

Distribuzione regionale della spesa e finanziamento delle risorse nel Sistema Sanitario Nazionale

di Nicola Sciclone

1. Premessa

Nel 1994 lo Stato italiano ha speso per l'assistenza sanitaria 94.201 miliardi di lire; i consumi finali delle famiglie per l'acquisto di servizi e prestazioni sanitarie, al netto della quota finanziata dai trasferimenti pubblici, sono invece stati di 38.005 miliardi. Complessivamente, quindi, la spesa sanitaria ha raggiunto nel '94 la ragguardevole cifra di 132.206 miliardi di lire, di cui il 71% a carico del bilancio pubblico e il 29% a carico del bilancio privato delle famiglie. Nel corso di questi ultimi anni il peso del settore pubblico nella composizione della spesa sanitaria è sicuramente calato – rispetto al 1982 esso è diminuito di circa dieci punti percentuali – ma ancora oggi la «salute» rappresenta un'area in cui forte è la presenza dello Stato e modesti invece gli elementi di mercato.

Questo breve lavoro intende proporsi come un semplice contributo alla comprensione dei meccanismi di funzionamento del sistema sanitario nazionale, per come esso si è storicamente realizzato nel nostro paese. In particolare due sono le tematiche oggetto di studio: verificare se la distribuzione regionale della spesa sanitaria corrisponde alla distribuzione regionale dei fabbisogni di spesa; valutare gli effetti redistributivi connessi ai meccanismi di finanziamento delle politiche di assistenza e tutela della salute.

Un'avvertenza si impone: i dati e le statistiche disponibili¹ non consentono ancora una definitiva valutazione degli effetti del processo di riforma del Servizio Sanitario Nazionale avviato, nel '92, con l'approvazione della Legge delega n. 421. Ciò non va a inficiare comun-

Sono grato al prof. Alessandro Petretto per l'incoraggiamento a intraprendere lo studio di questo tema. Ringrazio il dott. Giovanni Maltinti per le osservazioni espresse su una prima versione del lavoro e la dott.ssa Fabrizia Mealli per la consulenza statistica. Gli eventuali errori sono solo mia esclusiva responsabilità.

¹ La versione finale del lavoro, rivista alla luce delle indicazioni del referee, è stata consegnata nel mese di settembre del 1996.

TAB. 1. La spesa sanitaria pro capite (valori a prezzi correnti)

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Piemonte	769.087	860.021	954.874	1.127.647	1.318.522	1.670.140	1.651.232
Valle d'Aosta	756.031	878.310	1.204.960	1.222.961	2.570.851	3.033.820	3.374.595
Lombardia	733.101	847.942	1.016.720	1.105.652	1.387.285	1.822.755	1.877.289
Trentino-Alto Adige	861.569	971.329	1.155.917	1.233.508	1.476.681	1.853.317	2.094.978
Veneto	833.856	977.390	1.261.582	1.495.823	2.165.231	2.582.592	2.405.181
Friuli-Venezia Giulia	902.014	1.046.472	1.180.787	1.315.437	1.469.729	1.852.329	1.948.113
Liguria	883.425	1.019.920	1.209.028	1.289.200	1.558.686	2.020.602	1.831.383
Emilia-Romagna	894.918	1.011.698	1.201.478	1.414.938	2.118.854	3.077.547	3.465.545
Toscana	850.985	973.810	1.221.242	1.440.188	1.807.226	2.333.410	2.614.608
Umbria	761.637	931.709	1.105.533	1.291.939	1.797.146	2.520.422	2.567.456
Marche	853.105	943.261	1.155.870	1.336.876	1.847.719	2.492.948	2.447.385
Lazio	834.415	925.896	1.078.667	1.225.656	1.291.070	1.811.182	1.613.576
Abruzzo	772.795	883.482	1.031.178	1.155.341	1.370.016	1.938.469	2.107.187
Molise	727.157	834.842	996.579	1.089.922	1.255.371	1.640.943	1.648.784
Campania	705.429	806.442	911.161	1.028.687	1.196.180	1.682.824	1.942.224
Puglia	694.883	788.346	957.981	1.126.432	1.431.180	1.795.320	1.932.554
Basilicata	632.737	738.400	911.896	938.716	1.130.644	1.493.512	1.839.596
Calabria	648.702	802.599	891.443	1.074.597	1.076.827	1.534.509	1.544.739
Sicilia	716.305	806.718	979.729	1.103.213	1.316.089	1.600.990	1.574.601
Sardegna	720.230	819.448	1.005.870	1.182.014	1.356.612	1.643.122	1.611.358
Italia	773.961	884.824	1.054.197	1.203.937	1.497.388	1.970.242	2.030.247

Fonte: ISTAT, *Statistiche della Previdenza, della Sanità e dell'Assistenza Sociale*, vari anni.

que il valore dell'indagine svolta: conoscere il passato è infatti il modo migliore per programmare il futuro, correggere gli errori commessi e salvaguardare quanto di positivo è stato fatto.

2. La distribuzione regionale della spesa

La sperequazione regionale dei livelli di spesa è una delle caratteristiche principali del nostro sistema sanitario. Infatti le Regioni del Centro e del Nord dell'Italia (eccetto il Piemonte e la Lombardia) stanziavano per l'assistenza sanitaria un ammontare di risorse superiore a quello delle regioni meridionali e insulari. Ciò è evidente sia dall'analisi della spesa in conto corrente e capitale [cfr. tabelle 1 e 2, dati di cassa], sia dall'esame della sola componente di parte corrente [cfr. fig. 1, dati di competenza] della spesa erogata dalle aziende sanitarie locali (ex USL).

Nel 1992 (cfr. tab. 1) la regione con il più alto livello di spesa sanitaria *pro capite* è stata l'Emilia-Romagna, seguita dalle Valle d'Aosta, dalla Toscana, dall'Umbria e dalle Marche; la regione con il più basso volume di spesa è invece risultata la Calabria seguita dalla Sicilia, dalla Sardegna, dal Lazio e dal Molise. Dal 1986 al 1992 si ri-

Tab. 2. La spesa sanitaria pro capite (valori a prezzi costanti)

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Piemonte	712.988	752.163	783.076	870.885	946.019	1.113.096	1.053.548
Valle d'Aosta	700.884	768.159	988.167	944.496	1.844.546	2.021.947	2.153.117
Lombardia	679.627	741.600	833.794	853.898	995.355	1.214.810	1.197.780
Trentino-Alto Adige	798.724	849.513	947.948	952.641	1.059.496	1.235.178	1.336.674
Veneto	773.033	854.814	1.034.602	1.155.228	1.553.519	1.721.217	1.534.595
Friuli-Venezia Giulia	836.219	915.232	968.343	1.015.915	1.054.508	1.234.520	1.242.968
Liguria	818.986	892.010	991.503	995.653	1.118.333	1.346.669	1.168.491
Emilia-Romagna	829.641	884.819	985.312	1.092.761	1.520.245	2.051.089	2.211.146
Toscana	788.912	851.682	1.001.520	1.112.262	1.296.657	1.555.145	1.668.217
Umbria	706.081	814.861	906.629	997.768	1.289.425	1.679.783	1.638.132
Marche	790.878	824.964	947.909	1.032.473	1.325.709	1.661.472	1.561.522
Lazio	773.550	809.777	884.597	946.578	926.322	1.207.096	1.029.521
Abruzzo	716.426	772.682	845.652	892.273	982.965	1.291.930	1.344.463
Molise	674.117	730.142	817.277	841.750	900.709	1.093.637	1.051.985
Campania	653.973	705.304	747.227	794.458	858.241	1.121.550	1.239.211
Puglia	644.197	689.478	785.624	869.947	1.026.850	1.196.525	1.233.041
Basilicata	586.583	645.796	747.831	724.973	811.219	995.379	1.173.731
Calabria	601.385	701.943	731.058	829.914	772.607	1.022.703	985.601
Sicilia	664.056	705.545	803.459	852.014	944.273	1.067.010	1.004.654
Sardegna	667.695	716.679	824.897	912.872	973.348	1.095.090	1.028.107
Italia	717.506	773.856	864.529	929.804	1.074.352	1.313.105	1.295.373
MIR	1,32	1,29	1,33	1,38	1,87	1,79	1,89
R	0,06	0,06	0,06	0,07	0,13	0,12	0,13

Fonte: ISTAT, *Statistiche della Previdenza, della Sanità e dell'Assistenza Sociale*, vari anni.

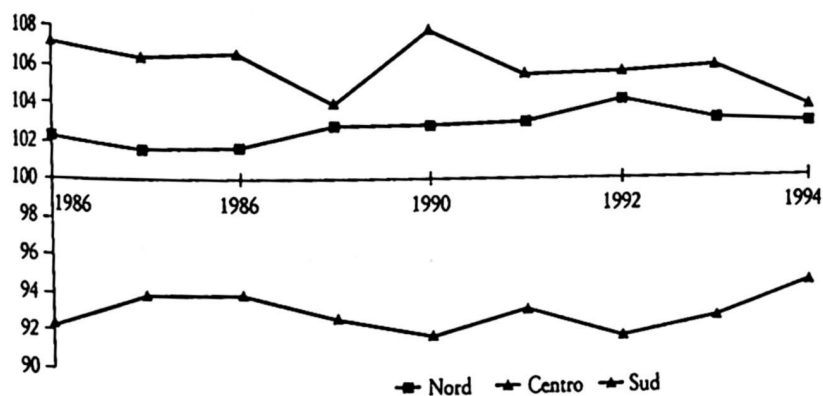


FIG. 1. Impegni di spesa corrente delle Usl. per abitante (Italia=100)

scontra una netta separazione, nell'andamento dei livelli di spesa sanitaria per abitante, fra il Nord ed il Sud del paese; in questo periodo, al di là di alcune oscillazioni, la graduatoria regionale rimane sostanzialmente invariata, tanto che il coefficiente di correlazione fra ranghi

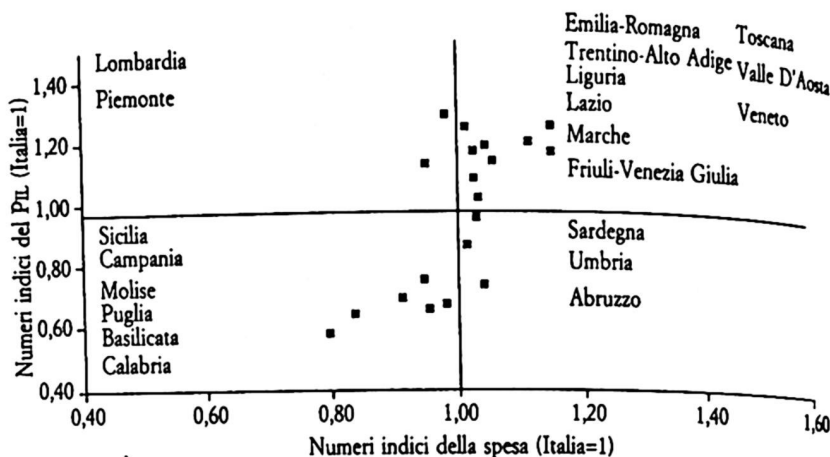


FIG. 2. La spesa ed il PIL *pro capite* nelle Regioni italiane nel 1994.

di Spearman² applicato agli anni 1986 e 1992 assume un segno positivo ($r_s = +0,5$), che aumenta di grandezza ($r_s = +0,7$) se si prendono come termini di confronto gli anni estremi dell'intervallo 1986-1991. Inoltre l'intensità degli squilibri regionali è andata aumentando, come dimostrano i valori di due indici quali il *max-min ratio*³ (MMR) e il rapporto di concentrazione (R), calcolati [cfr. tab. 2] sui dati deflazionati⁴. Nel corso di questi ultimi anni le regioni meridionali pur recuperando in alcuni casi delle posizioni di classifica, non sono riuscite nel complesso a ridurre la distanza dalle regioni a maggiore propensione di spesa ed il flusso di risorse destinate alla sanità sembra riflettere, piuttosto che correggere, le differenze esistenti nello sviluppo economico. Anche i soli dati di spesa corrente confermano questa valutazione [cfr. figura 1].

Se classifichiamo le venti Regioni a seconda che abbiano valori del PIL superiori o inferiori al PIL *pro capite* nazionale e valori della spesa superiori ed inferiori alla spesa *pro capite* corrente nazionale, si

² I coefficienti di correlazione fra ranghi di Spearman variano tra -1 e +1; sono positivi se le due variabili messe a confronto assumono entrambe valori alti o bassi nelle stesse osservazioni.

³ Il criterio del MMR è stato qui utilizzato per misurare il divario fra il 20% delle Regioni rispettivamente a maggiore e minore spesa sanitaria.

⁴ I valori dei due indici (MMR e R) non cambiano se calcolati su dati di spesa a prezzi correnti. L'utilizzo di dati deflazionati è qui motivata da una semplice esigenza di arricchimento informativo: conoscere l'evoluzione temporale della spesa sanitaria *pro capite* in termini reali oltre che nominali.

può osservare [cfr. figura 2] che in quasi nessuna delle regioni ad economia più debole la spesa sanitaria è maggiore al dato medio italiano. Diversamente, quasi tutte le aree economicamente più ricche presentano valori di spesa più alti del valore medio nazionale. Nella misura in cui alle risorse pubbliche destinate alla sanità viene attribuita la funzione di promozione delle libertà individuali – nella loro accezione positiva – [Dasgupta 1986; Sen 1985], di qualificazione del capitale umano e conseguentemente di impulso alla crescita economica, l'attuale articolazione sul territorio della spesa sanitaria non contribuisce certamente a diminuire la distanza che, in termini di benessere, separa il Centro-Nord dal Sud d'Italia.

La ripartizione sul territorio della spesa sanitaria è inadeguata rispetto ai divari esistenti nei livelli di sviluppo economico, ma potrebbe trovare giustificazione nella distribuzione territoriale dei fabbisogni di servizi ed assistenza sanitaria.

Per descrivere i livelli di fabbisogno sanitario regionale sono state utilizzate le seguenti variabili³: tasso di natalità, tasso di mortalità, tasso di mortalità infantile e perinatale, quota di popolazione con età superiore ai 65 anni, malattie croniche dichiarate per 1.000 abitanti, persone di 14 anni e più con almeno un ricovero in ospedale negli ultimi dodici mesi prima della rilevazione statistica per 1.000 abitanti, numero di ricoveri per 1.000 abitanti, posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti, grandi apparecchiature di diagnosi e cura. Ciascuno di questi indici influenza, positivamente o negativamente, l'esigenza di risorse finanziarie per la salute dei cittadini.

Una prima aggregazione degli indicatori sopra descritti è stata effettuata attraverso il ricorso all'analisi in componenti principali.

In termini formali, se con X indichiamo la matrice $n \times p$ i cui elementi x_{bj} rappresentano il valore standardizzato della variabile x_j ($j=1, \dots, p$) osservato presso l'unità b ($b=1, \dots, n$), con C la matrice $n \times q$ di componenti principali, con B la matrice di ordine $p \times q$ dei pesi che legano ogni componente alle variabili, ed infine con W la matrice $p \times q$ dei coefficienti fattoriali, abbiamo che:

$$X = CB'$$

e

$$C = XW.$$

³ I dati si riferiscono ad un arco temporale che si estende dal 1991 al 1994 a seconda della fonte statistica utilizzata.

TAB. 3. *Correlazione fra variabili e componenti. Varianza dei fattori e proporzione di varianza spiegata*

	Svantaggio socio-sanitario	Mortalità	Svantaggio demografico-sanitario		Indice di morbidità		Strutture sanitarie
Natalità	0,85		0,89	Persone con malattie cron.	0,72	Posti letto negli ospedali per abit.	0,82
Mort. infant.	0,88	Pop. > 65 anni	0,89				
Mort. perin.	0,89			Persone ricov.	0,92	Grandi apparecchi di diagnosi e cura	0,82
				Ricoveri	0,96		
Proporz. di varianza spiegata	0,77		0,80		0,70		0,71

Il presupposto su cui si basa l'analisi in componenti principali è che le correlazioni osservate sui dati sono il risultato di regolarità latenti nei dati stessi. Ogni variabile può essere allora espressa come combinazione lineare di un certo numero di componenti comuni, che possono essere assunte come sintesi di un fenomeno più complesso di cui le singole variabili sono la principale manifestazione. Naturalmente nel passaggio da n variabili ad una o poche componenti principali c'è il rischio di perdere alcune informazioni, precisamente tutte quelle contenute nelle variabili poco correlate con la componente principale⁶. Per ovviare a questo inconveniente è stato deciso quindi di operare in due fasi: in primo luogo è stata calcolata la matrice di correlazione fra i 10 indicatori di fabbisogno sanitario e sono stati individuati quattro gruppi di variabili fra loro fortemente correlate; in secondo luogo su ciascuno di questi gruppi è stata applicata un'analisi in componenti principali ed estratto il fattore latente, espressione di un particolare stato di urgenza di risorse sanitarie.

La prima componente [cfr. tab. 3] può essere considerata come indicativa dello svantaggio socio-sanitario: elevati tassi di natalità, mortalità infantile e perinatale sono infatti negativamente correlati — come abbiamo avuto modo di constatare — ad una serie di aspetti della vita umana, quali l'istruzione, le condizioni abitative, quelle igieniche, i livelli di reddito e consumo, che incidono tutti fortemente sullo stato di salute potenziale di una comunità; le regioni con il pun-

⁶ L'interpretazione delle componenti principali viene infatti effettuata utilizzando i dati contenuti nella matrice di correlazione fra le componenti e le variabili originarie; quanto più quest'ultime sono fra loro correlate tanto più ognuna di esse concorre alla denominazione della componente comune.

teggio più basso sono perciò quelle in cui le condizioni di partenza, le risorse materiali e immateriali di base, sono più idonee a fronteggiare e a ridurre i rischi di malattie. C'è da aggiungere inoltre che dove più frequenti sono le nascite, maggiore è, a parità di altri fattori, il bisogno di assistenza e cure mediche.

La seconda componente fa invece riferimento alla situazione demografico-sanitaria di ogni Regione: i quozienti di mortalità e di vecchiaia segnalano le aree in cui c'è una maggiore esigenza di consumi sanitari.

La terza componente può essere interpretata come una misura, anche se naturalmente imperfetta, dello stato di salute di una popolazione.

La quarta variabile latente fornisce infine un'indicazione della quantità e qualità dell'offerta di infrastrutture sanitarie, qui approssimate dal numero di posti letto ospedalieri e di grandi apparecchiature di diagnosi e cura per 1.000 abitanti.

La diversa distribuzione regionale dello svantaggio socio-sanitario, di quello demografico, dell'indice di morbilità e delle strutture sanitarie, giustifica – nelle regioni in cui le prime tre componenti principali assumono i valori più alti e, la quarta componente, più bassi – una maggiore domanda di risorse finanziarie. Infatti la ripartizione regionale della spesa deve premiare le realtà che hanno i più elevati tassi di morbilità e vecchiaia (in linea con il concetto di equità che raccomanda l'uguaglianza delle prestazioni in relazione al bisogno⁷), ma al tempo stesso mirare al riequilibrio della dotazione territoriale delle strutture sanitarie, ridurre per questa via la mobilità sanitaria, ed impedire che una situazione di basso sviluppo socio-economico ostacoli le possibilità di difesa dai rischi di malattia (in linea con il concetto di equità come uguaglianza dei vincoli di scelta⁸).

La tabella 4 riporta i valori dei quattro fattori di fabbisogno di risorse monetarie nelle venti regioni italiane. Questi valori sono stati poi trasformati in ranghi⁹ [cfr. tab. 5] e successivamente sintetizzati in un unico indicatore di bisogno di risorse monetarie a fini sanitari.

Il processo di sintesi è stato effettuato attraverso il ricorso all'analisi multicriterio; in particolare la procedura di aggregazione utilizzata

⁷ Culyer e Wagstaff [1993].

⁸ Le Grand [1991].

⁹ La graduatoria dei valori è stata modificata, cioè, in una graduatoria di ranghi associando rango uno al valore più alto nelle prime tre componenti e più basso nella quarta componente. Così facendo la quarta componente si è trasformata da un indice di dotazione di strutture sanitarie ad una misura indicativa della carenza di strutture.

Tab. 4. Indicatori di fabbisogno di spesa sanitaria

	Svantaggio socio-sanitario	Svantaggio demografico-sanitario	Indice di morbilità	Strutture sanitarie
Piemonte	-0,74	0,84	-0,46	-0,32
Valle d'Aosta	-0,91	0,37	-0,54	1,22
Lombardia	-0,56	0,27	-0,21	-0,22
Trentino-Alto Adige	-0,76	-0,27	-0,29	1,74
Veneto	-0,94	-0,15	0,53	0,43
Friuli-Venezia Giulia	-1,72	0,59	0,68	1,90
Liguria	-0,35	2,22	0,32	1,27
Emilia-Romagna	-0,74	1,19	1,52	0,38
Toscana	-0,74	1,22	1,22	0,20
Umbria	-0,16	0,99	0,55	-0,30
Marche	-0,17	0,55	1,31	0,72
Lazio	0,41	-0,50	-0,98	-1,03
Abruzzo	0,61	-1,60	0,63	0,31
Molise	0,23	0,36	-0,19	-0,67
Campania	2,14	-1,25	-2,00	-1,79
Puglia	1,19	-1,24	-1,10	-0,41
Basilicata	0,03	-0,67	0,83	-0,59
Calabria	1,39	-0,85	0,48	-1,15
Sicilia	1,77	-0,48	-1,68	-0,98
Sardegna	0,03	-1,05	-1,08	-0,72

Tab. 5. La graduatoria regionale degli indici di fabbisogno di spesa sanitaria

	Svantaggio socio-sanitario	Svantaggio demografico-sanitario	Indice di morbilità	Carenza di strutture sanitarie
Abruzzo	5	20	6	13
Basilicata	8	15	4	7
Calabria	3	16	9	2
Campania	1	19	20	1
Emilia-Romagna	14	3	1	14
Friuli-Venezia Giulia	20	6	5	20
Lazio	6	14	16	3
Liguria	12	1	10	18
Lombardia	13	11	11	11
Marche	11	7	2	16
Molise	7	9	12	6
Piemonte	15	5	14	9
Puglia	4	18	18	8
Sardegna	9	17	17	5
Sicilia	2	13	19	4
Toscana	16	2	3	12
Trentino-Alto Adige	17	12	13	19
Umbria	10	4	7	10
Valle d'Aosta	18	8	15	17
Veneto	19	10	8	15

TAB. 6. *Le graduatorie di fabbisogno di spesa sanitaria e dell'impegno finanziario delle Regioni 1991*

Graduatoria sintetica del fabbisogno di spesa sanitaria	Graduatoria della spesa sanitaria pro-capite
Campania	Emilia-Romagna
Emilia-Romagna	Valle d'Aosta
Calabria	Veneto
Toscana	Umbria
Sicilia	Marche
Lazio	Toscana
Molise	Liguria
Basilicata	Abruzzo
Umbria	Trentino-Alto Adige
Marche	Friuli-Venezia Giulia
Sardegna	Lombardia
Puglia	Lazio
Abruzzo	Puglia
Liguria	Campania
Piemonte	Piemonte
Lombardia	Sardegna
Friuli-Venezia Giulia	Molise
Veneto	Sicilia
Valle d'Aosta	Calabria
Trentino-Alto Adige	Basilicata

è quella individuata dall'algoritmo primale di Kohler [Arrow-Raynaud 1986] che riassume in un singolo ordinamento un insieme finito di classificazioni originate da diversi criteri di valutazione. Tale algoritmo, rispetto a molti altri modelli per le decisioni multicriterio, ha un duplice vantaggio: è di facile applicazione pratica ed è coerente con un insieme di assiomi¹⁰ che ne assicurano il rigore scientifico. A grandi linee si tratta di costruire una matrice di surclassamento, identificare su ciascuna riga il valore minimo, collocare in cima alla graduatoria l'alternativa che corrisponde al valore più grande dei minimi selezionati, cancellare nella matrice la riga e colonna relativi all'opzione scelta (se ci sono valori uguali se ne scelga arbitrariamente uno) e ripetere iterativamente tale procedura finché tutte le alternative sono state ordinate.

Una volta ricavata la graduatoria regionale dei fabbisogni di spesa sanitaria essa è stata messa a confronto con la graduatoria della spesa pro capite [cfr. tab. 6].

È facile osservare la generale discordanza fra livello del bisogno e

¹⁰ Gli assiomi sono cinque: dominio non limitato, simmetria, associazione certa, principio di indipendenza sequenziale decrescente, saggezza. Per un approfondimento si rimanda al testo di Arrow e Raynaud citato in bibliografia.

livello della spesa; le difformità più forti si registrano per la Campania, la Calabria, la Sicilia, il Molise, la Basilicata, che rappresentano cinque Regioni sicuramente svantaggiate dall'attuale distribuzione regionale della spesa sanitaria, e per la Valle d'Aosta, il Veneto, il Trentino-Alto Adige ed anche la Liguria, che da questa articolazione territoriale dei flussi di spesa sono invece favorite.

Questo risultato d'altra parte non costituisce una sorpresa: esso è la diretta conseguenza, come è noto, dei meccanismi di riparto del Fondo sanitario nazionale (FSN) che nel tempo sono stati definiti - prima - sulla base del principio della spesa storica (periodo 1980-1986) e - successivamente - sulla base di una serie di indicatori fra cui anche la mobilità interregionale (periodo 1987-1991). Sia il criterio della spesa storica sia quello della mobilità interregionale hanno naturalmente dato vita ad una distribuzione delle risorse che ha risentito della diversa allocazione sul territorio - sfavorevole al Mezzogiorno - dell'offerta dei servizi e soprattutto delle strutture sanitarie pubbliche.

Sarebbe pertanto impensabile, dati gli stringenti vincoli di bilancio, immaginare oggi una completa ed immediata aderenza della graduatoria dei livelli di spesa a quella dei fabbisogni di spesa (significherebbe la chiusura di molti istituti di cura del Centro-Nord Italia), ma è indubbio che uno sforzo debba essere comunque fatto per tenere maggiormente conto, nei meccanismi di attribuzione delle risorse, della differenziazione territoriale dei rischi di malattia - che sono strettamente connessi alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione - e dell'obiettivo di una parziale convergenza dei livelli quali-quantitativi della dotazione di infrastrutture. Quest'ultima in modo da ridurre e non assecondare il fenomeno del «pendolarismo» sanitario, manifestazione tangibile dell'incapacità che in alcune parti del paese il sistema sanitario ha di soddisfare le esigenze della domanda.

L'analisi qui svolta non pretende naturalmente di essere infallibile; opinabile è sia il metodo di aggregazione utilizzato - ma quale non lo è - sia la scelta delle variabili assunte a rappresentazione del fabbisogno di risorse sanitarie. Una lezione può essere però sicuramente tratta da questo paragrafo, e cioè che l'intervento pubblico, quando è programmato e predisposto da un'autorità centrale (il riferimento è ai criteri di riparto regionale del FSN), non sempre è sinonimo di equità; conseguentemente occorre avere maggiore coraggio e percorrere più rapidamente di quanto fatto finora la strada verso il potenziamento delle competenze dei livelli di governo regionali. In questa direzione ci sembra comunque andare il recente processo di *regionalizzazione*

della sanità che riconosce alle Regioni la facoltà di aumentare l'aliquota dei contributi sanitari e dei tributi di loro competenza, di intervenire sulle modalità di esonero dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa e di elevare infine le quote fisse sulle prescrizioni di farmaci e di altre prestazioni.

3. Effetti redistributivi del finanziamento del Sistema sanitario nazionale

Il Sistema sanitario nazionale è prevalentemente finanziato sia mediante entrate contributive, sia attraverso il ricorso alla fiscalità generale. Questa particolare configurazione è fonte di rilevanti effetti redistributivi: a fronte di prestazioni fornite in modo indifferenziato a tutti gli utenti, essa introduce infatti, dal lato del prelievo contributivo, una discriminazione di trattamento fra ammontare di reddito, natura del reddito e condizione lavorativa del contribuente¹¹ [Dirindin 1993, 1996].

Fino al 1992 la principale voce di entrata del sistema sanitario era rappresentata dal Fondo sanitario nazionale (in quell'anno il FSN era pari al 92% della spesa sanitaria corrente). Dal 1993 i contributi sanitari, che prima confluivano nel FSN, sono invece attribuiti direttamente alle Regioni e alle Province autonome di residenza dei contribuenti; al FSN, costituito con il solo apporto della fiscalità generale, è affidato il compito di colmare la differenza fra fabbisogno finanziario (pari al prodotto della quota capitaria per il numero di abitanti) e l'ammontare della contribuzione riscossa. Dal 1987 al 1992 [cfr. tabella 8] la proporzione fra entrate contributive (al netto della fiscalizzazione) e fiscalità generale è rimasta praticamente inalterata, nonostante che la stessa legge di attuazione del Servizio sanitario nazionale (l. n. 833/78) enunciasse una chiara preferenza per la seconda modalità di gettito. Nel '94 – i dati sono al lordo della fiscalizzazione – il 52,2% della spesa sanitaria era coperto dal versamento dei contributi, il 47,8% dalla fiscalità generale [cfr. tabella 8].

L'87,2% del gettito contributivo (al netto della fiscalizzazione) proviene – dati '89 – dai contributi versati dai lavoratori dipendenti

¹¹ La riforma sanitaria avviata nel '92 ha introdotto i primi elementi di selettività nell'accesso alle prestazioni sanitarie e ha conseguentemente ridotto i margini di iniquità connessi al diverso meccanismo di partecipazione ai costi e benefici dell'assistenza sanitaria da parte dei cittadini. Tuttavia è rimasta invariata, come vedremo, l'applicazione di aliquote differenti per il lavoro dipendente ed autonomo in corrispondenza, a parità di reddito, di un livello qualitativo e quantitativo di servizi offerti uniforme.

Tab. 7. *Finanziamento del Fondo Sanitario (miliardi di lire correnti)*

	1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986
Prelievo contributivo	48.740	46.385	38.216	33.231	27.120	26.484	25.540
Fiscalità generale	38.033	36.745	25.633	24.705	24.708	19.882	14.568
Altro	2.227	1.310	867	934	822	899	749
FSN	89.000	84.440	64.716	58.870	52.650	47.265	40.857

Fonte: nostra elaborazione da Relazione Generale Situazione Economica del paese, vari anni.

Tab. 8. *Finanziamento del Fondo Sanitario (valori percentuali)*

	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986
Prelievo contributivo	52,2%	48,9%	54,8%	54,9%	59,1%	56,4%	51,5%	56,0%	62,9%
Fiscalità generale	47,8%	51,1%	42,7%	43,5%	39,6%	42,0%	46,9%	42,1%	35,7%
Altro			2,5%	1,6%	1,3%	1,6%	1,6%	1,9%	1,8%
FSN	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione da Relazione Generale Situazione Economica del paese, vari anni.

Tab. 9. *La ripartizione del gettito contributivo fra i lavoratori dipendenti e gli altri contribuenti*

Anni	Gettito da lavoro dipend.	Gettito da altri contribuenti
1986	85,9%	14,1%
1987	85,5%	14,5%
1988	86,3%	13,7%
1989	87,2%	12,8%
1990	84,3%	15,7%
1991	86,6%	13,4%
1992	87,0%	13,0%

Fonte: nostra elaborazione da Relazione Generale Situazione Economica del Paese, vari anni.

(privati e pubblici, compresi gli statali) i cui redditi dichiarati ai fini dell'IRPEF sono pari al 74,8%¹² del reddito complessivo dichiarato, e solo per il 12,8% (tab. 9) dai contributi provenienti dalle altre categorie di reddito che ammontano nelle dichiarazioni IRPEF al 24,7%¹³ del totale cespiti.

¹² «Analisi delle dichiarazioni dei redditi delle persone fisiche presentate nel 1990», Ministero delle Finanze, 1992.

¹³ Sono stati esclusi da questo conteggio i redditi diversi e a tassazione separata.

Ricapitolando, quindi, la spesa sanitaria è alimentata in misura prevalente dal prelievo contributivo che ricade specialmente sui reddi-
da lavoro dipendente. Esiste quindi una disparità di trattamento fra
tologie di contribuenti, che risulta ancora più evidente se, per tene-
conto del fenomeno dell'evasione fiscale, si confronta la quota con-
tributiva versata dai lavoratori dipendenti - 87% nel '92 (tab. 9) -
con la quota che spetta loro nella distribuzione del reddito primario:
47% sempre nel '92¹⁴.

La lettura della tabella 10 conferma il giudizio negativo sul fun-
zionamento del meccanismo contributivo, qui descritto nelle sue linee
principali secondo quanto disposto rispettivamente dalle l. 41/86,
537/93 e dal D.l. 41/95. Alla prima legge si deve il disegno dell'attua-
regime contributivo: le successive leggi, infatti, hanno apportato al-
cune correzioni senza mai stravolgere l'impianto di fondo, che nei
suoi aspetti essenziali è il seguente:

— l'aliquota contributiva si applica al reddito imponibile a fini
IRPEF;

— l'aliquota è differenziata per condizione lavorativa del contri-
bute, ammontare del reddito e natura dello stesso;

— l'aliquota complessiva sul lavoro dipendente è pari al 10,6%¹⁵,
quella sul lavoro autonomo al 6,6%. Sopra i 40 milioni e fino a 150 le
due diverse aliquote scendono entrambe al 4,6%; sopra i 150 milioni
azzerano;

— i redditi domenicali, agrari, di fabbricati e di capitale inferiori
4 milioni di lire sono esentati dalla contribuzione; i valori superiori
ai 4 milioni sono soggetti alle aliquote del 6,6% e 4,6% (per un imponi-
bile rispettivamente non superiore ai 40 e ai 150 milioni);

— i redditi dei pensionati - che nel 1986 erano liberi dalla con-
tribuzione - superiori ai 18 milioni sono soggetti alle aliquote dello
0,9% e 0,4% per redditi rispettivamente inferiori ai 40 e 150 milioni.

Nel complesso la normativa relativa al prelievo contributivo intro-
duce vistose distorsioni, violando ogni principio di giustizia distributi-
va. Se si fa riferimento al criterio della capacità contributiva, che ri-
chiede di commisurare l'entità della esazione alla situazione economi-
ca dell'utente, non si capisce perché soggetti¹⁶ (lavoratori dipendenti
e no) con il medesimo livello di reddito subiscano un trattamento

¹⁴ Stime IRPET (Istituto regionale per la programmazione economica della Tosca-
na).

¹⁵ Il 9,6% a carico del datore di lavoro, l'1% a carico dei lavoratori.

¹⁶ L'ipotesi qui implicita è che i contributi a carico dei datori di lavoro siano
traslati sulle retribuzioni.

Tab. 10. Aliquote contributive per il Ssn (legge 41/86)

	redditi fino a 40 milioni	redditi fra 40 e 100 milioni
Lavoro dipendente	10,95	4
datore di lavoro	9,6	3,8
lavoratore	1,35	0,2
Lavoro autonomo	7,5	4

Tab. 11. Aliquote contributive per il Ssn (legge 537/93 e d.l. 41/95)

	redditi fino a 40 milioni	redditi fra 40 e 150 milioni
Lavoro dipendente	10,6	4,6
datore di lavoro	9,6	3,8
lavoratore	1	0,8
Lavoro autonomo	6,6	4,6
Pensioni (> 18 milioni)	0,9	0,4

fiscale così diverso, o perché gli individui economicamente più facoltosi beneficino di aliquote inferiori, con la conseguenza di provocare rilevanti iniquità di tipo orizzontale – nel primo caso – e verticale – nel secondo caso. Se si fa riferimento al principio del beneficio, che prevede un collegamento fra l'importo dei contributi e quello delle prestazioni, si può giustificare la regressività delle aliquote ammettendo che utilità e consumi crescano in modo meno che proporzionale rispetto al reddito, ma certamente non si comprende la motivazione che sta dietro l'applicazione di aliquote differenziate secondo la particolare condizione lavorativa del contribuente. Analogamente sono oscure le ragioni che hanno consigliato il legislatore a discriminare ai fini contributivi i redditi secondo la loro diversa natura: quali sono le motivazioni di ordine teorico che assicurano ai redditi fondiari e di capitale il privilegio di essere inclusi nel reddito imponibile solo oltre la soglia dei 4 milioni? Per i redditi fondiari forse si possono invocare principi di solidarietà nei confronti di una categoria svantaggiata, ma di sicuro è difficile immaginare come svantaggiata la totalità dei percettori di reddito da capitale.

In conclusione, il vigente sistema di finanziamento della spesa sanitaria è sicuramente penalizzante per la categoria dei lavoratori dipendenti: su di essi non solo gravano, per i noti problemi della eva-

sione ed elusione fiscale, i maggiori oneri della fiscalità generale, ma anche la quota più ampia del carico contributivo. La conseguenza è una redistribuzione fra tipologie di reddito che premia i redditi da lavoro non dipendente e che costituisce uno degli effetti più perversi dell'attuale politica di protezione sociale del nostro paese. Meno importanti gli effetti distributivi connessi alla regressività delle aliquote, sia perché i principali beneficiari della spesa sanitaria sono i gruppi sociali a basso e medio reddito¹⁷, sia perché dal '93 sono stati introdotti sistemi di compartecipazione al costo delle prestazioni volti a salvaguardare proprio i soggetti meno abbienti.

Riferimenti bibliografici

- Arrow, K. J. e Raynaud, H. (1986), *Social Choice and Multicriterion Decision-Making*, Cambridge-London, The MIT Press.
- Cislaghi, C. (1993), *Analisi dell'equità nel sistema sanitario italiano*, in France e Attanasio [1993].
- Culyer, A. J. e Wagstaff, A. (1993), *Equity and Equality in Health and Health Care*, in «Journal of Health Economics», vol. 12, pp. 431-457.
- Dasgupta, P., (1986), *Positive Freedom, Markets, and the Welfare State*, in «Oxford Review of Economic Policy», 2.
- Dirindin, N. (1993), *Armonizzazione delle aliquote, regressività e fiscal drag nel sistema di finanziamento del SSN*, in France e Attanasio [1993].
- (1996), *Chi paga per la salute degli italiani?*, Bologna, Il Mulino.
- Fabbris, L. (1991), *Analisi esplorativa di dati multidimensionali*, Padova, CLEUP.
- France, G. e Attanasio E. (1993), *Economia Sanitaria*, Milano, Giuffrè.
- Geddes, M. (a cura di) (1995), *Rapporto sulla salute in Europa*, Roma, Ediesse.
- Goodin, R. e Le Grand, J. (1987), *Not Only the Poor*, London, Allen & Unwin.
- ISTAT (vari anni), *Statistiche della sanità*, Roma, ISTAT.
- (vari anni), *Nascite e decessi*, Roma, ISTAT.
- (vari anni) *Indagine multiscopo sulle famiglie*, Roma, ISTAT.
- (vari anni), *Statistiche della previdenza, della sanità e dell'assistenza sociale*, Roma, ISTAT.
- Le Grand, J., (1991), *Equity and Choice*, London, Harper & Collins.
- Mapelli, V. (1993), *Libertà di scelta ed equità nel sistema sanitario nazionale*, in France e Attanasio [1993].
- Negri, N. e Saraceno, C. (1996), *Le politiche contro la povertà in Italia*, Bologna, Il Mulino.

¹⁷ Paci [1993].

- Nijkamp, P., Leitner, H. e Wrigley, N. (a cura di) (1985), *Measuring the Unmeasurable*, New York, Martinus Nijhoff.
- Paci, M. (a cura di) (1993), *Le dimensioni della disuguaglianza*, Rapporto della Fondazione CESPE, Bologna, Il Mulino.
- Sen, A. (1985), *The Moral Standing of the Market*, in «Social Philosophy and Policy», 2.
- (1994), *La disuguaglianza*, Bologna, Il Mulino.