

## IL FEDERALISMO IN SANITÀ: RISVOLTI FINANZIARI DEL FENOMENO

FRANCESCO SAVERIO COPPOLA, AUTILIA COZZOLINO

pubblicazione internet realizzata con contributo della

**COMPAGNIA**  
di San Paolo

società italiana di economia pubblica

dipartimento di economia pubblica e territoriale – università di pavia

## **Il federalismo in Sanità: risvolti finanziari del fenomeno**

Francesco Saverio Coppola, Autilia Cozzolino

*Associazione Studi e Ricerche per il Mezzogiorno*

### *Premessa*

L'articolo, tratto da una ricerca condotta dall'Associazione Studi e Ricerche per il Mezzogiorno sul *Ruolo del Non Profit in Sanità: il caso Campania*, si propone di realizzare un'analisi sulle implicazioni finanziarie che il processo di trasformazione, in chiave federalista, delle nostre istituzioni sta generando alla Sanità.

L'incidenza sui bilanci regionali, la natura sociale del settore sanitario e l'eredità di instabilità finanziarie attribuiscono alla sanità un ruolo di estrema importanza la quale, è anche una delle materie la cui competenza è in concorrenza tra lo Stato e le Regioni.

Com'è noto il federalismo rappresenta, talaltro, un mezzo per attribuire responsabilità finanziarie alle Regioni, riconoscendo loro la facoltà di scegliere propri modelli di copertura della domanda sanitaria coerenti con le effettive disponibilità economico-finanziarie.

Ai fini di una concreta autonomia finanziaria delle Regioni, il federalismo richiede innanzitutto una maggiore consapevolezza delle esigenze di spesa e dei conti della sanità. Numerosi sforzi sono stati realizzati in questo senso, ma la sfida si è rivelata particolarmente difficile da affrontare.

Infatti, nel processo di attuazione del federalismo fiscale, si sono avute delle difficoltà nella gestione finanziaria: la crescita della spesa sanitaria ha superato quella degli stanziamenti, provocando disavanzi, alimentando le disuguaglianze (soprattutto tra Nord e Sud) presenti nel Paese e compromettendo l'obiettivo fondamentale del SSN di garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie equamente distribuite tra i cittadini.

Oggi quindi si presenta una diffusa situazione di deficit sanitari presso le regioni italiane, le quali dovranno provvedervi con diverse misure di copertura disponibili per evitare che scattino procedimenti sanzionatori.

In definitiva, è interessante notare come sta cambiando, con l'avvio del federalismo, il quadro finanziario della sanità. Sarà opportuno dare una rappresentazione quali-quantitativa degli strumenti di finanziamento maggiormente utilizzati dalle Regioni per coprire la spesa sanitaria corredata da un'analisi territoriale al fine di delineare una mappatura dei deficit sanitari. In questo modo sarà possibile individuare le regioni virtuose e non, nonché la necessità di sviluppare un federalismo "solidale", tale da non alimentare la spaccatura fra Nord e Sud.

Inoltre, nell'ambito del quadro delineato, ci si chiede se con il federalismo sarà possibile disporre di una governance che introduca e consolidi soluzioni innovative nella programmazione e gestione delle risorse finanziarie e soprattutto nelle modalità di finanziamento degli investimenti tale da permettere il congiungimento dell'obiettivo della stabilità finanziaria a quello dell'adeguatezza/equità delle prestazioni.

### *1. L'importanza economica del settore sanitario e le caratteristiche della spesa sanitaria*

Prima di analizzare il tema specifico della sanità nell'ottica del federalismo italiano è importante illustrare l'importanza economica del settore sanitario nonché le caratteristiche e le tendenze della spesa sanitaria a livello nazionale e regionale.

La sanità rappresenta uno dei più importanti settori all'interno dei sistemi economici dei paesi sviluppati ed il riferimento alle sue dimensioni è rilevante per meglio comprendere le sue peculiarità. Essa si contraddistingue, infatti:

- *per l'assorbimento di risorse* - nella classificazione funzionale della spesa complessiva delle Amministrazioni Pubbliche, la sanità si colloca nelle prime posizioni (14,0%), dopo la Protezione sociale (37,7) ed i servizi generali (18,3). In termini di crescita, rispetto alle altre funzioni è quella che presenta un maggiore valore;
- *per il coinvolgimento di diversi settori ed aspetti dello sviluppo nazionale e della comunità* - la sua attività ha un'influenza che va dall'agricoltura all'industria, dalla zootecnica all'istruzione, dall'edilizia alle comunicazioni;

- *per il rilevante impatto sulla crescita del Pil* - è stato riscontrato dagli analisti economici che nei paesi più ricchi vi sia un'elasticità della domanda sanitaria alla variazione del reddito superiore ad 1. Questo perché all'aumentare del reddito pro-capite si ha l'opportunità di accedere alle innovazioni mediche che restituiscono la salute. In tal modo aumenta la percentuale di spesa destinata alla salute.

Dall'analisi europea dell'andamento della spesa sanitaria nel periodo 2000/2005 si rileva una crescita presso tutti i Paesi anche se con diversa intensità.

In particolare, in Italia, la spesa sanitaria, nonostante cresca nel tempo, tende a posizionarsi su livelli non molto distanti (leggermente inferiori) dalla media UE.

Generalmente, come già anticipato, i paesi più ricchi tendono a spendere una quota di reddito maggiore per prestazioni sanitarie rispetto ai paesi più poveri, non a caso gli Stati Uniti sono quelli che presentano una spesa sanitaria che pesa maggiormente sul Pil, inoltre, l'aumento della spesa sanitaria è nel tempo più che proporzionale rispetto a quello del reddito.

Se ne deduce, quindi che l'irrefrenabile e costante crescita della domanda sanitaria sia un fattore strutturale delle società contemporanee, strettamente legato alla positiva capacità delle stesse di generare ricchezza.

Ma perché la domanda sanitaria si evolve così rapidamente negli ultimi tempi?

Le determinanti all'espansione della domanda sono diverse.

Il proliferarsi delle iniziative per la prevenzione delle malattie e di risposta alle emergenze ha comportato un allungamento della vita media con conseguente aumento della popolazione ultrasessantacinquenne, anche di quella in condizione di disabilità progressiva o esposta alle patologie croniche invalidanti.

Entrambe le condizioni determinano un continuo aumento della domanda di prestazioni a carattere socio-assistenziale e sanitario.

La spesa del Ssn, questa è maggiormente rappresentata da quattro voci: personale (in media 34,78% 2001/2006), beni e servizi (in media 24,08%), farmaceutica convenzionata (in media 14,34%) e ospedaliera convenzionata (in media 10,43%).

Essa è generalmente in continua crescita proprio perché la domanda sanitaria è irrefrenabile ed aumenta incessantemente.

Incidono molto sulla variazione della spesa sanitaria la dinamica delle principali voci di spesa, soprattutto quella per l'acquisto di beni e servizi la quale ha presentato un tasso di crescita nel periodo 2001/2006 del 10,11.

Tabella 1. - Evoluzione delle singole voci che compongono la Spesa sanitaria.  
Valori espressi in percentuale della spesa sanitaria complessiva

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	valore medio
Personale	35,57	34,90	34,14	32,75	35,44	35,91	34,78
Beni e altri Servizi	21,89	22,72	24,24	24,99	25,17	25,50	24,08
Medicina Generale convenzionata	5,97	5,82	5,86	5,56	6,08	6,16	5,91
Farmaceutica convenzionata	15,43	14,95	13,67	13,43	14,19	14,38	14,34
Specialistica convenzionata ed accreditata	3,29	3,40	3,51	3,43	3,64	3,69	3,49
Riabilitativa accreditata	2,74	2,36	2,44	2,36	2,53	2,56	2,50
Integrativa e Protesica convenzionata accreditata	1,38	1,42	1,45	1,44	1,50	1,52	1,45
Altra Assistenza convenzionata e accreditata	3,84	4,49	4,55	4,43	4,72	4,78	4,47
Ospedaliera accreditata	10,58	10,30	10,22	10,14	10,61	10,75	10,43
Altre funzioni di spesa	-0,68	-0,35	-0,06	1,47	-0,07	-0,07	0,04
<b>Spesa Sanitaria</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Altre funzioni di spesa: Saldo gestione straordinaria, Saldo intramoenia, Mobilità verso B. Gesù, Mobilità verso Smom. Altri enti finanziati con FSN: Croce Rossa Italiana, Cassa DD PP, Università (borse di studio per specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali

Fonti: elaborazioni Srm su dati del SIS e RGSEP

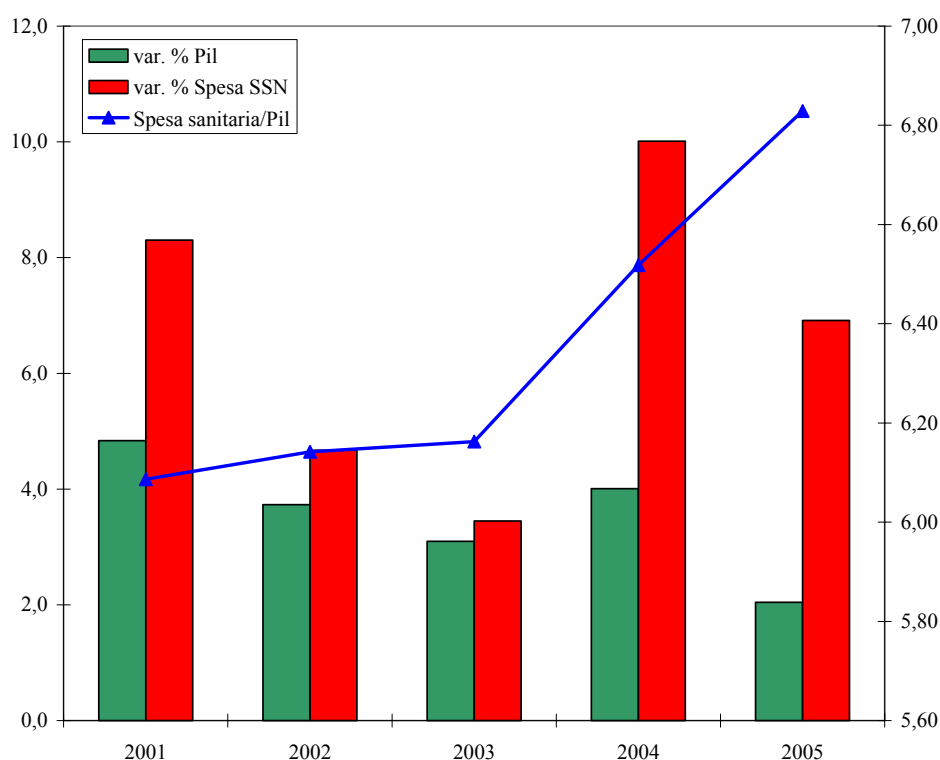
A ciò si aggiunga che nell'ambito sanitario non si verifica la usuale corrispondenza tra innovazione tecnologica ed effetto contrattivo dei costi delle prestazioni e dei servizi erogati.

Si verifica, quindi, il c.d. "paradosso tecnologico sanitario", vale a dire il controtendenziale effetto espansivo dei costi derivati dalla qualificazione tecnologica delle prestazioni. Questo perché risulta elevato:

- il costo degli investimenti in apparecchiature biomedicali innovative;
- il grado di professionalità richiesto agli operatori sanitari adibiti all'impiego delle nuove tecnologie;
- l'irrazionalità nelle scelte allocative dei punti di offerta.

Bisogna dire, inoltre, che in Italia la continua crescita della spesa sanitaria sul Pil (vedi grafico 1) è dovuta non solo a cause attribuibili esclusivamente a fattori strutturali, come la mancata crescita, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento dei costi per il miglioramento delle tecnologie mediche.

Grafico 1. - La crescita della spesa sanitaria, del Pil ed il confronto con la spesa sanitaria /Pil.



Fonti: elaborazioni su dati della Relazione generale sulla situazione economica del Paese e sull'Istat.

Ci sono cioè delle differenze regionali rilevanti in termini di spesa dovute alla diversa composizione demografica, alla diversa complessità delle strutture finanziarie presenti sul territorio ed alle inefficienze presso alcune Regioni che comportano sprechi di risorse.

Dall'analisi regionale sono state riscontrate le seguenti caratteristiche:

- più basso valore della spesa sanitaria pro-capite presso le Regioni del Mezzogiorno;
- tasso di crescita medio della spesa sanitaria maggiore nel Lazio;
- la Lombardia è la Regione che in assoluto destina più risorse alle principali voci di spesa sanitaria, segue la Campania per il personale ed il Lazio per le altre voci di spesa;
- la Lombardia si distacca in modo rilevante in termini di spesa ospedaliera accreditata dalle altre Regioni.

Queste disomogeneità producono differenze in termini di qualità, quantità di servizi accessibili ai cittadini con un inevitabile spostamento della popolazione da Regione a Regione alla ricerca di strutture sanitarie che

soddisfino le proprie esigenze meglio di quanto non sia stato possibile ottenere dalla propria Regione d'appartenenza.

Tabella 2.- Scomposizione della spesa sanitaria relativa alle Regioni e PP.AA

Suddivisione territoriale della spesa pro-capite del SSN				
	2003	2004	2005	2006
Piemonte	1.446	1.654	1.661	1.721
Valle d'Aosta	1.627	1.707	1.829	2.003
Lombardia	1.386	1.437	1.573	1.635
Prov.Autonoma di Bolzano	1.934	1.976	2.059	2.144
Prov.Autonoma di Trento	1.651	1.664	1.722	1.807
Veneto	1.416	1.491	1.609	1.672
Friuli-Venezia Giulia	1.449	1.569	1.650	1.747
Liguria	1.569	1.806	1.836	1.859
Emilia-Romagna	1.507	1.630	1.699	1.757
Toscana	1.449	1.583	1.647	1.696
Umbria	1.517	1.573	1.629	1.706
Marche	1.394	1.506	1.544	1.607
Lazio	1.560	1.852	1.918	1.954
Abruzzo	1.541	1.511	1.729	1.704
Molise	1.638	1.614	2.033	1.807
Campania	1.356	1.518	1.669	1.575
Puglia	1.271	1.337	1.514	1.554
Basilicata	1.289	1.385	1.505	1.509
Calabria	1.287	1.377	1.423	1.517
Sicilia	1.332	1.497	1.561	1.672
Sardegna	1.386	1.482	1.626	1.583
<b>Valore Medio</b>	<b>1.476</b>	<b>1.579</b>	<b>1.687</b>	<b>1.725</b>

Fonti: Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2006

La mobilità sanitaria è un fenomeno da non sottovalutare in quanto, la sua regolazione, in un sistema federale, produce effetti importanti sia sulla garanzia dell'uniformità delle prestazioni, sia sui rapporti finanziari tra gli enti decentrati di spesa. Infatti può capitare che i residenti di Regioni più povere possono incontrare impedimenti ad usufruire dei servizi offerti dalle Regioni ricche, quando il prezzo della mobilità non è sufficientemente equo per le prime e remunerativo per le seconde.

Allo stesso tempo, la mobilità incide anche sulle politiche di razionalizzazione dei servizi dell'ente di origine rendendo difficile la possibilità di controllarne la spesa.

Pertanto, per attutire le conseguenze che la mobilità sanitaria interregionale comporta, i regolamenti sono finalizzati proprio a rendere più equa la distribuzione dei costi fra le singole Regioni (Regioni di provenienza e Regioni di Destinazione) e ad attenuare il saldo migratorio mediante l'applicazione di misure tariffarie che scoraggino tale fenomeno.

#### *L'evoluzione del sistema di finanziamento nella sanità con l'avvento del federalismo*

La copertura pubblica della spesa sanitaria, laddove esista una copertura totale del sistema sanitario, dipende oltre che dalla scelta del modello di servizio sanitario (di ispirazione bismarckiana o beveridiana<sup>1</sup>) anche

<sup>1</sup> Il modello sanitario può essere di ispirazione bismarckiana- (nato in Germania e diffuso anche in Austria, Belgio, Francia, Lussemburgo, Paesi Bassi) se riconduce il beneficio della tutela della salute all'appartenenza ad una categoria professionale (si tratta di sistemi di assicurazione obbligatoria). C'è poi quello di ispirazione beveridiana (nati nel

dall'ampiezza del gap di servizi che dovrebbero essere garantiti dallo stesso sistema pubblico. Subentra, quindi, anche il livello di garanzia sostanziale delle prestazioni da parte dei sistemi pubblici, il quale, se si presenta troppo basso comporta oneri per altri soggetti. Un esempio è rappresentato dai rilevanti tempi di attesa che possono generare il ricorso a prestazioni a carico del paziente.

Un altro fattore che incide sul grado di copertura pubblica della spesa sanitaria è rappresentato dalle politiche di contenimento della spesa che possono comportare ad esempio lo spostamento dell'onere delle prestazioni sanitarie sui privati qualora si decida l'esclusione di prestazioni sanitarie dagli schemi assicurativi pubblici o l'aumento delle compartecipazioni alla spesa.

In Italia, è sullo Stato che ricade principalmente il peso della spesa sanitaria e tale situazione tende ad accentuarsi giacché il tasso di crescita della spesa sanitaria privata<sup>2</sup> è particolarmente basso (2001-2005 9,1%) rispetto a quello della spesa sanitaria pubblica (37,9%).

Per comprendere le caratteristiche del finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale risulta importante fare un riferimento alle fasi evolutive nonché ai principali passaggi normativi che lo hanno interessato.

La *prima fase* (periodo 1982/1992) è caratterizzata dalla quasi totale copertura della spesa tramite il Fondo Sanitario Nazionale, prelevato dalla fiscalità generale e a destinazione vincolata. Tale Fondo venne istituito con la legge n. 833 del 1978 la cui quantificazione e ripartizione delle risorse tra le Regioni era di competenza del Piano Sanitario Nazionale.

Nella *seconda fase* (periodo 1992-3/1997), il Fondo Sanitario Nazionale non veniva più definito dal Piano Sanitario, bensì in coerenza con l'ammontare del finanziamento assicurato dalla legge finanziaria. Tale Fondo diventava integrativo del gettito garantito dai contributi sanitari che gravavano sul lavoro dipendente. Il meccanismo di finanziamento si accingeva, quindi, a diventare di tipo misto.

Alla base di questa riforma, conosciuta come "Riforma De Lorenzo-Garavaglia" c'era la necessità di controllare i costi.

La *terza fase* (periodo 1998/2001) è contraddistinta dalla sostituzione dei contributi sanitari con un finanziamento tramite imposte regionali e dalla chiusura del Fondo Sanitario Nazionale. Quindi, da un lato viene eliminato il Fondo Sanitario Nazionale e dall'altro vengono disposte delle entrate regionali per surrogare l'abolizione dei trasferimenti alle regioni al fine di coprire la spesa sanitaria corrente. Si dà avvio al federalismo fiscale, con l'introduzione dell'Irap e dell'addizionale Irpef.

Inoltre viene stabilito che le Regioni con una scarsa capacità fiscale possono godere del Fondo Perequativo Nazionale per realizzare obiettivi di solidarietà interregionale.

La *quarta fase* (periodo 2001/2004) è caratterizzata da un inasprimento in senso federalista a seguito anche della modifica del titolo V della Costituzione (L.cost. 3/2001) ed ha come obiettivo quello della totale scomparsa del Fsn e della totale autonomia delle regioni per quanto attiene alla sanità. Infatti, la soppressione del FSN per le Regioni a Statuto ordinario è compensata dall'aumento dell'addizionale Irpef, dall'accisa sulla benzina e dall'istituzione di una compartecipazione regionale all'Iva, volta ad alimentare anche il fondo perequativo nazionale per gli obiettivi di solidarietà interregionale.

Importante al riguardo è stato l'accordo fra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano dell'8 Agosto 2001 e il DPCM del 29 Novembre dello stesso anno rappresentano i passaggi fondamentali nell'impostazione del quadro federalista nella sanità pubblica, in quanto hanno fissato da un lato, l'entità

---

Regno Unito e diffusi anche in Danimarca, Spagna, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Svezia) il quale prevede un servizio sanitario nazionale che assicura il finanziamento della spesa mediante la fiscalità generale. L'accesso alle cure è universale e l'offerta del servizio è gestita in regime di monopolio da un servizio sanitario nazionale.

Bisogna dire che oggi non esistono modelli puramente bismarckiani o beveridgiani ed è in atto una tendenza verso sistemi misti caratterizzati da un mix di copertura pubblico-privata. In Italia, il sistema di tutela della salute ha una matrice molto vicina al modello beveridgiano.

<sup>2</sup> La spesa privata è raffigurata dagli acquisti fatti dalle famiglie direttamente sul mercato e di identifica principalmente nell'acquisto di prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico (circa il 47%). In termini di crescita, nel periodo 2001-2005 la spesa privata per servizi ambulatoriali ed ospedalieri ha visto un maggiore sviluppo.

delle risorse da attribuire al SSN e dall'altro i Lea che individuano le prestazioni ed i servizi da garantire in ogni Regione ai cittadini

Si può dire, pertanto, che il federalismo fiscale abbia attribuito alle regioni la responsabilità diretta del Patto di stabilità interno<sup>3</sup> in cambio di autonomia gestionale ed organizzativa in ambito sanitario.

Infatti, oggi il sistema di finanziamento della sanità si fonda sulla fiscalità generale, cioè sulle imposte *dirette* (IRAP e addizionale IRPEF), sulle imposte *indirette* (compartecipazione IVA e accise sulla benzina) e sui residuali trasferimenti erariali. Inoltre, le aziende sanitarie locali dispongono di entrate dirette derivanti dai ticket sanitari e dalle prestazioni rese a pagamento.

La definizione degli importi e delle logiche di attribuzione dei fondi avviene in base ad un processo *circolare* perché mentre il Piano Sanitario Nazionale è elaborato con il concorso delle Regioni, i singoli Piani Regionali vengono controllati dal Ministero della Salute che ne verifica la coerenza con gli indirizzi nazionali. Tale processo consta delle seguenti fasi:

- La Legge Finanziaria definisce l'ammontare delle risorse disponibili per la sanità;
- Il Ministero dell'Economia rispetto alle fonti di finanziamento disponibili, stima il gettito di addizionale Irpef, Irap e la quota di compartecipazione IVA e accise;
- Il Ministero della Salute formula la proposta - rispetto all'ammontare delle risorse disponibili ed alla relativa allocazione dei fondi alle Regioni - sulla base delle indicazioni del Ministero dell'Economia e della Direzione Qualità del Ministero della Salute. Quest'ultima elabora l'ipotesi di allocazione dei fondi sulla base dei LEA: 50% dei fondi attribuito in relazione ai fabbisogni stimati secondo il metodo sperimentale, ed il 50% è allocato in relazione al dato storico ed agli accordi raggiunti durante le riunioni politiche;
- Accordo Conferenza Stato/Regioni sulla proposta del Ministero della Salute;
- Il CIPE approva in via definitiva la delibera di ripartizione dei fondi alle Regioni.

Nonostante l'espansione del federalismo, il Sistema Sanitario Nazionale mantiene l'indole nazionale attraverso i livelli essenziali d'assistenza (LEA) ovvero delle prestazioni che garantiscono le necessità assistenziali dei cittadini in modo uniforme e appropriato, clinicamente efficace ed economicamente conveniente su tutto il territorio nazionale.

Si rileva, inoltre, che è nella Conferenza Stato/Regioni che avviene la redistribuzione delle risorse sia su base dei LEA che rispetto ai bisogni degli anni precedenti.

Tale modello di definizione e redistribuzione delle risorse comporta qualche criticità come una forte conflittualità tra Regioni e tra Stato e Regioni, o la possibilità che prevalgano le motivazioni politiche. Oltre alle criticità vi è un limite, quello cioè di non prevedere una regolamentazione normativa in caso di sfondamento della spesa rispetto agli importi stanziati. Di solito si interviene con ripiani dei deficit accumulati dalle regioni.

Infine, bisogna dire che le riforme del funzionamento del Ssn e della Pubblica Amministrazione non coincidono *tout court* con la riforma della Costituzione e dello Stato verso il federalismo politico.

Viene data una scarsa importanza alla definizione di un praticabile sistema di *benchmarking* per valutare i risultati di gestione da indicare alle Regioni ed alle modalità per renderlo *enforceable*. Per cui, senza benchmark affidabili e condivisi e senza regole di risoluzione dei casi di mancato rispetto degli stessi, la finalità di fornire prestazioni uniformi su tutto il territorio nazionale si è tradotta in un'irresponsabilità degli Enti decentrati di spesa. Con la riforma della Costituzione del 2001<sup>4</sup> si ripropone in maniera più forte il

---

<sup>3</sup> Il patto di stabilità interno può essere definito come l'insieme delle disposizioni, contenute nella cd. legge finanziaria, con le quali, a partire dalla manovra di bilancio per il 1999, si definisce, attraverso una pluralità di parametri soggetti ad una progressiva rimodulazione, l'impegno e la misura della partecipazione degli enti di autonomia territoriale alla realizzazione degli obiettivi di indebitamento netto, perseguiti dal Governo nazionale, nel rispetto delle previsioni del patto di stabilità e crescita a livello comunitario.

<sup>4</sup> L'articolo 119 afferma che "i Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa. Essi, tramite compartecipazioni al gettito di tributi erariali e tributi propri, integrati dal fondo perequativo senza vincoli di destinazione a favore dei territori con minore capacità fiscale e da interventi speciali da parte dello stato, finanziano integralmente le funzioni loro attribuite.

problema del funzionamento della finanza federalista. Ciò nonostante, non sopraggiunge una legislazione ordinaria, ed i punti critici restano aperti quelli di sempre. Invece di affrontare il prima possibile questi snodi, stanno proliferando sforzi nell'interpretazione degli articoli del Titolo V senza badare alla praticabilità. E' proprio questo il punto debole del Disegno di Legge delega presentato del Consiglio dei Ministri il 3 Agosto 2007.

### *La situazione finanziaria della sanità italiana*

In Italia, il finanziamento alla sanità presenta un trend crescente, situazione del tutto coerente poiché rappresenta la risposta ad una altrettanto lievitante spesa sanitaria.

Se prima i trasferimenti erariali avevano una certa importanza nella copertura del fabbisogno finanziario sanitario, ora, con lo sviluppo del federalismo e quindi con l'attribuzione di nuove responsabilità alle Regioni, la situazione è cambiata, per cui in molte regioni d'Italia tale fabbisogno non viene soddisfatto più in modo preponderante dalla finanza derivata bensì dalla fiscalità generale (per circa il 95%).

Si tratta però principalmente di risorse redistribuite dallo Stato, in particolar modo dell'Iva e delle Accise.

Tale apporto da parte dello Stato tende ad irrobustirsi nel tempo a discapito delle risorse incassate direttamente dalle Regioni. Infatti, l'Irap e l'Addizionale Irpef, ma anche le altre risorse incassate dalle Regioni, stanno contribuendo sempre di meno alla copertura del finanziamento sanitario.

Tab.3.- Descrizione quantitativa della tipologia di finanziamento del SSN. Anni 2003/2006

	2003	% sul finanziamento totale	2004	% sul finanziamento totale	2005	% sul finanziamento totale	2006	% sul finanziamento totale
Finanziamento	79,967	100	84,738	100	91,06	100	94,985	100
<b>Incassati dalle Regioni</b>	<b>35,951</b>	<b>45,0</b>	<b>37,262</b>	<b>44,0</b>	<b>39,027</b>	<b>42,9</b>	<b>39,861</b>	<b>42,0</b>
Irap e Addizionale Irpef	33,568	42,0	34,765	41,0	36,366	39,9	37,28	39,2
Ricavi ed Entrate Proprie varie	2,383	3,0	2,497	2,9	2,661	2,9	2,581	2,7
<b>Redistribuiti dallo Stato</b>	<b>43,589</b>	<b>54,5</b>	<b>47,027</b>	<b>55,5</b>	<b>52,112</b>	<b>57,2</b>	<b>54,638</b>	<b>57,5</b>
Iva ed Accise	33,685	42,1	35,063	41,4	39,116	43,0	41,932	44,1
Ulteriori trasferimenti da Pubblico a Privato	5,685	7,1	6,669	7,9	7,596	8,3	7,947	8,4
FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato	4,219	5,3	5,295	6,2	5,4	5,9	4,759	5,0
<b>Altri Enti</b>	<b>0,427</b>	<b>0,5</b>	<b>0,449</b>	<b>0,5</b>	<b>0,459</b>	<b>0,5</b>	<b>0,485</b>	<b>0,5</b>

*Ulteriori trasferimenti da pubblico a privato:* partecipazioni da parte di regioni a Statuto speciale e Province Autonome da delibera CIPE e da SIS, Ulteriori trasferimenti dal settore Pubblico, contributi in conto esercizio da Privati.

*Ricavi e entrate proprie varie:* Da altri soggetti pubblici della Regione, Da altri soggetti Pubblici extra regione, Da Privati, Per Intramoenia, Per Prestazioni non Sanitarie, Entrate Varie, Concorsi Recupero e Rimborsi per Attività Tipiche, Tickets (introitati dalle Aziende Sanitarie), Interessi Attivi e altri Proventi Finanziari.

*Fonte:* Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2006

Dall'analisi regionale è stato possibile appurare l'esiguità del numero delle Regioni che sostengono la spesa sanitaria "principalmente" con le loro entrate e imposte dirette. Rientrano soltanto quattro Regioni localizzate nel Centro e nel Nord Italia (la Lombardia 64,8%, l'Emilia Romagna 54,3%, il Lazio 53,6% ed il Veneto 53,1%) essenzialmente per il valore elevato dell'Irap e dell'Addizionale Irpef.

Viceversa le Regioni del Sud, presentano una forte dipendenza dalle risorse statali, infatti il contributo delle entrate direttamente incassate a sostegno della sanità non supera il dato nazionale presso nessuna Regione del Mezzogiorno, soprattutto in Calabria ed in Basilicata dove la dipendenza dalla redistribuzione statale supera l'80%.

Invece, le Regioni a Statuto Speciale hanno una diversa composizione delle fonti di finanziamento a sostegno del Ssn. In particolare, alle suddette Regioni vengono devolute quote fisse dei proventi dello Stato riscossi sul territorio della Regione stessa. Si è riscontrato però che mentre le Regioni a Statuto Speciale del



Nord coprono i fabbisogni del proprio Servizio Sanitario attraverso il finanziamento diretto, la Sicilia e la Sardegna presentano ancora una sostanziale dipendenza dai trasferimenti del Fondo Sanitario Nazionale.

Tabella 4. - Descrizione del peso delle diverse entrate a copertura della spesa del Ssn per ogni Regione d'Italia. Anno 2006

	Irap e Addizionale Irpef	Ricavi ed Entrate Proprie varie	<b>Risorse incassate dalle Regioni</b>	Iva ed Accise	Ulteriori trasferimenti da Pubblico a Privato	Fsn e ulteriori integrazioni a carico dello Stato	<b>Risorse redistribuite dallo Stato</b>	Ricavi straordinari	Totale
Piemonte	40,7	4,7	<b>45,5</b>	47,2	5,2	1,5	<b>53,9</b>	0,6	100
Valle d'Aosta	37,6	4,6	<b>42,2</b>		57,7		<b>57,7</b>	0,1	100
Lombardia	60,1	4,7	<b>64,8</b>	33,2	0,8	1,2	<b>35,2</b>	0,0	100
Prov. Autonoma di Bolzano	40,5	3,8	<b>44,3</b>		55,0		<b>55,0</b>	0,8	100
Prov. Autonoma di Trento	40,1	3,7	<b>43,8</b>		56,0		<b>56,0</b>	0,1	100
Veneto	47,5	5,6	<b>53,1</b>	42,0	3,3	1,2	<b>46,5</b>	0,4	100
Friuli-Venezia Giulia	40,7	5,2	<b>45,9</b>		53,8		<b>53,8</b>	0,3	100
Liguria	32,0	3,7	<b>35,6</b>	59,0	0,3	4,9	<b>64,1</b>	0,2	100
Emilia-Romagna	48,7	5,6	<b>54,3</b>	39,9	3,3	1,6	<b>44,8</b>	0,9	100
Toscana	39,8	5,5	<b>45,3</b>	52,3	0,2	1,6	<b>54,1</b>	0,6	100
Umbria	30,0	4,3	<b>34,2</b>	63,5	0,0	1,6	<b>65,1</b>	0,6	100
Marche	38,1	4,5	<b>42,6</b>	55,5	0,1	1,6	<b>57,2</b>	0,3	100
Lazio	50,1	3,5	<b>53,6</b>	39,3	3,4	2,2	<b>44,9</b>	1,5	100
Abruzzo	27,1	3,0	<b>30,1</b>	67,1	0,0	1,6	<b>68,7</b>	1,2	100
Molise	12,5	2,6	<b>15,1</b>	82,9	0,1	2,0	<b>84,9</b>	0,0	100
Campania	20,1	1,8	<b>21,9</b>	75,1	0,9	1,7	<b>77,6</b>	0,5	100
Puglia	23,0	2,0	<b>25,0</b>	71,9	0,9	1,6	<b>74,5</b>	0,5	100
Basilicata	11,3	2,2	<b>13,4</b>	84,3	0,2	1,6	<b>86,1</b>	0,4	100
Calabria	9,4	1,7	<b>11,1</b>	82,6	3,0	1,6	<b>87,1</b>	1,8	100
Sicilia	24,9	2,1	<b>27,0</b>		41,9	30,7	<b>72,6</b>	0,4	100
Sardegna	28,6	2,3	<b>30,9</b>		28,7	39,7	<b>68,5</b>	0,6	100
<b>Italia</b>	<b>38,8</b>	<b>3,8</b>	<b>42,6</b>	<b>43,6</b>	<b>8,3</b>	<b>4,9</b>	<b>56,8</b>	<b>0,6</b>	<b>100</b>

Fonti: elaborazioni Srm su dati della RGSEP

Si appura, quindi che, malgrado i passi compiuti verso il cd. "federalismo sanitario", l'iter intrapreso in Italia non è ancora giunto a conclusione: le risorse sono ancora oggi in gran parte raccolte attraverso la fiscalità generale e quindi si assiste al paradosso di una centralizzazione nel reperimento delle risorse e ad una decentralizzazione del potere di spesa.

Inoltre, la redistribuzione degli importi incassati dal gettito IVA avviene in base capitaria con una ponderazione che considera i fattori socio-demografici della Regione. In questo modo si attribuisce un peso maggiore alla componente demografica penalizzando le Regioni più giovani come quelle del Sud.

Oltretutto le risorse incassate e ridistribuite alle Regioni lasciano scoperto circa il 3-6% della spesa sanitaria. In realtà, alla base di questo scopenso c'è una politica di finanziamento che tende sempre a stanziare meno del prevedibile fabbisogno al fine di stimolare i centri di spesa ad un maggiore sforzo di efficienza.

Alla fine, il sistema sanitario italiano nel suo complesso ha sempre chiuso gli esercizi in cronico disavanzo. Nel 2006 le uniche Regioni a presentare un avanzo sono quelle del Nord, cioè, oltre alla Province autonome di Bolzano e di Trento, le Regione del Veneto ed del Friuli Venezia Giulia. Tutte le altre Regioni hanno un disavanzo, soprattutto quelle del Mezzogiorno.

In assoluto le Regioni che presentano il maggior disallineamento economico sono il Lazio, la Sicilia, la Campania e la Puglia. Quest'ultima tuttavia è l'unica Regione del Mezzogiorno che ha presentato un avanzo anche se circoscritto ai soli anni 2003-2004.

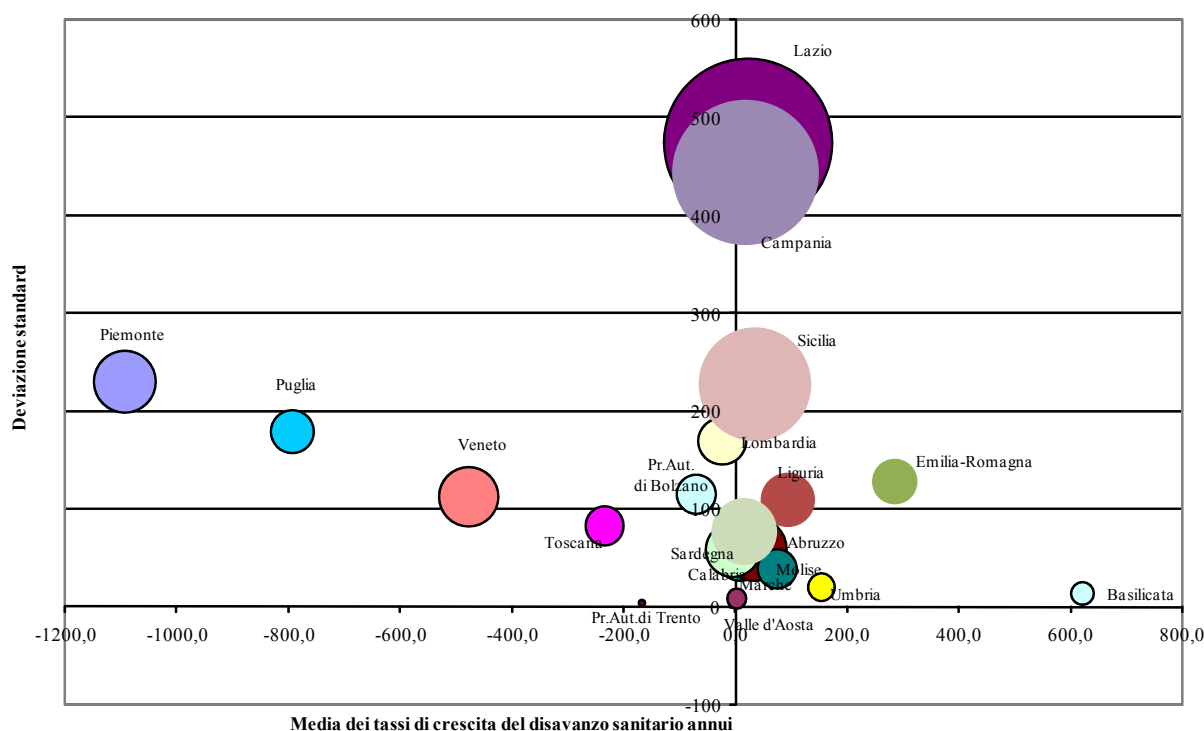
Tabella 5.- Evoluzione del disavanzo sanitario. Anni 2000/2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Disavanzo in mld di euro	-3,228	-4,122	-2,891	-2,323	-5,79	-5,725	-4,183
% Disavanzo sulla spesa sanitaria	4,6	5,4	3,6	2,8	6,4	5,9	4,2
Tasso di crescita	-13,5	27,7	-29,9	-19,6	149,2	-1,1	-26,9

Fonti: elaborazioni Srm su dati della RGSEP.

Volendo individuare le Regioni che maggiormente definiscono le caratteristiche del deficit nazionale si prova a costruire un grafico a dispersione dove sull'asse delle ascisse si rappresentano i *tassi di crescita regionali del disavanzo*, sull'asse delle ordinate la *deviazione standard* mentre la dimensione della bolla rappresenta le *incidenze regionali sul disavanzo nazionale*. In questo modo, si rileva che le Regioni aventi una maggiore rappresentatività del disavanzo nazionale sono il Lazio, la Campania e la Sicilia; Regioni che hanno anche un tasso di crescita del disavanzo positivo e con una forte variabilità. Compensano la crescita del disavanzo sanitario nazionale anche se solo in parte, il Piemonte, la Puglia il Veneto e la Toscana che, pur non essendo particolarmente rappresentative del disavanzo sanitario nazionale presentano una buona negatività del tasso di crescita del disavanzo anche se il valore del disavanzo è altalenante.

Grafico 2. - Contribuzione regionale alla determinazione del disavanzo sanitario nazionale.



Fonti: elaborazioni Srm su dati della RGSEP

Comunque, le Regioni, per coprire i disavanzi, hanno a disposizione diversi strumenti che agiscono sulle entrate finanziarie, manovrando le aliquote delle addizionali regionali dell'Irpef, le aliquote Irap o i tributi regionali; o sulla spesa come il contenimento del costo per il personale, dell'assistenza farmaceutica, specialistica, ospedaliera e delle prestazioni di assistenza sanitaria.

La scelta della tipologia di copertura dei disavanzi da parte delle Regioni è differente. Ciò dipende anche dall'entità effettiva dei disavanzi che a sua volta è influenzata, anche se in parte, da aspetti di natura contabile (a seguito dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale e in particolare degli accantonamenti si è avuta una forte eterogeneità nei sistema di rilevazione delle voci).

Nello specifico, per quanto concerne le misure fiscali, ben 10 Regioni, prevalentemente del Centro-Nord hanno fatto ricorso alle addizionali regionali Irpef (Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Molise, Campania, Puglia e Calabria).

Invece, passando all'Irap (la cui misura massima è del 4,25% con un innalzamento non superiore ai 1,5 punti percentuali), hanno deliberato aumenti dell'aliquota per alcuni soggetti giuridici, le seguenti Regioni: Lombardia, Liguria, Toscana, Marche, Lazio, Campania e Sicilia.

Inoltre, hanno provveduto ad un innalzamento delle tasse sulla circolazione il Veneto la Calabria, la Campania, l'Abruzzo le Marche ed il Molise.

In merito al secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi, rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, oltre al ticket, molto diffuso sul territorio, l'assistenza farmaceutica convenzionata è molto preferita sia perché c'è un doppio riferimento ad essa dalla L. 405/01 sia perché la spesa sull'assistenza farmaceutica convenzionata non può superare un tetto specifico<sup>5</sup>.

Considerando l'altra misura per la copertura dei disavanzi cioè la dismissione del patrimonio e la relativa cartolarizzazione<sup>6</sup>, si può dire che questa tecnica di finanziamento sta avendo ampi consensi all'interno delle pubbliche amministrazioni, soprattutto con riferimento al patrimonio immobiliare.

Il Lazio è stato la prima Regione che ha effettuato la cartolarizzazione puntando sull'alienazione delle strutture ospedaliere e creando una società ad hoc la quale, con una operazione di sale and lease-back, ha acquistato l'intero patrimonio immobiliare delle Asl per darlo in uso alla Regione stessa dietro il pagamento di un canone di leasing.

Anche la Sicilia, la Sardegna e l'Abruzzo stanno avviando operazioni di sale and lease back con l'alienazione, da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, dei propri immobili, compresi gli ospedali, tramite un'asta internazionale.

Ma, visto che il debito delle Regioni è elevato poiché al disavanzo si aggiungono quelli degli anni precedenti, il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato in parte derogato dalla legge finanziaria con la quale vengono disposti ripetutamente degli stanziamenti di risorse piuttosto modesti per smorzare lo squilibrio pregresso tra risorse disponibili e spesa.

Infatti, la legge 311/04 (finanziaria per il 2005) ha stanziato 2 miliardi per il parziale ripiano delle perdite del Ssn registrate nel triennio 2001-2003, di cui 1,450 miliardi alle Regioni e 0,550 miliardi agli IRCCS pubblici e ai Policlinici Universitari pubblici, mentre la legge finanziaria L. 266/05 ha previsto ulteriori 2 miliardi a titolo di concorso per il ripiano dei disavanzi del Ssn del triennio 2002 – 2005 (di cui 50 milioni finalizzati al ripiano dei disavanzi della Regione Lazio per l'anno 2003, derivati dal finanziamento dell'Ospedale Bambino Gesù).

---

<sup>5</sup> Il tetto di spesa sull'assistenza farmaceutica convenzionata è pari al 13% delle assegnazioni complessive da parte dello stato centrale per la spesa gestita della farmacie aperte al pubblico ed al 16% per la spesa gestita farmaceutica totale. La Legge 326/03 ha previsto che le Regioni siano tenute a coprire il 40% dello sfondamento del tetto del 13%. La Finanziaria per il 2005 ha però stabilito che tale obbligo non sussista nel caso di raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario complessivo.

<sup>6</sup> Si tratta di un'operazione di conversione di asset di bilancio in titoli, con la finalità di smobilizzarli presso terzi investitori. Tale operazione consta di due fasi successive: la cessione ad una società veicolo dei crediti, o degli immobili, che producono flussi finanziari positivi e la successiva emissione di titoli negoziabili, che incorporano il valore degli asset ceduti.

Tabella 6. - Le principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni

	Maggiorazione addizionale Irpef	Maaggiorazione Irap	Maggiorazione bollo auto	Ticket farmaci	Cartolarizzazione
Piemonte	X			X	
Valle d'Aosta					
Lombardia	X	X		X	
Prov.Autonoma di Bolzano				X	
Prov.Autonoma di Trento					
Veneto	X		X	X	
Friuli-Venezia Giulia					
Liguria	X	X		X	in fase di avvio
Emilia-Romagna					
Toscana		X			
Umbria	X				
Marche	X	X	X		
Lazio		X		X (aboliti 2006)	X
Abruzzo			X	solo 2002	X
Molise	X		X	X	in fase di avvio
Campania	X	X	X		in fase di avvio
Puglia	fino al 2005			X	
Basilicata					
Calabria	X		X	X (aboliti 2006)	
Sicilia		X		X	X
Sardegna				aboliti 2004	X

Fonti: Fondazione Farmafactoring-Ce.R.G.A.S.Bocconi- elaborazioni Srm su dati RGSEP 2006 e OSFAR

Tuttavia, la legge finanziaria per il 2005 e quella per il 2006 hanno previsto determinati provvedimenti nel caso in cui, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si registri nel settore sanitario un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati necessari provvedimenti di copertura.

- il Presidente del Consiglio diffida le Regioni a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo di riferimento;
- Il Presidente della Regione agisce da Commissario *ad acta* se la Regione non interviene entro la fine di maggio;
- L'applicazione automatica sulle maggiorazioni delle aliquote fiscali se il Presidente della Regione non interviene.

Tabella 7. - Distribuzione del carico del disavanzo negli anni 2000/2006. Valori espressi in miliardi di euro

	Regioni	Stato	
2000	3,228		
2001		1,450	
2002	11,676	legge 311/04	2,000
2003			legge 266/05
2004			
2005	5,725		
2006	4,183		

Fonti: elaborazioni Srm su dati della RGSEP.

All'inizio, delle sei Regioni coinvolte Liguria, Sicilia, Abruzzo, Molise, Campania e Lazio, solo la Sicilia non ha presentato un piano di recupero. Le altre Regioni hanno presentato dei piani di rientro focalizzati sull'appropriatezza (riduzione dei ricoveri e riconversione dei posti letto superflui) e sul controllo dei volumi delle prestazioni.

Attualmente i piani di rientro stanno producendo alcuni primi risultati positivi<sup>7</sup>. Ma necessitano di qualche aggiustamento, a volte sono troppo rigidi, e le sanzioni previste non sono sempre adeguate

### *Lo sviluppo della finanza innovativa*

L'insufficienza delle risorse dei sistemi pubblici, la domanda in continua espansione e la tensione verso una maggiore qualità dei servizi, impongono la necessità di introdurre e consolidare soluzioni innovative nella programmazione e gestione delle risorse finanziarie e nelle modalità di finanziamento degli investimenti.

Tale esigenza, è realizzabile grazie al processo di progressivo decentramento che attribuisce alle aziende sanitarie una più ampia autonomia decisionale e finanziaria, comporta una rivalutazione del ruolo delle scelte di gestione finanziaria.

Così si presenta una maggiore attenzione ad una corretta applicazione delle regole di gestione finanziaria che consiste in una migliore programmazione dei flussi, maggiore capacità di gestione finanziaria, approfondita analisi e verifica dei costi e diffusione di tecniche di analisi finanziaria.

Le aziende sanitarie vedono un ampliamento dei loro compiti di gestione finanziaria; se prima si occupavano delle attività tradizionali (come la gestione dei trasferimenti da enti di livello superiore e politiche atte ad accrescerne il livello e la flessibilità) e delle attività di finanza contabile per la gestione del passivo, oggi, invece, a causa della nuova missione e delle nuove esigenze delle aziende sanitarie, si inseriscono attività di finanza operativa che influenzano le scelte di investimento e gli strumenti di finanza innovativa adatti a facilitare i processi di riconversione delle strutture produttive e quindi degli investimenti esistenti.

Così, la crescente necessità di reperire risorse finanziarie ulteriori rispetto a quelle pubbliche e per la riqualificazione del patrimonio sanitario strutturale e tecnologico, e in una logica di miglioramento dell'efficienza del sistema sanità, ha sempre più orientato le amministrazioni pubbliche verso il ricorso agli strumenti della finanza come gli strumenti di gestione della liquidità, smobilizzo e valorizzazione economica del patrimonio (immobiliare e mobiliare), l'attivazione di modalità di cofinanziamento privato degli investimenti, le articolate operazioni di indebitamento e le manovre di rinegoziazione del debito.

Se ne deduce, quindi, che l'interesse principale delle aziende sanitarie si sta rivolgendo alle politiche di investimento e di acquisto delle attrezzature, ed il project finance è lo strumento cui le aziende ricorrono con maggior frequenza.

Con riferimento al mercato del Project financing nel settore sanità, c'è da dire, però che il mercato italiano è ancora giovane, infatti è possibile datarne l'inizio nel 2002 quando con la legge 162/2002, Merloni-quater, si disciplina la possibilità di utilizzare il Project financing sulle opere a diretta utilizzazione pubblica

Dai dati forniti dall'Osservatorio Nazione sul Project Financing, dal 2003 al 2006 si registra una graduale riduzione del numero e del valore nazionale del PF. Tale riduzione è dovuta dal venir meno di alcuni progetti programmati negli scorsi anni e dalla possibilità di utilizzo del leasing immobiliare per la realizzazione e completamento di opere pubbliche sancita con la Legge Finanziaria 2007.

Nella diffusione territoriale, le Regioni del Centro Nord detengono valori elevati, soprattutto la Lombardia. Delle Regioni del Mezzogiorno, soltanto la Campania e la Sicilia si contraddistinguono per il maggior ricorso a tale strumento di finanziamento. Quindi, l'utilizzo degli strumenti di project financing si presenta in modo differenziato nelle diverse Regioni.

---

<sup>7</sup> Dal Rapporto Isae 2008- Lazio e Sicilia, sottoposte al piano di rientro, sono state 'virtuose' e hanno diminuito la spesa, le altre regioni hanno avuto andamenti diversi: in Abruzzo la spesa è aumentata del 2,7% in linea con quella media italiana, in Campania, in Molise e in Liguria la spesa è poco più alta della media con tassi vicini al 4%. Tuttavia i disavanzi in queste regioni sono diminuiti considerevolmente rispetto al 2006".

Tabella 8.- Distribuzione regionale del project financing

	2003		2004		2005		2006	
	importo di riferimento	numero progetti	importo di riferimento	numero progetti	importo di riferimento	numero progetti	importo di riferimento	numero progetti
Piemonte	16.685.112	7	445.697.509	7	24.144.388	9	4.523.000	2
Valle d'Aosta	0		0		0		500.000	1
Lombardia	173.221.000	9	375.284.534	7	261.731.710	5	59.284.110	7
Prov.Autonoma di Bolzano	0		0		0		0	
Prov.Autonoma di Trento	0		29.410.885	1	0		0	
Veneto	110.121.853	3	44.974.837	5	163.594.000	2	137.153.239	5
Friuli-Venezia Giulia	0	1	0		240.000	1	0	
Liguria	156.494.000	4	9.214.029	3	2.048.035	1	2.015.000	1
Emilia-Romagna	459.932.434	8	151.535.956	4	18.500.000	3	32.673.500	6
Toscana	2.754.990	7	26.815.000	4	26.694.754	6	421.892.829	1
Umbria	39.952.972	3	10.000.000	1	0		23.500.000	1
Marche	30.348.170	1	24.533.930	3	12.500.000	1	0	
Lazio	18.555.529	4	16.916.300	3	174.820.523	11	23.039.127	4
Abruzzo	12.323.428	8	0		0		0	
Molise	0		0		0		4.000.000	1
Campania	313.052.856	6	9.205.207	7	30.550.000	3	6.102.276	3
Puglia	980.963	2	10.657.364	6	9.300.575	8	13.603.110	6
Basilicata	313.366	1	0		150.000	1	61.844.000	1
Calabria	35.197.634	4	12.289.914	3	774.685	1	36.147.634	2
Sicilia	144.455.844	6	106.643.286	11	59.893.631	13	1.212.000	1
Sardegna	472.910	1	55.399.534	7	0		1.255.000	1
Italia	1.514.863.061	75	1.328.578.285	72	784.942.301	65	828.744.825	43

Fonti: elaborazioni Srm su dati dell'Osservatorio Nazionale Project Financing.

Si considerano gli avvisi di ricerca promotore determinati secondo l'articolo 37 bis 1

I progetti sono stati imputati ai vari esercizi in base al trimestre in cui è avvenuta la pubblicazione del bando.

L'oggetto degli avvisi riguarda principalmente la realizzazione e la riqualificazione delle strutture sanitarie, nonché l'esternalizzazione della gestione di alcuni servizi quelli cosiddetti no-core (manutenzione impianti, fabbricati, lavanderia, mensa e ristorazione, pulizie, smaltimento rifiuti, servizi informatici e gestione del calore) e dei servizi commerciali (gestione bar, strutture ricettive per i familiari dei pazienti, aree commerciali).

Tale operazione presenta degli oneri, come una maggiorazione dei costi delle procedure di project financing ed una distribuzione dei rischi di gestione squilibrata poiché questi ricadono soprattutto sulle aziende sanitarie.

Tuttavia con questo strumento di finanziamento si ha il vantaggio per le aziende sanitarie di curare meglio la qualità dei servizi ospedalieri e di housing, di risparmiare sia dal punto di vista economico che finanziario (i costi ed i prezzi sono già prefigurati nel medio e lungo periodo, di semplificare il processo amministrativo poiché in questo modo si ha un unico contratto con un unico soggetto), di concentrarsi sull'erogazione dei servizi medicali lasciando così i servizi generali e di housing alla responsabilità di terzi soggetti maggiormente qualificati.

Un altro strumento abbastanza diffuso per gli investimenti in sanità è il leasing, sia quello operativo che finanziario. In alcuni casi tali operazioni sono promosse ed incentivate a livello regionale come ad esempio la Regione Veneto con la legge finanziaria LR 01/04 prevede la possibilità di destinare il Fondo Sanitario Regionale in conto capitale anche per finanziarie l'acquisizione di beni immobili realizzati e/o da realizzare e mobili durevoli, mediante locazione finanziaria.

Considerando i canoni annui di leasing sia operativi che finanziari delle Asl e delle Aziende Ospedaliere delle diverse Regioni d'Italia si nota che la Regione Lazio nel 2004 si contraddistingue particolarmente dalle altre Regioni a causa soprattutto del leasing finanziario.

In termini di crescita, invece, sono le Regioni del Mezzogiorno che nel 2004 hanno un maggiore incremento del canone leasing rispetto al 2001.

Tabella 9. - Canoni di leasing (operativo e finanziario) delle Asl e delle aziende ospedaliere delle Regioni italiane negli anni 2001/2004

	2001	2002	2003	2004
Piemonte	2.848.000	3.623.000	3.939.000	3.110.000
Valle d'Aosta	1.450.000	1.587.000	514.000	721.000
Lombardia	5.481.000	7.027.000	7.982.000	8.291.000
Provincia Autonoma di Bolzano	0	440.000	293.000	0
Provincia Autonoma di Trento	120.000	222.000	232.000	99.000
Veneto	3.476.000	2.202.000	2.215.000	3.336.000
Friuli Venezia Giulia	595.000	1.516.000	1.867.000	1.905.000
Liguria	2.010.000	2.328.000	3.197.000	3.789.000
Emilia Romagna	21.334.000	3.601.000	3.771.000	2.960.000
Toscana	7.571.000	7.731.000	8.654.000	9.949.000
Umbria	1.661.000	1.862.000	2.224.000	2.458.000
Marche	4.418.000	4.834.000	5.896.000	5.304.000
Lazio	1.844.000	9.531.000	10.767.000	96.240.000
Abruzzo	1.397.000	1.415.000	1.770.000	2.258.000
Molise	56.000	244.000	623.000	598.000
Campania	847.000	4.197.000	4.966.000	8.016.000
Puglia	6.756.000	6.945.000	6.641.000	7.355.000
Basilicata	1.254.000	1.053.000	676.000	598.000
Calabria	805.000	1.927.000	1.503.000	2.725.000
Sicilia	0	7.189.000	10.470.000	13.346.000
Sardegna	1.358.000	1.608.000	1.875.000	2.016.000

Fonti: elaborazioni Srm sui dati del Ministero della Salute- SIS

Infine si può dire che, nonostante le Regioni mostrino una elevata e crescente attenzione verso gli strumenti di finanza innovativa, a parte le operazioni di leasing e di project finance, ancora poco sviluppate sono le operazioni di cartolarizzazione e di ristrutturazione del debito.

In effetti la finanza innovativa viene intesa come strumento a supporto di operazioni di investimento o di acquisto di attrezzature finanziarie ( project finale, leasing, locazione finanziaria). Si tende a trascurare l'importanza delle politiche di programmazione e gestione delle risorse finanziarie e, poiché l'attività svolta nelle aziende sanitarie risulta fortemente incentrata sull'indebitamento a breve e sulla gestione della liquidità, soprattutto per la gestione corrente; questa situazione genera tensioni di cassa spesso scaricate sui fornitori attraverso ritardi nei pagamenti ben oltre la norma.

Quindi, le maggiori difficoltà si vivono soprattutto nella gestione corrente e nella programmazione delle risorse finanziarie. Pertanto, nonostante molte aziende effettuino una attività di programmazione finanziaria, si ritiene che questa sia ancora insufficiente e gestita senza ricorso a strumenti sofisticati.

Di fronte a tale situazione che presenta ampi margini di crescita sembra necessario quindi che le aziende sanitarie si dotino di profili professionali adeguati per valutare attentamente le caratteristiche delle operazioni da realizzare, l'economicità e la sostenibilità nel lungo periodo. L'investimento, infatti, deve essere realizzato mediante lo strumento finanziario che più è in grado di ottimizzare la realizzazione, minimizzando i costi e garantendo la qualità dei servizi erogati.

Non bisogna dimenticare l'importante contributo del Terzo Settore che, attraverso le associazioni e le organizzazioni di volontariato, partecipa alla realizzazione di opere indispensabili come l'assistenza ospedaliera, l'assistenza domiciliare, il finanziamento della ricerca attraverso le attività di *fund raising*, la sensibilizzazione dei cittadini rispetto alle nuove e rare patologie.

### *Conclusioni*

Con il ricorso al federalismo, si è visto che le regioni vengono chiamate a partecipare allo sforzo finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di stabilità. Ciò comporta da parte del governo regionale un maggiore impegno in modo tale da realizzare contemporaneamente una minore spesa e uguale o addirittura superiore tutela sanitaria.

Poiché tale situazione ha richiesto una maggiore consapevolezza delle esigenze di spesa e dei conti della sanità, elementi basilari per una effettiva autonomia finanziaria delle Regioni, sono stati fatti numerosi sforzi per dotare quest'ultime di un'autonomia fiscale.

Ciononostante, altrettanto numerosi sono stati gli elementi che hanno frenato tale tendenza lasciando emergere le difficoltà della sfida ( basti pensare all'enormità dei disavanzi ed alla certezza del successivo ripiano).

Dalla descrizione delle principali caratteristiche finanziarie del sistema sanitario nazionale sono emerse, infatti, delle criticità relative al modello di determinazione della spesa che si basa su un doppio livello di conduzione in quanto il governo centrale decide il finanziamento del sistema, mentre le Regioni gestiscono l'offerta dei servizi. Ciò da origine ad una forte conflittualità tra Stato e Regioni dovuta alla problematica attribuzione di chiare responsabilità politiche: le regioni accusano il governo centrale di sottofinanziare intenzionalmente la sanità, mentre il governo accusa le Regioni di sprecare risorse preziose.

Questo contesto, crea un rischio di instabilità finanziaria poiché, dal punto di vista finanziario, ha generato accumuli di debiti da parte delle Asl coperti soprattutto dallo Stato Centrale ex post, disincentivando le Regioni ad un controllo efficiente della loro spesa proprio per le aspettative dei finanziamenti futuri.

Un'altra criticità è dovuta al fatto che la maggiore autonomia ha comportato il rischio di una insufficiente protezione sanitaria presso quelle Regioni che presentano un grado di efficienza della spesa sanitaria inferiore a quello contenuto nella definizione della quota capitaria. In altre parole, la maggiore autonomia può alimentare comportamenti inefficienti con il serio pericolo di una minore assistenza sanitaria dovuta all'insufficiente finanziamento regionale della sanità pubblica. Ciò succede quando, il governo regionale:

- non riesce ad ottenere un gettito sufficiente;



- pensa di aumentare il benessere dei cittadini con la riduzione della protezione sanitaria pubblica perché si riduce la pressione fiscale;
- stima che la salute venga promossa da un mix di azioni pubbliche che stabiliscano una minore spesa sanitaria e maggiori spese per migliorare la sicurezza nei trasporti, l'educazione, le condizioni abitative e di lavoro.

In un tale contesto, caratterizzato da problemi di identità e funzionalità della Pubblica Amministrazione e dalla crisi di fiducia nella sanità, per far sì che lo scenario federalista non conduca ad una maggiore differenziazione organizzativa tra le varie regioni, sarà importante, in primo luogo, individuare un equilibrio accettabile tra interesse nazionale e autonomia degli enti decentrati.

Il governo deve controllare sia la politica macroeconomica del bilancio (come l'equilibrio dei conti pubblici ed il loro adeguamento agli accordi internazionali ai quali l'Italia partecipa) e sia la politica microeconomica di definizione e garanzia delle prestazioni essenziali.

Si dovrebbe provare a definire una programmazione reale della spesa sanitaria quantificando a livello centrale i Lea e in contraddittorio con le Regioni l'ammontare di risorse necessarie per offrire i servizi in modo efficiente.

In quest'ultimo caso, la quantificazione delle risorse si potrebbe fare sulla base di analisi empiriche affidabili e sulla definizione di *best practice* per far sì che le regioni si finanzino in modo appropriato.

Il governo centrale dovrebbe, inoltre, effettuare non solo la verifica finanziaria ma anche quella sulla qualità dei servizi offerti, attraverso un insieme appropriato di indicatori, per monitorare i risultati regionali in termini di salute e per definire le politiche e le verifiche sanitarie in una maniera sempre più efficace, prevedendo anche sistemi di incentivi e di penalizzazioni appropriati.

Le Regioni, infine, giacché con l'attribuzione di competenze possono adeguare il servizio sanitario alle esigenze della popolazione locale, devono essere in grado fotografare le condizioni di salute della popolazione di riferimento ovvero leggere la domanda sanitaria ed il comportamento degli utenti scorgendo probabili cambiamenti in atto o futuri, il tutto con il fine di poter rispondere in modo adeguato, con il proprio sistema d'offerta, ai crescenti bisogni sanitari.

Fondamentale diventa, la dotazione di un'offerta adeguata, innovativa, efficace ed efficiente<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> L'economicità nell'ambito della sanità è intesa come la capacità, mantenuta nel lungo tempo, di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza fisiologico ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa"

## Bibliografia

AIOP, (2007), Ospedali e salute, quarto rapporto annuale 2006, FrancoAngeli, Milano

AMBROSETTI, (2006), *Meridiano Sanità: le coordinate della salute*

ASSOCIAZIONE SRM (Anni vari), *Dossier Unione Europea Studi e Ricerche*, Napoli

ASSOCIAZIONE SRM (Anni vari), *Rassegna Economica*, Napoli

ASSOCIAZIONE SRM (2008), *Il ruolo del Non Profit in Sanità: il caso Campania, ricerca in corso di pubblicazione.*

CAROPPO M.S. TURATI G.(2007), *I sistemi sanitari regionali in Italia: riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, V&P, Milano

CERGAS, (2006), *Rapporto OASI 2006: L'aziendalizzazione della sanità in Italia*

COPPOLA F., PANARO A., Tizzano P. (2003), *Gli investimenti infrastrutturali nel Sud* in Rassegna Economica n. 1/2003

COPPOLA F., PANARO A., Tizzano P. (2004), *La finanza pubblica locale nel Mezzogiorno ed il ruolo del sistema bancario*

COPPOLA F., PANARO A. (2005), *Il finanziamento degli investimenti degli Enti Locali: gli strumenti ed il loro utilizzo. Un focus sul Mezzogiorno*, La Finanza Locale in Italia, Rapporto 2005 a cura di ISAE, IRPET ed IRES, FrancoAngeli, Milano

DEXIA CREDIOP (2004), *Public finance: Il sistema ospedaliero pubblico: analisi e confronti in una dimensione europea*, Roma

FONDAZIONE FARMAFACTORING (2008), *Sanità e finanza: una cultura in crescita*, FrancoAngeli, Milano.

FORMEZ (2007), *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*

GIARDA P. (2001), *Le regole del federalismo fiscale nell'art. 119: un'economista di fronte alla nuova costituzione*, in "Le Regioni" 6/2001, Roma

GIARDA P., *L'evoluzione della spesa pubblica in Italia: alcuni fatti e qualche proposta*, Politica economica 1987

GIARDA P., PETRETTO A., PISAURO G., LORENZINI S., VIGNOCCHI C. (2005), *Elementi per una politica di governo della spesa pubblica*, Paper presentato alla Conferenza "Oltre il declino", Fondazione Rodolfo De Benedetti, Roma, 3 febbraio

GUERRIERI G. (2004), *La finanza locale dagli anni novanta ad oggi*

IL SOLE24ORE (2006), *Le organizzazioni aperte in sanità*

IMPERATORI G. (2003), *Il project financing: una tecnica, una cultura, una politica*, Il Sole 24 ore libri

ISAE (2004), *Estratti dal rapporto ISAE "finanza pubblica e redistribuzione*, Collana "I temi dei rapporti ISAE", Roma

ISAE (2004), *Estratti dal secondo rapporto annuale sull'attuazione del federalismo*, Collana "I temi dei rapporti ISAE", Roma

ISAE, IRES, IRPET (2005), *La Finanza locale in Italia, Rapporto 2005*, FrancoAngeli, Milano

ISAE, IRES, IRPET, SRM (2006), *La Finanza locale in Italia, Rapporto 2006*, FrancoAngeli, Milano

ISTAT, *Annuario Statistico Italiano, Anni 2005, 2006*

ISTAT (2007), *Conti economici regionali Anni 2000/2005-*, [www.istat.it](http://www.istat.it)

MINISTERO DELLA SALUTE (2007), *Sistema Informativo Sanitario*

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, Unità Tecnica della Finanza di Progetto C.I.P.E., Unioncamere, Camera di Commercio di Roma (Anni Vari), *Osservatorio Nazionale sul Project Financing*, [Infopieffe.it](http://Infopieffe.it), Roma

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (vari anni), *Relazione Generale sulla situazione economica del Paese*

OSSERVATORIO NAZIONALE PROJECT FINANCING,

PAMMOLLI F. e SALERNO C. (2008), *La sanità in Italia tra federalismo, regolazione dei mercati e sostenibilità delle finanze pubbliche*, CERM, Roma

PICA F. (1997), *Il riordino del sistema dei trasferimenti erariali ai Comuni*, Rivista economica del Mezzogiorno

PICA F. (1998), *La gestione delle entrate degli enti locali e gli operatori privati*, Il nuovo governo locale

PICA F. (2000), *La questione del sistema dei trasferimenti agli enti locali*, Rivista economica del Mezzogiorno

PICA F. (2001), *L'Osservatorio per la finanza locale, la nuova Costituzione della repubblica ed il riordino dei trasferimenti erariali*, Rivista economica del Mezzogiorno 4/2001

SALVEMINI M. T., Giarda P., Vigorelli G., Novembre (2005), *Aspetti e problemi del finanziamento degli Enti Locali* in Associazione per lo Sviluppo degli Studi di Banca e Borsa, quaderno n. 225

SALVEMINI M. T. (2002), *Il credito agli enti locali in Italia ed in Europa*, Edibank

SALVEMINI M. T. (1990), *Nuove tendenze in tema di rapporti tra politica monetaria e politica del debito pubblico*, Rivista di politica economica

Sono stati consultati articoli vari sugli argomenti della ricerca di agenzie di stampa, quotidiani e settimanali