione fiscale di ciascuna Regione. In linea generale si osserva che livelli di spesa inferiori alla media nazionale si verificano nelle Regioni con un livello medio di reddito *pro capite* inferiore alla media, dove la pressione fiscale risulta in genere inferiore alla media. I differenziali di spesa sono comunque inferiori ai differenziali di reddito (tab.1).

Per il 1994 abbiamo stimato, sulla base delle ipotesi illustrate, un trasferimento di quasi 9.000 miliardi di lire dalle Regioni centro-settentrionali a favore di quelle meridionali. La Regione Lombardia finanzia la spesa delle altre Regioni per oltre 5.000 miliardi di lire. Dal Piemonte si verifica un trasferimento di oltre 1.600 miliardi.

In modo speculare la Campania riceve più di 2.700 miliardi; 2.300 miliardi vengono trasferiti alla Sicilia ed oltre 1.700 alla Puglia. Le Regioni centrali e l'Emilia, che avevano nel 1992 un livello di spesa *pro capite* superiore del 10% in media circa rispetto alla media nazionale, sono gravate da minori trasferimenti a favore delle Regioni con bassa base imponibile, nonostante siano caratterizzate da un livello relativo di reddito superiore. Per abitante nel 1992 il Piemonte, che ha un reddito *pro capite* analogo a quello dell'Emilia, secondo i nostri calcoli ha trasferito alle Regioni con basi imponibili inferiori alla media nazionale circa 380 mila lire, contro un onere per abitante per l'Emilia di 140 mila lire.

In conclusione l'importo di 9.000 miliardi di lire può essere assunto come indicatore del grado di redistribuzione interregionale presente nell'ambito del sistema sanitario italiano alle soglie della nuova riforma: tale redistribuzione risulta essere sostanzialmente a favore del Sud del Paese, ma grava in modo disomogeneo sulle Regioni a più alto reddito, in funzione della diversa domanda sanitaria espressione anche delle scelte dell'offerta pubblica di servizi sanitari.

4. Compartecipazione regionale al finanziamento con quale obiettivi?

La compartecipazione regionale al finanziamento della spesa sia *standard* che *sovrastandard* è stata una delle strade intraprese nel sistema italiano negli anni più recenti come strumento di maggiore re-

sponsabilità dei governi locali rispetto ai livelli di spesa. Essa rientra in un più generane *mix* di strumenti per rispondere all'obiettivo macroeconomico di contenere il costo della tutela della salute, considerato fisiologicamente eccessivo in assoluto ed in rapporto alle prestazioni rese.

La ricerca dell'efficienza macroeconomica implica l'individuazione di un ammontare di spesa appropriato rispetto alle risorse del paese. L'obiettivo generale è quello di ridurre l'eccesso di domanda che deriva dal cattivo funzionamento del mercato sanitario e di ridurre le inefficienze dell'offerta attraverso diverse modalità di finanziamento. Tre le vie perseguite a questo scopo tra cui la compartecipazione regionale che va valutata in rapporto alle altre due: la fissazione di *budget* assoluti di spesa sanitaria pubblica, la compartecipazione dei cittadini al finanziamento di alcuni servizi sanitari.

1) *Fissazione di tetti* di spesa sanitaria a carico del bilancio pubblico. L'obiettivo macroeconomico di contenimento della spesa si è tradotto in molti paesi industrializzati [Oxley e MacFarlan 1994] nella definizione di ammontari massimi di spesa sanitaria a carico del bilancio pubblico, corrispondenti ad un parametro di partenza rappresentato dalla spesa *pro capite*. La fissazione dei tetti riguarda ovviamente la componente pubblica della domanda, e non quella privata che si rivolge liberamente al mercato. Lo strumento dunque è adeguato rispetto all'obiettivo di ridurre l'ammontare assoluto di spesa per la salute solo se la fissazione di tetti di spesa pubblica non viene contrastata da un aumento della spesa privata. In Italia i limiti di *budget* hanno interessato la quota pubblica di spesa sanitaria, il cui ammontare nel corso degli ultimi anni è Stato deciso sulla base di esigenze generali di contenimento della spesa pubblica, più che di considerazioni specifiche relative ai bisogni sanitari ed al loro costo. Nei primi anni di applicazione lo strumento di controllo macroeconomico si era dimostrato poco efficace anche per l'assenza di appropriati incentivi (o disincentivi) nei confronti degli attori decentrati di spesa, che in ultima istanza definiscono il livello qualitativo e quantitativo dell'offerta ed orientano la domanda, i limiti di spesa sono stati cioè ampiamente superati. Vincoli più stringenti sono stati posti nell'ultimo biennio e sembrano avere avuto maggiore impatto. Va però considerato che essi sono stati accompagnati da una serie di misure: volte alla riorganizzazione della struttura dell'offerta; da un aumento della compartecipazione al finanziamento del servizio da parte del cittadino e da una maggiore responsabilità finanziaria delle Regioni. Il maggior controllo sulla dinamica aggregata della spesa pubblica non si è comunque tradotto in una riduzione dei differenziali regionali: que-

sti anzi, come si è detto, in alcuni casi si sono ampliati. Le Regioni con spesa più elevata hanno continuato a spendere in misura maggiore della media, mentre vincoli di bilancio più stringenti hanno indotto comportamenti di risparmio anche nelle Regioni con spesa inferiore al livello di *standard* uniforme.

2) *Compartecipazione del cittadino*. Il secondo strumento utilizzato per governare la domanda è stato quello di aumentare il costo marginale per l'utente. La modalità seguita è stata quella della compartecipazione al costo di servizi non di emergenza (farmaci, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, ma più di recente anche il pronto soccorso). Analoghe esperienze sono state effettuate in altri paesi (in Francia il 17% della spesa pubblica è finanziato da *ticket* moderatori, in Germania l'11%) [OECD 1994]. L'estensione di questa pratica ha proceduto con grande cautela e grandi opposizioni, e in ogni caso pone problemi di efficienza e di equità. L'introduzione di meccanismi di compartecipazione non sempre dà luogo infatti ad una riduzione della spesa complessiva (se ci si trova nel tratto inelastico della curva di domanda sanitaria rispetto al prezzo, si ottiene come effetto un aumento della spesa privata), e viola in modo evidente il principio della copertura del costo in base alla capacità contributiva.

In Italia l'esperienza è ancora troppo recente per consentire delle valutazioni. Le entrate proprie delle USL rappresentano infatti per ora una quota relativamente modesta della spesa da loro gestita (attorno al 5%); se aggiungiamo la compartecipazione alla spesa farmaceutica (che costituisce spesa privata ed è pari mediamente al 19% circa della voce specifica) la percentuale s'innalza al 7%. Dai dati del 1994 risulta tuttavia che le prestazioni con *ticket* si sono ridotte di 2.000 miliardi di circa (-13%), ma la spesa sanitaria privata è aumentata di oltre 5.400 miliardi (+13,6%) dopo essere aumentata di altrettanto l'anno precedente, meno divaricate le dinamiche del 1995. Inoltre, come si è visto, l'aumento della spesa privata ha coinvolto in modo particolare anche quelle aree del paese dove il livello della spesa pubblica è già inferiore alla media nazionale, ed inferiore anche al livello di *standard* uniforme definito dalle quote capitarie [ISTAT 1994; 1995].

3) La *compartecipazione regionale* al finanziamento della spesa sia *standard* che *sovrastandard*, è la terza strada percorsa nel sistema italiano. La partecipazione regionale alla copertura dei costi sanitari ha trovato esplicita menzione solo con la riforma del 1992. Tale misura è stata assunta come conseguenza dell'inadeguata efficacia del solo controllo macroeconomico e per l'esigenza più generale di contenere la spesa e i trasferimenti a carico del bilancio statale. Infatti proprio il sistematico divario tra ammontare previsto della spesa sanitaria an-

nuale a carico del bilancio pubblico e ammontare finanziato attraverso il Fondo Sanitario (attraverso la fiscalità generale e le altre forme di prelievo obbligatorio, comprese le compartecipazioni del cittadino) ha creato le premesse di una responsabilità finanziaria delle amministrazioni regionali. La sottostima, già evidenziata in sede di preventivo, si trovava sistematicamente, e in più ampie dimensioni, in sede di consuntivo, anche perché la responsabilità per la copertura del disavanzo non era per nulla chiara. Si sono così generati crescenti debiti delle Usl, al cui ripiano sono in parte ora chiamate le Regioni che dovrebbero ricorrere a forme di finanziamento autonomo. La riforma del 1992 prevede che, superato il periodo transitorio, quindi a partire dal 1996, le Regioni coprano con risorse proprie le prestazioni superiori ai livelli uniformi.

L'ammontare di spesa *pro capite* corrispondente allo *standard* uniforme è stabilito in sede di legge finanziaria dello Stato ed è quindi soggetto ai vincoli di riequilibrio imposti anche dall'alto costo e dal livello del debito. L'ammontare di spesa per abitante ammessa a *budget* nel bilancio dello Stato ha subito in questi anni una forte compressione in valore assoluto rispetto alla spesa storica media (del 13% per il 1994) ed è prevista un'ulteriore riduzione del 10% per il prossimo triennio. Se l'obiettivo generale di rendere i governi regionali responsabili della copertura dei costi di un servizio che essi debbono gestire è chiaro, è invece indefinito l'ambito entro cui tale responsabilità viene esercitata ed i gradi di autonomia decisionale che essa implica. È infatti diverso se la Regione è chiamata a partecipare al cofinanziamento di uno *standard* effettivo di assistenza sanitaria garantita dal servizio pubblico, che si colloca di fatto su un livello superiore a quello coperto con trasferimenti dal bilancio dello Stato; o se la Regione deve coprire la spesa per servizi *sovrastandard*, la spesa maggiore che deriva cioè da una scelta di offrire servizi qualitativamente migliori rispetto a quelli definiti dalla legislazione nazionale; o infine se lo Stato intende assegnare alle Regioni solo il finanziamento per alcuni servizi specifici, fra quelli che rientrano nelle generali funzioni di assistenza pubblica.

Gli obiettivi della compartecipazione regionale in via teorica sono infatti distinguibili in due categorie: quello di incentivare le Regioni ad un maggior controllo della spesa al fine di contenere, a parità di regole d'accesso, la quota di risorse da reperire direttamente, su base locale; quello di valorizzare una dimensione territoriale dove meglio possono esprimersi scelte specifiche e differenziate dei consumatori, e in cui un ente dotato di adeguata rappresentatività può definire in modo più trasparente livelli e modalità di finanziamento della spesa

considerati socialmente accettabili. Con la fissazione di limiti di spesa che gravano sul bilancio dello Stato particolarmente stringenti, il sistema italiano sembra volersi muovere in ambedue le direzioni.

Il problema della definizione dei contenuti specifici dello *standard* spesa, e cioè del livello di assistenza che lo Stato nazionale ritiene dover garantire a qualsiasi cittadino, al di là della Regione di residenza, è allora l'elemento centrale nell'individuazione del modello di federalismo che si vuole perseguire. I problemi al riguardo sono molti, e possono qui solo essere accennati. Il bene da tutelare è la salute, ma tale bene può essere perseguito con diverse combinazioni di fattori, di cui è assai complesso quantificare l'efficacia in ordine al bene stesso. Anzi viene anche autorevolmente contestato che i fattori sanitari abbiano un'incidenza determinante rispetto ad altri fattori ambientali, di costume, di storie di vita, culturali, ecc. Non vi è insomma corrispondenza costante fra indicatori di salute e specifici sistemi, livelli, combinazioni di servizi e attività sanitarie.

In secondo luogo la diversa combinazione di servizi usati dalla popolazione delle diverse Regioni, al di là dei fattori già evidenziati, soprattutto di qualità, indica anche la presenza di diverse culture della salute e conseguenti pratiche d'uso dei servizi.

Come si vede, vi sono nodi teorici assai complessi dietro i problemi di definizione e di rispetto degli *standard* uniformi di assistenza, che non a caso si sono spesso risolti nella definizione di un livello di spesa sanitaria *pro capite* dovuto più a ragioni di compatibilità economiche che non ad un effettivo riferimento all'insieme di fattori assistenziali che avrebbe dovuto garantire.

5. Verso un maggior decentramento del finanziamento: gli effetti sulle pressioni fiscali

Come abbiamo visto non è stato ancora ben individuato l'ambito di scelta entro il quale la Regione può operare per garantire un livello di prestazione superiore rispetto a quello uniforme alla quale fanno fronte le attuali fonti di finanziamento. La definizione dello *standard* nei suoi contenuti è peraltro essenziale per chiarire il tipo di federalismo che s'intende perseguire nel servizio sanitario. Possiamo dunque esplorare alcune alternative valutando le conseguenze redistributive sul territorio delle soluzioni testate. I risultati vanno confrontati con la situazione di accentramento completo della copertura del costo del servizio sanitario, che ha in pratica rappresentato la situazione storicamente verificatasi sino ad ora in Italia che abbiamo illustrato in pre-

TAB. 2. Italia. Trasferimenti interregionali totali (dati 1994 in milioni di lire)

Regioni	Modalità di finanziamento			
	Accentrato	Decentrato (*)		
		Storica	Standard uniforme garantito	
		80%	50%	20%
Piemonte	1665	1064	694	325
Valle d'Aosta	10	5	-13	-31
Lombardia	5033	3569	2045	521
Trentino	-3	52	-2	-56
Veneto	612	587	358	129
Friuli	221	302	236	169
Liguria	145	465	308	150
Emilia	706	1416	856	296
Toscana	290	592	346	99
Umbria	-82	-3	28	58
Marche	-239	-17	-2	14
Lazio	315	873	590	307
Abruzzo	-289	-326	-213	-100
Molise	-124	-126	-67	-9
Campania	-2757	-2641	-1686	-730
Puglia	-1730	-1759	-1066	-372
Basilicata	-179	-269	-147	-24
Calabria	-752	-1105	-672	-238
Sicilia	-2297	-2159	-1298	-438
Sardegna	-544	-513	-290	-67
Totale Italia	8997	8923	5445	1967
<i>Settentrionale</i>	8389	7460	4481	1503
<i>Centro</i>	-130	994	681	369
<i>Sud</i>	-8259	-8446	-5158	-1870

(*) Con *standard* uniforme garantito s'intende un finanziamento attraverso il meccanismo di un fondo perequativo rispettivamente dell'80%, del 50% e del 20% della spesa media nazionale per ogni cittadino della Regione. La parte residua del finanziamento della spesa storica è coperto con nuove imposte regionali

Fonte: ISTAT, Relazione sulla situazione economica del Paese per il 1994, Roma, aprile 1995. Ministero del Tesoro, RGS - Le entrate tributarie dello Stato Regionalizzate, Roma, aprile 1995.

cedenza. I risultati del confronto tra diversi gradi di federalismo sono esposti nelle tabelle 2, 3 e 4 dove nelle colonne denominate *storica* si trovano i flussi interregionali di risorse che derivano da un sistema di accentramento completo nelle modalità di finanziamento della spesa storica; nelle colonne che riportano la percentuale 80%, 50%, 20% sono riportati i risultati delle soluzioni che vedono lo Stato centrale concorrere al finanziamento di una quota capitaria eguale per tutte le Regioni pari rispettivamente al 80%, 50% e 20% del valore medio na-

Tab. 3. *Trasferimenti pro capite (in migliaia di lire 1994)*

Regioni	Modalità di finanziamento			
	Accentrato	Decentrato (*)		
		Standard uniforme garantito		
	Storica	80%	50%	20%
Piemonte	387	247	162	76
Valle d'Aosta	88	41	-115	-271
Lombardia	568	403	231	59
Trentino	-4	58	-3	-64
Veneto	140	134	82	30
Friuli	184	253	197	141
Liguria	87	278	184	90
Emilia	181	362	219	76
Toscana	82	168	98	28
Umbria	-101	-3	34	71
Marche	-168	-12	-1	10
Lazio	61	170	115	60
Abruzzo	-231	-261	-171	-80
Molise	-375	-380	-204	-27
Campania	-490	-469	-299	-130
Puglia	-429	-436	-264	-92
Basilicata	-294	-441	-240	-40
Calabria	-363	-534	-325	-115
Sicilia	-462	-435	-261	-88
Sardegna	-330	-311	-176	-41
Totale Italia				
Settentrionale	331	295	177	59
Centro	-10	80	55	30
Sud	-436	-446	-272	-99

(*) Con *standard* uniforme garantito s'intende un finanziamento attraverso il meccanismo di un fondo perequativo rispettivamente dell'80%, del 50% e del 20% della spesa media nazionale per ogni cittadino della Regione. La parte residua del finanziamento della spesa storica è coperto con nuove imposte regionali

Fonte: ISTAT, Relazione sulla situazione economica del Paese per il 1994, Roma, aprile 1995. Ministero del Tesoro, RGS - Le entrate tributarie dello Stato Regionalizzate, Roma, aprile 1995.

zionale della spesa *pro capite* utilizzato come base per il calcolo dello *standard* uniforme, i cui contenuti possono di volta in volta trovare diversa esplicitazione. La prima ipotesi si configura come ipotesi di *Federalismo moderato*, la seconda come ipotesi di *Federalismo medio*, la terza di *Decentramento totale*.

Abbiamo visto come nella *situazione storica* i flussi di risorse tra le diverse Regioni dipendono dall'effetto combinato della distribuzione territoriale del gettito tributario, dei contributi sanitari, della spesa.

Tab. 4. *Pressione Fiscale Regionale (in % del Pil regionale)*

Regioni	Modalità di finanziamento			
	Accentrato	Decentrato (*)		
		Standard uniforme garantito	80%	50%
	Storica			
Piemonte	5,8	5,4	5,2	4,9
Valle d'Aosta	6,0	5,8	4,4	3,9
Lombardia	6,1	5,6	5,0	4,5
Trentino	5,1	5,3	4,8	4,7
Veneto	5,5	5,4	5,3	5,1
Friuli	5,4	5,6	5,8	5,6
Liguria	5,8	6,4	6,2	5,9
Emilia	6,0	6,5	6,0	5,6
Toscana	6,1	6,4	6,1	5,9
Umbria	5,5	5,9	6,4	6,5
Marche	5,3	5,8	5,9	5,9
Lazio	5,4	5,7	5,6	5,5
Abruzzo	5,2	5,1	5,4	5,7
Molise	5,0	4,9	6,2	7,1
Campania	5,3	5,4	6,2	7,0
Puglia	5,0	5,0	5,9	6,7
Basilicata	5,4	4,6	6,2	7,4
Calabria	5,4	4,4	5,8	7,0
Sicilia	5,1	5,3	6,3	7,1
Sardegna	5,3	5,4	6,2	6,8
Totale Italia	5,6	5,6	5,6	5,6
<i>Settentrionale</i>	5,8	5,7	5,3	5,0
<i>Centro</i>	5,6	5,9	5,8	5,7
<i>Sud</i>	5,2	5,2	6,1	7,0

(*) Con *standard* uniforme garantito s'intende un finanziamento attraverso il meccanismo di un fondo perequativo rispettivamente dell'80%, del 50% e del 20% della spesa media nazionale per ogni cittadino della Regione. La parte residua del finanziamento della spesa storica è coperto con nuove imposte regionali.

Fonte: ISTAT, Relazione sulla situazione economica del Paese per il 1994, Roma, aprile 1995. Ministero del Tesoro, RGS - Le entrate tributarie dello Stato Regionalizzate, Roma, aprile 1995.

Con il passaggio a forme di decentramento più o meno spinto si allenta il condizionamento delle diverse basi imponibili sull'ammontare dei trasferimenti. In un contesto di *federalismo moderato* dove il finanziamento con imposte centrali garantisce un ammontare unitario uguale per tutti, pari all'80% della spesa media nazionale, modifica, a parità di spesa storica, solo di poco il flusso dei trasferimenti interregionali complessivi, ma ne modifica significativamente la distribuzione territoriale. Le Regioni con alte basi imponibili ed alta spesa sono

chiamate a concorrere infatti in misura maggiore alla solidarietà inter-regionale rispetto ad un valore di spesa eguale per tutti, mentre esse dovranno provvedere al finanziamento su base locale della loro maggior spesa sanitaria. Ogni cittadino emiliano ad esempio si troverebbe a dover trasferire alle altre Regioni circa 360.000 lire, a prezzi 1994: due volte il costo che ha avuto in passato implicitamente a suo carico. Le Regioni a più alta spesa pro-capite registrerebbero un incremento di mezzo punto nella loro pressione fiscale, mentre si ridimensionerebbe all'opposto la situazione di Regioni come la Lombardia e il Piemonte, alleggerite dal maggior concorso alla solidarietà interregionale soprattutto dell'Emilia e della Toscana. Variegata la posizione per le Regioni a più basso reddito per abitante e con un'incidenza del concorso del finanziamento della sanità sul PIL inferiore alla media. L'aumento della loro pressione fiscale è relativamente contenuto ed essa rimarrebbe comunque inferiore al rapporto medio nazionale; le Regioni dove la spesa sanitaria è sul limite inferiore del *range* (Calabria e Basilicata) risulterebbero addirittura meno gravate rispetto all'oggi.

La versione intermedia ipotizzata di *Federalismo medio* vedrebbe garantito dallo Stato centrale il finanziamento del 50% della spesa sanitaria ottenuta attingendo alla fiscalità generale, mentre contributi (già oggi raccolti dalle amministrazioni regionali) ed imposte locali dovrebbero finanziare la restante parte della spesa. I trasferimenti si ridurrebbero a 5.500 miliardi, ma emergerebbero differenziali nelle pressioni fiscali regionali dell'ordine di 1,2/1,5 punti percentuali, con Regioni a bassa spesa ma anche a basso reddito che si troverebbero, in percentuale delle proprie basi imponibili, ad essere maggiormente gravate. Il Mezzogiorno in media vedrebbe aumentare l'incidenza della pressione fiscale regionale per il finanziamento della sanità al 6,1% contro il 5,6% della media nazionale, mentre per la Lombardia l'incidenza scenderebbe sotto il 5%, Emilia e Toscana con consumi nazionali di oltre il 30% superiori a quelli della Basilicata conoscerebbero un carico fiscale sostanzialmente analogo. Naturalmente la situazione in termini di minori trasferimenti ed apertura dei differenziali nei carichi fiscali regionali si accentuerebbe nella soluzione di *decentramento* quasi completo. Come si può notare inoltre le Regioni dell'Italia centrale ad alta spesa si troverebbero a beneficiare di una riduzione della pressione fiscale rispetto a quella a loro carico con il finanziamento della spesa storica.

È chiaro che la scelta della dimensione del concorso regionale al finanziamento della sanità è cruciale con riferimento agli obiettivi che tale strumento si prefigge. La proposta di regionalizzazione di una

quota del finanziamento del servizio deve essere comunque preceduta da una chiara identificazione di ciò che definisce lo *status* di cittadinanza sanitario e quindi dei criteri di ripartizione dei fondi perequativi [Greco 1996]. L'esercizio ha comunque messo in luce che in una visione di federalismo più spinto l'obiettivo macroeconomico di contenimento complessivo della spesa sanitaria non è apparentemente perseguibile con una regionalizzazione del finanziamento. Globalmente le risorse destinate alla tutela della salute potrebbero anzi aumentare, se vi è, come in parte anche i dati italiani dimostrano, una correlazione positiva tra livello di spesa sanitaria e reddito pro-capite (Emilia e Toscana ad esempio avrebbero un vincolo macroeconomico meno stringente dell'attuale). Le Regioni con minori basi imponibili e minore spesa potrebbero invece trovarsi nel tratto più inelastico della curva di domanda sanitaria: una riduzione delle prestazioni connessa all'impossibilità di aumentare la pressione fiscale, per motivi di consenso politico e di eguaglianza, rispetto alle Regioni più dotate, potrebbe dare luogo ad uno spostamento verso una maggiore spesa privata. Verrebbero sacrificati i principi di eguaglianza nelle prestazioni e di equità, sottolineati invece gli elementi di specificità sul territorio. La maggiore aderenza delle scelte politiche all'espressione delle preferenze delle comunità che esse rappresentano potrebbe risultare un obiettivo di minor rilievo, in una situazione di forte compressione della disponibilità di risorse. Si può concludere che dal punto di vista degli obiettivi macroeconomici, oltre che dell'obiettivo di uguaglianza, appare sconsigliabile spingere la riorganizzazione in senso federale del finanziamento della sanità oltre la soglia di un finanziamento garantito dai meccanismi perequativi dell'ordine del 75-80% della spesa media nazionale.

Si sta anche discutendo di una possibile riorganizzazione dei servizi sanitari che porti a separare quelli che restano a carico della fiscalità generale (e quindi del bilancio dello Stato) da quelli finanziati su base locale. Proposte in tal senso sono state avanzate [Mapelli 1995] secondo le quali è possibile distinguere le funzioni che restano a carico della collettività nazionale (grandi rischi come ospedali, cure psichiatriche, riabilitazione, ricerca e prevenzione) da quelle complementari (medicina generica, specialistica e farmaci) che devono essere finanziate attraverso la fiscalità regionale. In media sulla base della spesa storica il primo aggregato assorbe il 70% delle risorse pubbliche ed il secondo il 30%. Tale soluzione anche se in apparenza lineare si scontra con la difficoltà oggettiva di distinguere entro servizi tra loro complementari, ma che presentano anche un elevato grado di sostituibilità (come la distribuzione territoriale della spesa per funzioni dimo-

stra). La natura stessa del prodotto non consente infatti facilmente di distinguere in grandi rischi e prestazioni complementari. Un paese come l'Olanda, che ha sperimentato da anni la separazione tra spese a carico del bilancio statale ed assistenza garantita attraverso l'assicurazione obbligatoria con enti che sono collocati al di fuori del settore pubblico e sono di fatto territorialmente specializzati, ha adottato una definizione molto restrittiva dei grandi rischi, limitati alle cure di lunga degenza e alle cure psichiatriche e di fatto limitando il concorso della fiscalità generale ad una quota pari a meno del 50% della spesa globale. La possibilità teorica ed empirica di separare all'interno della sanità le modalità di finanziamento per tipologie di prodotti, anche alla luce di una riduzione della presenza pubblica, rappresenta in effetti uno dei nodi più problematici. Nella struttura organizzativa italiana le aziende sanitarie (che fanno capo alle Regioni) si troverebbero nella situazione di potenziale conflitto di interessi sulle modalità d'intervento e cura. Il vantaggio che si conseguirebbe stabilendo, con la separazione delle funzioni, un più esplicito nesso tra autonomia fiscale della Regione e servizio reso alla popolazione, verrebbe ad essere fortemente limitato dall'introduzione di nuove forme di inefficienze dal lato dell'organizzazione dell'offerta e della formazione della domanda.

Si può invece ipotizzare che il concorso regionale al finanziamento deve essere rivolto all'insieme delle prestazioni che lo Stato decide di fornire a tutta la cittadinanza, le cui modalità di accesso e i cui contenuti siano definiti dal piano sanitario e dalla legislazione nazionale. In questa soluzione si pongono maggiori problemi di controllo e coordinamento tra i diversi livelli di governo. Essenziale è comunque la definizione di uno *standard* di prestazioni sanitarie (al cui finanziamento siano chiamate congiuntamente le Regioni e lo Stato) che non venga a dipendere prevalentemente, come è successo negli ultimi anni, dalle esigenze di riequilibrio dei conti dello Stato centrale. L'ulteriore approfondimento di questa prospettiva fuoriesce dalle logiche che hanno fortemente segnato in questi anni la politica sanitaria del nostro paese, e richiede di entrare nel merito dei contenuti propri di una politica sanitaria, con un concorso di competenze scientifiche complementari, di ordine epidemiologico, clinico, organizzativo, oltre che evidentemente economico finanziario. Solo così anche il nodo della definizione dei livelli di servizi, preventivi, curativi e riabilitativi, che si intende assicurare a tutti i cittadini, al di là della Regione di appartenenza, o gli ulteriori livelli di prestazioni che le singole Regioni intendono offrire, coprendone i relativi costi, potrà essere affrontato e sviluppato con maggior profondità ed efficacia.

Riferimenti bibliografici

- Di Biase, R. e Di Nicola, F. (1994), *Una riforma del servizio sanitario nazionale: effetti redistributivi e di gettito*, Firenze, Studi ed informazioni n. 2/94.
- ISTAT (1995), *Rapporto annuale 1994: la situazione del paese*, Roma, 1995.
- Greco, L. (1996), *La regionalizzazione della finanza pubblica in Italia*, in *Rapporto di ricerca IRS per il Servizio Bilancio del Senato*, a cura di P. Saraceno.
- Mapelli, V. (1995), *La sanità pubblica: a piccoli passi verso la riforma del SSN*, in *La finanza pubblica italiana. Rapporto 1994*, a cura di L. Bernardi, Bologna, Il Mulino.
- OECD (1994), *The reform of health care systems*, Paris, 1994.
- Oxley, H. e MacFarlan, M. (1994), *Health care reform controlling spending and increasing efficiency*, Paris, OECD.