

## SANITÀ E FEDERALISMO FISCALE\*

di Maria Flavia Ambrosanio  
03 aprile 2009

La spesa per i servizi sanitari occupa un peso rilevante all'interno della spesa pubblica complessiva, circa il 14%, e la sanità è la principale funzione che svolgono le regioni, il 75-80% dell'intero bilancio. Dunque non sorprende che la discussione sul federalismo fiscale si intrecci con il dibattito sull'organizzazione ed il finanziamento dell'offerta dei servizi sanitari. I sistemi sanitari regionali sono fra loro molto diversi. Nel 2007, la spesa pro capite per la sanità delle regioni a statuto ordinario è stata di 1670 euro; ad eccezione di Lazio, Abruzzo e Molise, le regioni del Sud si collocano al di sotto della media.

\*Anticipazione da Consumatori, Diritti e Mercato

La Calabria si distingue per il livello più basso di spesa (1581 euro), il Lazio per il livello più elevato (1931 euro). Queste diversità rispecchiano le differenze nella struttura demografica della popolazione, il diverso contesto socio-economico, le scelte organizzative e le diverse modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, il divario nei costi di produzione dei servizi sanitari. È inoltre risaputo che differenze anche profonde sussistono in merito alla qualità dei servizi erogati ai cittadini, sia tra le diverse regioni sia tra diverse strutture di una stessa regione. È opportuno sottolineare che non necessariamente una maggiore spesa è associata ad un servizio di qualità più elevata (potrebbe essere in parte il frutto di inefficienze) né che una spesa inferiore è sempre indicatore di maggiore efficienza (potrebbe dipendere da una minore quantità e qualità dei servizi offerti).

La teoria del federalismo fiscale suggerisce che l'autonomia sulle decisioni di spesa dovrebbe essere sorretta dall'autonomia delle fonti di finanziamento, che conferisce ai governi decentrati capacità di controllo e programmazione dei flussi di entrata e di spesa. In Italia, al contrario, si è affermato il modello della finanza derivata, per cui i governi decentrati sono finanziati prevalentemente da trasferimenti a carico del bilancio dello Stato. Un caso emblematico è quello della sanità e la storia del suo finanziamento appare come una storia tormentata, che ha visto numerosi tentativi di riforma, ma è ancora irrisolta, essenzialmente per due problemi: la quantificazione delle risorse da destinare complessivamente alla sanità e i criteri della loro distribuzione tra le regioni. Un problema strutturale riguarda la sistematica insufficienza, rispetto ai fabbisogni di finanziamento del settore, delle risorse stanziare ex ante dal Governo centrale, che si è trovato nella scomoda condizione di dover garantire il finanziamento dei servizi sanitari e al tempo stesso controllare la dinamica della spesa, per ridurre il disavanzo pubblico. Il risultato è il ben noto fenomeno dei disavanzi sommersi, ripianati a posteriori con ulteriori oneri a carico del bilancio statale, in un quadro di accesa contrattazione tra Stato e regioni sull'ammontare delle risorse. Analoghi conflitti si sono sviluppati sui criteri di ripartizione delle risorse, spesso modificati nel corso degli anni, ma nella realtà basati principalmente sulla spesa storica, corretta con qualche indicatore di bisogno, per cui chi aveva speso di più nel passato, si trovava ad essere avvantaggiato anche nel futuro.

Quali prospettive, sulla base della riforma costituzionale del 2001 e del DDL Calderoli?

La sanità rientra tra le funzioni di competenza esclusiva delle regioni, ma soggetta ai limiti posti dalla lett. m) del 2° comma dell'art. 117 del nuovo Titolo V della Costituzione, che riserva allo Stato la competenza esclusiva in materia di "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali", introdotti per garantire, in alcuni ambiti rilevanti, parità di trattamento dei cittadini su tutto il territorio nazionale. Sotto il profilo del finanziamento, l'art. 119 stabilisce che gli enti decentrati hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa e prevede l'istituzione di un fondo perequativo da distribuire fra i territori con minore capacità fiscale. A distanza di otto anni, l'art. 119 resta inattuato, per la mancanza di accordo politico sul modello di federalismo che si vuole costruire, soprattutto in relazione all'entità della perequazione e quindi al grado di differenziazione nell'offerta dei servizi. Il problema della perequazione non è banale in un paese caratterizzato da forti divari di reddito e di capacità fiscale tra le diverse regioni e fino ad oggi il divario tra spese ed entrate proprie è stato coperto dai trasferimenti statali. È, d'altra parte, insito in un sistema

decentrato un certo grado di disuguaglianza nella tipologia, qualità e quantità dei servizi offerti ai cittadini, l'uniformità essendo caratteristica propria dei sistemi accentrati.

Quali sono le linee guida che il DDL Calderoli indica per superare il criterio della spesa storica e disciplinare il funzionamento del fondo perequativo?

Le spese che investono i diritti fondamentali di cittadinanza, tra le quali rientra la sanità, verrebbero finanziate sulla base del fabbisogno, le altre spese in base alla capacità fiscale; è prevista la perequazione totale dei fabbisogni per quanto riguarda i livelli essenziali delle prestazioni, in modo che ciascuna regione sia in grado di erogarli ai suoi residenti; per le altre spese, la perequazione avverrebbe sulla base della capacità fiscale.

Le spese per la sanità sarebbero quindi finanziate sulla base del fabbisogno, con una perequazione del 100%. Il fabbisogno dovrebbe essere calcolato tenendo conto dei costi standard e delle quantità dei servizi erogate ai livelli essenziali, con l'obiettivo di individuare le aree di inefficienza e penalizzare le regioni meno efficienti in sede di attribuzione dei finanziamenti. Ma il legislatore non specifica che cosa debba esattamente intendersi per costo standard e domanda ai decreti attuativi la sua definizione. Come si calcola il costo standard? Si considerano le singole prestazioni dei livelli essenziali e per ciascuna si calcola il costo efficiente e da qui si risale alla determinazione del fabbisogno complessivo e di ciascuna regione? Oppure il costo standard viene inteso come il costo medio delle prestazioni nelle regioni che sono considerate più efficienti? Ma quali sono le regioni più efficienti? Oppure bisognerebbe seguire un approccio diverso e confrontare i sistemi sanitari regionali nella loro interezza, sulla base delle risorse utilizzate e dei risultati ottenuti? E, comunque, esiste una banca dati dei costi e ricavi delle prestazioni delle strutture sanitarie affidabile ed omogenea? Sono tutte domande a cui dovranno rispondere i decreti di attuazione della Delega.

In conclusione, la strada da percorrere per la concreta attuazione di un ordinato sistema di federalismo fiscale è ancora lunga e irta di ostacoli, che, giova ripeterlo, sono di natura politica, più che di ordine tecnico.