

FEDERALISMO FISCALE E SANITÀ

GILBERTO MURARO

pubblicazione internet realizzata con contributo della



società italiana di economia pubblica

dipartimento di economia pubblica e territoriale – università di Pavia

*Il futuro dei sistemi di welfare nazionali
fra integrazione europea e decentramento regionale*

Gilberto Muraro, Università di Padova

Federalismo fiscale e sanità*

Il tema specifico della sanità nel nuovo quadro federalista dell'Italia non è comprensibile appieno se prima non si illustra il contesto generale entro cui esso si pone e in cui occorre proiettarne l'evoluzione futura.

La presente nota inizia quindi con una breve sintesi dell'ascesa e caduta dello stato sociale (par. 1) e dell'ulteriore impatto che sulla spesa sociale degli stati nazionali è derivata dalla globalizzazione in corso nell'ultimo decennio (par. 2), considerando poi la dinamica della spesa sanitaria nei principali paesi dell'Ocse e in Italia anche rispetto alla ripartizione tra sfera pubblica e sfera privata (par. 3 e 4). Al federalismo italiano in sanità, nei suoi lineamenti attuali e in quelli prevedibili nel breve e nel lungo periodo, è dedicata la seconda parte della nota (par. 5 e ss.).

Il riferimento prevalente dell'analisi è fornito dal concetto di equità, di cui si cerca di illustrare, nei vari contesti esaminati, il contenuto concettuale adottato e il grado di realizzazione concreta.

Parte 1°- La sanità nella parabola dello stato sociale

1- Ascesa e caduta dello stato sociale

Lo stato sociale , inteso come insieme elevato di servizi sociali di massa finanziati da un'imposizione progressiva, ha radici lontane. Già nella seconda metà dell'Ottocento – in quella fase che Steve (1972) denomina della finanza radicale, per indicare una finanza liberale divenuta consapevole dei problemi redistributivi – si trova qualche forma di impegno pubblico in campo sociale, al di là della mera assistenza agli emarginati, e si trova qualche embrione di imposta progressiva sul reddito. Ma la crescita dell'ideologia e degli istituti dello stato sociale nella prima metà del Novecento è lenta e non sempre lineare.

Bisogna arrivare al secondo dopoguerra per trovare nei paesi occidentali, in particolare in quelli europei, la giusta combinazione di volontà politica e di capacità gestionale che consente di realizzare davvero lo stato sociale: previdenza e assistenza di massa , sanità di massa, istruzione di massa L'incidenza della spesa pubblica sul Pil , trascinata dalla componente sociale, cresce in trent'anni più di quanto non sia cresciuta nell'arco dei due secoli precedenti. Cresce correlativamente il prelievo tributario, che fa leva in particolare su imposte generali e progressive sul reddito. Alcune nuove costituzioni, come quella italiana, fanno assurgere il principio della capacità contributiva e il criterio della progressività a norme costituzionali. Anche dove manca questa consacrazione formale, la progressività assurge di fatto a paradigma di etica tributaria e a elemento distintivo di civiltà politica. L'ultimo ventennio assiste però alla crisi dello stato sociale, mentre la progressività perde smalto, quando non finisce addirittura nel novero dei mali da sradicare. A questa evoluzione, che segna in profondità l'esperienza di vita dell'attuale generazione adulta e che determina lo scenario in cui si deve ora operare, occorre dedicare una sia pur breve riflessione.

Nel secondo dopoguerra gli Stati capitalistici evoluti arrivano tutti all'effettivo suffragio universale, che prima risultava spesso carente sul piano giuridico o fattuale. L'aspetto più affascinante di questo segmento di storia mondiale, e in particolare europeo, è pertanto la convivenza tra un principio di organizzazione politica che distribuiva il potere uniformemente e un

* Ricerca svolta con il contributo del Miur, nell'ambito del progetto nazionale "Il decentramento della sanità; effetti sul sistema di finanziamento e sulla gestione dei servizi". Ringrazio, senza renderlo corresponsabile degli errori e delle opinioni, Vincenzo Rebba che mi ha fornito estesi commenti.

principio di organizzazione economica, basato sul mercato e teso alla ripresa del libero commercio internazionale, che portava a forti disuguaglianze nella distribuzione della ricchezza.

Se si affidasse al computer la previsione dell'assetto finale di una società in cui vige il primato della politica e in cui si parte con vistose differenze economiche, è probabile che il computer formulerebbe la seguente profezia: il 51% più povero dell'elettorato si coalizza e approva una legge con cui espropria i beni del 49% più ricco.

Ciò non è avvenuto, per molti motivi: da quelli insegnati dalla teoria delle scelte collettive e relativi alla difficoltà di creare e mantenere le coalizioni a quelli, molto più pratici ma ancora più convincenti, legati alle aspettative di "reazioni" fuori regola" (in pratica, il timore di rivolte vincenti da parte della minoranza ricca), a quelli basati sulla speranza di molti elettori poveri di riuscire a salire, o di vedere i figli salire, nella scala dei redditi e a godere così dei vantaggi della maggiore crescita economica assicurata da una società ragionevolmente disuguale rispetto ad una rigidamente uniforme. Ma il motivo fondamentale della tenuta e dello sviluppo pacifico delle società capitalistiche evolute sta senza dubbio nell'aver trovato un implicito accordo costituzionale basato sullo stato sociale in uno scenario di crescita economica. Servizi uniformi di massa finanziati da un prelievo progressivo hanno attuato una profonda redistribuzione in natura, che, a differenza di un esproprio e una redistribuzione in denaro, è risultata accettabile per la minoranza chiamata a pagare molto più di quanto non ricevesse: accettabile anche perché l'aumento del reddito nazionale in una società capitalistica senza grossi traumi interni assicurava a detta minoranza guadagni netti crescenti nel tempo, a dispetto del gravame fiscale.

In tale scenario l'imposta progressiva godeva poi di un peculiare motivo di popolarità agli occhi del governo e di parte dell'opinione pubblica, perché si inaspriva automaticamente e nascostamente con l'inflazione strisciante che caratterizzò il primo trentennio di questo dopoguerra: l'aumento del livello generale dei prezzi e dei salari gonfiava i redditi nominali e faceva quindi crescere il prelievo anche a reddito reale inalterato, così accompagnando la crescita della spesa pubblica senza bisogno di ricorrere a modifiche tributarie esplicite.

Perché questo modello politico ed economico ad un certo punto entrò in crisi? Varie sono le concause. Dopo un ventennio d'oro di crescita forte e regolare, l'economia capitalistica passa negli anni 70, con i problemi di governabilità interni e le crisi energetiche, ad una fase di evoluzione incerta e ciclica. Il prelievo fiscale diventa così più difficile. In particolare, le fiammate inflazionistiche rendono aspra e insopportabile quella crescita automatica dell'imposta progressiva che prima era benvenuta (*taxation without representation*, diventa la fondata accusa contro l'imposta non indicizzata nei confronti dell'inflazione), mentre risulta sempre più diffuso il timore che le alte aliquote marginali di tale imposta scoraggino l'accumulazione capitalistica e legittimino l'abbandono del dovere etico del pagamento tributario anche nei paesi a più elevata moralità fiscale. Cresce poi l'ostilità verso la spesa sociale: ostilità a benefici che premiano l'assistito professionale o l'invalido fasullo anziché tutelare il disoccupato o l'infortunato involontario; ostilità a spese sanitarie legate agli stili di vita improvvidi dei pazienti più che alle disgrazie esterne; ostilità all'istruzione superiore elargita anche agli immeritevoli a carico magari di contribuenti meno abbienti; ostilità alle pensioni troppo generose raggiunte a età troppo basse; ostilità soprattutto contro i costi, gli abusi, la corruzione, l'inefficienza del largo apparato politico-burocratico che gestisce lo stato sociale.

Si aggiungano i dati strutturali che attenuano i legami di solidarietà sociale: il fattore demografico, che fa intravedere un peso crescente sui giovani a vantaggio degli anziani; e il fattore sociologico, che vede la caduta della classe operaia, che era sempre stata portatrice di legami solidaristici, e l'ascesa dei lavoratori autonomi e dei piccoli imprenditori, all'insegna di un individualismo più spinto e di un senso quasi aggressivo della competizione economica.

Usando le categorie analitiche della teoria delle scelte collettive, tutto ciò fa capire come un bel giorno l'elettore mediano, quello che fa da ago della bilancia nei risultati elettorali e che fino al giorno prima aveva votato per l'espansione dello Stato del benessere, si accorga che il beneficio marginale della spesa pubblica è diventato inferiore al sacrificio marginale dell'imposta e voti per i partiti e i leader che promettono riduzione di spese sociali e di pressione fiscale. Nei casi più noti, ad esempio con Margareth Thatcher in Gran Bretagna nel 1979 e Ronald Reagan negli Usa nel

1980, si ha il cambiamento dei governi. In altri casi rimangono al potere le maggioranze precedenti ma con piattaforme programmatiche profondamente mutate.

Non sempre i propositi si realizzano subito. Lo Stato sociale ha creato diritti soggettivi non modificabili, almeno nel breve periodo, e ha creato istituzioni e regole dotate di forte inerzia. Inoltre, i problemi emergenti dalle crisi economiche o dalle trasformazioni tecniche imposte dalla rivoluzione informatica e telematica alimentano nuovi interventi pubblici per la riconversione di attività industriali e per la riqualificazione della forza lavoro, nonostante la nuova cultura politica dominante. Ma anche quando ciò mantenga un temporaneo trend ascendente della spesa pubblica, è certo che gli umori collettivi sono cambiati in profondità nel giro di pochi anni in tutta l'area dei paesi industriali maturi.¹ Sul fronte fiscale, il ridimensionamento dello Stato sociale mantiene pur sempre in vita l'imposta progressiva sul reddito, ma a prezzo di un suo ridimensionamento: affievolita la dinamica rispetto al Pil attraverso vari fattori di indicizzazione; diminuita l'incidenza sulle entrate tributarie per il *revival* della imposizione indiretta; infine e soprattutto, abbassato il grado di progressività e quindi la capacità redistributiva dell'imposta, in particolare attraverso un abbassamento delle aliquote marginali più elevate

Questo è anche il percorso che compie l'Italia, sia pure con un significativo ritardo temporale e da ultimo con alcuni passaggi peculiari dovuti alle particolari vicende politico-giudiziarie degli anni '90. Il nostro Paese arriva al modello fiscale dell'Europa centrosettentrionale solo con la riforma del 1973-74, ossia vicino all'inizio della crisi mondiale di tale modello, e per parecchi anni dopo che altrove il trend della spesa sociale si è modificato o almeno attenuato da noi si continua a gonfiare la spesa sociale, alimentandola con un crescente indebitamento pubblico. Bisogna arrivare al 1992 e in particolare alla scommessa sull'Euro del 1996 per registrare un rapido risanamento della finanza pubblica attraverso l'aumento della pressione fiscale, il processo di privatizzazione delle imprese pubbliche, la riduzione della spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil, la riforma pensionistica.

2. La globalizzazione dell'economia e la minaccia di regressività tributaria

Tornando allo scenario globale, occorre ora innestare nell'evoluzione dello stato sociale appena riassunta il fenomeno della globalizzazione, legato a tanti fattori di cui i più importanti sono: la crescita delle "tigri asiatiche, che ha dilatato l'intreccio produttivo e lo scambio commerciale; la rivoluzione telematica che ha annullato lo spazio, consentendo transazioni immediate in ogni parte del mondo e integrando i mercati finanziari; la caduta del sistema sovietico, 200 anni dopo la rivoluzione francese, che ha tolto ogni alternativa ideologica, rendendo "pensiero unico" la fede, già vincente, nel libero mercato interno e internazionale.

La globalizzazione ha un impatto sconvolgente sulla finanza pubblica, poiché fa cadere il presupposto su cui sono stati fino ad oggi elaborati gli ordinamenti fiscali e gli stessi paradigmi di analisi degli studiosi: quello della coincidenza nella medesima persona delle figure dell'elettore, del beneficiario della spesa pubblica e del contribuente. Nella nostra tradizione politica, la democrazia economica in campo pubblico implica che il cittadino dovrà pagare i tributi che i rappresentanti popolari, che egli contribuisce a scegliere, imporranno per finanziare la spesa di cui anche lui si avvantaggerà; e ciò è visto come un sistema autobilanciato di poteri e doveri che assicura la coerenza interna del governo della cosa pubblica e quindi la stabilità della stessa democrazia politica.²

Orbene, con la globalizzazione economica il cittadino continua a votare nel Paese di appartenenza e a godere in tale Paese dei benefici della spesa pubblica; ma può in numerosi casi - come investitore finanziario o come imprenditore e talora perfino come lavoratore - scegliere il Paese dove pagare almeno una parte dei tributi, attraverso un'opportuna localizzazione degli investimenti

¹ Per approfondimenti sulla parabola politica dello Stato sociale e dell'imposta progressiva, vedi Muraro (1994).

² Il sistema ammette eccezioni a livello di finanza subnazionale, come è ben noto in Italia dove la riforma tributaria del 1973-74 aveva configurato per gli enti locali una finanza alimentata essenzialmente dai trasferimenti statali. Ma è un'eccezione giudicata male, perché, come dimostra il caso italiano, il cittadino è allora indotto a chiedere all'ente locale una spesa superiore a quella che considererebbe opportuna se la dovesse finanziare come contribuente; tanto è vero che nell'ultimo quindicennio si è avviato nel nostro Paese un processo di crescente autonomia tributaria degli enti locali.

finanziari o delle attività produttive o della propria sede di lavoro nonché attraverso un accorto uso dei cosiddetti prezzi di trasferimento che determinano il valore delle transazioni interaziendali nelle imprese multinazionali e quindi contribuiscono a definire le quote del reddito d'impresa che figurano formate nei vari paesi.

E' ovvio che il contribuente sia tentato di pagare nello Stato meno esoso, impoverendo quello di appartenenza. La prospettiva contempla quindi per gli Stati nazionali la perdita della sovranità tributaria su quote importanti di imponibile. Al limite vale la brillante sintesi di Giulio Tremonti che parafrasa Adam Smith parlando di "nazioni senza ricchezza e ricchezze senza nazione"³.

Nel tentativo di arginare l'emorragia fiscale e semmai di conquistare quote di contribuenti esteri, ogni Stato è spinto ad abbassare le aliquote sulla parte mobile della materia imponibile: plusvalenze e rendite finanziarie; reddito d'impresa; alti redditi di dirigenti, professionisti, sportivi e artisti; consumi di lusso soggetti a potenziale contrabbando; persino reddito di seconde case, a dispetto del carattere immobiliare dell'imponibile, dato che il flusso dei futuri investimenti in case di vacanza è esposto alla concorrenza estera. Rimane allo Stato l'imponibile offerto dai fattori poco mobili: il lavoro, i consumi, le rendite immobiliari; anzi, la parte di tale imponibile rappresentata dai valori individuali più bassi, per quanto appena detto sulla mobilità della frangia di valori unitari più elevati.⁴

Il sistema tributario nazionale tende quindi a diventare regressivo nella sua struttura; e quanto al gettito, esso incontra limiti severi nella prevedibile reazione dei contribuenti verso gravami eccessivi. Si va quindi incontro a una "crisi fiscale" dello Stato, ossia all'incapacità dello Stato di prelevare quanto serve per il finanziamento della spesa pubblica.

Una prima reazione a questa tendenza è offerta dallo sforzo di coordinamento dei sistemi fiscali e di comune battaglia ai "paradisi fiscali" che da tempo è in atto nell'Unione Europea: un approccio che non può sin qui vantare grandi risultati e che appare comunque insufficiente, dato che le imprese e gli investitori finanziari operano ormai a livello mondiale. Rimane tuttavia un obiettivo appropriato, di cui va quindi auspicato il raggiungimento.

Un ben più significativo contributo alla soluzione dell'anzidetta crisi fiscale dello Stato è dato dalla riduzione e dal decentramento della spesa pubblica. Il principio di sussidiarietà, introdotto dagli accordi comunitari e ormai entrato nella comune cultura politica, implica esattamente che lo Stato sia sussidiario al mercato e che l'ente pubblico superiore sia sussidiario a quello inferiore.

In altre parole, si lasci al mercato, inteso in senso lato come dominio delle relazioni volontarie, tutto ciò che esso può svolgere in modo efficace ed efficiente; e all'interno della sfera pubblica, si chiami in causa l'ente superiore solo per ciò che non può essere svolto bene a livello più basso. Ne deriva un minor fabbisogno di prelievo complessivo e un

Sotto il primo profilo, si cerca di ridimensionare la funzione dello Stato, facendo in modo che nella società si sprigionino altre risposte ai problemi di sicurezza e di protezione che continuano ad esserci. Si allarga ovviamente lo spazio di mercato, soprattutto in termini di previdenza integrativa, ma si allarga anche il non profit e torna in auge il volontariato: quel volontariato che è sempre esistito ma che nei primi decenni del secondo dopoguerra era da più parti guardato con ostilità perché nasceva dall'idea della carità, mentre nello stato sociale si trattava di difendere dei diritti attraverso un'azione pubblica basata non su specifici donatori e beneficiari ma su un universale patto di cittadinanza.

Sotto il secondo profilo ne deriva che il prelievo pubblico, già ridotto a livello complessivo, è anche più spostato sugli enti locali, i quali incontrano minore difficoltà nell'imposizione, dato che possono dimostrare che le risorse rimangono in loco.

³ Cfr. AA.VV (1993).

⁴ Fino a poco tempo fa il caso italiano, caratterizzato da superpressione fiscale sulle imprese, appariva anomalo in simile scenario internazionale. Ma nell'ultimo biennio alcune innovazioni tributarie indicano che si va in tale direzione. E comunque il segnale che proviene dalla scena mondiale non lascia adito a dubbi: la tassazione del capitale nell'ultimo decennio è fortemente diminuita, quella sul lavoro è fortemente aumentata.

E' a tale dinamica tributaria che il commissario europeo Mario Monti attribuisce parte significativa delle responsabilità per l'alta disoccupazione presente nei paesi dell'Unione. Da qui il suo sforzo, quando aveva competenza in materia, per un coordinamento delle politiche tributarie dei paesi membri che consentisse di frenare la competizione fiscale tra Stati, di aumentare le imposte sulle rendite e le plusvalenze finanziarie, di ridurre l'onere sul lavoro.

Lo stato sociale cede così il passo alla “comunità solidale”(welfare community), capace di rispondere alla domanda di protezione individuale attraverso molti canali, pubblici e privati, centrali e periferici, all’insegna della sussidiarietà. In questa ottica è bene sottolineare che anche il decentramento appare un aspetto della sussidiarietà. Esso può trovare altre concause importanti, ma si innesta in una tendenza riscontrabile anche in paesi senza scontri tra etnie e senza forti squilibri economici interni e con una pubblica amministrazione efficiente; e appare una tendenza duratura entro cui occorre quindi collocare le revisioni e le proposte concernenti le politiche sociali di settore.

Vediamo ora se e come questa generale tendenza si sia manifestata nel campo della sanità.

3. Evoluzione del livello e della composizione della spesa sanitaria

3.1 La dinamica della spesa pubblica e privata nei principali paesi dell’Ocse

Considerando i dati Ocse per i dieci paesi più rappresentativi e considerando il quarantennale arco di tempo che va dal 1960 al 2000, si osservano le seguenti dinamiche.

In primo luogo, la tabella 1 evidenzia per tutti i paesi una tendenza di lungo periodo alla crescita della percentuale di Pil dedicata alla spesa sanitaria: la maggioranza dei paesi ha nel 2000 una percentuale più che doppia di quella registrata quarant’anni prima. Sembra quindi venire confermata la tradizionale ipotesi di sanità come “bene di lusso”, avendo elasticità al reddito superiore ad 1. Ma, al contempo, si nota nell’ultimo periodo degli anni ’90 una stasi o, addirittura, una inversione di tendenza con una ripresa tra il 1998 e il 1999.⁵

Andamento analogo si trova nella componente pubblica (tab. 2), mentre la spesa privata si è mossa con accelerazioni o decelerazioni opposte a quelle della componente pubblica, senza però riuscire ad essere pienamente compensativa.

Consegue da tali andamenti che la percentuale di spesa pubblica sulla spesa sanitaria complessiva è diminuita. E lo si verifica in tab. 3 dove si osserva che nella maggioranza dei casi la massima incidenza della quota pubblica si realizza nel 1980 (nel 1970 in Italia, nel 1990 in Svizzera, nel 1995 in Olanda, nel 1996 negli Usa). La diminuzione va da un minimo, quasi impercettibile, di circa un punto percentuale per gli Usa ai 10,8 punti per la Svizzera.⁶ E’ immediatamente visibile in tale periodo un processo di convergenza dei sistemi sanitari dal punto di vista della composizione della spesa sanitaria: il rapporto tra percentuale massima e percentuale minima della quota pubblica nel 1980 era pari a 2,23 (92,5% della Svezia contro 41,5% degli Usa); tale rapporto è sceso a 1,88 nel 1998 (83,8% di nuovo della Svezia contro il 44,5% degli Usa).⁷ Ma non appare lecito estrapolare tale andamento per il futuro, poiché la percentuale della sanità pubblica non è cresciuta di molto negli ultimi due anni nei paesi orientati al privato, Svizzera e Usa, ed ha ripreso a crescere nei sistemi di tipo pubblico.⁸

La sostanziale stabilità della spesa nel corso degli anni ‘90 ha indotto vari autori a prevedere una domanda stabile anche in futuro.⁹ Ma tale tesi non appare convincente perché in realtà continuano ad operare due fattori di crescita: aumento dell’uso medio di servizi sanitari pro capite e variazioni dei costi unitari causati da una dinamica positiva dei prezzi relativi della spesa sanitaria rispetto al Pil.¹⁰ Questi fattori di crescita dovrebbero comportare una dilatazione della spesa pur in presenza

⁵ Solo la Svizzera ha continuato a crescere, esibendo la propria massima incidenza percentuale, pari al 10,7%, nel 2000; Italia e Gran Bretagna, dopo un rallentamento avvenuto nella seconda metà degli anni ‘90, hanno ripreso a crescere dal 1998; la Germania ha nel 2000 la stessa percentuale, 10,6%, del 1995, mentre gli altri paesi hanno tutti percentuali inferiori al massimo, raggiunto nella prima metà degli anni ‘90 (e molto prima nel caso della Svezia).

⁶ La riduzione registrata dall’Italia rispetto al dato del 1970, pari a 86,9% (che fa sorgere qualche dubbio interpretativo) sarebbe però quella più marcata: del 13,2%.

⁷ Il rapporto scenderebbe ulteriormente a 1,82 nel 2000 (81% della Gran Bretagna, contro 44,3% degli USA. Per tale anno non è però disponibile il dato sulla spesa sanitaria pubblica della Svezia).

⁸ Le sole eccezioni sono rappresentate dalla Francia (dove è stabile al 76%) e dalla Spagna (dove si è ridotta dal 70,2% del 1999 al 69,9% del 2000).

⁹ Si vedano, ad esempio, Piperno (1997) Bariletti e Mapelli (1998) e Hofmarcher (1999).

¹⁰ Si veda su questo punto Muraro e Rebba (2001).

delle politiche restrittive dal lato della domanda e dal lato dell'offerta che tutti i paesi hanno avviato sin dagli anni '80 e di cui è prevedibile il mantenimento anche in futuro.

A supporto di questa previsione, va notato innanzitutto che l'aumento della domanda di prestazioni è legata a elementi demografici e tecnologici, essenzialmente l'invecchiamento della popolazione e la dilatazione delle possibilità di intervento curativo e riabilitativo indotta dal progresso scientifico; ma è legata anche all'aumento del reddito pro capite, che porta *naturaliter* a dilatare più che proporzionalmente le cure per la propria persona.

Rispetto alla tradizionale visione della medicina, che contemplava cure essenziali ed esclusive rispetto alle quali la domanda si presentava rigida al prezzo fino a che non incontrava un limite di reddito (limite che ovviamente va rimosso per elementari considerazioni di solidarietà), da tempo si è enormemente allargato il comparto delle prestazioni con elasticità positiva rispetto al prezzo, associata spesso ad un'alta elasticità incrociata tra metodi terapeutici. Si pone quindi un elevato rischio di dilatazione della domanda in mancanza di prezzo; e ciò si aggiunge al tradizionale connotato del mercato sanitario che è rappresentato dalla forte asimmetria informativa tra medico e paziente e dalla conseguente capacità dell'offerta di generare domanda.

I sistemi sanitari, dagli anni '80, alcuni già dalla metà degli anni '70, hanno cercato di controllare la spesa generata dai due fattori anzidetti – “sprechi” da parte del paziente e induzione di domanda da parte delle strutture e degli operatori sanitari - attuando vari interventi, sia dal lato della domanda, sia dal lato dell'offerta.

I controlli dal lato della domanda consistono fondamentalmente in compartecipazioni al costo dei servizi e su di essi ci si soffermerà più avanti per i rilevanti problemi di equità che essi sollevano.

Dal lato dell'offerta, le singole forme di controllo della spesa sanitaria appaiono mutevoli nel tempo e probabilmente continueranno ad esserlo perché errori di previsione ed effetti di apprendimento da parte dei controllati rendono l'efficacia inferiore a quella promessa da parte di nuovi strumenti. Al massimo si può prevedere uno sforzo dei sistemi sanitari ad allargare lo spazio degli incentivi ai fornitori (remunerazioni in base a tariffe prospettiche; responsabilità di budget per i fornitori pubblici) riducendo quello dei vincoli (limiti di spesa, prezzi e salari controllati, ecc.). Sotto tale profilo è ravvisabile una larga tendenza nei sistemi sanitari pubblici a incorporare regole che introducano il mercato in quella che prima si presentava come una struttura assolutamente monopolistica nei rapporti con i pazienti e rigidamente ispirata al modello pubblicistico dei ruoli al suo interno. Le innovazioni in tal senso hanno assunto denominazioni varie: quasi-mercati, mercati amministrati, mercati interni, concorrenza amministrata, concorrenza guidata, concorrenza regolata. Il fattore comune è l'obiettivo di introdurre nella sfera decisionale degli operatori pubblici uno spazio per le forze di mercato che spinga a perseguire una maggiore efficienza, ad adottare le innovazioni, a fornire servizi più in linea con le preferenze dei consumatori.

Sempre dal lato dell'offerta, è da prevedere che acquisterà peso crescente in campo pubblico lo strumento dei limiti alla gamma delle prestazioni erogabili, a fronte di una domanda di prestazioni sanitarie che tende a crescere ben oltre i confini antichi del settore e ben oltre i confini attuali e prospettici della “medicina di provata efficacia” (*evidence based medicine*). A questo riguardo, si osserva già ora una sinergia perversa tra una domanda sempre più influenzata dai paradigmi di efficienza fisica e bellezza della società del benessere e un'offerta che trova fertili spazi di espansione oltre i suddetti confini, ad esempio nel campo delle medicine alternative. Laddove opera un'assicurazione privata, la reazione a tali fenomeni si manifesterà sotto forma di segmentazione delle coperture offerte, con significative variazioni di premio.

Tab. 1 - Spesa sanitaria totale in 10 Paesi Ocse: quota percentuale sul Pil – 1960-2000(*)

Anno	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Paese										
Canada	5,4	7	7,2	9,0	9,1	8,9	8,9	9,1	9,2	9,1
Francia	4,2	5,8	7,4	8,6	9,6	9,6	9,4	9,3	9,4	9,5
Germania	4,8	6,3	8,8	8,7	10,6	10,9	10,7	10,6	10,7	10,6
Gran Bretagna	3,9	4,5	5,6	6,0	7,	7,0	6,8	6,8	7,1	7,3
Italia	3,6	5,2	7	8,0	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1
Olanda		6,9	7,5	8,1	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,1
Spagna	1,5	3,6	5,4	6,6	7,7	7,7	7,6	7,6	7,7	7,7
Svezia	4,5	6,9	9,1	8,5	8,1	8,4	8,1	7,9		
Svizzera	4,9	5,6	7,6	8,5	10,0	10,4	10,4	10,6	10,7	10,7
USA	5,1	6,9	8,7	11,9	13,3	13,2	13,0	12,8	13,0	13,0

(*) La spesa sanitaria è basata sulla definizione Ocse e include le spese in conto capitale, le spese correnti di amministrazione e quelle relative alle assicurazioni di malattia.
Fonte: Oecd (2002), Health Data.

Tab. 2 - Spesa sanitaria pubblica in 10 Paesi Ocse: quota percentuale sul Pil – 1960-2000(*)

Anno	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Paese										
Canada	2,3	4,9	5,4	6,7	6,5	6,3	6,2	6,5	6,5	6,5
Francia	2,4	4,3	5,8	6,6	7,3	7,3	7,2	7,1	7,1	7,2
Germania	3,2	4,6	6,9	6,7	8,1	8,4	8,1	7,9	8,0	8,0
Gran Bretagna	3,3	3,9	5,6	5,0	5,8	5,8	5,4	5,5	5,7	5,9
Italia	3,0	4,5	5,6	6,4	5,3	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9
Olanda	1,3	4,2	5,2	5,4	6,0	5,5	5,5	5,5	5,4	5,5
Spagna	0,9	2,3	4,3	5,2	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,4
Svezia	3,3	6,1	8,4	7,6	6,9	7,1	6,8	6,6		
Svizzera	2,4	3,3	4,8	5,7	5,4	5,7	5,7	5,8	5,9	6,0
USA	1,2	2,5	3,6	4,7	6,0	6,0	5,9	5,8	5,7	5,8

(*) La spesa sanitaria è basata sulla definizione Ocse e include le spese in conto capitale, le spese correnti di amministrazione e quelle relative alle assicurazioni di malattia.
Fonte: Oecd (2002), Health Data.

Tab. 3 - Spesa sanitaria pubblica in 10 Paesi Ocse: quota percentuale sulla spesa sanitaria totale – 1960-2000 (*)

Paese	Anno	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Canada		42,6	69,9	75,6	74,6	71,4	70,8	70,2	70,8	70,8	72,0
Francia		57,8	74,7	78,8	76,6	76,1	76,1	76,2	76,0	76,1	76,0
Germania		66,1	72,8	78,7	76,2	76,7	76,8	75,3	74,8	74,8	75,1
Gran Bretagna		85,2	87,0	89,4	83,6	83,9	82,9	79,9	79,9	80,1	81,0
Italia		83,1	86,9	80,5	79,3	72,2	71,8	72,2	72,0	72,3	73,7
Olanda			60,7	69,4	67,1	71,0	66,2	67,8	67,8	66,5	67,5
Spagna		58,7	65,4	79,9	78,7	70,9	71,1	71,1	70,5	70,2	69,9
Svezia		72,6	86,0	92,5	89,9	85,2	84,8	84,3	83,8		
Svizzera		49,2	59,9	63,1	66,4	53,8	54,7	55,2	54,9	55,3	55,6
USA		23,3	36,4	41,5	39,6	45,3	45,5	45,2	44,5	44,3	44,3

(*) La spesa sanitaria è basata sulla definizione Ocse e include le spese in conto capitale, le spese correnti di amministrazione e quelle relative alle assicurazioni di malattia.
Fonte: Oecd (2002), Health Data.

3.2 *La dinamica della spesa sanitaria in Italia*

Rispetto agli andamenti internazionali appena descritti, l'Italia evidenzia una certa omogeneità per quanto riguarda il trend della spesa sanitaria rispetto al Pil, dapprima fortemente crescente e poi frenato, e ciò per effetto prevalente della dinamica della spesa pubblica (tabella 4). Come peculiarità, invece, si segnalano:

- la dinamica rallentata nell'ultimo decennio dei prezzi del settore rispetto all'indice dei prezzi impliciti nel Pil, segno evidente che gli interventi diretti sui compensi degli operatori e sui prezzi dei farmaci sono stati incisivi;
- una frenata particolarmente brusca della spesa sanitaria pubblica nella prima metà degli anni '90¹¹ dovuta agli interventi di riforma sanitaria degli anni '90 (relativi alla "aziendalizzazione" del Servizio sanitario nazionale prevista dai decreti legislativi n. 502/1992 e n. 517/1993) e, soprattutto, ai provvedimenti di risanamento dei conti dello Stato avviati a partire dal 1992;
- la conseguente brusca caduta della quota della spesa pubblica, che dall'86,9% del 1970 (una delle più alte nel panorama internazionale) era scesa gradualmente al 78,4% del 1991, per poi cadere, con andamento oscillante, al 73,7% del 2000.

Più dettagliate informazioni per l'ultimo quindicennio si possono trarre dalla tab. 5 che mette a fuoco la spesa sanitaria corrente. In particolare, essa evidenzia il rimbalzo della spesa pubblica dopo il 1995, che ne alza la quota sul Pil totale al 5,74% nel 2000. Il fenomeno sembra accentuarsi nel 2001 in cui si registra una spesa corrente pubblica pari a 137.969 miliardi di lire (pari a 71.250 milioni di euro). L'effetto espansivo sull'ultimo anno è dovuto soprattutto a due fattori: il nuovo contratto con i medici, che comporta significativi aumenti di compensi; la eliminazione dei ticket su molti farmaci. Contemporaneamente è cresciuta con una dinamica ancora più accentuata la spesa privata che nel 2000 si assesta su un valore stimabile intorno ai 46.220 miliardi di lire, pari a circa 23.870 milioni di euro (Oecd, 2002).

In futuro, nonostante i sistemi di controllo dal lato della domanda e dell'offerta, appare probabile che continuerà la spinta a una spesa crescente a un ritmo superiore a quello dell'economia per le due cause comuni alla generalità dei paesi industrializzati già indicate:

- l'aumento dei consumi sanitari pro capite, quale risultato congiunto dell'invecchiamento della popolazione, del maggior reddito, nonché della dilatazione degli interventi possibili, sia pure a costi elevati, grazie al progresso tecnico-scientifico;
- la crescita tendenziale dei prezzi relativi delle prestazioni sanitarie.

Si rinvia ad altro lavoro per approfondimento su tale tema e sul relativo dibattito, nonché sulle ragioni che inducono a prevedere al 2050 una spesa sanitaria complessiva cresciuta dall'attuale 8% al 10%.¹²

¹¹ L'aggregato totale è diminuito tra 1991 e 1995 di 1,2 punti percentuali sul Pil (da 6,6 a 5,4%), mentre la spesa di parte corrente è diminuita di 1,1 punti percentuali sul Pil (da 6,4 a 5,3%).

¹² Si veda Muraro e Rebba (2001).

Tab. 4 - La spesa sanitaria in Italia – 1960-2000 (*)

	Anno	1960	1970	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990/80	2000/80	2000/90
Spesa sanitaria totale (% Pil)		3,6	5,2	7	7,1	8,0	8,4	8,5	8,6	8,4	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	1,14	1,16	1,01
Spesa sanitaria pubblica (% Pil)		3	4,5	5,6	5,5	6,4	6,6	6,5	6,3	5,9	5,3	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9	1,14	1,05	0,92
Quota pubblica della spesa sanitaria (%)		83,1	86,9	80,5	77,2	79,3	78,4	76,3	73,1	70,6	72,2	71,8	72,2	72,0	72,3	73,7	0,98	0,92	0,93
Spesa sanitaria pro capite (**)		50	157	587	833	1321	1449	1541	1532	1581	1486	1566	1684	1774	1882	2032	1,94	3,46	1,54
Indice relativo prezzi sanitari (rispetto al Pil)		75,6	90,6	78,2	84,5	99,1	102,2	102,5	103,6	102,5	100,0	99,2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			

(*) La spesa sanitaria è basata sulla definizione Ocse e include le spese in conto capitale, le spese correnti di amministrazione e quelle relative alle assicurazioni di malattia.

(**) La spesa sanitaria pro capite è espressa in dollari in Parità del Potere di Acquisto.

Fonte: Oecd (2002), Health Data.

Tab. 5 La spesa sanitaria in Italia – Dinamica della spesa corrente 1986-2000

ANNI	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<i>a) Spesa sanitaria corrente: milioni di euro correnti</i>															
Totale	30.042	35.161	40.000	44.043	52.251	59.569	64.256	66.733	68.425	68.722	74.021	79.763	82.194	83.828	90.764
Pubblica	23.186	27.749	31.676	34.337	41.392	47.296	49.323	48.871	48.835	48.444	52.585	57.014	59.180	60.607	66.893
Privata (*)	6.856	7.412	8.324	9.706	10.859	12.273	14.933	17.862	19.590	20.278	21.436	22.749	23.014	23.221	23.871
% Pubblica	77,18%	78,92%	79,19%	77,96%	79,22%	79,40%	76,76%	73,23%	71,37%	70,49%	71,04%	71,48%	72,00%	72,30%	73,70%
% Privata	22,82%	21,08%	20,81%	22,04%	20,78%	20,60%	23,24%	26,77%	28,63%	29,51%	28,96%	28,52%	28,00%	27,7%	26,3%
<i>b) Spesa sanitaria corrente: incidenza percentuale sul Pil</i>															
Totale	6,48%	6,93%	7,11%	7,15%	7,72%	8,08%	8,28%	8,33%	8,09%	7,51%	7,53%	7,77%	7,66%	7,80%	8,00%
Pubblica	5,00%	5,47%	5,63%	5,58%	6,11%	6,41%	6,36%	6,10%	5,77%	5,30%	5,35%	5,55%	5,52%	5,70%	5,90%
Privata	1,48%	1,46%	1,48%	1,58%	1,60%	1,66%	1,92%	2,23%	2,32%	2,22%	2,18%	2,22%	2,14%	2,10%	2,10%
						1960-70	1970-80	1980-90	1990-2000						
<i>Elasticità spesa sanitaria corrente rispetto al Pil Paesi Ocse</i>						1,41	1,24	1,09							
<i>Elasticità spesa sanitaria corrente rispetto al Pil Italia</i>						1,48	1,07	1,16	1,02						
						<i>Elasticità spesa sanitaria corrente pubblica rispetto al Pil Italia</i>								0,85	
						<i>Elasticità spesa sanitaria corrente privata rispetto al Pil Italia</i>								1,66	

(*) La spesa privata corrente non include la spesa per assicurazioni di malattia o iscrizione a fondi sanitari integrativi. Per il 1998, 1999 e 2000, si indica una stima sulla base dei dati Oecd (2002)

Fonti: Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (vari anni); Istat; Relazione Banca d'Italia (vari anni); Oecd (2002).

4. Prime conclusioni

Quanto sin qui detto porta alle conclusioni che seguono.

1. Lo stato sociale è in crisi rispetto ai tre paradigmi che lo caratterizzavano al suo apice verso la fine degli anni '70: alti livelli di spesa sociale, universalità dei benefici, elevato gettito e progressività dell'imposizione sul reddito. La globalizzazione e la conseguente crisi fiscale dello Stato impedisce di pronosticare nuovi ritorni e fa invece intravedere un sistema meno forte, meno duraturo e più selettivo di protezione dell'individuo.
2. Dal lato dell'offerta di schemi di protezione del reddito, oltre al maggiore spazio lasciato al mercato, sono da considerarsi caratteri permanenti del nuovo contesto un maggior decentramento pubblico e una maggiore presenza del non profit in una logica di sussidiarietà che tende a sostituire il concetto di comunità solidale (*welfare community*) a quello di stato sociale.
3. La sanità appare investita ma non travolta da questo trend che si è scaricato relativamente di più sulla previdenza e sulle forme assistenziali del mercato del lavoro. La diminuzione della quota pubblica durante il periodo del risanamento della finanza pubblica in diversi paesi europei è un capitolo ormai chiuso. L'incidenza sul Pil si è stabilizzata o ha ripreso lentamente a crescere, anche se con ritmi molto contenuti. Il capitolo dell'assistenza ai non autosufficienti, con un mix di servizi sanitari e sociali, sarà un fattore di dilatazione dell'intervento pubblico, probabilmente con modalità mutualistiche più che come componente del servizio sanitario pubblico finanziata da tributi. Poiché si prevede una dinamica della spesa sanitaria complessiva che rimane più accentuata di quella del Pil, sia pure di poco, è prevedibile che la composizione, dopo essersi sbilanciata negli anni '90 con la rapida dilatazione della quota privata e dopo essersi in parte riequilibrata nell'ultimo triennio, tenda in futuro a modificarsi lentamente a favore della componente privata.

Parte 2°- La sanità italiana nel nuovo quadro federalista

5. Il nuovo assetto della sanità pubblica: federalismo sanitario e livelli essenziali di assistenza

Dal 2001 è cambiato radicalmente il sistema di finanziamento della sanità pubblica: è cominciata l'epoca del federalismo fiscale, introdotto dal D.Lgs. 56 del 18 febbraio 2000.¹³ Prima il SSN era finanziato nel seguente modo:

- si calcolava il fabbisogno nazionale corrispondente all'erogazione dei livelli essenziali di tutela sanitaria e si determinava la ripartizione tra Regioni di tale importo sulla base della cosiddetta quota capitaria ponderata¹⁴;
- il fabbisogno regionale così calcolato era coperto, in parte, dal 90% del locale gettito dell'Irap e, per la parte residua, da apposito trasferimento erariale a valere sul Fondo sanitario nazionale.

¹³ Decreto emanato in attuazione della delega contenuta nell'art.10 della legge n. 133 del 13.5.1999, a sua volta riacquiescente alla legge sull'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, attraverso l'art. 19 ter del D.Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999. Si tratta del cosiddetto federalismo fiscale "a costituzione invariata". Contemporaneamente, con la legge costituzionale n. 3 del 2001, si è proceduto anche alla revisione del Titolo V della Costituzione che assegna ora alle Regioni tutte le competenze relative alla sanità, con l'unica eccezione della definizione dei livelli essenziali di assistenza riservata allo Stato.

¹⁴ Il metodo per la stima del fabbisogno regionale è stato messo a punto nei lineamenti fondamentali con il riparto del 1997. Esso considera diverse variabili – sesso, tasso di mortalità, indicatori epidemiologici, densità della popolazione – ma assegna peso di gran lunga rilevante, in linea con le maggiori esperienze estere, al dato della popolazione residente ponderata per classi di età.

La nuova normativa prevede che il finanziamento del SSN sia:

- interamente affidato alle Regioni, ad eccezione di una quota gestita a livello centrale per finalità o programmi particolari (accordi internazionali, ricerca, finanziamento IRCCS);
- basato sulla complessiva finanza regionale, senza più vincoli specifici di destinazione su uno o più tributi.

In estrema sintesi, il nuovo regime contempla

- a) completa abolizione dal 2001 dei trasferimenti erariali integrativi alle Regioni a Statuto Ordinario per la spesa sanitaria (con alcune eccezioni);
- b) sostituzione dei trasferimenti con:
 - aumento aliquota addizionale regionale IRPEF fino allo 0,4%
 - aumento compartecipazione all'accisa sulla benzina da 242 fino a un max. di 250 lire/litro
 - compartecipazione al gettito IVA del 38,55%(determinazione delle esatte misure delle aliquote dei nuovi tributi per consentire dal 2001 la totale copertura dei trasferimenti aboliti).
- c) perequazione in funzione di capacità fiscale (relativa a principali tributi), di capacità di recupero evasione e del fabbisogno sanitario; per un periodo di 13 anni, tale perequazione è legata alla spesa storica). Il fondo perequativo è finanziato dalla compartecipazione Iva;
- d) attivazione di un sistema di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza sanitaria ("Lea") offerti da ciascuna Regione. Il mancato rispetto dei livelli comporta sanzioni anche rispetto ai trasferimenti perequativi.¹⁵

Il successivo accordo Stato –Regioni dell'8 agosto 2001 ha previsto che il finanziamento pubblico della sanità tenda al 6% del Pil, al contempo ribadendo l'obbligo delle Regioni di sanare eventuali deficit. Subito dopo, è giunta la definizione dei "Lea" cui è affidato il compito di realizzare il dettato dell'art. 32 della Costituzione sul diritto di ogni cittadino, in qualunque parte del territorio egli viva, di avere un'adeguata tutela della salute.¹⁶

I Lea escludono segmenti non irrilevanti di prestazioni, in particolare nei campi dell'odontoiatria e della riabilitazione fisica, ma nel complesso appaiono estesi. Il problema è semmai quello della qualità e della tempestività delle prestazioni assicurate dal Ssn, come dimostra il problema, subito esploso, delle liste di attesa.

¹⁵ Per assicurare l'uniforme livello essenziale di tutela sanitaria, il D.Lgs. 56/2000 prevedeva che ciascuna Regione fosse vincolata, per non più di un triennio, ad impegnare una spesa sanitaria definita in funzione della quota capitaria stabilita dal Piano sanitario nazionale; e che la rimozione del vincolo dopo tale periodo transitorio dovesse comunque essere coordinata con l'attivazione di adeguati sistemi di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata.

¹⁶ L'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 502/1992, aggiornato e integrato dal decreto legislativo n. 229/1999, recita: "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." Lo stesso articolo, al comma 7, viene a delimitare l'ambito della protezione sanitaria garantita dallo Stato precisando che: "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 di cui al comma 2; 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 della economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e erogazione dell'assistenza." Nella definizione dei livelli essenziali di assistenza, un ruolo determinante sarà comunque svolto dalle Regioni che, in base al decreto 229/1999 partecipano al processo di definizione del Psn.

A fronte del quadro normativo appena riassunto, si pongono in evidenza tre punti essenziali da esaminare: 1) le innovazioni finanziarie; 2) il controllo statale sui comportamenti regionali e il possibile contenzioso tra Stato e Regioni; 3) i problemi di perequazione interregionale.

1) Le innovazioni finanziarie

Le innovazioni finanziarie previste dal citato provvedimento normativo all'insegna del federalismo fiscale vanno giudicate positivamente.

E' positivo che l'Irap non abbia più vincoli di destinazione, anche se appare inevitabile che la sanità impieghi parte considerevole del gettito di tale imposta. Il vincolo, infatti, richiedeva che la Regione non potesse ridurre l'aliquota ma solo incrementarla e creava inoltre un indesiderato effetto psicologico inducendo a pensare che il finanziamento della sanità fosse a carico quasi esclusivamente dell'impresa anziché, come è più corretto, dell'intera collettività. L'Irap diventa ora solo una delle fonti di finanziamento e inoltre essa risulta manovrabile in aumento e in diminuzione, consentendo alle Regioni di avviare una politica industriale basata anche sullo strumento fiscale autonomo.

A maggior ragione appare corretta la dilatazione del ruolo dell'addizionale all'Irpef nella finanza regionale, pensando che la massima spesa della Regione, costituita appunto dalla sanità, è al servizio degli individui e non delle imprese e costituisce forse la più significativa espressione della solidarietà sociale: è bene che tale spesa possa basarsi, almeno in parte, sul gettito dell'imposta personale, che più di ogni altra riflette i principi solidaristici. Senza contare che anche tecnicamente è positivo che la spesa sanitaria, che tende a crescere più che proporzionalmente rispetto al reddito individuale, possa contare su un canale di finanziamento che pure segue la stessa dinamica, com'è appunto il caso dell'imposta progressiva.

2) Il controllo statale sui comportamenti regionali

Per capire il secondo dei problemi menzionati, quello del controllo dello Stato sui comportamenti delle Regioni, va in via preliminare osservato che il quadro tuttora vigente dei trasferimenti erariali vincolati alla sanità non crea problemi di "minore spesa" da parte delle Regioni, le quali si lamentano piuttosto della insufficienza dei trasferimenti stessi a fronte del fabbisogno da esse stimato. In termini più generali, quando le risorse calano dall'alto e non possono essere dirottate su obiettivi diversi da quelli prestabiliti, non sono mai eccessive agli occhi dei destinatari, semmai sono carenti. In simile contesto si forma un quadro logicamente coerente di rapporti tra centro e periferia: il potere centrale definisce le prestazioni da assicurare in tutto il Paese, valuta le risorse a ciò necessarie ed eroga in forma vincolata i fondi così valutati (e poco importa da questo punto di vista che si tratti di tutti i fondi, come avvenuto in passato; o solo dei fondi integrativi rispetto al gettito locale dell'Irap, secondo la regola introdotta nel 1998).

Non è detto che tale meccanismo assicuri i risultati finali sperati. E' evidente che in teoria possono verificarsi, e si sa che si sono verificati nella pratica, casi di insufficiente protezione sanitaria in qualche parte del territorio nazionale: precisamente laddove il grado di efficienza nella spesa risulti inferiore a quello implicito nella definizione della quota capitaria. Ma non possono, se non per fenomeni transitori di incapacità o errore, verificarsi casi di spesa inferiore alla dotazione ricevuta.

Al contrario, la fattispecie di una spesa minore di quella storica, corrispondente alla dotazione indicata dal Piano sanitario nazionale, diventa un evento possibile e forse probabile nell'approccio federalista. Varie ne possono essere le cause.

Ci può essere maggiore efficienza più che compensativa della minore spesa E' proprio questo che ci si attende dal ricorso al federalismo: uno sforzo di buona gestione da parte del governo regionale - diventato ora responsabile di fronte ai propri governati del prelievo oltre che della spesa - tale da portare nel migliore dei mondi possibili: minore spesa e uguale o addirittura superiore tutela sanitaria; e se ciò si verificasse, il governo centrale non avrebbe che da accettare ed applaudire.

Ma i risultati migliori sono una ragionevole possibilità, non un esito certo. L'autonomia di per sé può mantenere in vita i comportamenti inefficienti. Inoltre essa introduce il pericolo di una minore assistenza sanitaria dovuta a insufficiente finanziamento regionale della sanità pubblica; e ciò perché il governo regionale:

1. non riesce, pur con adeguato sforzo fiscale, ad ottenere un gettito sufficiente;
2. oppure stima che il benessere dei propri cittadini aumenti se diminuisce la protezione sanitaria pubblica in cambio di una minore pressione fiscale oppure in cambio di maggiore spesa in altri settori dell'attività pubblica;
3. oppure, e addirittura, stima che la salute stessa sia promossa meglio da un mix di azioni pubbliche che contempli minore spesa sanitaria e maggiori spese per migliorare la sicurezza nei trasporti, l'educazione, le condizioni abitative e di lavoro, ecc.

Il primo caso postula un intervento di perequazione interregionale. Gli altri due implicano invece un'opposizione da parte dello Stato nell'esercizio del suo diritto-dovere di assicurare ovunque i livelli di tutela sanitaria che esso giudica essenziali. In questi casi, si aprono due importanti problemi: quello della qualificazione della situazione di minor spesa, cui si accenna in nota¹⁷, e quello del possibile contenzioso tra Stato e Regioni, per il quale si rinvia ad altro lavoro.¹⁸

3) *La perequazione interregionale*

Passando al problema della perequazione, si è già detto che il D.Lgs. 56/2000, all'art. 7, prevede che la compartecipazione regionale all'IVA vada in parte ad alimentare un "Fondo perequativo nazionale", il cui importo sia redistribuito "al fine di consentire a tutte le Regioni a statuto ordinario di svolgere le proprie funzioni, di erogare i servizi di loro competenza a livelli essenziali e uniformi su tutto il territorio nazionale e per tener conto delle capacità fiscali insufficienti a far conseguire tali condizioni e dell'esigenza di superare gli squilibri socio-economici territoriali". In pratica il legislatore ha individuato una formula di determinazione delle quote regionali del dare e dell'avere rispetto al Fondo perequativo che contiene parametri riferiti "alla popolazione residente, alla capacità fiscale, le cui distanze rispetto alla media dovranno essere ridotte del 90%, ai fabbisogni sanitari e alla dimensione geografica di ciascuna Regione; le quote sono fissate in modo da assicurare comunque la copertura del fabbisogno sanitario alle Regioni con insufficiente capacità fiscale".

Il passaggio al regime di effettivo decentramento delle fonti finanziarie, a partire dall'entrata assicurata ad ogni regione dai precedenti trasferimenti statali, avverrà gradualmente nell'arco di dodici anni, per cui solo nel 2013 sarà azzerato ogni riferimento alla situazione storica.

I due fondamentali elementi in gioco sono dunque la capacità fiscale e il fabbisogno sanitario.

E' del tutto corretta la scelta di assumere come riferimento la capacità fiscale, ossia la base imponibile, e non il gettito effettivo della Regione. In pratica ciò significa che si dovrà opportunamente fissare per le entrate autonome della Regione un'aliquota standard e che si considererà come introitato dalla Regione un gettito standard, pari al prodotto dell'aliquota standard per lo specifico imponibile regionale. Ne risulterà perciò premiata la Regione che applicherà

¹⁷ Il legislatore ha previsto l'adozione di un sistema di parametri quantitativi e qualitativi, che tuttavia non sono ancora stati definiti. E non sarà facile definirli perché non ci si può basare solo su indicatori di risorse, che non sempre sono fortemente correlate ai risultati, e non si può nemmeno sperare di trovare un attendibile indicatore di sintesi, la sanità è un fenomeno multidimensionale, in cui segmenti assistenziali di elevato livello possono coesistere con segmenti a tutela inadeguata. Il che porta ad escludere l'opportunità di affidare il giudizio ad un indicatore sintetico. In buona sostanza, gli indicatori sono inevitabili ma soffrono di severi limiti. La soluzione non può che essere pragmatica. Occorre affidarsi ad un "sistema" di indicatori - di risorse, di attività, di accessibilità e qualità, di efficienza - ciascuno capace di portare un frammento di conoscenza da comporre in mosaico per avere segnali di normalità o anormalità: con l'intesa che l'avvertenza di situazione sospetta emergente dagli indicatori deve attivare un processo di approfondimento. Per approfondimenti in tema di indicatori in sanità, valgono ancora le osservazioni metodologiche illustrate in Cresa (1988).

¹⁸ Si veda Muraro (2000).

aliquote maggiori e verrà penalizzata quella che applicherà aliquote minori, poiché la perequazione ignorerà il gettito in più ottenuto dalla prima così come quello in meno ottenuto dalla seconda. Sotto tale profilo, quindi, la norma stimola le Regioni ad evitare rilassamenti sul fronte dello sforzo fiscale e le spinge anzi ad aumentare la pressione sui propri contribuenti.

Quanto al fabbisogno sanitario, è logicamente necessario, oltre che praticamente inevitabile, riferirsi dapprima alla quantificazione operata dal Ministero in sede di definizione della quota capitolaria, poiché essa rivela l'unica "verità" oggi nota in base alle analisi e ai dati disponibili. Ma il legislatore stesso si rende conto della provvisorietà di tale soluzione e la limita ad un periodo non superiore al triennio. Sarebbe infatti paradossale effettuare la scelta strategica del federalismo in base anche a ragioni di efficienza, e poi non ammettere che ci possano essere risparmi di spesa in sede regionale grazie ad una più oculata gestione delle risorse. Bisogna quindi pensare ad un riferimento dinamico, tratto dalla stessa evoluzione dei comportamenti delle Regioni.

A questo riguardo si può considerare il fabbisogno monetario di una Regione come il prodotto tra il fabbisogno standard e un coefficiente correttivo che condensa le peculiarità demografiche, sociali ed epidemiologiche di tale Regione rispetto alla media del sistema. Per il calcolo concreto di tale coefficiente, un metodo accettabile potrebbe far riferimento agli elementi considerati nella quota capitolaria, naturalmente aggiornati a cadenza annuale. Il coefficiente da applicare ad una Regione sarà quindi dato dal rapporto tra la quota calcolata per tale Regione e la quota media nazionale.

Per il fabbisogno standard, in presenza di divari significativi nell'efficienza della spesa sanitaria tra Regioni, è evidente che non si può assumere come riferimento l'efficienza, quale che sia, della Regione beneficiaria, poiché si rischierebbe di premiare l'inefficienza. D'altra parte sarebbe irrealistico imporre il massimo livello di efficienza a Regioni che ne sono lontane per difetti strutturali non immediatamente sanabili. Nello spirito di dare ragionevoli stimoli a comportamenti virtuosi, si suggerisce, mano a mano che si attenua l'aggancio alla spesa storica, di partire dalla media e di convergere gradualmente verso un livello di efficienza più elevato: trasferendo in questo campo l'approccio di Maastricht alla convergenza delle economie europee, il riferimento potrebbe essere opportunamente fissato al livello medio delle tre Regioni più efficienti, qualificate come tali alla luce del sistema di indicatori menzionato in precedenza.

6. I ticket e la previdenza sanitaria integrativa nella cornice federalista

E' implicito in quanto sin qui detto che il legislatore italiano ha risolto il problema della convivenza delle ragioni di efficienza con quelle di equità attraverso la definizione dei Lea: i livelli essenziali sono il contenuto necessario e sufficiente del patto di cittadinanza che conferisce a tutti uguali diritti; al di sopra, le differenze territoriali sono legittime.

Nell'ambito di tale impostazione, conviene ribadire la necessità che i principi siano applicati correttamente, il che significa in particolare considerare le concrete condizioni di accessibilità e la qualità delle prestazioni. Si sa che i punti di partenza sono diversi, nonostante tanti anni di Fondo sanitario nazionale gestito, almeno a livello di principi, anche con finalità di riequilibrio. Nel breve periodo, si impone il monitoraggio e se del caso l'intervento dello Stato, secondo le linee già illustrate; nel lungo periodo, si confida che la mobilità dei pazienti e il maggior controllo sociale sui responsabili locali indotto dal federalismo possano generare ovunque quell'assistenza omogenea di base che il finanziamento dei Lea, eventualmente attraverso il fondo perequativo, rende possibile.

Ma al di sopra dei Lea, cosa ci si può aspettare concretamente nel nuovo sistema? Tra le differenze che già cominciano a manifestarsi in più modi, due meritano un cenno: l'uso differenziato dei ticket e il diverso sviluppo dell'assistenza integrativa.

6.1 Il ticket

Il ticket fa parte delle condizioni di accessibilità e quindi deve essere regolamentato in modo uniforme a livello nazionale in relazione ai Lea, se si vuole dare pregnanza al concetto stesso di Lea. Così è avvenuto in effetti in Italia, dove tutte le regioni sono obbligate a rispettare le esenzioni fissate dal legislatore statale in base alle patologie, all'età e al reddito. E' però da temere che non basti. Già il ticket sulla ricetta, introdotto da certe regioni anche a carico dei pazienti esenti da compartecipazione alla spesa delle prestazioni, crea differenziali sgradevoli. Il ritorno ai ticket sulle prestazioni per i pazienti non esenti, osservabile in varie regioni, sta pure generando malumori. Non esistono teoremi in materia di equilibrio tra uniformità e difformità. Ma sia consentito esprimere l'auspicio di un ritorno generalizzato al ticket, con le necessarie esenzioni, e però con una base nazionale che confini le differenze regionali alle prestazioni extra Lea o al di sopra di livelli ragionevoli di reddito.

Ribadisco quindi una posizione assunta da lunga data in favore del ticket, pur consapevole dei problemi sanitari, equitativi e amministrativi che ne derivano e che ho considerato sempre superabili.¹⁹ In questa sede è l'aspetto equitativo che merita un approfondimento.

Se è indubbia la regressività, è anche indubbio che il rifiuto del ticket solo in base a questa constatazione è errato, perché ignora che il meccanismo del ticket va a sostituire parzialmente alcuni altri meccanismi nascosti di razionamento, come i tempi di attesa e il deterioramento qualitativo, e per questa via riduce il ricorso alla medicina privata (Nichols e altri, 1971).

Concentrandoci sul problema del tempo di attesa, è indubbiamente vero che il costo monetario di opportunità di tale tempo è statisticamente correlato alla ricchezza individuale, sia per la popolazione attiva che per quella non attiva (dato che la persona ricca è comunque disposta a pagare un prezzo più elevato per avere più tempo per il lavoro o per il riposo); e senza dubbio ciò implica che il reddito medio degli individui che preferiscono il razionamento pieno attraverso il tempo risulta inferiore a quello degli individui che preferiscono un sistema di prezzi capace di assicurare un tempo di attesa nullo. Ma la questione non è tanto qui di scegliere tra gli estremi ma di individuare un'opportuna partecipazione finanziaria del paziente al costo; e allora la distinzione deve essere più sottile, per due ragioni: innanzitutto, perché gli estremi della scala dei redditi possono essere trascurati, dal momento che l'individuo davvero povero continuerebbe comunque ad avere la medicina pubblica gratuita, mentre l'individuo molto ricco continuerebbe probabilmente a restare al di fuori del servizio pubblico; in secondo luogo, perché valori diversi di costo-opportunità del tempo possono essere trovati all'interno della stessa classe di reddito (Acton, 1975). Ciò vale sia per i redditi (si confrontino, per esempio, i «rentiers» con i lavoratori, e i lavoratori autonomi con quei lavoratori dipendenti che non subiscono perdite monetarie a causa dell'assenza dal lavoro) sia per i non redditi (si confrontino, per esempio, gli studenti con i pensionati, le casalinghe con i disoccupati, ecc.).

Diventa pertanto evidente che la riduzione dei tempi di attesa attraverso un moderato razionamento mediante prezzi implicherebbe una distribuzione di guadagni e di perdite di benessere che non risulterebbe affatto basata per intero sui livelli di reddito.

In aggiunta, se il parziale razionamento economico aiuta ad aumentare la qualità della medicina pubblica, ciò va a vantaggio principalmente dei cittadini a minor reddito i quali sono in ogni caso costretti a restare nel servizio pubblico, più che a beneficio dei ricchi che si servono di istituzioni private.

Qualcosa di simile può essere detto nei riguardi dei confini del servizio sanitario pubblico: un servizio che non può contare sulle entrate dei ticket con ogni probabilità è spinto ad ignorare le nuove domande con elevata elasticità al prezzo che automaticamente emergono da una società ricca: quelle legate con il nuovo concetto di salute come pieno benessere, superando il vecchio concetto di assenza di malattia. Ma ciò equivale a dire che questi nuovi bisogni saranno soggetti a prezzi pieni nell'ambito della medicina privata; e non è affatto ovvio che una soluzione del genere

¹⁹ Si veda Muraro (1987).

sia socialmente preferibile ad un'altra soluzione in cui il servizio pubblico sia insieme caratterizzato dalla presenza di ticket ma anche da una più ampia gamma di prestazioni offerte.

Tutte le argomentazioni sin qui esposte sono indubbiamente vaghe e prive di stime quantitative. E tuttavia esse sembrano sufficienti per concludere che una valutazione realistica degli effetti equitativi dei ticket fornisce risultati complessi, che sono lontani da quella immagine tutta negativa che viene presentata da molti oppositori, tanto che non si può nemmeno essere sicuri che il saldo degli effetti sia negativo.

Supponendo che esso sia negativo, occorre ovviamente ponderare attraverso giudizi politici l'equità e l'efficienza, per poter trarre una conclusione operativa. E ripeto la mia personale opinione che valga la pena di percorrere la via dei ticket, facendo attenzione ad individuare un sistema efficiente di esazione e introducendo eventualmente un limite massimo di incidenza della spesa per ticket sul reddito del paziente nonché le necessarie esenzioni soggettive per reddito e/o patologia.²⁰

6.2 La previdenza sanitaria integrativa

Circa il secondo aspetto, concernente l'assistenza fornita oltre i Lea nazionali, sono già ravvisabili esempi emblematici di interventi pubblici integrativi in alcune regioni economicamente forti: l'inclusione nei Lea regionali dell'assistenza continuativa per i non autosufficienti nel Trentino Alto Adige; la previsione della Toscana di ampliare gli attuali livelli di prevenzione (con screening di massa) e di includere l'agopuntura con particolari finalità terapeutiche nei Lea.

E' tuttavia da prevedere che l'azione pubblica integrativa tenderà a svilupparsi, più che attraverso una dilatazione dei Lea, mediante agevolazioni alla previdenza sanitaria integrativa. La legislazione italiana ha da tempo introdotto forme agevolative in tal senso attraverso la deducibilità fiscale, entro certi limiti, dei premi pagati per la previdenza sanitaria. Con norme recenti, ancora in attesa di regolamentazione, sono stati poi introdotti i Fondi sanitari integrativi del Ssn.²¹ Essi godono di una deducibilità in prospettiva superiore a quella dei fondi non integrativi e sono destinati a offrire, rispettando il principio mutualistico di non selezione dei rischi, la copertura delle spese per le prestazioni relative ai Lea ottenute nell'ambito della libera professione intramuraria nonché le prestazioni extra Lea.

In uno scenario che vede una crescente domanda di assistenza, legata all'invecchiamento e alla maggiore ricchezza individuale, ma vede anche una limitata capacità di finanziamento tributario della spesa pubblica, è da prevedere che le forme di previdenza sanitaria integrativa siano destinate a svilupparsi. Da alcune parti si sono anzi espressi timori di una dilatazione forzata dell'assistenza sanitaria integrativa, sotto la spinta dei fattori di offerta coinvolti:

- a) imprese e sindacati, che trovano conveniente dilatare le coperture aggiuntive, dato che, a parità di benefici per i lavoratori, costano all'azienda meno di un aumento dei salari;
- b) gestori dei fondi, che sono ovviamente interessati a mantenere ed ampliare il proprio spazio operativo;
- c) medici, che nell'allargamento dei confini assistenziali vedono la soluzione dei problemi occupazionali e reddituali.

Si tratta di preoccupazioni tutt'altro che infondate in un contesto che vede nei mass media una martellante ed efficace opera di creazione di bisogni sanitari e di diffusione di prestazioni non necessarie o di non provata efficacia, con conseguente aumento di complicità e malattie iatrogene. Ma queste sono previsioni che varrebbero anche in un contesto di sanità non federalista. Come influisce a tale riguardo il federalismo? Se si considera una regione ricca, ipotizzandola inizialmente completamente autonoma, e quindi senza obblighi di versamenti perequativi a favore delle regioni più povere, ci si rende conto che in essa operano forze di segno opposto. A favore di una dilatazione della spesa sanitaria pubblica sta la maggiore disponibilità a pagare in sede locale, che può innalzare in una società a reddito medio crescente la domanda di copertura sanitaria pubblica. In senso

²⁰ Cfr. Muraro (1994).

²¹ Cfr. D. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 che ha dettato il nuovo art. 9 del D.lgs. 502/92

opposto opera la maggiore severità del criterio del pareggio di bilancio di parte corrente a livello regionale, che impedisce di finanziare in debito la dilatazione della spesa sanitaria e quindi trasforma immediatamente in maggiore pressione fiscale regionale l'aumento della copertura sanitaria pubblica. Il saldo tra queste due forze risulta dubbio in una regione ricca considerata a se stante. Ma la previsione cambia se si considera ora il concreto contesto di federalismo solidale introdotto in Italia. La regione ricca sa, infatti, che un eventuale aumento dei Lea in campo nazionale comporterebbe anche per essa un maggiore onere perequativo, in aggiunta al maggior onere finanziario interno; e teme che l'innalzamento dei Lea regionali inneschi nel lungo periodo, a causa dell'effetto di imitazione che è sempre molto potente in campo politico, l'innalzamento temuto nei Lea nazionali. Diventa allora probabile che la regione ricca assecondi la maggiore domanda interna di copertura sanitaria incentivando forme di sanità integrativa che rispondono alla pressione sociale senza tramutarsi interamente in maggiore pressione fiscale e senza innescare (o innescando in termini molto minori) quell'effetto di imitazione che potrebbe generare alla lunga un innalzamento dei Lea nazionali e dei conseguenti oneri perequativi.

Passando all'esame delle tendenze evolutive nelle regioni "povere", la previsione diventa più agevole. Il vincolo di bilancio è qui infatti più stringente e rende improbabile l'aumento della copertura sanitaria pubblica, per cui l'assistenza integrativa rimane l'unica possibilità di risposta all'incremento di domanda di tutela sanitaria. Peraltro, il limitato reddito disponibile pro capite e lo scarso sviluppo dell'offerta assicurativa rende poco probabile un elevato sviluppo del mercato della previdenza sanitaria integrativa.

La conclusione è duplice:

- a) i Lea nazionali difficilmente saranno dilatati pur in uno scenario di reddito medio crescente;
- b) alla crescente domanda di copertura sanitaria si risponderà con varie forme di previdenza sanitaria integrativa che tenderanno a svilupparsi in maniera differenziata nelle varie regioni in funzione del reddito pro capite e che quindi tenderanno ad accentuare le differenze nello standard di tutela sanitaria goduta dai cittadini nelle varie regioni.

7. Il dibattito politico sul federalismo

7.1 Il rapporto Svimez

Un cenno, da ultimo, al dibattito più strettamente politico sul federalismo in sanità in Italia. Tra i molti contributi in materia, basterà qui considerare il documento che ha avuto il maggiore rilievo pubblico: il Rapporto Svimez del 2001 sugli effetti del federalismo fiscale sul sistema delle autonomie locali (Svimez, 2001).²² E' un documento redatto da studiosi di grande valore. E tuttavia è difficile trovarvi obiezioni convincenti sul piano analitico, almeno nei confronti della sanità, mentre è rispettabile, ma non passibile di valutazione tecnica, la posizione ideologica contraria al federalismo.

L'unica critica fondata, ammesso che sia vero il criterio riferito per quanto riguarda la determinazione del fabbisogno di spesa sanitaria regionale, è quella contro gli aggiustamenti *ex ante* legati alla mobilità territoriale dei pazienti, che sottrarrebbero risorse proprio alle regioni che sono più carenti di strutture sanitarie e che per questo "esportano" pazienti: corretto sarebbe invece determinare il fabbisogno regionale applicando la formula attuale all'intera popolazione residente, con compensazioni *ex post* della mobilità interregionale (Svimez, 2001, p. 37 e p.75).

Al contrario, non si riesce ad apprezzare la ripetuta sottolineatura della "aberrazione di chiamare compartecipazione un trasferimento indicizzato al gettito IVA" (p.49). La questione è nota: la legge istituisce detta compartecipazione che da sola va a sostituire gran parte dei precedenti trasferimenti statali aboliti, ma, in mancanza di rilevazioni sul prelievo effettivo su base territoriale, determina il gettito regionale attraverso la stima dei consumi. Il metodo appare ragionevole e rispettoso del

²² Ci limitiamo a considerare le problematiche relative alla copertura dei fabbisogni sanitari nell'ambito della formula perequativa.

concetto di compartecipazione(con i consumi usati come proxy del gettito), pur nella consapevolezza che agevola le regioni con grado di evasione superiore alla media nazionale a scapito delle regioni più virtuose (dato che nelle prime il gettito effettivo, per quanto ignoto nel suo livello preciso, sarebbe comunque inferiore a quello corrispondente ai consumi stimati). Anche il riferimento all'Iva appare convincente, perché è quella, tra le grandi imposte erariali, che dà le minori differenze territoriali di gettito: essa minimizza quindi il successivo intervento perequativo e i connessi problemi politici così bene evidenziati dalle reazioni contenute nel Rapporto Svimez.

Il problema vero, come si diceva, è che il rapporto Svimez non accetta il passaggio alla perequazione interregionale introdotta dal nuovo sistema, ritenendo che i bisogni essenziali andrebbero finanziati totalmente e direttamente dallo Stato nell'ambito di un patto di cittadinanza che non tollera donatori e beneficiari. Solo in subordine esso propone che la compartecipazione all'Iva sia ripartita in base a parametri più favorevoli alle regioni economicamente più deboli, utilizzando, ad esempio, la quota regionale sui consumi sanitari oppure, secondo il metodo tedesco, la quota della popolazione (Svimez, 1991, p.72). Di nuovo, si tratta di proposte legittime se presentate come suggerimenti per una ripartizione politica di gettito figurativo, con l'obiettivo di ridurre il livello del successivo intervento perequativo, ma proposte non convincenti se intese come definizioni tecniche di vere e proprie compartecipazioni: in quei casi si dovrebbe veramente parlare, anziché di compartecipazioni, di "trasferimenti statali indicizzati al gettito Iva".

7.2 Alcune opinioni personali

Sia consentito, a chiusura dell'analisi, esprimere un giudizio personale al riguardo: non perché esso sia meritevole di attenzione ma perché la irrilevante opinione usa concetti e riferimenti che possono aiutare a comprendere la questione in esame.

La tesi Svimez, che conta anche su altri autorevoli sostenitori²³, ripropone un concetto basilare dello Stato sociale: il concetto di vincolo di solidarietà che lega ricchi e poveri, sani e malati, giovani e vecchi e che si esprime attraverso lo Stato come organizzazione comune dei cittadini, senza interposizione di aggregati locali. In linea di principio, non si può che aderire a tale tesi, con l'auspicio che, almeno nella sanità, si arrivi a parlare presto di "cittadino europeo".

Ma ribadirla oggi per contrastare il federalismo italiano in sanità significa dimenticare il mutato contesto economico e sociale che a scala internazionale ha imposto il principio di sussidiarietà: un principio che tra l'altro implica un'articolazione, anche territoriale, del settore pubblico, con un peso crescente attribuito alla periferia. E soprattutto significa dimenticare il lungo travaglio che in Italia ha portato alla ribalta il federalismo, nonostante la fortunata situazione di base che vede un Paese unito, senza fratture etniche o linguistiche o religiose.

Si è già detto che l'approccio federalista trova supporto anche nella diffusa tendenza al localismo: in tutti i paesi, mano a mano che aumenta lo standard di vita, i cittadini diventano più esigenti nel settore privato in termini di personalizzazione dei bisogni e diventano anche più esigenti nel settore pubblico in termini di tempestività, di efficienza e di efficacia dei servizi; e tutto questo agevola un processo di decentramento che si è manifestato pure in presenza di situazioni politicamente tranquille e di una pubblica amministrazione efficiente²⁴. Ma una spinta ancora maggiore è derivata in Italia dalla crescente ostilità verso una finanza centralista, considerata, a ragione o a torto, costosa, inefficiente, corrotta e corruttrice. E' davvero impressionante il risultato di squilibri territoriali persistenti, e sotto alcuni profili addirittura aumentati, dopo decenni di redistribuzione operata dal centro.

In tale evoluzione un episodio merita particolare attenzione in questa sede, ed è il fallimento della riforma tributaria degli anni 70, che pure è stata il frutto di analisi serie e di menti illuminate: fallimento soprattutto nei rapporti tra fisco e contribuente, dove i modi concepiti dalla riforma sono stati resi inadeguati dall'imprevista evoluzione verso la piccola impresa e il lavoro autonomo; ma

²³ Cfr. Granaglia (2000).

²⁴ E' questo federalismo, inteso come realizzazione delle specificità locali in tema di valori, che appare positivo nel giudizio di Svimez (2001. P.80).

fallimento anche nel rapporto centro-periferia. Per vari motivi e in termini forzati rispetto agli stessi criteri della riforma, che non era stata concepita in termini così punitivi nei confronti dell'autonomia finanziaria locale, si afferma negli anni '70 il modello dell'autonomia solo dal lato delle spese, con un vincolo sulle entrate alimentate essenzialmente da trasferimenti centrali trasparenti e prevedibili: un modello di per sé realizzabile, ma a condizione che il vincolo di bilancio fosse rispettato e fatto rispettare senza cedimento alcuno. Così non avvenne, per varie ragioni.²⁵ Si instaurò pertanto un rapporto centro-periferia fatto di deficit, di sanatorie, di trasferimenti sempre più discrezionali e a destinazione vincolata. In certe aree del Paese ne risultò esasperato l'assistenzialismo che mortificava le migliori energie locali e si autoalimentava attraverso il progressivo degrado del tessuto economico e civile.

A tale processo di deterioramento il Paese comincia a porre rimedio negli anni '90, quando si fa strada l'idea, che poi diventa cultura politica comune, di dover riunire la competenza sulla spesa con la competenza sull'entrata, in maniera che il governante desideroso della popolarità della spesa subisca anche l'impopolarità del prelievo. Da qui nasce il federalismo italiano, che chiede più competenze dal lato delle spese ma soprattutto maggiore autonomia dal lato delle entrate. Da qui deriva che un capitolo di spesa importante come quella sanitaria, già affidato dalla Costituzione al governo regionale, si accompagni alla redistribuzione interregionale, una volta che alle regioni, in nome di federalismo, venga data una notevole autonomia tributaria.

Sulla qualifica del meccanismo perequativo, orizzontale o verticale, non vale la pena di fare battaglie. Il fatto che si passi contabilmente e operativamente attraverso lo Stato, e il meccanismo sia dunque assimilabile a quello dei trasferimenti dal centro alla periferia che sono un ingrediente essenziale del federalismo estero in tema di sanità (France, 2001), ci dice che è verticale; il fatto che sia alimentato dalle regioni, ci dice, come giustamente sottolinea il rapporto Svimez (p.81), che è orizzontale. Importante è capire che nel nuovo meccanismo c'è una trasparenza prima inesistente. Adesso si sa che la regione x dà al fondo perequativo e la regione y riceve del fondo perequativo; e comunque lo si voglia etichettare, questo è un fatto nuovo, gravido di conseguenze già percepibili. Cambia infatti l'atteggiamento: il trasferimento non è più qualcosa di misterioso che deriva dall'alto, senza possibilità di sapere da cosa sia alimentato e come sia distribuito; è qualcosa che sta sotto gli occhi di tutti e che permette a ogni regione di valutare, alla luce delle regole generali, il trattamento subito.

Simile trasparenza fa capire la sostanza politica del federalismo italiano, inteso come principio di responsabilità a livello locale. Anche se altri e ben minori sono i padri attuali, esso può ricollegarsi idealmente a Salvemini e a De Viti e de Marco, che hanno sempre predicato il federalismo come unica via di salvezza per il Sud proprio quale strumento per generare la cultura della responsabilità. Cultura che è perfettamente compatibile con quella della solidarietà ma che incide profondamente sui modi di realizzare i rapporti solidali. La finanza centralista tende su questo piano ad essere paternalistica. In maniera evitabile in astratto ma sistematicamente affermatasi in pratica, il governo centrale è indotto a comportarsi con i governi locali alla maniera del tutore che ha a che fare con un pupillo non pienamente affidabile: il tutore elargisce con diffidenza, su singoli canali di spesa non fungibili, con mille controlli e raccomandazioni, anche se alla fine elargisce sempre; e di conseguenza c'è il rischio che il pupillo cresca affinando la propria abilità nel chiedere ed ottenere, più che nell'amministrarsi. Nell'approccio federalista, invece, tutte le regioni e tutte le comunità locali sono trattate come soggetti maggiorenni e autonomi: la solidarietà si esprime nel dare la differenza tra fabbisogno e gettito locale normale, una differenza spendibile localmente con larga autonomia; dopo di che la questione perequativa è chiusa, e quello che avviene in sede locale, dal momento che va bene agli interessati, va bene a tutti.

Nulla assicura che questa filosofia politica del federalismo sia stata pienamente compresa e fatta propria dai governanti e dai governati. Se non si riuscirà a farla assimilare in pochi anni, la previsione è che l'ordinamento federalista non reggerà. Ma se si riuscirà a far attecchire la cultura federalista, la previsione è che si svilupperà quel circolo virtuoso auspicato da Salvemini e De Viti

²⁵ Cfr. Dosi e Muraro (1996).

De Marco che potrebbe portare l'Italia non solo ad un livello più elevato di efficienza, ma anche ad un livello tendenzialmente inferiore di differenze interne. Non è paradossale questa fiducia. All'inizio il federalismo produce differenze crescenti, perché i punti di partenza sono diversi, perché l'allenamento al fare in proprio è diverso, perché gli stimoli che vengono dalle popolazioni sono diversi (tanto è vero che la previsione prima enunciata a proposito di previdenza sanitaria integrativa contempla, appunto, sviluppi regionali differenziati). Ma nel lungo periodo è elevata la probabilità che le differenze si attenuino: perché aumenta il senso di responsabilità, che porta a scegliere in ogni comunità una leadership più adeguata alla corretta ed efficiente gestione pubblica; e perché tale gestione più corretta ed efficiente genera una maggiore solidarietà da parte delle regioni che sono chiamate a dare.

Da questo punto di vista piace concludere con un riferimento alla Germania, uno Stato federalista caratterizzato dalla larga autonomia delle regioni ma anche da una gestione pubblica molto uniforme. Il modello tedesco è "sotto stress" dopo l'allargamento ai Laender dell'est, e la differenza tra le due zone del Paese non sono certo tenui. Ma come tendenza non è venuta meno la tensione verso " l'uniformità nel federalismo", ossia l'adesione dal basso a una visione che vuole assicurare al cittadino tedesco gli stessi elevati servizi essenziali in qualsiasi parte del territorio egli viva. L'augurio è che tale sia il punto di arrivo anche per il nostro Paese.

Riferimenti bibliografici

AA.VV (1993)., *Nazioni senza ricchezza, ricchezze senza nazione*, Il Mulino, Bologna, 1993.

Acton J.P. (1975), "Non-monetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence", *Journal of Political Economy*, n. 3.

Bariletti A., Mapelli V. (1998), "Salute, sanità e società futura", Accademia Nazionale dei Lincei, *Atti del Convegno Sviluppo tecnologico e disoccupazione. Trasformazione della società*, Roma, 16-18 febbraio 1997.

Cresa (1988), *Sanità e risorse: un sistema di indicatori*, Franco Angeli, Milano.

Dosi C., Muraro G. (1996), "Finanza municipale e fiscalità immobiliare: ipotesi di riforma", *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, Anno LV Fasc. 1, pp. 3-52.

France G. (a cura di) (2001), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali. Quattro paesi, quattro approcci*, Istituto di Studi sulle Regioni, Consiglio Nazionale delle Ricerche, n. 20, Giuffrè, Milano.

Granaglia E. (2000), "Federalismo fiscale e servizio sanitario nazionale. Verso un ridimensionamento dei diritti di cittadinanza?", *Politiche sanitarie*, n. 6/2000, pp. 287 - 291.

Hofmarcher M.M. (1999), "Cross Sectional Analysis of Health Spending with Special Regard to Trends in Austria", *Soziale Sicherheit*, Institute for Advanced Studies, IHS Health Economics, n. 1, Spring.

- Muraro G. (1987), “ I metodi economici di controllo della spesa sanitaria: il possibile ruolo del ticket”, in Muraro G. (a cura di), *Problemi finanziari del Servizio sanitario nazionale*, F. Angeli, Milano, pp. 225-243.
- Muraro G. (1994), "Il valore dell'equità in campo sanitario nelle società contemporanee" in G. Costa e F. Faggiano (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle diseguaglianze sociali in sanità*, Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, Milano, 1994, pp.43-56.
- Muraro G. (2000), “Sanità e federalismo fiscale”, *Politiche sanitarie*, Vol. 1, n. 1, pp. 17-24.
- Muraro, G. e Rebba V. (2001) “La sanità del futuro: spesa, occupazione e rapporto pubblico-privato”, Atti dei Convegni dei Lincei, 172, Convegno *Tecnologia e società II – Sviluppo e trasformazione della società*, Roma.
- Nichols D., Smolensky E., Tideman T.N. (1971), “Discrimination by Waiting Time in Merit Goods”, *American Economic Review*, vol. 61.
- Oecd (2002), *Oecd Health Data 2002*, Oecd, Paris.
- Piperno, A. (1997) *Mercati assicurativi e istituzioni: La previdenza sanitaria integrativa*, Il Mulino, Bologna.
- Steve S. (1972), *Lezioni di scienza delle finanze*, VI ediz., Padova, Cedam.
- Svimez (2001), *Primo Rapporto sugli effetti del federalismo fiscale sul sistema delle autonomie locali*, Commissione di lavoro e consultazione della Regione Campania sul tema “Federalismo fiscale e Mezzogiorno”, Quaderni di Informazione Svimez, n. 7, Roma, febbraio.