

LA SANITÀ IN ITALIA

*TRA FEDERALISMO, REGOLAZIONE DEI MERCATI,
E SOSTENIBILITA' DELLE FINANZE PUBBLICHE*

F. PAMMOLLI e N. C. SALERNO

in collaborazione con



Questo volume si avvale anche delle valutazioni e delle considerazioni di *policy* comparse nei contributi di ricerca curati dal CERM (Quaderni, Note, Editoriali), che i due autori hanno aggiornato e rielaborato, finalizzandole al tema della sanità tra sistema di governo, assetto regolatorio e sostenibilità della spesa. In particolare, la *Parte II* del volume riprende i contenuti del Quaderno CERM n. 3-2007, *“La spesa farmaceutica territoriale convenzionata: il modello FarmaRegio per l’analisi della variabilità regionale”*, frutto di un gruppo di lavoro cui hanno preso parte, oltre ai due autori, anche Chiara Bonassi, Laura Magazzini e Massimo Riccaboni.

Il volume è stato presentato all’interno di un seminario organizzato dall’AREL nel mese di Novembre 2007 (http://www.arel.it/seminari_archivio_scheda.php?id=112) e sarà a breve disponibile nella versione a stampa per i tipi della collana AREL – Il Mulino.

Le parti che fanno il tutto

Marco Polo descrive un ponte, pietra per pietra. *Ma qual è la pietra che sostiene il ponte?*, chiede Kublai Kan. *Il ponte non è sostenuto da questa o da quella pietra*, risponde Marco, *ma dalla linea dell'arco che esse formano*. Kublai Kan rimane silenzioso, riflettendo. Poi soggiunge: *Perché mi parli delle pietre? È solo dell'arco che mi importa*. Polo risponde: *Senza pietre non c'è arco*.

- da *Le città invisibili* (1972) –

Mondadori, undicesima ristampa, 1993, pag. 83

Italo Calvino

SOMMARIO

L'analisi dei capitoli della spesa sanitaria e farmaceutica permette di porre in risalto tutti gli snodi irrisolti dell'attuale *governance* della spesa pubblica nel lento percorso di transizione federalista, soprattutto con riferimento alle prestazioni LEA le cui funzioni sono condivise tra livelli di governo o delegate dallo Stato ai sottolivelli di governo. L'analisi, infatti, trova una naturale estensione al complesso dei rapporti tra Stato, Regioni e Enti Locale e alla fiscalità federalista.

In tutti i Paesi ad economia e *welfare* sviluppati, la spesa sanitaria è, tra le voci del *welfare system*, quella che nelle prossime decadi farà registrare la crescita più intensa in termini di PIL e, soprattutto, più soggetta ad *alea* (per la presenza di fattori, lato offerta e lato domanda, il cui impatto è difficilmente quantificabile). Le più recenti proiezioni di ECOFIN, incentrate sulla dimensione demografica, descrivono per l'Italia un *range* di incremento dell'incidenza sul PIL al 2050 compreso tra 4,8 e 0,6 p.p.. L'OCSE, che dà maggior spazio ai *driver extra* demografici, riporta, invece, un intervallo di variazione compreso tra 9,4 e 1,9 p.p.. La possibilità che, senza interventi di *policy*, l'incidenza sul PIL al 2050 arrivi a più che raddoppiarsi è confermata dal differenziale positivo che storicamente i tassi di crescita della spesa hanno fatto registrare rispetto al tasso di crescita del PIL, e dalle difficoltà di programmazione che tutti i Programmi di Stabilità europei - in particolare quello italiano - stanno sperimentando (con incrementi inattesi di breve periodo di ordine di grandezza elevatissimi rispetto agli incrementi proiettati a cinquant'anni). La stabilizzazione della spesa pubblica sul PIL ai livelli correnti implica, di fronte a queste proiezioni di spesa, riduzioni significative della copertura pubblica, con conseguente implicito affidamento della domanda al finanziamento privato: per l'Italia, il *coverage* del SSN è proiettato in riduzione dall'attuale 75 per cento a meno del 50 per cento nel 2050.

In questo quadro, è indispensabile disporre di una *governance* in grado di combinare, sulla base di scelte positive, l'obiettivo della stabilità finanziaria con quello dell'adeguatezza/equità delle prestazioni, per non subire passivamente i cambiamenti ma per condurli.

La trasformazione federalista è tutt'uno con la creazione di questa nuova *governance*, ma deve trovare un rapido completamento organico e coerente con il mantenimento della coesione sociale su scala nazionale. Sono molteplici i tasselli oggi mancanti e, attraverso la "lente" del capitolo sanitario-farmaceutico, è possibile direttamente o indirettamente riconoscerli:

- il coordinamento tra livelli di governo si sta impostando su un piano esclusivamente finanziario, fissando obiettivi di bilancio senza considerare le azioni di politica economica reale che li dovrebbero sostenere, e prevedendo rimedi anch'essi di natura solo finanziaria (aumento dell'imposizione locale, blocco degli stanziamenti dal bilancio dello Stato, etc.);
- in particolare, il riferimento va alle scelte in termini di regolazione per promuovere i comportamenti migliori di tutti i soggetti pubblici e privati;
- anche dopo i progressi segnati con la Finanziaria-2007 (obiettivi di bilancio di Regioni - Enti Locali espressi in termini di saldi), gli impegni presi dallo Stato con il Programma di Stabilità nazionale e quelli concertati con le Regioni e gli Enti Locali nel Patto di Stabilità interno appaiono ancora non sufficientemente allineati;
- nello specifico, manca del tutto una fase in cui programmi di *policy* dei sottolivelli di governo vengano discussi e approvati, per essere coerenti con i vincoli macrofinanziari definiti dallo Stato, e per alimentare manovre annuali consequenziali;
- in questa fase, latita il ruolo della Regione come secondo livello di governo politico, che dovrebbe preventivamente coordinare gli Enti Locali sottesi, presentando poi il consolidato allo Stato; mancano, primo esempio fra tutti, un bilancio e un DPEF consolidati a livello regionale (non aggregati statistici costruiti *ex-post*, ma documenti formali di cui la Regione assume responsabilità);
- che il rafforzamento del ruolo delle Regioni necessiti o meno di una modifica costituzionale *ad hoc* (sul tema si registrano punti di vista diversi), esistono elementi di valutazione importanti che suggeriscono che la diffusione dei centri dotati di margini (più o meno ampi) di autonomia decisionale debba essere accompagnata dalla costruzione di una filiera fluida di governo in grado di ricomporre, efficacemente e tempestivamente, il quadro di unità nazionale;

- un assetto federalista in cui tutti i sottolivelli, numerosi, di governo tendono a dialogare direttamente con il Centro, non solo diventa presto ingestibile (il processo di sintesi è inevitabilmente lungo e potenzialmente inconcludente), ma non assegna il dovuto rilievo alle scelte riguardanti aspetti che toccano contemporaneamente più Enti contigui o insistenti sullo stesso territorio e che, proprio per questo, sono meritevoli di discussione/coordinamento specifico (l'esistenza di questi aspetti può esser vista come la ragion stessa di formazione delle Regioni);
- in tale prospettiva, le Regioni dovrebbero auspicabilmente assumersi la responsabilità del saldo del bilancio consolidato regionale;
- anche gli strumenti tecnici a servizio della *governance* sono sottodimensionati, dalla qualità della contabilità essenziale per le valutazioni *ex-post* e l'*enforcing* (è significativo l'esempio della qualità della contabilità delle ASL), alla disponibilità di dettagliate statistiche economico-sociali territoriali, al *benchmarking*, all'informazione ai cittadini.

Su queste basi, soluzioni come quelle contenute nel Ddl interpretativo dell'articolo 119 della Costituzione (Atto Camera n. 3.100, alla data in cui il lavoro è chiuso in fase di esame parlamentare e con un *iter* su cui potranno riflettersi le evoluzioni politiche di Gennaio 2008) non sembrano poter imprimere cambiamenti significativi. Il riferimento ai costi standard per impostare la fiscalità federalista rischia di rimanere inapplicabile, così come si sono dimostrate le standardizzazioni del Decreto Legislativo n. 56/00 (di fatto sempre sostanzialmente derogato), che per primo ha tentato (*ante* riforma della Costituzione del 2001) il disegno delle fiscalità federalista.

Sembra necessario un cambiamento di approccio: non l'indicazione di standard (costi & quantità ammissibili) cui le Regioni e gli Enti Locali devono attenersi e sui quali parametrare i flussi finanziari, ma un nuovo *modus governandi* centrato sul coordinamento delle scelte all'interno dei vincoli di bilancio, con *policy guideline* che devono poter avere anche contenuto cogente. Un sistema molto più vicino a quello che i *Partner* stanno costruendo per coordinare le finanze pubbliche in Europa che a quello del Patto interno così come attualmente impostato. Un esempio cui guardare potrebbe essere quello della Spagna che, non senza difficoltà e snodi irrisolti, ha comunque scelto una via al federalismo che tenta di coniugare autonomia e ricomposizione delle diversità nella cornice nazionale.

Per altro verso, l'impostazione del Ddl appare, invece, segnare una svolta, laddove, agli articoli 2 e 3, prevede: la necessità di adottare regole contabili e di bilancio di tutta la Pubblica Amministrazione standardizzate e coerenti con i criteri rilevanti ai fini del Patto UE; la necessità di una legge di coordinamento della fiscalità federalista che venga prima discussa tra Stato, Regioni e Enti Locali e poi inclusa nella legge finanziaria; il compito delle Regioni di coordinare gli Enti Locali sottesi ai fini del rispetto dei saldi programmatici; la rivalutazione del DPEF come documento di programmazione con valenza sostanziale, in cui far rientrare i programmi delle Regioni resi coerenti con i vincoli macrofinanziari nazionali. Si tratta, ora, di condurre alle logiche conseguenze questi presupposti.

Il modello *FarmaRegio*, che si presenta nella seconda parte del Rapporto, vorrebbe essere un esempio di quella strumentazione tecnica a supporto dell'interazione tra livelli di governo, sia per fare *benchmarking* e per individuare su quali correttivi sensibilizzare i *policy maker* regionali, sia per valutare l'impatto delle misure di regolazione e promuoverne le potenzialità. E se si sposa la prospettiva del rinnovo delle Istituzioni e degli strumenti, la relazione funzionale media (tra spesa e sue determinanti) che emerge come risultato di *FarmaRegio* potrebbe essere letta come una concretizzazione, per il LEA farmaceutico, dello standard del Ddl interpretativo del 119. I risultati del modello dimostrano:

- l'importanza delle politiche *pro* concorrenziali e della diffusione dell'informazione, di competenza dello Stato ma che certamente beneficiano della leale cooperazione delle Regioni e degli Enti Locali;
- l'importanza dello stretto coordinamento tra livelli di governo nell'applicazione degli strumenti di regolazione dei mercati (*copayment* e *reference pricing*), che altrimenti rischiano di provocare anche effetti opposti a quelli sperati (come flussi redistributivi non rispondenti ad una logica economico-sociale);
- l'opportunità di ripensare l'abbandono totale dei vincoli di destinazione delle risorse che, nella fase di avvio del federalismo in un Paese che necessita di cospicui flussi perequativi per rimanere coeso, possono rappresentare uno strumento migliore di tanti altri (commissariamento, penalizzazioni finanziarie, etc.) per combinare redistribuzione territoriale e realizzazione dei LEA.

Da ultimo, c'è un altro aspetto di estremo rilievo e che tocca la riorganizzazione federalista perché incide sul controllo strutturale della spesa sanitaria e sulla qualità della stessa, ma anche sullo sviluppo del sistema economico in generale. In tutti i Paesi ad economia e *welfare* avanzati, la spesa sanitaria privata (così come la sua

componente farmaceutica) è in crescita già da un decennio e, come si è detto, le proiezioni al 2050 legano la stabilizzazione della spesa pubblica sul PIL a un più forte ruolo del finanziamento privato.

All'interno di questo *trend*, l'Italia si distingue per una caratteristica strutturale: mentre altrove i pilastri privati organizzati e a capitalizzazione (fondi e assicurazioni) sono ampiamente diffusi, l'Italia appare polarizzata tra l'estremo della spesa *out of pocket* e quello dell'associazionismo laico o religioso. L'interessamento delle risorse private sta avvenendo o chiamando in causa direttamente i redditi disponibili, senza nessun "filtro" per tener conto delle condizioni economiche e sanitarie del singolo e della famiglia, oppure su una base volontaristica ed eventuale che non risponde a un disegno sistemico.

È necessario riprendere le fila della normativa sui fondi sanitari, anche sfruttando le sinergie e le complementarità con i fondi pensione. Qui si avanza la proposta di un fondo *welfare*, erogante sia prestazioni pensionistiche che sanitarie, supportato da una fiscalità di favore coerente con il principio della progressività del sistema impositivo. È necessario che il dibattito si strutturi adesso, prima che, sia a livello normativo che a livello operativo, ci si incammini su due strade diverse (sanità/pensioni); e, soprattutto, prima che il Legislatore rimetta mano alla normativa fiscale delle pensioni complementari a cui la riforma del 2005 ha tolto coerenza sia con i principi della fiscalità generale (le agevolazioni si rivolgono in maggior proporzione alle fasce medio-alte di reddito), sia col disegno di un sistema di *welfare* multipilastro in cui pubblico e privato proficuamente cooperino (nella irrazionalità della fiscalità si perde il disegno di combinazione tra pilastro pubblico di base e pilastro privato aggiuntivo). Sarebbe, in questo modo, possibile definire la fiscalità del fondo *welfare* tenendo conto delle diverse prestazioni che esso, direttamente e indirettamente, dovrebbe fornire. Ci si augura che gli spunti presentati possano essere raccolti prima per approfondimenti tecnici e poi per eventuali proposte di *policy*.

fabio pammolli e nicola c. salerno

Roma 29 Gennaio 2008

Nel testo, numerosi sono i riferimenti alla legislazione in itinere alla data di chiusura del volume, e in particolare ai disegni di legge per la modifica o l'attuazione di articoli della Costituzione e alle modifiche ipotizzate per il "Testo Unico degli Enti Locali". Allo stesso modo, numerosi sono i riferimenti al programma di public spending review inaugurato nel 2007, anche attraverso l'opera della Commissione Tecnica della Finanza Pubblica (all'uopo creata nello stesso anno).

In tutti i casi, le citazioni della legislazione in itinere e dei primi rapporti di spending review sono utili perché permettono di mettere in evidenza snodi critici strutturali.

Da questo punto di vista, sono riferimenti importanti che rimandano a tematiche che il Legislatore dovrebbe auspicabilmente continuare a presidiare, qualunque esito abbia la tornata elettorale dell'Aprile 2008, qualunque scenario politico possa successivamente configurarsi. Facendo tesoro sia del dibattito già sviluppatosi (con le luci e le ombre delle proposte avanzate), sia degli approfondimenti settoriali/tematici resi disponibili dalla Commissione Tecnica della Finanza Pubblica.

29 Gennaio 2008

<i>Sommario</i>	4
1. Introduzione	10
Parte I – dinamiche di spesa, vincoli macroeconomici, Istituzioni	
2. Le dinamiche della spesa sanitaria – l'Italia nel contesto internazionale	16
La spesa sanitaria tra Istituzioni, demografia, tecnologia	17
Le proiezioni di lungo termine di ECOFIN sull'impatto demografico	18
La sanità nelle proiezioni della spesa sociale italiana	22
Oltre la demografia: riferimenti per una sensibilità "allargata"	23
Il difficile governo della sanità attraverso i Programmi di Stabilità UE	29
3. La governance della spesa sanitaria nella finanza pubblica federalista	32
La nascita del Servizio Sanitario Nazionale e le riforme degli anni Ottanta-Novanta	32
Il perché delle riforme sanitarie incompiute	33
L'apparente "cambio di rotta" del 56/00	34
La modifica della Costituzione nel mezzo di tanti problemi irrisolti	35
È davvero risolutivo il Ddl interpretativo dell'articolo 119 della costituzione?	36
Nuove Istituzioni e nuovi strumenti	38
È necessaria una riforma costituzionale perché le Regioni coordinino il loro territorio?	38
Box 1 – Affinché il Patto non divida	44
Box 2 – L'importanza della base contabile: l'esempio delle ASL	45
Box 3 – Il coordinamento della politica economica nel Ddl di attuazione del 119 della Costituzione	46
Box 4 – Tra soluzioni e criticità: un esempio dalla Spagna	47
Box 5 – Federalismo e le regolazione	48
Box 6 – Top-down nella definizione dei vincoli macrofinanziari & bottom-up nel consolidamento	49

4. I pilastri privati in sanità	51
Il crescente ruolo del finanziamento privato	51
Le ragioni del <i>multipillar</i>	54
Lo <i>status quo</i> della normativa italiana e una proposta: il fondo <i>welfare</i>	56
Parte II – un esempio dalla farmaceutica	
5. Che cosa spiega la variabilità interregionale?	62
La scomposizione della crescita della spesa e il <i>driver</i> delle quantità	63
Il rispetto della programmazione	67
La spesa <i>pro-capite</i> a livello regionale	70
Il modello <i>FarmaRegio</i> del CERM: la base dati	72
Il modello <i>FarmaRegio</i> : struttura, metodologia di stima, risultati	76
6. Indicazioni per la <i>governance</i> della spesa farmaceutica	84
Il consumo degli equivalenti	84
Il costo medio per <i>ddd</i>	85
Che cosa spiega la spesa farmaceutica regionale	85
Da <i>FarmaRegio</i> agli standard di spesa e al coordinamento Stato-Regioni	91
Box 7 – Il <i>copayment</i> coordinato Stato-Regioni e il principio di “ <i>mutuo riconoscimento</i> ” interregionale	97
Box 8 – Il coordinamento Stato-Regioni sul <i>reference pricing</i>	98
7. Conclusioni e riepilogo delle indicazioni di <i>policy</i>	100
Principali riferimenti bibliografici	106

1. Introduzione

Come gli altri Paesi con economia e *welfare system* sviluppati, anche l'Italia si sta confrontando con i temi della *governance* strutturale e della qualità della spesa pubblica. Di fronte al processo di invecchiamento della popolazione (che in Italia avrà uno degli impatti più evidenti tra i *Partner* UE), all'ampliamento della domanda e alla crescita dei costi della loro fornitura¹, è necessario completare quanto prima un assetto di governo che permetta di bilanciare sulla base di scelte positive gli obiettivi della sostenibilità e dell'adeguatezza/equità di prestazioni sociali, soprattutto quando queste coinvolgono diritti di cittadinanza espressamente tutelati dalla Costituzione.

Il "*Libro Verde*" della Commissione Tecnica della Spesa Pubblica (costituita con la Legge Finanziaria per il 2007)² evidenzia come il livello della spesa pubblica italiana sia allineato alla media dei *Partner* europei (47,7 per cento del Pil contro 47,6), ma con due voci più alte della media: quella per pensioni IVS (14,7 contro 12,7) e per interessi passivi (4,7 contro 3,1). L'indicatore sintetico di qualità³ della spesa pone l'Italia al penultimo posto nell'UE-15 poco prima della Grecia; l'indicatore di efficienza (rapporto *output/input*) vede l'Italia al di sotto della media UE-15 (0,85 contro 0,95 e 1,1 del *best performer* Regno Unito); l'indicatore di *performance* (capacità raggiungere gli obiettivi) conferma l'Italia al di sotto della media (0,94 contro 0,83 e 1,06 della *best performer* Danimarca). Nel complesso, la Commissione riassume così le caratteristiche della spesa: "*caratterizzata da forte componente inerziale [...]; estrema variabilità in termini di qualità ed efficienza, sia tra diversi comparti, [...] sia tra centri di responsabilità a livello centrale e locale; [con] compresenza di settori sovradimensionati e settori sottodimensionati [...]*".

Una peculiarità del caso italiano risiede nel fatto che il rinnovamento della spesa pubblica si sovrappone alla trasformazione federalista dello Stato, avviata con la Legge Costituzionale n. 3 del 2001 e ancora *in fieri*, e al ridisegno, non solo delle competenze, ma anche delle relazioni di governo, funzionali allo svolgimento di quelle competenze, tra Stato, Regioni e Enti Locali. Da un lato, questa sovrapposizione rappresenta una complessità aggiuntiva; dall'altro, il federalismo è parte integrante della riforma della spesa pubblica, per quanto riguarda sia il controllo delle dinamiche e il coordinamento con le compatibilità macroeconomiche, sia l'innalzamento della qualità (efficienza/efficacia tramite l'avvicinamento delle fonti di finanziamento a quelle di spesa e dell'offerta alla domanda di prestazioni).

Negli ultimi anni, il dibattito e l'attività *pre* legislativa sono stati intensi, sul fronte delle riforme strutturali del *welfare system* così come del riassetto dello Stato. Si possono annoverare diversi aspetti positivi e progressi concretizzati in atti normativi; ma, ad oggi, l'impressione che si ha è quella di un accumulo di così tante e variegate esigenze di cambiamento che soltanto una visione sistemica, sorretta da una responsabilità politica condivisa da tutti, potrà permettere di portare a buon fine in tempi accettabili.

¹ Per alcune prestazioni (soprattutto quelle sanitarie) a causa del crescente contenuto scientifico-tecnologico; per altre (per esempio i servizi socio-assistenziali alle persone) a causa del cosiddetto effetto "*Baumol*" (*i.e.* una dinamica della produttività nelle settori che offrono questi servizi inferiore a quella media del sistema economico).

² Cfr. <http://www.tesoro.it/web/apri.asp?idDoc=18185>.

³ Costruito a partire dall'analisi della relazione esistente tra dieci componenti di spesa primaria e tasso di crescita dell'economia.

Si pensi, per fare un esempio, che, alla data in cui il volume è chiuso, sono pendenti tre disegni di legge delega per la riforma di altrettante parti della Costituzione:

- *“Modificazioni degli articoli della Costituzione concernenti forma di governo, composizione e funzioni del Parlamento, nonché limiti di età per l’elettorato attivo e passivo per le elezioni alla Camera dei Deputati e al Senato della Repubblica”* (Atto Camera n. 533);
- *“Attuazione dell’articolo 117, secondo comma, lettera p), della Costituzione, per l’istituzione delle Città Metropolitane e per l’ordinamento di Roma capitale della Repubblica. Attuazione dell’articolo 118, commi primo e secondo, della Costituzione, per l’adeguamento delle disposizioni in materia di Enti Locali alla Legge Costituzionale n. 3 del 2001”* (Atto Senato n. 1.464, cosiddetto “Codice delle Autonomie”);
- *“Disposizioni di attuazione dell’articolo 119 della Costituzione”* (licenziato dal Consiglio dei Ministri il 3 Agosto 2007, ora Atto Camera n. 3.100)⁴.

Se alla discussione attorno a questi tre Ddl si aggiunge quella, anch’essa in corso (e quanto mai cruciale come a fine Gennaio 2008, data di chiusura del volume), sulle modifiche della legge elettorale⁵, si comprende la portata delle trasformazioni in corso, che vanno dalle modalità di espressione del voto e di costruzione della rappresentanza politica (la legge elettorale e il nascituro Senato Federale con superamento del bicameralismo perfetto), al rafforzamento della posizione del Presidente del Consiglio (sia nell’ambito dell’Esecutivo che nei rapporti con il Parlamento), alla ridefinizione dei rapporti gerarchico-funzionali tra livelli di governo (Stato, Regioni, Province, Comuni, Città Metropolitane⁶), al ridisegno del sistema fiscale e delle relazioni finanziarie tra livelli di governo (il federalismo fiscale). Collegati a quest’ultimo punto sono la scelta - in termini operativi - dei livelli essenziali di assistenza (i “LEA”) di cui garantire (secondo l’attuale dettato della Costituzione) uniforme erogazione e accesso su tutto il territorio nazionale, e dei loro costi efficienti (i costi standard, *cfr. infra*). E collegato è anche il rinnovamento degli strumenti di programmazione e di rendicontazione, necessari per ricondurre ad unità le azioni di governo al duplice fine della loro sostenibilità e della loro adeguatezza rispetto agli scopi (quasi sempre integranti diritti dei cittadini): statistiche economico-sociali, sistema contabile, documenti di finanza pubblica.

Alcune risposte a questa molteplice esigenza di cambiamento sono, come si diceva, già arrivate. Bene lo mette in luce il “Libro Verde” che ricorda:

- il graduale superamento della pratica dei “tagli lineari” per il contenimento della spesa dei Ministeri e della Pubblica Amministrazione, avviato con la Legge Finanziaria per il 2007 (comma 507 dell’articolo unico) e proseguito con quella del 2008 (commi 575 e 576);
- il “Patto per la Salute” siglato tra Stato e Regioni nel Settembre 2006⁷, che tenta di impostare il programma di finanziamento del SSN su un arco pluriennale, contemporaneamente responsabilizzando le singole Regioni al suo rispetto, sia con la previsione di aumenti automatici delle addizionali regionali IRE (IRPEF) ed IRAP a ripiano dei disavanzi, sia con la

⁴ Cfr. <http://www.astrid-online.it/il-sistema1/Disegno-di/DdlFederalismoFiscCdm030807.pdf>.

⁵ A meno che il nuovo Parlamento eletto dalle prossime elezioni di Aprile 2008 non modifichi la legge elettorale, è possibile che sul tema si tenga un referendum popolare tra Aprile e Maggio del 2009.

⁶ Si prevede un “Codice delle Autonomie” che conterrà tutte le disposizioni sulle Regioni e sugli Enti Locali, modificando e sostituendo l’attuale “Testo Unico degli Enti Locali”. Sono specificate le funzioni dei Comuni (compiti amministrativi che incidono direttamente sulla vita dei cittadini e soddisfano bisogni primari della collettività amministrata) e delle Province (compiti di “area vasta” come governo/gestione del territorio e regolazione dei servizi a rete). È previsto anche che sia Comuni che Province vengano investiti di determinate funzioni solo se, tramite accorpamenti, raggiungano dimensioni minime necessarie). Per un efficace riepilogo, *cfr.* il sito istituzionale del Ministero per gli Affari Regionali e le Autonomie Locali: http://www.affari regionali.it/smartFiles_Data/2401cdf4-8fd4-4932-b66c-9af6b32075b9_Slide%20definitive%20CODICE%20DELLE%20AUTONOMIE%20PP.ppt e http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/codice_autonomie_locali/articolato.pdf.

⁷ Poi recepito nella Legge Finanziaria per il 2007.

specificazione di alcune voci di spesa critiche su cui chiedere la convergenza verso standard (anche se non ben precisati; *cfr. infra*)⁸;

- i progressi compiuti dal Patto di Stabilità Interno, i cui vincoli, dopo fasi altalenanti in cui si sono riferiti a singole poste di bilancio fissando o valori assoluti o tassi di crescita (di cassa, di competenza, sia di cassa che di competenza), hanno iniziato, con la Legge Finanziaria per il 2007 (commi 655-724 dell'articolo unico) e con quella per il 2008 (comma 379 e seguenti), a spostarsi verso *target* in termini di saldi finanziari di bilancio inclusivi delle partite in conto capitale, anche in questo caso contestualmente responsabilizzando Regioni e Enti Locali inadempienti con incrementi automatici dell'imposizione locale⁹;
- l'avvio del processo di riforma del bilancio dello Stato e della Pubblica Amministrazione¹⁰, con la riforma del sistema di classificazione del bilancio dello Stato per missioni (le grandi finalità da perseguire con al spesa, in numero di 34) e per programmi (i macro interventi alla base delle missioni, in numero di 169, ognuno dei assegnato ad un Ministero)¹¹;
- l'avvio, sulla base delle positive esperienze internazionali, del processo di revisione sistematica della spesa (la cosiddetta *spending review*), con analisi microfondate per comparto/settore/programma finalizzate a guidare le riforme strutturali e a favorire la programmazione pluriennale¹².

L'azione di ammodernamento/riforma è in corso, ma l'obiettivo finale è ancora lontano. È necessario, come affermato anche nel "*Libro Verde*", "[...] che il sistema di regole per la determinazione degli obiettivi di finanza pubblica per ciascun livello di governo, e per il loro riparto tra i singoli Enti decentrati, [entri] direttamente nel processo di decisione e formazione del bilancio pubblico visto nel suo insieme [...]". Alla base di questo obiettivo finale c'è la duplice esigenza: da un lato, di commisurare le dotazioni finanziarie di ogni livello di governo / centro di spesa alle funzioni che lo stesso deve svolgere sulla base di valutazioni di efficacia/efficienza (gli standard); dall'altro, di dare coerenza interna all'azione di governo e ai documenti di finanza pubblica che la rispecchiano, con una stretta coordinazione tra Stato, Regioni e Enti Locali che, a seconda dei casi, prevedrà indicazioni più o meno stringenti dello Stato o più ampi margini di autonomia delle Regioni e degli Enti Locali, fermo restando che in tutti i casi rimane necessario che il quadro nazionale risulti dalla governata e non casuale combinazione dei

⁸ Così come previsto per le Regioni con disavanzi strutturali. Tra queste voci: tasso di ospedalizzazione, consumi di farmaci, prestazioni in *outsourcing*.

⁹ Si tratta di uno schema maggiormente rispettoso dell'autonomia locale, che lascia più flessibilità nella ricerca delle soluzioni in grado di rispettare i vincoli, e anche in linea con l'impostazione del Patto di Stabilità UE, che fissa i *target* in termini di saldi e non di composizione dei bilanci.

¹⁰ In base alle valutazioni comparate contenute in "*Public Finances in EMU – 2007*" della Commissione Europea, l'Italia si colloca, nell'UE-18, al sestultimo posto per trasparenza delle pratiche di bilancio, al penultimo per capacità di guida e coordinamento del Centro sugli Enti periferici, all'ultimo posto per capacità di trasmettere gli obiettivi aggregati di spesa ai sottolivelli di governo (cosiddetto approccio *top-down*), al terzultimo posto per orientamento ai risultati dei programmi di spesa (obiettivi chiari *ex-ante*, stanziamenti adeguati, verificabilità *ex-post*). Un giudizio critico è recentemente arrivato anche dal Fondo Monetario Internazionale (Maggio 2007, missione su "Riforme del sistema di bilancio"), che individua i principali snodi delle procedure di bilancio in: una formulazione ancora troppo di tipo incrementale e adattiva rispetto ai *trend* storici; l'assenza di programmazione di medio periodo non solo di tipo formale (come oggi col DPEF) ma sostanziale e vincolante (a meno di processi di revisione seri e circostanziati); una scarsa qualità della base informativa, nella raccolta e trasmissione dei dati ma anche nelle statistiche socio-economiche per comparto e settore; la lunghezza e la complessità del processo di formazione e approvazione della legge di bilancio e della legge finanziaria; lo scarso orientamento ai risultati favorito dalla mancanza di complete e approfondite valutazioni *ex-post* seguite da "premi e punizioni"; la poca trasparenza con cui, per gradi crescenti di aggregazione, si formano i consolidati sia dei programmi di spesa che dei consuntivi di bilancio.

¹¹ *Cfr.* Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 5 Giugno 2007 n. 21 e la Direttiva del Presidente del Consiglio del 3 Luglio 2007 sulle modalità di formazione della Legge di Bilancio e della Legge Finanziaria per il 2008.

¹² Le analisi dettagliate della spesa sono state introdotte dalla Finanziaria-2007, e nel mese di Aprile 2007 il Presidente del Consiglio ha indicato i quattro primi Ministeri in cui avviarle (Giustizia, Infrastrutture e Trasporti, Interni, Istruzione). Il 13 Dicembre 2007 è stato pubblicato il primo "*Rapporto intermedio sulla revisione della spesa*" (<http://www.tesoro.it/web/apri.asp?idDoc=18406>). Al nuovo approccio di governo della spesa pubblica sono ascrivibili anche il "*Quaderno bianco sulla scuola*" del Settembre 2007 (<http://www.tesoro.it/web/apri.asp?idDoc=18184>) e le "*Linee guida per la gestione del debito pubblico*" (<http://www.tesoro.it/web/apri.asp?idDoc=18483>) del Gennaio 2008; in entrambi i casi, infatti, l'obiettivo è stato l'approfondimento settoriale/tematico per aumentare efficienza e efficacia dell'azione di governo.

quadri regionali e locali. È questa la via da seguire affinché il federalismo corrisponda ad una migliore forma di governo, più trasparente, più vicina al cittadino, con responsabilizzazione di tutti i decisori/amministratori, e non alla sua frammentazione.

Se questo è l'obiettivo finale, sono numerosi i tasselli da aggiungere: dai miglioramenti del Patto di Stabilità¹³; alla definizione operativa dei livelli essenziali di assistenza in coerenza con le risorse dedicabili; alla completa attribuzione delle scelte di politica economica ai vari livelli di governo in un quadro di efficace coordinamento; alla costruzione di una filiera il più possibile fluida per l'attività di programmazione pluriennale e decisione annuale, che metta assieme i vincoli di bilancio nazionali (Programma di Stabilità nazionale) e la manovra economica nazionale (la legge finanziaria nazionale), con i programmi di spesa e le azioni di politica economica delle Regioni e degli Enti Locali; alla costruzione di una base di dati e di indicatori dettagliata ed aggiornata, che sia di vincolo e di guida per l'interazione tra Stato e Regioni e tra queste e gli Enti Locali sottesi. Tutte tematiche, in ultima analisi, che rimandano, direttamente o indirettamente, ai disegni di legge di modifica della Costituzione sopra citati.

A partire dallo sfondo appena tracciato, questo Rapporto concentra l'attenzione sul comparto della spesa pubblica sanitario-farmaceutica. Per le sue caratteristiche, le problematiche di rinnovamento strutturale della *governance* che emergono in relazione a questo comparto obbligano a confrontarsi con tutti gli snodi istituzionali, politici, economici e sociali sinteticamente ripercorsi. Infatti:

- si tratta di una voce di spesa di rilievo, che dà conto di circa il 70-75 per cento dei bilanci delle Regioni;
- le prestazioni erogate integrano livelli essenziali di assistenza e toccano direttamente diritti tutelati dalla Costituzione;
- si tratta della voce di spesa per *welfare* più sensibile all'invecchiamento della popolazione, a dinamiche autonome della domanda e all'impatto del progresso scientifico-tecnologico;
- per garantire uniformità dei LEA sul territorio nazionale, sono necessari idonei flussi di redistribuzione territoriale delle risorse, che devono trovare realizzazione nel nuovo modello di fiscalità federalista;
- la variabilità dell'efficienza e dell'efficacia (quantità/qualità) con cui i sistemi sanitari regionali svolgono attualmente le loro funzioni¹⁴, fa sì che non si possa prescindere dal riferimento a *benchmark* nei cui confronti responsabilizzare appieno i decisori politici e gli amministratori regionali e, attraverso loro, i cittadini che li eleggono con il voto;
- le prestazioni erogate sono complesse, perché si rivolgono ad una casistica di bisogni soggettivi molto vasta e nella maggior parte dei casi condividono sia costi variabili che costi fissi di produzione;
- quest'ultimo punto richiama l'esigenza, da un lato, di utilizzare schemi di regolazione dell'offerta e della domanda per sollecitare costantemente il concorso di tutti gli attori a generare le *performance* migliori¹⁵ e, dall'altro, di considerare nel disegno della fiscalità federalista il diverso peso dei costi fissi a seconda della popolosità e la disomogeneità interregionale delle infrastrutture;
- da ultimo, la contabilità delle ASL e delle Aziende Ospedaliere ha ancora livelli di trasparenza insufficienti sia nelle rilevazioni dirette che nelle modalità di aggregazione per il consolidato, facendo venir meno quella affidabilità dei dati necessaria per creare reciproca fiducia tra Stato e Regioni.

¹³ Ad oggi, il Patto non copre la spesa sanitaria delle Regioni che, in attesa dell'attuazione del federalismo fiscale, è demandata ad accordi specifici (come l'ultimo "Patto per la Salute"). Inoltre, l'inclusione delle spese in conto capitale nel *target* del saldo di bilancio lascia sollevare problemi, sia per i tempi con cui le decisioni di investimento sono adottate (medio-lunghi e sfasati tra Enti), sia per lo stato di alta disomogeneità infrastrutturale sul territorio (*in primis*, il classico divario geografico Nord-Centro-Sud).

¹⁴ Il capitolo sulla sanità del "Libro Verde" ne porta significativi esempi.

¹⁵ Una programmazione-pianificazione di risorse e risultati che giunga esclusivamente dall'alto non può reggere.

Per questa serie di motivazioni, l'esame del comparto sanitario-farmaceutico è esemplificativo delle difficoltà e delle possibili soluzioni lungo la strada verso una nuova e migliore *governance* federalista.

Nella *Parte I* del Rapporto si descrivono gli andamenti di spesa correnti e soprattutto prospettici che rendono urgente completare il quadro delle riforme strutturali, per non subire passivamente i cambiamenti ma essere pronti a governarli. Questa parte contiene anche un esame delle problematiche che il SSN ha dovuto fronteggiare dalla nascita nel 1978, rimaste tali sia quando il Decreto Legislativo n. 56 del 2006 (cosiddetto "Giarda") ha tentato di impostare il federalismo fiscale senza modifiche alla Costituzione, sia quando la riforma costituzionale del 2001 ha dato avvio al federalismo politico, sia in questi giorni in cui si discute della effettiva percorribilità del Ddl attuativo dell'articolo 119 della Costituzione. Approfondire le criticità invarianti ai periodi storici, ai contesti politico-istituzionali, nonché alle soluzioni tecniche di volta in volta prescelte, aiuta ad individuare le radici dei problemi e a formulare proposte di risoluzione.

La *Parte II* del Rapporto contiene un *focus* su una componente della spesa sanitaria, la farmaceutica. Contestualizzati in questo comparto si ritrovano tutti gli stessi snodi critici generali: dalla suddivisione della potestà decisionale tra Stato e Regioni con coordinamento delle scelte, all'importanza degli schemi di regolazione di offerta e domanda (*copayment* e *reference pricing*); dalla necessità di *benchmark* e riferimenti alle *best performance*, a quella di coniugare sostenibilità e adeguatezza dell'offerta (quantità e qualità/innovatività dei prodotti in fascia "A"); dall'importanza di una base dati regionale ampia e affidabile a cominciare dalle tenute contabili, allo sviluppo degli strumenti per valorizzarla in sede di interazione tra livelli di governo e di attribuzione delle responsabilità (così il modello *FarmaRegio* sulle determinanti della variabilità della spesa farmaceutica pubblica regionale, che si va a presentare nella *Parte II*).

Su scala, come si argomenta nelle *Conclusioni*, un esempio di *spending review* applicata al comparto farmaceutico, con evidenziazione delle criticità e proposta di un'*agenda* di *policy*. I punti dell'*agenda* sono ricapitolati nelle *Conclusioni*, dove si mette in evidenza quando questi hanno portata generale e sono validi per il disegno federalista nel suo complesso, e quando essi suggeriscono invece delle linee che possono trovare applicazione al di fuori della farmaceutica previa idonea ricontestualizzazione (come nel caso del *benchmarking* interregionale applicato alle prestazioni sanitarie).

PARTE I

Dinamiche di spesa
Vincoli macroeconomici
Istituzioni

2. Le dinamiche della spesa sanitaria- l'Italia nel contesto internazionale

Nel corso degli ultimi quindici anni la spesa sanitaria pubblica italiana ha registrato una compressione e una successiva stabilizzazione in termini di PIL per assestarsi ai livelli dei primi anni Novanta. Con questa dinamica, la sanità ha partecipato in maniera sostanziale al processo di riaggiustamento della finanza pubblica per l'ingresso nell'area monetaria comune.

Alla compressione del canale di finanziamento pubblico si sono contrapposti il processo di invecchiamento più marcato tra i *Partner* UE e un forte innalzamento della quota di finanziamento privato. Quest'ultima è consistita principalmente in maggiori pagamenti dei cittadini a valere sui redditi disponibili, per l'assenza sia di forme organizzate e gestite professionalmente di copertura sanitaria (fondi e assicurazioni), sia di schemi articolati e organici di agevolazione fiscale.

Negli anni più recenti, a partire dal 2000, si è riaffermata una chiara tendenza alla crescita della spesa sanitaria pubblica, riconducibile non a una nuova programmazione delle risorse da dedicare al settore, quanto piuttosto a una vera e propria "deriva" favorita dal precario assetto (normativo e istituzionale) federalista.

Da quando ha avuto inizio la tormentata traversata federalista, il finanziamento a programma per la sanità ha inseguito la maggior spesa a consuntivo, con interventi correttivi e sanatorie che hanno portato l'incidenza sul PIL dal 6,1 per cento del 2002, al 6,8 nel 2005 e al 6,7 del 2006 (Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, 2006), con la quota a carico dello Stato passata dal 6,0 per cento (Accordo Stato-Regioni dell'8 Agosto 2001) a poco più del 6,1 per cento nel 2006¹⁶, ma con cospicui disavanzi delle Regioni: 2.323 milioni nel 2003; 5.790 milioni nel 2004; 5.725 milioni nel 2005; 4.173 milioni nel 2006; più una sanatoria 2001-2004 in conto alle Regioni per 11.676 milioni di Euro¹⁷.

La ripresa della crescita appare tanto più significativa se posta a confronto con l'impatto di lungo periodo del processo di invecchiamento, come raffigurato nelle proiezioni del Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione (AWG) del Comitato di Politica Economica di ECOFIN. Quote elevatissime dell'incremento di incidenza sul PIL atteso al 2050 per effetto del solo invecchiamento della popolazione sono già state consumate nel volgere di pochi anni, dall'Italia e da numerosi *Partner* UE (cfr. *infra*).

In Italia, sanità e demografia si incrociano in maniera complessa: sino alla fine degli anni Novanta la compressione di spesa è avvenuta proprio in presenza della dinamica di invecchiamento più intensa tra i *Partner* UE; per converso, la dinamica di spesa degli ultimi anni mostra un ordine di grandezza nettamente superiore a quello implicito nel solo impatto atteso dall'invecchiamento, che pure continuerà a rimanere il più marcato dell'UE anche nelle prossime decadi (come testimoniato dalle proiezioni EUROSTAT).

¹⁶ La Finanziaria per il 2005 aveva programmato anche la spesa a carico dello Stato per il 2006 (89.960 milioni di Euro) e per il 2007 (91.759 milioni). Le successive leggi finanziarie hanno rivisto al rialzo gli importi: la Finanziaria-2006 ha stanziato 91.173 milioni di Euro per il 2006; la Finanziaria-2007 (ricependo il "Patto per la Salute") ha incrementato significativamente la spesa sanitaria a carico dello Stato prevedendo 96.040 milioni di Euro per il 2007, a 99.082 per il 2008 e 102.285 per il 2009. La Legge Finanziaria per il 2008 aumenta le risorse per il 2008 a 101.457 milioni di Euro (<http://www.ministerosalute.it/ministero/sezDettaglioDiario.jsp?id=88&anno=2007>). Per spesa sanitaria a carico dello Stato si deve intendere quella corrispondente alle (coperta dalle) fonti di finanziamento previste dal Decreto Legislativo n. 56/2000.

¹⁷ Meriterebbe approfondimenti la discrepanza, pur contenuta, di valori di spesa (costi) e finanziamento (ricavi) del SSN rilevabile tra la RGSEP e i dati della Corte dei Conti. Sul punto, cfr. le elaborazioni in "Finanza Locale Monitor" del Servizio Studi di Intesa-Sanpaolo (Luglio 2007) che, tra l'altro, riporta di un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL pari al 6,8 per cento alla fine del 2006.

2.1 La spesa sanitaria tra istituzioni, demografia e tecnologia

In estrema sintesi, la spesa sanitaria è influenzata da cinque aggregati di variabili, con numerose interrelazioni:

- demografia, epidemiologia, morbidità;
- andamento dei costi di produzione (inflazione settoriale);
- progresso scientifico e tecnologico (che aumenta i costi e sollecita la domanda di prestazioni);
- crescita economica e sociale, con ampliamento della nozione di salute e della domanda di prestazioni;
- assetto istituzionale e regolamentare.

Il peso delle diverse determinanti varia a seconda dell'orizzonte temporale. E' soprattutto nel medio-lungo periodo che si manifestano le connessioni endogene tra spesa sanitaria e altre variabili economico-sociali, di difficile modellizzazione e quantificazione ma con effetti potenziali di rilievo sia sul livello assoluto di spesa sia sulla sua sostenibilità finanziaria: le scelte di pensionamento, la partecipazione al mercato del lavoro, la produttività del lavoro, la produttività totale dei fattori, i tassi di interesse, la crescita economica.

Inoltre, gli andamenti di spesa sono influenzati da variabili *country-specific*, per le quali non è possibile definire effetti certi. Ad esempio, non risulta possibile stabilire una relazione univoca tra andamenti di spesa e organizzazione in senso federalista del sistema sanitario. Se su un piano teorico generale, l'avvicinamento al cittadino e al territorio dei centri decisionali e di spesa tende a migliorare la responsabilizzazione individuale e l'efficienza gestionale¹⁸, l'effettivo esplicarsi di questi effetti dipende dalle caratteristiche specifiche del disegno istituzionale e degli strumenti adottati per la *governance*, a tal punto che il decentramento sanitario potrebbe risultare anche in un aumento della spesa¹⁹.

Un ruolo determinante nell'indurre scostamenti del tasso di crescita della spesa sanitaria da quello del reddito/PIL è svolto dal progresso scientifico/tecnico, con importanti effetti endogeni sia sul versante dell'offerta che su quello della domanda. Un altro snodo critico è quello dell'elasticità della spesa rispetto al reddito e al PIL. Nella letteratura empirica questo parametro assume valori nell'intervallo [0; 1,5]. Alcuni autori mostrano la cointegrazione delle due variabili; altri la rifiutano, chiamando in causa la rilevanza di numerosi aspetti di contesto; altri ancora la dimostrano accettabile all'interno di periodi separati da *break* strutturali, rimarcando così la necessità di tener conto di circostanze che possono far deviare l'andamento della spesa da quello del reddito, con effetti anche persistenti nel livello²⁰. Tra le cause dei *break* strutturali compaiono naturalmente anche le scelte di *policy*. Negli ultimi vent'anni, infatti, in tutti i paesi industrializzati sono state adottate misure di stabilizzazione che hanno influenzato significativamente l'andamento della spesa sanitaria rispetto al PIL. Di fatto, l'allineamento dei tassi di crescita della spesa sanitaria a quelli del PIL è stato più un risultato cercato dal *policy maker* che non il frutto di un'evoluzione naturale sul versante della domanda (tesi della domanda troncata o inespressa).

Proprio l'elasticità al reddito/PIL si presenta come uno dei fattori di maggiore incertezza nelle proiezioni della spesa sanitaria. Non mancano, tuttavia, alcuni fatti stilizzati: la più elevata elasticità tra i redditi bassi; l'elasticità crescente nel livello di aggregazione (dalla scala regionale alla nazionale); l'elasticità più elevata per gli individui non coperti da assicurazione sanitaria, pubblica e/o privata.

¹⁸ E' la *ratio* portante delle riforme federaliste, non soltanto in sanità.

¹⁹ Si pensi, per citare un effetto sperimentato in molte realtà istituzionali (Italia compresa), alla cosiddetta sindrome dei *soft budget constraint* (cfr. *infra*).

²⁰ Alcuni Paesi europei hanno sperimentato una significativa traslazione verso l'alto del profilo del consumo sanitario per sesso ed età tra il 1990 ed il 2000, non spiegabile in base alla sola crescita del reddito. Per la Francia, ad esempio, tra il 1992 e il 2000, la spesa *pro-capite* nominale è quasi raddoppiata nelle fasce di età dopo i 60 anni e in corrispondenza dei 20 anni.

Su questo quadro di sfondo, risultano evidenti i limiti di proiezioni di spesa incentrate sulla sola demografia. Nella sua versione base, la proiezione dell'impatto di lungo termine della demografia sulla spesa si sostanzia nella stima, con i dati di contabilità sanitaria più recenti, del profilo dei consumi sanitari per sesso e fasce di età; successivamente, al consumo *pro-capite* si applica un tasso di crescita annuale nominale pari, alternativamente, a quello del PIL *pro-capite* o del PIL per lavoratore attivo; infine, il consumo *pro-capite* ottenuto per i vari anni della proiezione è moltiplicato per la numerosità del relativo gruppo sesso/età, così come ricavabile dalle più aggiornate proiezioni demografiche (EUROSTAT e ISTAT).

Per le motivazioni sinteticamente esposte, la versione base delle proiezioni deve essere integrata contemplando tassi di crescita del consumo *pro-capite* non necessariamente allineati a quelli del PIL *pro-capite* (o per lavoratore attivo), e tenendo conto anche del progressivo miglioramento dello stato di salute nelle diverse fasce di età (profili di consumo corretti per i cosiddetti *death-related cost* o profili di consumo dinamici).

2.2 Le proiezioni di lungo termine di ECOFIN sull'impatto demografico

Le difficoltà di proiezione degli andamenti della spesa sanitaria nulla tolgono alla necessità di disporre di *benchmark* di medio-lungo periodo, come guida alla politica economica. La scelta più percorribile e più concreta sul piano di *policy* è quella adottata dal Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione del Comitato di Politica Economica di ECOFIN (AWG).

Nelle proiezioni di base di AWG si assume:

- un quadro macroeconomico di lungo periodo di crescita continua e moderata;
- l'invarianza dell'assetto normativo e regolamentare;
- la definizione di profili di spesa (*acute*, *long-term* e recentemente anche *death-related*) per gruppi sesso-età nell'anno corrente, e l'applicazione agli stessi di un tasso di crescita allineato a quello del PIL *pro-capite* o per lavoratore attivo;
- la struttura della popolazione risultante dalle proiezioni demografiche a livello europeo (EUROSTAT).

Queste assunzioni concorrono a definire uno scenario di proiezione in cui la demografia svolge il ruolo di principale fattore di crescita, mentre si ipotizza un quadro di stabilità economica con allineamento della crescita della spesa sanitaria *pro-capite* a quella del PIL *pro-capite* (o per lavoratore attivo). A partire da questo scenario è possibile sia sviluppare analisi di sensitività (sul tasso di crescita della spesa *pro-capite*, sugli andamenti demografici, etc.) sia costruire proiezioni più complesse.

Un passaggio importante della metodologia di AWG è rappresentato dalla stima dei profili di spesa sanitaria per sesso-età nell'anno base (il primo dell'arco di proiezione, il 2004). Facendo riferimento ai conti sanitari dell'OCSE, si individuano prima le voci di spesa di tipo *long-term* e, successivamente, per differenza rispetto al totale, quelle di tipo *acute*. Ai fini della stima, gli investimenti lordi sono accorpati alla spesa *acute* e imputati uniformemente a tutti i cittadini residenti (indipendentemente dal sesso e dalla fascia di età). L'ipotesi è coerente con la finalità di concentrare le proiezioni sul solo impatto demografico, astraendo il più possibile da fattori di natura economico-istituzionale. Tuttavia, la stessa ipotesi costituisce una possibile fonte di sottostima delle necessità di spesa in conto capitale.

Ai profili di spesa si applica un tasso di crescita omogeneo per tipologia di prestazione, sesso ed età, pari alternativamente al tasso di crescita del PIL *pro-capite* e a quello del PIL per lavoratore attivo. Successivamente, la spesa *pro-capite* per gruppo sesso-età in ciascun anno è moltiplicata per la numerosità dei gruppi in quello stesso anno (come rilevabili dalle proiezioni demografiche EUROSTAT). Nel seguito si descrivono sinteticamente i principali risultati emergenti dalle proiezioni condotte da AWG, che fanno riferimento allo scenario demografico centrale di EUROSTAT.

Tavola 1 – Spesa sanitaria pubblica di tipo *acute* ²¹ –
tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL *pro-capite*

	incidenza sul PIL			
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo nel periodo
Austria	5,3	6,6	1,3	1,3
Belgio	6,2	7,3	1,1	1,1
Danimarca	6,9	7,6	0,7	0,7
Finlandia	5,6	6,7	1,1	1,1
Francia	7,7	9,1	1,4	1,4
Germania	6,0	7,0	1,0	1,0
Grecia	5,1	6,5	1,4	1,4
Irlanda	5,3	6,8	1,5	1,5
ITALIA	5,8	6,8	1,1	1,1
Lussemburgo	5,1	6,0	0,8	0,8
Olanda	6,1	7,1	1,0	1,0
Portogallo	6,7	6,9	0,2	0,2
Spagna	6,1	8,0	1,9	1,9
Svezia	6,7	7,5	0,7	0,7
Regno Unito	7,0	8,8	1,8	1,8
media	6,4	7,8	1,4	1,4

Fonte: AWG (2006)

Tavola 2– Spesa sanitaria pubblica di tipo *long term* ²² -
tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL per lavoratore attivo

	incidenza sul PIL			
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo di periodo
Austria	0,6	1,5	0,9	0,9
Belgio	0,9	1,8	1,0	1,0
Danimarca	1,1	2,2	1,1	1,1
Finlandia	1,7	3,5	1,8	1,8
Francia			<i>n.d.</i>	
Germania	1,0	2,0	1,0	1,0
Grecia			<i>n.d.</i>	
Irlanda	0,6	1,2	0,6	0,6
ITALIA	1,5	2,2	0,7	0,7
Lussemburgo	0,9	1,5	0,6	0,6
Olanda	0,5	1,1	0,6	0,6
Portogallo			<i>n.d.</i>	
Spagna	0,5	0,8	0,2	0,2
Svezia	3,8	5,5	1,7	1,7
Regno Unito	1,0	1,8	0,8	0,8
media	0,9	1,5	0,7	0,7

Fonte: AWG (2006)

²¹ Si presenta lo scenario “*death-related cost*”; cfr. pag. 120 e pag. 130 in AWG (2006): quello ritenuto più adatto a cogliere l’impatto della sola variabile demografica (corretto per tener conto dell’effetto dei *death-related cost*). In questa, come nelle prossime tavole, eventuali discrepanze tra la differenza delle incidenze al primo e all’ultimo anno e il dato riportato nella colonna “incremento” sono da attribuire ad approssimazioni decimali. Si riportano esattamente i dati AWG (2006). L’incidenza dell’anno base differisce da quella riportata nei documenti di contabilità nazionale come spesa sanitaria pubblica a carico del bilancio del SSN poiché include, nella definizione di *long-term care* nella definizione adottata da AWG-ECOFIN, anche capitoli socio-assistenziali che in Italia trovano altra contabilizzazione (ad esempio nei bilanci dei Comuni).

²² Si presenta lo scenario “*AWG reference*”; cfr. pag. 143 e pag. 162 in AWG (2006): quello ritenuto più adatto a cogliere l’impatto della sola variabile demografica (il meglio combinabile con il precedente scenario presentato per la *acute*).

I dati in *Tavola 1* riguardano la spesa *acute*. Al 2050 l'Italia fa rilevare una incidenza sul PIL pari al 6,8 per cento, di un punto percentuale inferiore alla media UE-15 (7,8), dopo un incremento 2004-2050 pari a 1,1, punti percentuali, anch'esso inferiore alla media UE-15 (1,4). Si sottolinea come l'incremento massimo di incidenza sul PIL e l'incremento finale (2004-2050) coincidano sempre (per tutti i *Partner*), a significare un processo di crescita continuo e senza stabilizzazione. Considerazioni analoghe valgono per la spesa *long-term* in *Tavola 2*, la cui lettura deve tener conto del fatto che AWG attribuisce alla *long-term* alcune voci di spesa che in Italia non sono di stretta pertinenza del bilancio del SSN²³. L'Italia condivide con tutti i *Partner* l'andamento crescente dell'incidenza sul PIL: anche in un approccio che si concentra sulla dimensione demografica, l'andamento di lungo periodo della quota di PIL dedicata alla sanità mostra una tendenza lenta ma costante e inesorabile alla crescita, senza inversione.

Il lavoro di AWG contiene alcuni esercizi di sensitività. In particolare, per la *acute* si suppone che l'elasticità della spesa *pro-capite* rispetto al PIL *pro-capite* sia pari a 1,1 nell'anno corrente (il primo dell'arco di proiezione) per poi convergere con continuità all'unità; mentre per la *long-term* si suppone che i casi di assistenza non istituzionalizzata si riducano dell'1 per cento all'anno sino al 2020, per poi stabilizzarsi. In questi due scenari, le nuove proiezioni divengono quelle in *Tavola 3* e in *Tavola 4*²⁴.

Tavola 3 – Spesa sanitaria pubblica di tipo acute ²⁵–
elasticità della spesa al PIL pari a 1,1 ma convergente all'unità tra il 2004 e il 2050

	incidenza sul PIL – sensitività			
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo nel periodo
Austria	5,3	7,2	1,9	1,9
Belgio	6,2	8,0	1,8	1,8
Danimarca	6,9	8,3	1,4	1,4
Finlandia	5,6	7,3	1,7	1,8
Francia	7,7	9,9	2,2	2,2
Germania	6,0	7,6	1,6	1,6
Grecia	5,1	7,2	2,1	2,1
Irlanda	5,3	7,7	2,4	2,4
ITALIA	5,8	7,4	1,6	1,6
Lussemburgo	5,1	6,7	1,6	1,5
Olanda	6,1	7,7	1,6	1,6
Portogallo	6,7	7,5	0,8	0,8
Spagna	6,1	8,7	2,6	2,6
Svezia	6,7	8,1	1,4	1,4
Regno Unito	7,0	9,7	2,7	2,7
media	6,4	8,5	2,1	2,1

Fonte: AWG (2006)

²³ È questa la ragione della discrepanza con i dati contenuti nel Programma di Stabilità dell'Italia e nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese.

²⁴ Non per tutti i Paesi è disponibile l'analisi di sensitività.

²⁵ Cfr. pag. 131 in AWG (2006).

Tavola 4 – Spesa sanitaria pubblica di tipo *long-term* ²⁶ –
i casi di assistenza non istituzionalizzata si riducono dell'1% all'anno sino al 2020

	incidenza sul PIL - sensitività			
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo nel periodo
Austria			<i>n.d.</i>	
Belgio	0,9	2,3	1,5	1,5
Danimarca			<i>n.d.</i>	
Finlandia	1,7	4,6	2,9	2,8
Francia			<i>n.d.</i>	
Germania	1,0	2,8	1,8	1,8
Grecia			<i>n.d.</i>	
Irlanda	0,6	1,6	1,0	1,0
ITALIA	1,5	3,3	1,7	1,7
Lussemburgo	0,9	2,1	1,2	1,2
Olanda	0,5	2,3	1,8	1,8
Portogallo			<i>n.d.</i>	
Spagna	0,5	1,7	1,2	1,1
Svezia	3,8	6,8	3,0	3,0
Regno Unito	1,0	3,6	2,6	2,6
media	0,9	2,4	1,5	1,5

Fonte: AWG (2006)

Come si può apprezzare (anche soltanto riferendosi alla media UE-15), il ricorso ad una pur limitata analisi di sensitività (le variazioni parametriche sono circoscritte e soprattutto non coinvolgono tutto l'orizzonte di proiezione) lascia trasparire la criticità sia dell'elasticità della domanda di prestazioni al reddito sia dell'aumento di istituzionalizzazione delle stesse.

Indicazioni di rilievo scaturiscono, infine, se si raffronta l'andamento della spesa sanitaria con quello della spesa pensionistica. L'Italia è il paese che mostra la migliore stabilizzazione di lungo periodo della spesa pubblica per pensioni: un incremento di incidenza sul PIL di 0,4 punti percentuali, il più contenuto tra *Partner* UE. Anche il picco di incidenza sul PIL è relativamente contenuto: 1,7 punti percentuali (al 2040), il secondo più basso dopo quello della Svezia.

Questi dati, che sono il portato dell'intenso processo di riforme pensionistiche condotto in Italia durante tutti gli anni Novanta e oltre (sino alla riforma del 2005 che ha introdotto il cosiddetto scalone "Maroni-Tremonti", recentemente modificato dalla Legge n. 247/2007²⁷), contrastano con quelli relativi alla spesa sanitaria pubblica. Infatti, l'Italia è uno dei tre Paesi (assieme a Svezia e Regno Unito) in cui l'incremento di incidenza della spesa sanitaria tra il 2004 e il 2050 (1,8 punti percentuali) supera sia il corrispondente incremento della spesa pensionistica (0,4) sia lo stesso picco di incidenza fatto registrare dalla spesa pensionistica (1,7)²⁸.

²⁶ Cfr. pag. 160 in AWG (2006).

²⁷ Che ha recepito il cosiddetto "Protocollo Welfare" siglato da Governo e Sindacati nel Luglio 2007.

²⁸ Questo nulla toglie all'esigenza di una riforma delle pensioni che in Italia completi definitivamente il percorso avviato negli anni Novanta. Sul punto, cfr. Pammolli-Salerno (2007), "Gli interventi sulle pensioni nel Ddl di attuazione dell'accordo Governo-Sindacati del 27 Luglio 2007", su www.cermlab.it.

**Tavola 5 – Spesa pubblica lorda (ante imposizione e contribuzione sociale) per pensioni –
scenario base per le ipotesi demografiche ed economiche ²⁹**

	incidenza sul PIL				
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo nel periodo	cfr. con incremento spesa sanitaria complessiva (Tavola 1 + Tavola 2)
Austria	13,4	12,2	-1,2	6,0	2,2
Belgio	10,4	15,5	5,1	5,3	2,0
Danimarca	9,5	12,8	3,3	4,0	1,8
Finlandia	10,7	13,7	3,1	3,3	2,9
Francia	12,8	14,8	2,0	2,2	n.d.
Germania	11,4	13,1	1,7	1,7	2,0
Grecia				n.d.	
Irlanda	4,7	11,1	6,4	6,4	2,1
ITALIA	14,2	14,7	0,4	1,7	1,8
Lussemburgo	10,0	17,4	7,4	7,4	1,4
Olanda	7,7	11,2	3,5	4,0	1,6
Portogallo	11,1	20,8	9,7	9,7	n.d.
Spagna	8,6	15,7	7,1	7,1	2,2
Svezia	10,6	11,2	0,6	1,0	2,4
Regno Unito	6,6	8,6	2,0	2,0	2,6
media	10,6	12,9	2,3	2,3	

Fonte: AWG (2006)

Riassumendo, si può affermare che le proiezioni di AWG mostrano che l’impatto della demografia sulla spesa sociale italiana è destinato a manifestarsi soprattutto per il tramite del sistema sanitario³⁰. Le proiezioni indicano un *trend* di crescita, ascrivibile espressamente all’invecchiamento, che al 2050 conduce a un aumento di incidenza sul PIL di 1,8 punti percentuali. Su tale *trend* esplicheranno il loro effetto i fattori di crescita di natura *extra* demografica, ed è su questi che nei prossimi paragrafi si tenterà di dare alcune indicazioni.

2.3 La sanità nelle proiezioni della spesa sociale italiana

La stabilizzazione di lungo periodo della spesa sociale italiana, pertanto, si fonda essenzialmente sulle riforme del sistema pensionistico dagli anni Novanta in poi. Per contro, l’incremento di incidenza della spesa sanitaria, sia pur inferiore alla media UE, dovrebbe essere valutato con attenzione, se si considera che:

- nella parte *long-term* l’Italia è attualmente povera di prestazioni istituzionalizzate e questo si traduce in minori proiezioni di spesa, pur non costituendo un aspetto virtuoso (tutt’altro);
- l’assenza di una specifica modellizzazione della spesa in conto capitale può costituire un’altra fonte di forte sottostima, soprattutto nel pieno svolgersi delle trasformazioni federaliste del sistema sanitario, di fronte alle quali la disomogenea situazione infrastrutturale regionale è uno degli aspetti più problematici (*cfr. infra*);
- nell’anno in cui sono costruiti i profili di spesa (2004), l’Italia è ancora lontana dalla conclusione della trasformazione federalista del SSN, e i precari rapporti tra le Istituzioni deputate al governo della sanità sicuramente sono un fattore di debolezza per l’implementazione di politiche strutturali per l’efficienza/efficacia;

²⁹ Cfr. AWG (2006) pagg. 70 e seguenti.

³⁰ Se si analizzassero in dettaglio le altre voci di spesa (istruzione e indennità di disoccupazione), emergerebbe come nelle proiezioni AWG esse contribuiscano a ridurre l’incidenza sul PIL, poiché diminuiscono con continuità tra il 2004 e il 2050. Si tratta di una conseguenza dell’approccio demografico che, in corrispondenza dell’assottigliamento delle fasce in età scolare e dell’ipotesi di riassorbimento della disoccupazione, riduce la numerosità delle platee di beneficiari delle due voci di spesa.

- infine, proprio le riforme pensionistiche attuate negli anni Novanta, che si tradurranno in un sensibile ridimensionamento del tasso di sostituzione reddito/pensione, potrebbero richiedere un rafforzamento dell'assistenza sanitaria pubblica per continuare a garantire durante la quiescenza l'universale accesso ai LEA;
- se è vero che gli incrementi di spesa che si sono verificati dal 2000 ad oggi recuperano la compressione della stessa spesa avvenuta nei primi anni Novanta, è anche vero che la nuova dinamica appare più come una deriva di spesa che come il frutto di scelte programmatiche.

Alla luce anche di questi elementi, è importante acquistare la piena consapevolezza che le pressioni che in futuro giungeranno dalla spesa sanitaria potranno essere anche significativamente più ampie di quelle descritte da AWG, e che quindi è urgente pervenire ad un assetto di governo della sanità completo e organico. È a sottolineare questa importanza che si propongono alcuni riferimenti per una sensibilità "allargata".

2.4 Oltre la demografia: riferimenti per una sensibilità "allargata"

Il primo riferimento consiste in un esercizio di variazione delle proiezioni di AWG. In particolare, l'esercizio: a) muove dal raffronto del differenziale storico (*spread*) del tasso di crescita della spesa *pro-capite* rispetto a quello del PIL *pro-capite* e del PIL per lavoratore attivo (*Tavola 6 e Tavola 7*); b) calcola il tasso di crescita dell'incidenza della spesa sul PIL nelle proiezioni di AWG; c) integra l'esercizio di sensibilità di AWG, ipotizzando una maggiorazione di questo tasso di crescita in linea con il differenziale storico. L'esercizio è fattibile perché, nell'ipotesi che il tasso di crescita della spesa *pro-capite* sia quello del PIL *pro-capite*, la variazione del tasso di crescita del rapporto tra spesa e PIL, in risposta a un aumento di *delta* del tasso di crescita della spesa *pro-capite*, può essere approssimata dallo stesso *delta*. Questa semplificazione regge alla luce delle altre ipotesi su cui si fondano le proiezioni di lungo periodo di AWG e in particolare: l'invarianza del tasso di crescita della spesa *pro-capite* per sesso e fascia di età, e l'invarianza dello stesso tasso di crescita per tipologia di prestazione sanitaria³¹. Sotto le ipotesi appena ricordate, la sensibilità svolta sul tasso di crescita della spesa *pro-capite* può essere approssimata dalla sensibilità svolta sul tasso di crescita dell'incidenza della spesa sul PIL.

Ai fini del calcolo dello *spread*, la spesa sanitaria considerata è quella totale, corrente e in conto capitale³²; inoltre, la trasposizione in termini annuali dei tassi di crescita avviene in capitalizzazione composta. Ricalcolati sulla sola spesa corrente, i tassi di crescita rimangono dello stesso ordine di grandezza e in alcuni casi risultano addirittura superiori. Ricalcolati sul complesso di spesa pubblica e spesa privata (corrente e in conto capitale), i tassi di crescita risultano generalmente più elevati (così per l'Italia), dando atto di quel trasferimento di responsabilità di finanziamento tra pubblico e privato, che ha caratterizzato l'ultimo decennio nella maggior parte dei *Partner* UE.

Nella media UE, la spesa *pro-capite* ha storicamente mostrato un divario nel tasso di crescita superiore a 0,9 punti percentuali rispetto al PIL *pro-capite* e di circa 1,4 punti percentuali rispetto al PIL per lavoratore attivo. Per l'Italia, il divario risulta inferiore, rispettivamente 0,7 e 0,5 punti percentuali, ma permane, nonostante il processo di compressione e successiva stabilizzazione dell'incidenza sul PIL che ha caratterizzato la politica economica settoriale nel decennio 1990-2000.

³¹ Un esercizio simile a questo è svolto da Bjornerud e Martins (2005): elaborando proiezioni al 2050 per Francia, Germania e Regno Unito, essi riportano di un effetto *non-ageing* superiore a quello *ageing*. Bjornerud e Martins utilizzano dati storici sui tassi di crescita per imputare al progresso tecnologico la differenza nell'incremento di incidenza non spiegabile né dall'effetto *ageing* addirittura calcolato in costanza di spesa *pro-capite* dell'anno base (cioè senza applicazione di tasso di crescita come fa AWG; una sorta di effetto *ageing* puro) né dall'effetto di reddito (calcolato ipotizzando, come in AWG, una elasticità unitaria della spesa *pro-capite* al PIL *pro-capite*). Inoltre, questo stesso esercizio si è dimostrato in grado di replicare bene la sensibilità svolta da AWG nella precedente *release* delle proiezioni (2001, 2003)

³² Cfr. piano dei conti sanitari dell'OCSE.

Tavola 6– Spread tra tassi di crescita della spesa sanitaria *pro-capite* e del PIL *pro-capite* - spesa sanitaria pubblica, corrente e in conto capitale

	'80-'85	'85-'90	'90-'95	'95-'00	'00-'04	media finanziaria su anni disponibili
Austria	-0,9%	0,9%	5,8%	-0,5%	0,8%	1,2%
Belgio	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	0,1%	<i>n.d.</i>	1,4%
Danimarca	-1,6%	-1,2%	-0,6%	0,3%	3,4%	-0,4%
Finlandia	2,5%	2,6%	-2,3%	-2,5%	3,7%	0,6%
Francia	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	2,3%	-0,7%	4,5%	1,9%
Germania	0,6%	-1,6%	<i>n.d.</i>	-0,2%	0,4%	0,1%
Grecia	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	5,4%	0,9%	0,3%	1,1%
Irlanda	-3,8%	-5,7%	2,2%	-1,1%	5,7%	-0,8%
ITALIA	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	-3,7%	2,7%	2,7%	0,7%
Lussemburgo	-1,0%	1,7%	0,7%	0,3%	9,0%	1,8%
Olanda	0,0%	0,6%	2,2%	-2,8%	3,6%	0,6%
Portogallo	-1,8%	5,1%	5,2%	6,2%	1,5%	3,4%
Spagna	0,6%	3,8%	1,0%	-0,9%	2,8%	1,4%
Svezia	-1,5%	-0,8%	-1,4%	0,3%	2,2%	-0,3%
Regno Unito	-0,1%	0,0%	3,2%	0,1%	4,9%	1,5%
Stati Uniti	2,2%	3,5%	5,1%	-0,7%	4,3%	2,8%
media						1,1%
media UE-15						0,95%

Tavola 7– Spread tra tassi di crescita della spesa sanitaria *pro-capite* e del Pil per lavoratore attivo - spesa sanitaria pubblica, corrente e in conto capitale

	'80-'85	'85-'90	'90-'95	'95-'00	'00-'04	media finanziaria su anni disponibili
Austria	0,1%	1,5%	7,0%	-0,5%	1,1%	1,9%
Belgio	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	0,7%	<i>n.d.</i>	0,7%
Danimarca	-1,1%	-0,3%	-1,5%	0,9%	2,8%	-0,2%
Finlandia	2,9%	2,8%	-6,3%	-0,6%	3,8%	0,3%
Francia	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	1,7%	0,4%	5,9%	2,1%
Germania	0,2%	-0,2%	<i>n.d.</i>	-0,2%	-0,1%	0,1%
Grecia	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	4,8%	1,3%	3,2%	1,8%
Irlanda	-5,6%	-4,5%	3,7%	3,7%	7,8%	0,4%
ITALIA	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	-5,2%	3,5%	3,3%	0,5%
Lussemburgo	-0,7%	4,3%	1,7%	3,6%	13,2%	3,7%
Olanda	-0,1%	4,2%	3,2%	-0,9%	4,9%	2,1%
Portogallo	-1,6%	8,6%	3,8%	8,2%	0,9%	4,3%
Spagna	-1,8%	7,0%	-0,2%	2,9%	3,7%	2,2%
Svezia	-1,3%	-0,4%	-4,5%	1,1%	4,2%	-0,6%
Regno Unito	-1,0%	1,9%	2,2%	1,2%	4,7%	1,7%
Stati Uniti	2,8%	4,7%	4,7%	-0,1%	5,4%	3,2%
media						1,5%
media UE-15						1,4%

Fonte: elaborazioni degli autori su OCSE (2006)

In realtà, si potrebbe obiettare che, nel caso dell'Italia, lo *spread*, che matura integralmente dal 1995 in poi (la serie disponibile parte dal 1990), ha origine proprio nel recupero di spesa dopo la compressione dei primi anni Novanta finalizzata al riaggiustamento di finanza pubblica. L'evidenza empirica a favore del divario di tasso di crescita è però più ampia:

- riguarda la maggior parte dei Paesi;
- si presenta anche nei casi in cui le serie disponibili partono dal 1980;
- è confermata, con gli stessi risultati medi, nei casi in cui è possibile spingersi indietro sino al 1970 (dati non riportati nelle tavole).

Insomma, a prescindere dallo specifico rapporto che in ogni periodo si può instaurare tra la politica economica e la spesa sanitaria (emergono anche casi di paesi in cui il divario è stato negativo), il raffronto tra i tassi di crescita storici conferma che è necessario prepararsi a fronteggiare pressioni di spesa che possono essere significativamente superiori rispetto a quelle proiettate da AWG. Per offrire un ordine di grandezza che tenga conto del divario medio di tasso di crescita e dei suoi effetti in assenza di interventi di politica economica sanitaria, si modificano le proiezioni di AWG maggiorando il tasso di crescita implicito dell'incidenza della spesa sul PIL rispettivamente di 0,5 punti percentuali e 1 punto percentuale all'anno.

La *Tavola 8* seguente illustra i risultati di questa analisi di sensitività. In colonna sono riportati in ordine (da sinistra a destra): *a*) l'incidenza della spesa (*acute* e *long-term*) nel 2004; *b*) l'incidenza proiettata da AWG nel 2050, come risultante dalla somma delle precedenti *Tavola 1* e *Tavola 2*; *c*) l'incremento di incidenza calcolato da AWG; *d*) l'incremento di incidenza risultante dall'analisi di sensitività svolta direttamente da AWG, come risultante dalla somma delle precedenti *Tavola 3* e *Tavola 4*; *e*) il primo esercizio di sensitività "allargato"; *f*) il secondo esercizio di sensitività "allargato".

Quando l'analisi di sensitività si allarga, l'impatto sul PIL aumenta in maniera significativa. Se il tasso di crescita della spesa *pro-capite* è maggiorato di 0,5 punti percentuali, nel 2050 i *Partner* sperimentano una maggior incidenza (rispetto allo scenario "demografico" di AWG) di 2,3 punti percentuali di PIL (con un picco di 3,4 per la Svezia). Se il tasso è, invece, maggiorato di 1 punto percentuale, la maggior incidenza supera i 5 punti percentuali di PIL (con un picco di 7,6 sempre per la Svezia). La sensitività proposta direttamente da AWG (*Tavola 3* e *Tavola 4*) segnala, invece, una maggior incidenza al 2050 di un punto percentuale di PIL nella media UE.

Se ci si concentra sull'Italia, l'analisi offre i medesimi spunti. Con una maggiorazione di 0,5 punti percentuali, la spesa fa registrare una maggior incidenza al 2050 pari a 2,2 punti percentuali di PIL; con una maggiorazione di 1 punto percentuale, invece, la maggior incidenza al 2050 diviene pari a 5,1 punti percentuali di PIL. La sensitività proposta direttamente da AWG (*Tavola 3* e *Tavola 4*) per l'Italia segnala, invece, una maggior incidenza al 2050 di 1,5 punti percentuali di PIL.

L'obiezione immediata è che le tendenze storiche non rappresentano l'evoluzione futura e che, pertanto, esse non possono essere ribaltate *tout court* in avanti. Questa osservazione di metodo è pienamente condivisibile, ma non elimina o ridimensiona la necessità di guardare al di là della demografia, per dare il massimo supporto informativo alle decisioni di *policy*, integrando le proiezioni focalizzate sulla componente demografica con quelle che, nei limiti della disponibilità di dati e della praticabilità delle ipotesi, tentano un approccio più ampio e problematico.

Nel secondo esercizio di sensitività "allargata", quello che considera uno *spread* allineato alla media storicamente rilevabile, in Italia e nella media UE l'incidenza della spesa sanitaria pubblica arriva praticamente a raddoppiarsi al 2050.

Tavola 8– Analisi di sensitività a confronto – incidenza sul PIL della spesa sanitaria pubblica

	incremento di incidenza sul PIL 2004-2050				
	2004	AWG 2050	AWG incremento	AWG sensitività	I sensitività "allargata" II sensitività "allargata"
	a)	b)	c)	d)	e) f)
Austria (1)	5,9	8,1	2,2	<i>n.d.</i>	4,3 6,9
Belgio	7,1	9,1	2,1	3,2	4,3 7,2
Danimarca (1)	8,0	9,8	1,8	<i>n.d.</i>	4,3 7,5
Finlandia	7,3	10,2	2,9	4,6	5,5 8,8
Francia (1)	7,7	9,1	1,4	<i>n.d.</i>	3,7 6,7
Germania	7,0	9,0	2,0	3,4	4,3 7,2
Grecia (1)	5,1	6,5	1,4	<i>n.d.</i>	3,1 5,1
Irlanda	5,9	8,0	2,1	3,4	4,1 6,7
ITALIA	7,3	9,0	1,8	3,3	4,0 6,9
Lussemburgo	6,0	7,5	1,4	2,8	3,4 5,8
Olanda	6,6	8,2	1,6	3,4	3,7 6,3
Portogallo (1)	6,7	6,9	0,2	<i>n.d.</i>	2,0 4,2
Spagna	6,6	8,8	2,1	3,8	4,5 7,3
Svezia	10,5	13,0	2,4	4,4	5,8 10,0
Regno Unito	8,0	10,6	2,6	5,3	5,3 8,7
media	7,3	9,3	2,1	3,8	4,2 7,0

Fonte: elaborazioni degli autori su AWG (2006) e OCSE (2006)

a) = AWG => incidenza nel 2004 (anno base)

b) = AWG => precedenti Tavola 1 + Tavola 2 (scenario focalizzato sulla demografia)

c) = AWG => incremento di incidenza nello scenario focalizzato sulla demografia

d) = AWG => precedenti Tavola 3 + Tavola 4 (sensitività applicata allo scenario focalizzato sulla demografia)

e) = I sensitività "allargata" => il tasso di crescita annuo della spesa *pro-capite* è maggiorato di 0,5 p.p. sino al 2050

f) = II sensitività "allargata" => il tasso di crescita annuo della spesa *pro-capite* è maggiorato di 1,0 p.p. sino al 2050

(1) = Per Francia, Grecia e Portogallo, AWG riporta dati soltanto per la componente *acute*; per Austria e Danimarca, la sensitività di AWG è svolta soltanto per alcuni scenari, tra cui non sono compresi quelli selezionati per la Tavola 8. In occasione di "Public Finances in EMU – 2007", i dati sulla componente *long term* di Francia, Grecia e Portogallo sono stati integrati, ma solo limitatamente allo scenario cosiddetto "AWG reference", utile alla Commissione Europea per il calcolo degli indicatori sintetici di sostenibilità di lungo termine delle finanze pubbliche dei Partner; cfr. anche "Long term trends of health care expenditure, welfare system structure, public finances in EU", mimeo. Si fa riferimento al lavoro originario di AWG.

Il secondo riferimento è un recente lavoro dell'OCSE (2006)³³ in cui sono presentate proiezioni di lungo termine della spesa pubblica *acute* e *long-term* al 2050. Come AWG, anche OCSE (2006) parte dai profili di spesa per sesso-età nell'anno base (il 2005), per poi sviluppare sia le proiezioni focalizzate sul *driver* demografico, che quelle che incorporano l'effetto dell'*healthy ageing*³⁴ e quelle che considerano in varia misura i *driver extra* demografici. A differenza di AWG, tuttavia, OCSE (2006) integra le proiezioni con una analisi di sensitività molto più ampia, che include anche scenari in cui l'elasticità della spesa al reddito è superiore all'unità lungo tutto il cinquantennio, oppure in cui il tasso di crescita della spesa *pro-capite* è maggiorato (rispetto a quello del PIL *pro-capite* e del PIL per lavoratore attivo) per tener conto di fattori dal lato dell'offerta, come l'andamento dei costi di produzione (l'effetto "*Baumol*") e l'impatto della tecnologia (approssimato con la parte residuale della crescita storica della spesa non spiegata né dalla dinamica demografica né da quella del reddito disponibile).

Tavola 9 - Spesa sanitaria pubblica *acute* e *long-term*
AWG-ECOFIN (2006) e OCSE (2006) a confronto

incrementi di incidenza sul PIL al 2050	AWG-ECOFIN (2006)		OCSE (2006)	
	delta % PIL		delta % PIL	
	<i>upper bound</i>	<i>lower bound</i>	<i>upper bound</i>	<i>lower bound</i>
Francia (1)	2,8	0,5	6,2 (3,6)	0,8 (0,3)
Germania	4,3	0,4	6,0	1,1
ITALIA	4,8	0,6	9,4	1,9
Spagna	4,9	1,2	7,2	1,7
Regno Unito	6,3	0,2	5,7	1,0
Stati Uniti			6,4	0,7

Fonte: elaborazioni degli autori su AWG (2006) e OCSE (2006)

(1) ECOFIN (2006) non include la spesa *long-term*; tra parentesi, la spesa *acute* di OCSE (2006)

La Tavola 9 riassume il confronto tra AWG (2006) e OCSE (2006): sono riportati assieme l'incremento massimo e quello minimo di incidenza sul PIL riscontrabili nel complesso degli scenari sviluppati dalle due fonti (per AWG si considerano anche gli scenari aggiuntivi presentati come analisi di sensitività; cfr. "*Annex*" di AWG, 2006, cit.). Come si può apprezzare, solo nel caso del Regno Unito l'*upper bound* di AWG è superiore a quello di OCSE (ma il *lower bound* di AWG è 1/5 di quello OCSE); negli altri casi, l'intervallo proiettato da OCSE è sempre superiore a quello di AWG. In particolare, per l'Italia, l'incremento massimo di OCSE è quasi il doppio rispetto a quello AWG, e l'incremento minimo più del triplo. Nel primo caso, con un incremento di 9,4 p.p. l'incidenza sul PIL arriverebbe a più che raddoppiarsi rispetto all'attuale livello, dal 6,7 (6,6 al 2005, anno base per Oecd) per cento (2006) al 16,2 per cento; nel secondo caso, con un incremento di 1,9 p.p. l'incidenza arriverebbe all'8,7 per cento del PIL³⁵. Significativo anche l'*upper bound* degli Stati Uniti, + 6,4 p.p., se si considera l'alta

³³ Cfr. "Projecting public OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?", disponibile su <http://miranda.sourceoecd.org/vl=185403/cl=29/nw=1/rpsv/cgi-bin/wppdf?file=5l9x36wg1cxs.pdf>. È necessario prestare attenzione al fatto che il perimetro di spesa considerato dall'OCSE è più ristretto di quello considerato da AWG-ECOFIN e corrisponde direttamente alla spesa a carico del bilancio del SSN (così come desumibile dalla annuale Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese). Questo non toglie che il confronto tra gli incrementi di incidenza sul PIL appaia rilevante per il loro diverso ordine di grandezza; tanto più che l'OCSE, partendo da un perimetro di spesa più ristretto, arriva a proiettare incrementi significativamente maggiori.

³⁴ L'allungamento della vita attesa implica miglioramento delle condizioni di salute lungo tutta la vita (l'equivalente della tesi alla base degli scenari "*death related cost*" di AWG).

³⁵ Si tratta, lo si ripete, di proiezioni a parità di *policy*. Uno scenario con la spesa sanitaria al 16,2 per cento del PIL nel 2050 sarebbe insostenibile. Le proiezioni sono a parità di *policy* proprio per mostrare l'urgenza che la *policy* si attivi.

incidenza che la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) fa già rilevare sul PIL (all'incirca il 15 per cento).

Il terzo riferimento è un altro lavoro recente a cura di Pammolli-Bambi (2007)³⁶, che stimano l'elasticità di lungo termine della spesa sanitaria complessiva reale (pubblica e privata) rispetto al reddito reale (PIL) per undici Paesi UE³⁷. Sulla base di questa stima e di ipotesi sulla dinamica reale del PIL nel prossimo cinquantennio, gli autori arrivano a formulare proiezioni di lungo termine dell'incidenza della spesa complessiva sul PIL. Inoltre, sono presentati anche altri due risultati: a) la proiezione dell'incidenza della spesa pubblica sul PIL, nell'ipotesi che la quota pubblica del totale della spesa rimanga invariata al livello corrente; b) la riduzione della quota pubblica del totale della spesa necessaria a stabilizzare l'incidenza della spesa pubblica sul PIL al livello corrente.

Tavola 10 – Elasticità della spesa sanitaria (pubblica e privata) al reddito e proiezioni di lungo termine

	elasticità di lungo termine della spesa sanitaria reale totale al reddito reale	hp. tasso di crescita del PIL reale sino al 2050	spesa sanitaria pubblica in % PIL al 2050, nell'hp. che la quota coperta dal pubblico resti quella attuale	variazione della quota della spesa sanitaria totale coperta dal pubblico, nell'hp. di stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica in % PIL al livello corrente		
				tra parentesi la attuale incidenza della spesa pubblica sul PIL - valori al 2004 (2)		
		tasso annuale (1)	tra parentesi la attuale quota del pubblico sul totale	2015	2025	2050
Austria	1,67	1,5%	10,7% (70,8%)	-7,2% (6,8%)	-13,2%	-25,7%
Belgio	1,78	1,7%	13,0% (71,3%)	-9,4% (7,2%)	-17,0%	-32,0%
Danimarca	1,02	1,6%	7,4% (82,0%)	-0,3% (7,3%)	-0,5%	-1,0%
Finlandia	1,22	1,7%	7,0% (76,0%)	-2,9% (5,7%)	-5,6%	-11,7%
Germania	1,88	1,4%	14,0% (76,0%)	-9,0% (8,1%)	-16,0%	-32,0%
Irlanda	1,03	2,8%	5,9% (80,0%)	-0,4% (5,7%)	-1,1%	-2,7%
ITALIA	1,70	1,3%	9,8% (74,7%)	-7,0% (6,5%)	-12,7%	-25,2%
Olanda	1,56	1,7%	8,8% (62,0%)	-6,0% (5,7%)	-11,0%	-21,6%
Portogallo	1,87	1,5%	13,2% (73,0%)	-9,3% (7,4%)	-17,0%	-32,3%
Svezia	1,08	2,2%	7,8% (84,6%)	-1,6% (7,7%)	-3,0%	-6,4%
Regno Unito	1,65	1,9%	11,9% (84,3%)	-8,6% (7,0%)	-17,2%	-34,6%
media			9,9% (75,9%)	-5,6% (6,8%)	-10,4%	-20,3%

Fonte: Pammolli-Bambi(2007), mimeo

(1) Valore annuo medio riportato in Commissione Europea (2007)³⁸

(2) L'incidenza al 2004 è di fonte OCSE (2006)³⁹ e differisce da quella di fonte AWG (2006) per il diverso perimetro di spesa

Il contributo di Pammolli-Bambi (2007) fornisce tre risultati di rilievo ai fini del discorso che si sta conducendo:

- L'elasticità di lungo periodo della spesa al reddito può (anche al lordo degli effetti delle politiche economiche di stabilizzazione) essere significativamente superiore all'unità (il dato italiano, 1,7, è il quarto più elevato dopo Germania, Portogallo e Belgio)⁴⁰.

³⁶ Cfr. "Health care expenditure, country-specific income elasticity and long term projections: evidence from the European Union Countries", mimeo (su www.cermlab.it). A differenza di AWG e di OCSE, microfondati nei profili di individuali di spesa, Pammolli-Bambi adottano un approccio macro.

³⁷ La stima delle elasticità è effettuata a partire dalla relazione di cointegrazione tra le due variabili.

³⁸ Cfr. Commissione Europea (2007), "Public Finances in EMU – 2007"

³⁹ Cfr. OCSE (2006), "Health Data".

⁴⁰ V'è da segnalare le elasticità potrebbero contenere delle sovrastime, nella misura in cui il vettore di cointegrazione non riesce ad isolare pienamente l'effetto di crescita della spesa imputabile direttamente alla crescita del reddito. Nonostante questo limite, tuttavia, il Pammolli-Bambi (2007) quantomeno conferma l'esigenza di non dare per scontata un'elasticità (*ex-ante*, prima delle eventuali politiche di stabilizzazione) pari all'unità

- Se si proietta l'incidenza della spesa pubblica sul PIL applicando l'elasticità di lungo periodo stimata e mantenendo costante la quota a carico del pubblico del totale della spesa sanitaria, si realizzano mediamente incrementi di incidenza dello stesso ordine di quelli che AWG riporta nello scenario focalizzato sulla demografia (*Tavola 1 + Tavola 2*). Se si combinassero i due *driver*, del reddito e della demografia⁴¹, l'effetto sarebbe con ogni probabilità di magnitudine superiore, e ancor maggiore se, come in OCSE (2006), si tenesse conto anche di una quota della crescita della spesa esplicitamente attribuibile all'impatto degli avanzamenti tecnologici sui costi delle prestazioni.
- Se, infine, si ipotizza che, a parità di proiezioni complessive (spesa pubblica e privata), la spesa pubblica si stabilizzi sul PIL e la crescita si scarichi sul finanziamento privato, in quasi tutti i Paesi la quota di spesa a carico del pubblico fa registrare riduzioni significative. In particolare, in Italia essa si riduce di oltre 25 p.p., da circa il 75 per cento a meno del 50; e l'impatto sarebbe ancor più drastico se la crescita della spesa non fosse guidata soltanto dal *driver* del reddito. Questo risultato va letto soprattutto alla luce del fatto che, ad oggi, la spesa privata in sanità ha, in Italia, quasi integralmente natura *out of pocket* a valere direttamente sui redditi disponibili dei cittadini, senza alcun sostegno mirato che possa giungere dalla fiscalità e dalla strutturazione/istituzionalizzazione del canale di finanziamento (*cfr. infra*).

Riassumendo, anche il contributo Pammolli-Bambi conferma l'elevata incertezza delle proiezioni e la necessità di riforme strutturali (riguardanti la *governance* della spesa pubblica ma anche i pilastri privati organizzati) all'altezza di fronteggiare, in posizione attiva di scelta, aumenti di spesa che potrebbero addirittura portare, *policy* invariata, l'incidenza sul PIL a più che raddoppiarsi.

2.5 Il difficile governo della sanità attraverso i Programmi di Stabilità UE

Che i *trend* della spesa sanitaria rappresentino un problema di cui la politica economica dei *Partner* UE deve da subito farsi carico traspare anche dall'analisi degli ultimi Programmi di Stabilità (PS), dal 2002 al 2007. La *Tavola 11* seguente riporta le proiezioni di lungo termine della spesa sanitaria pubblica (*acute* e *long-term*) inserite nei Programmi di Stabilità. Ai fini della lettura della tavola, si tenga presente che⁴²:

- non tutti i *Partner* inseriscono nel Programma di Stabilità una sezione specifica delle proiezioni di lungo termine della spesa *age-related*;
- tra quelli che lo fanno, non tutti reiterano annualmente le proiezioni;
- l'anno base di ciascun PS è il primo anno su cui si impostano le proiezioni (cambia di anno in anno e non è necessariamente identico per tutti i *Partner*);
- anche con riferimento ad uno stesso Paese, non sempre le modalità con cui sono riportati i dati rimangono omogenee nel tempo;
- non tutti i Paesi riportano sia la spesa *acute* sia quella *long-term*;
- la definizione di spesa *long-term* non sempre corrisponde a quella adottata da AWG (2006)⁴³.

⁴¹ Pammolli-Bambi (2007) non considerano il *driver* dell'evoluzione demografica da oggi al 2050. Questo esercizio è, dal punto di vista metodologico, complementare a quello di AWG e i risultati dei due andrebbero "sommati" *cum granu salis*. Laddove AWG porta in primo piano il *driver* demografico e minimizza l'impatto atteso dagli altri, qui, invece, si fa l'opposto: non si considera esplicitamente l'acuirsi del processo di invecchiamento della popolazione atteso nelle prossime decadi, ma si "ribalta" in avanti l'effetto storicamente svolto dalla crescita economica. Il *driver* reddito, inoltre, è comprensivo di tutte le determinanti che possono far corrispondere una più alta spesa ad un maggior grado di sviluppo economico, ivi inclusi gli avanzamenti di tecnica/tecnologia (il consumo di prestazioni più costose ha necessità di essere finanziato) e le evoluzioni esogene della domanda riconducibili alla crescente importanza assegnata al bene "salute".

⁴² Quelli elencati potrebbero essere tutti punti per un futuro migliore coordinamento fra l'attività di proiezione di AWG, quella svolta singolarmente delle istituzioni dei *Partner* e la redazione degli aggiornamenti dei Programmi di Stabilità.

⁴³ Come si è detto, AWG (2006) adotta una definizione ampia di *long-term care*: "*expenditure on disability related benefit*", "*expenditure on formal care at home*", "*expenditure on institutional care*". Per fare un esempio, si tratta di un aggregato di spesa più ampio di quello attribuibile al bilancio del SSN italiano.

La *Tavola 11* permette alcune considerazioni di rilievo. In primo luogo, è encomiabile la scelta dell'Italia di inserire nel Programma di Stabilità una sezione specifica dedicata alle proiezioni di lungo termine della spesa *age-related*, e di reiterare annualmente le proiezioni. Dal 2001 ad oggi, soltanto Italia e Danimarca hanno sempre presentato, assieme all'aggiornamento del PS, anche l'aggiornamento di complete e dettagliate proiezioni di lungo termine.

In secondo luogo, emerge chiaramente la difficoltà di prevedere di anno in anno (a breve!) l'andamento della spesa: nel rapido volgere di un quinquennio, in sette Paesi (tra cui alcuni *Partner* maggiori) l'incremento di incidenza sul PIL nel passaggio dall'anno base del PS-2002 (o del primo PS con disponibilità di dati) all'anno base del PS-2007 è risultato una percentuale elevatissima dell'incremento di incidenza sul PIL di lungo termine (2050) riportato nel PS-2007. È sintomo della presenza di fattori di crescita che interessano, in misura più o meno ampia, tutti i Paesi nell'immediato e che, se non compresi e governati, produrranno pressioni sulle finanze pubbliche ben al di là di quanto riconducibile alla solo invecchiamento della popolazione.

Se per l'Italia il 63,2 per cento (quarto valore più alto) è in parte spiegabile con il recupero di spesa avvenuto proprio in quel periodo (dal 2001 in poi), dopo al compressione degli anni Novanta, percentuali elevate contraddistinguono anche altri Paesi: il 24,3 per cento del Belgio, il 17,4 della Danimarca, il 34,4 della Finlandia, il 50 del Portogallo, il 104,3 del Regno Unito, etc..

Il dato dell'Italia è particolarmente esplicativo perché, da un lato, le proiezioni di spesa sono presenti in tutti i PS dal 2001 ad oggi e, dall'altro, il perimetro di spesa sanitaria considerato nelle proiezioni è rimasto identico (la spesa totale a carico del SSN così come riportata nella RGSEP), rendendo comparabili i dati dei vari PS⁴⁴. A questi elementi si deve aggiungere anche che il dato di spesa consuntiva per il 2005, anno base del PS-2006 e del PS-2007, è risultato pari al 6,8% del PIL (*cfr.* ultima RGSEP), tre decimi in più rispetto al dato (6,5) utilizzato nel PS-2006 e un decimo in più rispetto a quello (6,7) utilizzato nel PS-2007⁴⁵. Una ulteriore conferma della continuazione del *trend* di crescita, che sollecita a procedere con le interventi strutturali necessari a raggiungere migliore governabilità.

La spesa sanitaria pubblica Italiana è, attualmente, allineata, in percentuale del PIL, alla media dei *Partner* UE. La dinamica accentuata dalla metà degli anni Novanta ad oggi è in gran parte spiegabile come recupero dopo la fase di compressione dei finanziamenti con cui il SSN ha concorso al riaggiustamento delle finanze pubbliche per l'ingresso nell'area monetaria comune. L'obiettivo adesso, come espressamente specificato nel "*Libro Verde*", è quello "[di raggiungere] il controllo nel tempo della spesa e il contemporaneo mantenimento della capacità universalistica del sistema [...]". Tassi di crescita come quelli degli ultimi anni (dal 2000-2001 ad oggi; *cfr.* *Tavola 11*) non sono sicuramente sostenibili in futuro, ma l'Italia manca di un sistema di *governance* del settore e della spesa in grado di raccogliere subito la responsabilità di coniugare l'obiettivo di stabilità finanziaria con quello della adeguatezza-equità delle prestazioni. Il problema è esattamente nei termini in cui è posto nel "*Libro Verde*": quello della qualità della spesa che, di fronte al processo di invecchiamento della popolazione e all'ampliamento della domanda (a tutte le età) e dell'offerta (nuove tecnologie-tecniche), diviene anche quello della capacità di scelte di priorità. In quest'ottica, gli snodi di *policy* sono:

- la riorganizzazione federalista,
- l'implementazione degli strumenti di regolazione lato offerta e domanda,
- lo sviluppo dei pilastri privati, non come risultato passivo dei fallimenti del pubblico ma come tassello di un sistema in grado di rispondere meglio ai due obiettivi di sostenibilità ed adeguatezza-equità.

⁴⁴ I PS italiani non adottano la stessa definizione di spesa per *long-term care* scelta da AWG (2006). Come si è già detto, è questa la ragione di alcune differenze nei dati di incidenza sul PIL all'anno base.

⁴⁵ *Cfr.* <http://www.dt.tesoro.it/Aree-Docum/Analisi-Pr/Documenti-/Italian-Co/Programma-di-Stabilit-2006.pdf>.

Tavola 11– Analisi della spesa sanitaria pubblica (*acute e long-term*) attraverso i Programmi di Stabilità –
Incidenze sul PIL (%) nell'anno base e nel 2050 (cfr. http://ec.europa.eu/economy_finance/netstartsearch/pdfsearch/pdf.cfm?mode= m2)

	PS-2002 (1)		PS-2003		PS-2004		PS-2005		PS-2006		PS-2007		delta incidenza nell'anno base (10), in % delta incidenza proiettato al 2050 nell'ultimo PS (11)
	anno base	2050	anno base	2050	anno base	2050	anno base	2050	anno base	2050	anno base	2050	
Austria	5,8	8,5	5,8	7,9	5,8	7,9	5,8	7,9			5,9	8,3	4,2%
Belgio	6,2	8,2			6,6	8,7	6,9	9,3	7,3	9,5	7,1	10,8	24,3%
Danimarca	7,4	9,2	7,5	9,3	8,1	10,4	8,3	11,0	8,2	10,4	7,8	10,1	17,4%
Finlandia			6,2	7,9	6,2	9,1	6,7	10,1	7,3	11,7	7,3	10,5	34,4%
Francia (2)	7,4	9,1 - 9,9	6,9	8,9 – 9,4									-
Germania (3)			6,0	7,1	5,7	7,1	6,6	7,7	6,0	7,3	7,0	8,3	76,9% (0,0%) (9)
Grecia	4,8	6,6	4,8	6,6			5,0	6,6					12,5%
Irlanda			6,6	9,1					6,6	10,2	5,9	8,5	0,0%
ITALIA	5,5	7,5	6,0	7,6	6,3	8,1	6,3	7,8	6,5	8,1	6,7	8,6	63,2%
Lussemburgo (4)											6,0	7,8	-
Olanda (2)							10,7				6,6	8,5	-
Portogallo (5)	5,3	6,1					6,3	8,1	6,3	8,0	6,8	7,8	150,0% (50%) (8)
Spagna (6)											6,6	9,1	-
Svezia			9,6	14,4	10,1	14,7	10,1	14,2	10,5	14,8	9,7	14,0	2,3%
Regno Unito (7)			7,2	11,0	7,1	10,8	7,9	11	8,4	11,7	9,6	11,9	104,3%

Fonte: elaborazioni degli autori su Programmi di Stabilità (2002-2007)

media => 44,5% - 28,4%

(1) = Programma di stabilità (PS) redatto con i dati disponibili a fine 2001

(2) = Non è contemplata esposizione sistematica delle proiezioni a lungo termine delle voci di spesa pubblica (in alcuni casi si riportano dati di AWG nel corpo del testo)

(3) = Solo nel PS-2007 i dati includono la spesa di tipo *long-term*

(4) = Solo nel PS-2007 le proiezioni sono spinte sino al 2050

(5) = Nel PS-2002, i dati non considerano la spesa di tipo *long-term*. Nel PS-2006, l'incidenza della spesa *acute* all'anno base e al 2050 è pari al 5,3% e al 6,9%

(6) = Prima del PS-2007, le proiezioni di lungo termine sono svolte solo per la spesa pensionistica

(7) = Nel PS-2007 le proiezioni sono al 2055; al 2045 l'incidenza è pari a 11,3%

(8) = Tra parentesi il dato calcolato sui PS che includono sia *acute* che *long-term*

(9) = Se si esclude il PS-2007 (l'unico che copre sia *acute* che *long-term*) per la Germania il risultato è pari allo 0,0%, che però potrebbe essere poco significativo, alla luce soprattutto delle variazioni sperimentate dalle incidenze della *acute* negli anni base dei PS dal 2003 al 2005 (dal 6,0% al 6,6%)

(10) Es.: Differenza tra l'incidenza nell'anno base nel PS-2007 e l'incidenza nell'anno base nel PS-2002, in percentuale dell'aumento di incidenza che il PS-2007 proietta tra l'anno base e il 2050.

(11) = % è il rapporto tra: l'incremento di incidenza tra gli anni base del primo e ultimo PS disponibili, e l'incremento di incidenza di lungo termine nell'ultimo PS

nota: Alla data in cui il lavoro è chiuso, sono disponibili (anche se non ancora tutti discussi dalla Commissione e dal Consiglio) i PS-2008; le considerazioni espone non cambiano, anche perché la maggior parte dei *Partner* ripropone direttamente le proiezioni di AWG-ECOFIN (così come integrate in "Public Finances in EMU – 2007"). Solo per il Portogallo, il dato calcolato sul totale di *acute* e *long-term* (tra parentesi nella tavola) subisce un aumento dal 50% al 100%, convalidando ancor di più le considerazioni espone.

3. La governance della spesa sanitaria nella finanza pubblica federalista

Se si ripercorrono le formule organizzative del sistema sanitario dalla sua nascita (1978) ad oggi, sino alle più recenti proposte che, direttamente o indirettamente, ne modificherebbero criteri/modalità di governo, è possibile riconoscere alcune criticità riamaste irrisolte, e che costituiscono snodi di *policy* ineludibili per ottenere miglioramenti di efficienza/efficacia.

3.1 La nascita del Servizio Sanitario Nazionale e le riforme degli anni Ottanta-Novanta

Sin dalla riforma del 1978 (Legge n. 833 del 23 Dicembre), per il Servizio Sanitario Nazionale è stata prevista una organizzazione decentrata delle funzioni. Il comma primo dell'articolo 1 recita, infatti: *"Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti Locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini"*. Il comma primo dell'articolo 3 aggiunge: *"Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle Regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale"*.

Se si considera che la stessa legge, al secondo comma dell'articolo 3, afferma che *"[lo Stato fissa] i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere comunque garantite a tutti i cittadini"*, e che il primo comma dell'articolo 4 prevede *"condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale"*, si devono riconoscere già da allora i termini dell'attuale dibattito sulla trasformazione federalista. Da un lato, l'esigenza di perseguire efficienza responsabilizzando nella gestione - anche in ossequio al principio di sussidiarietà verticale fatto proprio dalla Costituzione - le Istituzioni più vicine al cittadino. Dall'altro, la necessità di garantire livelli essenziali di assistenza uniformi su tutto il territorio nazionale (i LEA), che inevitabilmente rimanda (anche se nel 1978 il problema non veniva sollevato in questi termini) all'individuazione di *benchmark* di cui chiedere il rispetto e di cui, in qualche maniera, sanzionare il mancato raggiungimento.

Ancor prima che si avviasse la transizione federalista con la riforma della Costituzione del 2001, il tema del rapporto tra Stato, Regioni e Enti Locali aveva assunto i connotati attuali, ponendo le basi per le successive riforme dell'aziendalizzazione delle ASL e della riorganizzazione delle prestazioni attorno ai *DRG* (*diagnostic related group*): la prima tesa a rafforzare la responsabilità individuale dei dirigenti delle singole unità operative del SSN; la seconda finalizzata a rendere il sistema in grado di fronteggiarsi con prestazioni standardizzate nelle quantità e nei costi unitari.

Se il problema si poneva già in questi termini quando le aspirazioni federaliste erano ancora a venire, ciò dovrebbe indurre a riflettere sul fatto che le riforme del funzionamento del SSN, e della Pubblica Amministrazione più in generale, non coincidono *tout court* con la riforma della Costituzione e dello Stato verso il federalismo politico, anche quando la ricerca di efficienza passi per il decentramento delle funzioni, per l'avvicinamento tra fonti di spesa e di entrata e per la responsabilizzazione delle Istituzioni e delle persone che *pro-tempore* le rappresentano. In particolare, non necessariamente la

riorganizzazione delle funzioni amministrative (offerta di prestazioni e servizi) implica l'individuazione di nuovi livelli di governo cui assegnare una identità politica, con tutto ciò che questo comporta in termini di ridisegno dell'espressione del voto, del superamento del bicameralismo perfetto (Camera e Senato con identiche competenze), del coordinamento delle scelte di *policy*, etc..

Questa osservazione permette di analizzare le riforme del SSN che si sono succedute nell'ultimo ventennio tenendole separate dai cambiamenti *in fieri* dell'assetto costituzionale. È questo un passaggio importante, perché aiuta a focalizzare sugli aspetti tecnici della regolazione e del disegno istituzionale che si presentano identici sia che ci si ponga in una visione di decentramento amministrativo-funzionale (con lo Stato che dialoga con le Regioni come suoi "dipartimenti" per la gestione del SSN), sia che si adotti quella di federalismo politico vero e proprio (con individuazione di un livello di governo espressione di volontà politica). Questo tipo di analisi può, per giunta, essere utile a valutare sino a che punto impostare in termini di trasformazione politica la risoluzione di problematiche che in realtà ne risultano, almeno in parte, indipendenti⁴⁶.

La riforma del 1978, quella dell'aziendalizzazione e dell'adozione dei DRG possono dirsi non completamente compiute:

- la spesa sanitaria è stata determinata essenzialmente dall'inerzia storica;
- anche quando la spesa è diminuita, ciò non è avvenuto per miglioramenti di efficienza, ma per fattori esogeni, *in primis* la compressione a cavallo degli anni Novanta finalizzata al riassetto delle Finanze Pubbliche e all'ingresso dell'area monetaria comune;
- i LEA mancano di una definizione operativa (anche in termini di DRG);
- anche qualora nei rapporti tra Stato e Regioni fosse stata rispettata la tariffazione dei DRG (costo standard per prestazione), sarebbe mancato comunque un *benchmark* sulle quantità (numero efficiente di prestazioni);
- il criterio di tariffazione dei DRG, formalmente valido per lo stanziamento delle risorse dallo Stato alle Regioni, si perde poi nei rapporti tra le Regioni e le singole ASL e le strutture convenzionate, con una discontinuità che impedisce una visione completa della *governance*⁴⁷.

3.2 Il perché delle riforme sanitarie incomplete

Perché queste tre riforme non sono riuscite nel loro intento?; che cosa hanno tentato di aggiungere le riforme successive?; che cosa sta tentando di aggiungere il passaggio dalla prospettiva di decentramento amministrativo-funzionale a quella di federalismo politico?.

Le tre riforme (l'assegnazione alle Regioni della responsabilità del SSN, l'aziendalizzazione delle ASL e l'adozione dei DRG) non hanno sortito i risultati sperati perché è mancato il contesto strumentale e istituzionale che le sorreggesse. Scarsa importanza è stata posta sia sulla natura del *benchmark* da indicare alle Regioni, sia sulle modalità per renderlo *enforceable*.

Solo adesso il dibattito sta maturando e sta superando la convinzione scorretta che il *benchmark* debba essere un numero o un indicatore di *performance*, e non anche (e soprattutto) delle *best practice* di regolazione e delle azioni di politica economica settoriale che devono avere necessariamente profili di obbligatorietà per le Regioni. Ci si sta accorgendo, sempre più diffusamente, che è questa la strada per

⁴⁶ È un punto di vista diffuso tra i critici della trasformazione federalista *in fieri*, che sostengono come si stiano confondendo due piani ben distinti: quello dell'ammodernamento dell'apparato della Pubblica Amministrazione e quello della rifondazione costituzionale. In effetti, una riflessione iniziale su quanto un Paese piccolo e coeso come l'Italia possa sostenere un federalismo di natura politica non è mai stata compiuta.

⁴⁷ Per approfondimenti, cfr. "Il copayment concordato tra Stato e Regioni e il principio di mutuo riconoscimento tra Regioni", "I LEA sanitari, la riforma della Costituzione e la regolazione del "mercato" sanitario" e "La definizione operativa dei LEA, "chiave di volta" del federalismo", su www.cermlab.it.

risolvere, nel contempo, sia il problema di indicare *benchmark* credibili sia quello di ricondurre la responsabilità degli andamenti gestionali ai politici e agli amministratori eletti nella Regione e, a valle, ai tecnici preposti alle singole strutture del SSN. Vale qui ricordare che il sistema dei *DRG* fu importato in Italia da altri Paesi che lo avevano già applicato, senza una necessaria opera di contestualizzazione e di raccordo con gli altri aspetti di funzionamento del SSN.

Senza *benchmark* affidabili e condivisi e senza regole di risoluzione dei casi di mancato rispetto degli stessi, la finalità di fornire prestazioni uniformi sul territorio nazionale⁴⁸ si è tradotta in un'irresponsabilità degli Enti decentrati di spesa che, mascherata dalla compressione decisa dal Centro durante la fase di riassetto delle finanze pubbliche, è poi riesplora a partire dalla fine degli anni Novanta, soprattutto dopo l'avvio estremamente incerto della transizione federalista. Non è questo un problema che riguarda soltanto la sanità, ma in sanità esso trova una sua concretizzazione critica, alla luce del livello della spesa e il rapporto con diritti di rango costituzionale.

In realtà, il problema del rapporto tra Stato ed Enti decentrati e dell'efficienza della Pubblica Amministrazione si pone per tutte le prestazioni e tutti i servizi, soprattutto quando essi coinvolgono livelli essenziali da affermare su tutto il territorio nazionale. A tal punto che il Decreto Legislativo n. 56 del 2000 (il cosiddetto decreto "Giarda"), che ha tentato un primo ridisegno in ottica federalista del finanziamento della spesa pubblica (anche se prima della riforma della Costituzione del 2001), considera non solo la sanità ma tutte le funzioni assegnate alle Regioni e agli Enti Locali a loro sottesi⁴⁹.

3.3 L'apparente "cambio di rotta" del 56/00

Il 56/2000 è rimasto inapplicato, senza essere mai abrogato ma sempre derogato. Il Decreto tentava (dopo una fase transitoria) una parametrizzazione onnicomprensiva delle risorse a finanziamento delle funzioni di Regioni e Enti Locali, derivanti in parte da compartecipazioni e addizionali sulle imposte erariali, in parte da imposte proprie, in parte da flussi di redistribuzione. Se ci si interroga sul perché dell'insuccesso, la risposta è la stessa fornita poc'anzi a proposito delle precedenti riforme. A un impianto "teoricamente perfetto" si contrapponevano:

- la mancata ricognizione dei costi delle funzioni delegate;
- l'insufficiente considerazione delle spese in conto capitale (con infrastrutture che ad oggi hanno un livello di sviluppo territoriale molto diversificato);
- l'assenza di un praticabile sistema di *benchmarking* per valutare i risultati di gestione;
- l'assenza di un praticabile sistema di *enforcement*.

Per la sanità, la conseguenza è stata la continuazione del criterio di finanziamento seguito sino a quel momento, con lo stanziamento del Fondo Sanitario Nazionale a programma da parte dello Stato, e poi la ricontrattazione Stato-Regioni sia sull'ammontare dello stesso fondo sia sulla sua ripartizione interregionale. È ciò che è avvenuto negli ultimi anni e probabilmente ancora si ripeterà quest'anno in Conferenza Stato-Regioni, attraverso lunghi e faticosi *bargaining*, quasi sempre condotti senza idonei punti di riferimento in termini di dati, strumenti regolatori, indicazioni di *policy guideline* cogenti. Il risultato è una vera e propria "deriva" di spesa senza controlli di efficienza/efficacia che, se continuata, potrà vanificare i sacrifici sopportati dal SSN nel riaggiustamento delle finanze pubbliche⁵⁰.

⁴⁸ Così non è stato comunque, perché l'adeguatezza non è data soltanto dal livello di spesa ma anche e soprattutto dalla sua qualità.

⁴⁹ Per un approfondimento, cfr. "In attesa del federalismo compiuto: LEA, spesa sanitaria e risorse finanziarie a livello regionale" (in particolare l'Appendice), su www.cermlab.it.

⁵⁰ Sul punto, cfr. anche Pammolli-Salerno (2007), "Spesa sanitaria, demografia, Istituzioni", in "Un welfare anziano. Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?", edizioni AREL – il Mulino.

Nello specifico della farmaceutica, la mancata applicazione del 56/2000 si è tradotta, sotto l'urgenza di contenere la spesa sanitaria agendo su una delle sue componenti più facilmente comprimibili nell'immediato (cfr. Box 1), nell'individuazione di due tetti di spesa di cui chiedere il rispetto a tutte le Regioni⁵¹: il 13 per cento al rapporto tra la spesa farmaceutica territoriale e la spesa sanitaria a programma, e il 16 per cento al rapporto tra spesa farmaceutica totale (territoriale e ospedaliera) e spesa sanitaria a programma. Il ricorso a due tetti aprioristici e fonti di numerose inefficienze⁵² ha sancito l'incapacità di fissare dei *benchmark* credibili, che stimolassero/costringessero le Regioni a coordinarsi con lo Stato nelle politiche di innalzamento del livello concorrenziale e di efficienza lungo tutta la filiera del farmaco. Questo è tanto più vero se si riflette che l'applicazione dei due *soft budget constraint* è avvenuta in coincidenza con l'entrata in vigore della nuova Costituzione riformata nel Titolo V, che formalizzava il ruolo di Legislatore concorrente delle Regioni in materia di tutela della salute, fatta salva l'individuazione dei LEA spettante allo Stato. Proprio mentre si riconosceva alla Regione lo *status* di fonte di normazione primaria⁵³, la si costringeva a due vincoli privi di fondamento che, a lungo andare, non risolvono ma anzi complicano la *governance* della farmaceutica.

3.4 La modifica della Costituzione nel mezzo di tanti problemi irrisolti

Anche nel caso della riforma della Costituzione del 2001, i problemi non nascono soltanto in merito alla spesa sanitaria-farmaceutica, ma per tutte le spese relative a funzioni delegate alle Regioni e agli Enti Locali. L'articolo 119 riformato 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"*.

La nuova Costituzione, oltre a dare rilevanza politica alle Regioni⁵⁴, definisce un quadro di rapporti finanziari federalisti ben preciso, ma a cui si deve dare concretizzazione. Sulla carta, anche il 56/00 (pur antecedente la riforma costituzionale) potrebbe rispecchiarsi nel novellato articolo 119, perché ne soddisfa tutti i requisiti, dalle fonti di entrata autonome e compartecipate, al fondo perequativo, all'intervento straordinario dello Stato.

La nuova Costituzione ha riproposto in maniera più forte (dato il livello della fonte giuridica) il problema di come far funzionare la finanza federalista; e in mancanza di una legislazione ordinaria

⁵¹ Il decreto (Legge n. 222 del 29 Novembre 2007) collegato alla Finanziaria-2008 contiene una rimodulazione di questi due tetti. La tesi che si sta esponendo rimane valida *tel quel*.

⁵² Cfr. *"Il sistema farmaceutico alla ricerca di regole 'intelligenti'"* e *"La spesa farmaceutica pubblica - Analisi degli ultimi anni e indicazioni per una nuova politica economica"*, su www.cermlab.it.

⁵³ In precedenza, la potestà legislativa della Regione era molto più limitata e non configurava un vero e proprio secondo livello di governo con connotazioni politiche. Il precedente articolo 117 della Costituzione recitava: *"La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempre che le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni: ordinamento degli uffici e degli Enti amministrativi dipendenti dalla Regione; circoscrizioni comunali; polizia locale urbana e rurale; fiere e mercati; beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera; istruzione artigiana e professionale e assistenza scolastica; musei e biblioteche di enti locali; urbanistica; turismo ed industria alberghiera; tranvie e linee automobilistiche di interesse regionale; viabilità, acquedotti e lavori pubblici di interesse regionale; navigazione e porti lacuali; acque minerali e termali; cave e torbiere; caccia; pesca nelle acque interne; agricoltura e foreste; artigianato. Altre materie indicate da leggi costituzionali. Le leggi della Repubblica possono demandare alla Regione il potere di emanare norme per la loro attuazione"*.

⁵⁴ Dalla riforma dovrebbe scaturire una serie di conseguenze che solo adesso si cominciano ad affrontare su base sistematica e nelle sedi istituzionali: dalla evoluzione della Conferenza Stato/Regioni verso un Senato Federale, a quella di coordinare le elezioni politiche regionali con quelle nazionali, a quella di considerare la Regione titolare (almeno per alcune materie) delle scelte di coordinamento della politica economica in relazione a tutti gli Enti Locali a lei sottesi, a quella di avviare una contabilità consolidata regionale, etc.. Tutte le tematiche citate in *Introduzione* e la cui trattazione specifica va al di là della finalità di questo Rapporto.

che non è ancora sopraggiunta, i punti critici restano quelli aperti da sempre, sin dal 1978 e dal coinvolgimento delle Regioni e degli Enti Locali nella gestione della sanità:

- come valutare i fabbisogni di spesa;
- come individuare *benchmark* praticabili sia dei costi unitari che delle quantità di prestazioni e servizi;
- come, in altri termini, riuscire a responsabilizzare il livello di governo regionale (dopo la riforma della Costituzione non è più una articolazione solo amministrativa), quindi i decisori politici regionali e, a valle di loro, i tecnici preposti alle singole funzioni.

Sono questi gli snodi da affrontare e risolvere, comuni sia all'ipotesi (*pre* riforma costituzionale del 2001) che le Regioni e gli Enti Locali siano una articolazione funzionale dello Stato per la quale disegnare le modalità migliori di funzionamento, sia che le Regioni siano un secondo livello di governo, con potestà normativa concorrente o esclusiva a seconda delle materie (*cfr.* combinato disposto degli articoli 117 e 118 della Costituzione).

Invece di affrontare il prima possibile questi snodi, stanno proliferando sforzi nell'interpretazione degli articoli del Titolo V che continuano a non saldare il piano del principio giuridico e del disegno teorico con quello della concreta praticabilità. Il rischio è quello di interpretazioni che a loro volta necessiteranno di interpretazioni, alimentando ancora quelle tensioni tra livelli di governo e tra Regioni e Enti Locali sottesi che già hanno accumulato un pesante e complesso contenzioso innanzi alla Corte Costituzionale.

3.5 È davvero risolutivo il Ddl interpretativo dell'articolo 119 della Costituzione?

È proprio questo il punto debole del Disegno di Legge delega presentato dal Consiglio dei Ministri il 3 Agosto 2007 (alla data in cui il lavoro è chiuso, Atto Camera n. 3.100), recante "*Disposizioni di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione*" (*cfr.* anche Box 3)⁵⁵. Da disposizioni attuative ci si deve attendere un grado di approfondimento tecnico e di confronto con i vincoli operativi molto maggiore di quello degli articoli della Carta Costituzionale che, per sua natura, accoglie principi generali. Il disegno di legge, invece, si muove quasi allo stesso livello di astrattezza.

Il suo articolato è più lungo dell'articolo 119 della Costituzione soltanto perché si riporta una ricognizione dettagliata delle fonti di entrata a livello regionale e locale, le spese sono suddivise per categorie a seconda della funzione a cui si riferiscono, è prevista una descrizione più ampia sia dei rapporti tra Stato, Regioni ed Enti Locali sia del meccanismo di perequazione⁵⁶. Restano, però, elusi gli snodi che sin dal 1978 si sono rivelati critici per responsabilizzare i livelli di governo e le strutture preposte alla erogazione delle prestazioni sanitarie (così come di tutte le altre delegate): in particolare, l'individuazione dei *benchmark* per valutare l'efficienza di gestione e suddividere la spesa nella quota parte ammissibile - quella che ha diritto di accedere alle risorse della perequazione per rendere effettivi i LEA - e nella quota parte riconducibile a inefficienze di gestione. Per quest'ultima è giusto e necessario, se si intende rendere produttiva di effetti la trasformazione federalista, che:

- in uno schema di federalismo politico, essa venga sopportata interamente dai cittadini della Regione (o dell'Ente Locale), affinché attraverso il voto politico (amministrativo) e la sensibilizzazione civile sollecitino alle scelte di *policy* più corrette;

⁵⁵ *Cfr.* materiali disponibili su sito www.astrid-online.it, nella sezione "Federalismo fiscale", in particolare <http://www.astrid-online.it/il-sistema1/Disegno-di/DdlFederalismoFiscCdM030807.pdf>.

⁵⁶ La funzione perequativa viene suddivisa in tre: quella dello Stato verso le Regioni (interregionale), quella della singola Regione per gli Enti Locali sottesi e quella dello Stato verso i comuni di maggior dimensione (le Città Metropolitane e le altre a loro equiparate). Sul punto, si rimanda al commento di Franco Bassanini e Giorgio Macciotta disponibile su www.astrid-online.it (<http://www.astrid-online.it/rassegna/27-07-2007/index.htm>).

- anche in uno schema di decentramento privo di valenze politiche (come prima della riforma costituzionale del 2001), essa continui ad essere sopportata dai cittadini della Regione (o dell'Ente Locale), per lo stesso motivo di esercizio di pressione alla scelte gestionali più oculate, attraverso il voto amministrativo (ma anche quello politico nazionale) e attraverso la mobilitazione civile;
- in ogni caso, essa venga considerata tra le variabili chiave nell'impostazione dei rapporti tra Stato, Regioni ed Enti Locali e nella individuazione degli interventi di politica economica che, laddove dimostrato opportuno, devono avere natura cogente.

È, questa, l'unica configurazione sostenibile per una Finanza Pubblica che, sia in uno schema di federalismo politico che di decentramento amministrativo, si prefigga di coordinare gli obiettivi di efficienza della spesa e di realizzazione dei LEA tramite redistribuzione delle risorse sul territorio. Senza punti di riferimento per valutare l'operato dei rappresentanti politici e di amministratori/tecnici preposti alle funzioni, non si dà un assetto sostenibile e le conseguenze possono essere di due tipi:

- o una levitazione continua della spesa nel tentativo di sostenere il più possibile i LEA, anche inframmezzata da fasi di *austerity* nella forma di tagli generalizzati (un esempio è il modello, che già si è manifestato insufficiente, dei cosiddetti "tagli lineari" di cui la Finanziaria-2007 ha avviato il superamento⁵⁷);
- o l'affermazione di forme di autonomia territoriale sempre più vicine alla secessione senza redistribuzione territoriale e, di conseguenza, sempre più distanti dal federalismo coeso e solidale cui si vuole approdare.

In realtà, le due evenienze non si escludono a vicenda, ma la seconda può costituire l'evoluzione patologica delle tensioni accumulate a causa della prima.

Il disegno di legge, pur non affrontando il problema dei *benchmark* e del loro *enforcement*, lo porta in primo piano. Il comma 2 dell'articolo 6 stabilisce che le spese ammissibili che le Regioni sostengono per i LEA sono determinate "nel rispetto dei costi standard [...] in condizioni di efficienza e di appropriatezza". Il comma 3 dello stesso articolo aggiunge che il fabbisogno per le altre funzioni delegate alle Regioni è calcolato in base "a parametri di efficienza e di appropriatezza". Per Province e Comuni la formulazione è un po' diversa, ma rimanda sempre ad un *benchmarking* ancora da costruire. L'articolo 15 afferma che, ai fini della definizione dei flussi di perequazione, spese ed entrate devono essere standardizzate tenendo conto dell'ampiezza demografica, delle caratteristiche territoriali, della presenza di zone montane, della demografia, delle caratteristiche economico-sociali riconducibili all'area di ciascun Ente. Infine, la lettera c) del comma 1 dell'articolo 2 addirittura dinamizza il *benchmarking*, lasciando intendere che esso deve evolversi nel tempo seguendo le tipologie e le caratteristiche delle funzioni pubbliche svolte dalle Regioni e dagli Enti Locali.

Ci si ritrova davanti quello stesso problema di *benchmarking* che nel comparto sanitario si è prospettato all'indomani della riforma del 1978 quando, alla ricerca dell'efficienza, la gestione è stata decentrata ed è sorta la necessità di valutare l'operato delle Regioni. E il disegno di legge interpretativo del 119 lo affronta con modalità del tutto simili, sul piano metodologico, all'impostazione del Decreto Legislativo n. 56/2000: una standardizzazione generalizzata delle spese ammissibili che, nello specifico di Comuni e Province, assume una formulazione quasi identica a quelle scaturita dal 56/00, con riferimenti alle caratteristiche geografiche, demografiche e socio-economiche del territorio ascrivibile a ciascun Ente.

⁵⁷ Modello secondo il quale si chiede che tutte le funzioni e tutti i livelli di governo partecipino in identica percentuale alla riduzione della spesa pubblica complessiva. La correzione più facile ma anche quella più dannosa (la logica è al stessa che ispira i *soft budget constraint*).

Su queste basi, non si intravede come mai, inapplicato e fallito il 56/00, miglior fortuna debba sortire la riforma della Costituzione del 2001 così come interpretata dal disegno di legge del 3 Agosto 2007. I due tentativi, pur collocandosi il primo in una prospettiva di rafforzamento del decentramento amministrativo (sorretto dal disegno del federalismo fiscale) e il secondo di pieno federalismo politico⁵⁸, soffrono degli stessi limiti. Come si risolvono la parametrizzazione e il calcolo e l'aggiornamento dei costi standard?

3.6 Nuove Istituzioni e nuovi strumenti

Si è ancora in cerca di una risposta agli interrogativi precedenti e, cosa più importante, la maturazione del dibattito portato avanti da giuristi ed economisti⁵⁹ sta evidenziando che questa risposta difficilmente può consistere in tavole di valori numerici (combinazioni di costi e quantità efficienti per ogni prestazione rientrando in ciascuna funzione delegata), ancorché frutto di procedimenti statistico-econometrici che tentino il più possibile di tener conto delle diversità territoriali. Infatti, la complessità di prestazioni e servizi da finanziare, la presenza di costi congiunti fissi e variabili, la varietà delle caratteristiche che possono essere incluse nella standardizzazione, sono tutti fattori che rendono la stima non solo ardua (un vero e proprio problema di programmazione/pianificazione⁶⁰), ma soprattutto opinabile, priva di quella sufficiente oggettività che la possa porre al riparo da contestazioni.

Se così si procede, si intravede un duplice rischio: da un lato, che i *benchmark* arrivino tardi, alla fine di una fase di lunga transizione che non ci si può permettere; dall'altro, che essi non abbiano quella inoppugnabilità tale da evitare che il *bargaining* che sinora c'è stato sulla suddivisione delle risorse tra Stato, Regioni ed Enti Locali (la sanità ne è un chiaro esempio, *cfr. supra*) non si estenda anche a loro, rendendo vano lo sforzo di fissazione di punti di riferimento.

Se arrivare ad una griglia di costi&quantità standard in grado di guidare direttamente il funzionamento della fiscalità federalista appare sempre più utopistico e impraticabile, l'alternativa non può essere che una: lo sviluppo di statistiche e di evidenze empiriche che, senza la pretesa di alimentare automatismi, costituiscano punti di riferimento nell'interazione tra Stato, Regioni ed Enti Locali, per il coordinamento delle scelte di *policy*, la valutazione dell'operato dei decisori politici e degli amministratori/tecnici con conseguenti "premi e punizioni", e le azioni correttive.

⁵⁸ Si ricorda che, mentre il federalismo fiscale (es.: il 56/00) non necessariamente implica quello politico (es.: la nuova Costituzione riformata nel 2001), quest'ultimo, invece, non può darsi senza il primo. Si può optare per un assetto federalista della fiscalità e delle relazioni finanziarie tra Enti depositari di funzioni pubbliche anche senza conferire potestà legislativa a soggetti diversi dallo Stato (che rimane unico decisore delle regole di raccolta e allocazione delle risorse). Viceversa, nel momento in cui si estende la potestà legislativa a sottolivelli di governo (federalismo politico), necessariamente questo deve avvenire in un quadro in cui la fiscalità e le relazioni finanziarie sono ispirate a principi di federalismo (compartecipazione al gettito erariale maturato sul proprio territorio, tributi propri, perequazione commisurata alla spesa efficiente, piena responsabilizzazione del pareggio di bilancio). L'autonomia di scelta, infatti, per essere tale deve fondarsi sulla possibilità di concretizzare le scelte con risorse di cui si può autonomamente disporre. In caso contrario, le scelte restano condizionate all'allocazione di fondi da parte del livello superiore di governo. È per questa ragione che, benché le Regioni fossero investite di potestà legislativa in materia sanitaria (oltre che su poche altre materie minori) anche prima del 2001, non si configurava allora un assetto federalista.

⁵⁹ *Cfr.* atti del seminario "L'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione (c.d. legge sul federalismo fiscale)", tenutosi in ASTRID il 24 Luglio u.s..

⁶⁰ Per il quale si potrebbero, tra l'altro, individuare incoerenze metodologiche con l'obiettivo finale del decentramento e del federalismo politico, che entrambi mirano ad ampliare la sfera operativa degli Enti, previa una loro idonea responsabilizzazione. Se questa responsabilizzazione avviene attraverso una parametrizzazione estesa e pervasiva decisa dal Centro, in realtà si rischia di perdersi in una vera e propria eterogenesi dei fini.

Governo e amministrazione di un sistema socio-economico complesso e coeso non possono risolversi negli aspetti tecnici e formali: è stata questa la velleità del 56/00 che adesso sembra riaffacciarsi nel disegno di legge interpretativo dell'articolo 119 della Costituzione. Devono essere considerate nel contempo le tre sfere del diritto, della politica e dell'economia. Soluzioni sbilanciate sul diritto, sulla normazione, rischiano di sottovalutare i vincoli economici e le compatibilità con gli incentivi individuali (un rischio di formalismo); quelle sbilanciate sulla politica rischiano di lasciare una discrezionalità troppo ampia, senza punti di riferimento e possibilità di verifica e rendicontazione (un rischio, si potrebbe dire, di idealismo); quelle sbilanciate sull'economia sono a rischio di rimanere distaccate dalla realtà e dalla concreta praticabilità, alla luce soprattutto dei valori sociali coinvolti dalla gran parte delle voci di spesa pubblica e dei tempi delle scelte pubbliche, dall'espressione del voto da parte dei cittadini all'interazione tra livelli di governo nelle sedi istituzionali (un rischio, in questo caso, di astrattezza teorica o di modellistica, di cui il 56/00 è un esempio).

Il *benchmarking* di cui c'è necessità non è quello, semplicistico e pretenzioso nel contempo, della parametrizzazione universale su cui tutti gli operatori devono essere stimolati a convergere, ma piuttosto un *modus governandi*, in cui una base dati diffusa, affidabile e organizzata serva da guida per il coordinamento delle azioni di politica economica tra Centro e Periferia, per la verifica dei risultati e il costante aggiornamento della stessa azione di politica economica.

Lo sviluppo di questa tesi richiederebbe un grado di approfondimento che va al di là delle finalità del Rapporto e coinvolge tutte le più importanti tematiche della politica e dell'economia di cui oggi si discute. Il nuovo *modus governandi* necessita di una serie di componenti ancora da perfezionare o addirittura mancanti. In un Paese che vuol diventare più responsabile ed efficiente senza rinunciare alla coesione, per costruire quella filiera di governo il più possibile fluida, prima citata, alcuni passaggi appaiono ineludibili (cfr. anche Box 6)⁶¹:

La programmazione⁶²

1. Lo Stato dovrebbe poter formulare la programmazione pluriennale della politica economica e indicare quali sono i vincoli macrofinanziari da soddisfare⁶³ e quali le risorse aggregate dedicabili alle funzioni assolute direttamente o delegate alle Regioni e agli Enti Locali e, in particolare, ai LEA.
2. Le Regioni e gli Enti Locali dovrebbero poter avere, prima che la programmazione venga formalizzata, diritto di replica, presentando le loro esigenze in documenti di programmazione che abbiano lo stesso orizzonte temporale e siano omogenei sia tra loro sia rispetto al nazionale quanto a metodologia di stesura, trasparenza, livello di dettaglio.
3. In questa replica, le Regioni, per svolgere realmente le funzioni di secondo livello di governo con valenza politica, dovrebbero necessariamente raccogliere le istanze di tutti gli Enti Locali sottesi e rappresentarle in aggregato allo Stato; dovrebbero, in altri termini, coordinare tra loro gli Enti Locali all'interno del territorio di competenza (cfr. Box 1)⁶⁴.
4. Le due programmazioni, quella dello Stato e il complesso di quelle delle Regioni, dovrebbero trovare composizione in tempi coerenti con le scadenze dei documenti di finanza pubblica (nazionali e internazionali). Il luogo istituzionale deputato a questo compito è adesso il sistema delle Conferenze⁶⁵, che è necessario riformare in modo tale da distinguere la sede del confronto tra Stato e Regioni da quella in cui, preliminarmente, la singola Regione raccoglie e coordina le istanze degli Enti Locali sottesi.

⁶¹ Cfr. anche "Gli strumenti di governo e coordinamento dei conti pubblici. Per contrastare il declino e governare il federalismo", su www.astrid-online.it.

⁶² L'orizzonte quinquennale del DPEF e del Programma di Stabilità nazionale.

⁶³ I saldi di bilancio (di cui la Finanziaria-2007 ha avviato l'applicazione), ma anche il livello massimo della pressione fiscale per Regione, nel complesso delle voci dell'Erario, della Regione e degli Enti Locali.

⁶⁴ È una conseguenza logica del riconoscimento della valenza politica alle Regioni (e non agli Enti Locali sottesi).

⁶⁵ Cfr. <http://www.regioni.it/> e siti web istituzionali collegati.

5. Nel primo caso, il riferimento va direttamente al nascente Senato Federale, futuro organo di rappresentanza politica in cui le Regioni si incontreranno e incontreranno lo Stato⁶⁶. Nel secondo caso, si dovrebbe pensare alla modalità migliore (più lineare ed efficace) per istituzionalizzare i rapporti tra la singola Regione e gli Enti Locali sottesi, nella fase di programmazione ma anche in quella di pratica di governo⁶⁷.
6. Dal confronto Stato-Regioni sulla programmazione dovrebbero risultare dei Documenti di Programmazione Economica e Finanziaria regionali che, consolidati e integrati delle voci non di pertinenza delle Regioni e degli Enti Locali, vanno a formare il DPEF nazionale, di cui il Programma di Stabilità nazionale dovrebbe diventare il fedele condensato⁶⁸. In ossequio all'articolo 119 della Costituzione, a tutti i DPEF si deve chiedere la chiusura in pareggio di ognuno degli anni coperti⁶⁹.
7. Il confronto tra Stato e Regioni dovrebbe - sull'esempio di quello che già avviene tra *Partner UE* per i Programmi di Stabilità nazionali - consistere nella approvazione, previa eventuali correzioni, dei DPEF regionali. A questo fine, è fondamentale quella disponibilità di ampie ed affidabili statistiche economiche e sociali territoriali di cui si è già detto, per guidare la valutazione delle allocazioni alternative delle risorse all'interno dei vincoli macrofinanziari nazionali. Questa base statistica deve poter contare sia su dati diretti, descrittivi dei fenomeni economico-sociali regionali, sia su loro elaborazioni attraverso una modellistica certificata e condivisa (anche in questo caso, sull'esempio di quanto avviene per il coordinamento a livello europeo).
8. È fondamentale, inoltre, l'esame delle *best practice* e della rispondenza delle scelte di governo delle Regioni e degli Enti Locali ai principi di base della regolazione ottimale dell'attività degli operatori, pubblici e privati, coinvolti nella produzione dei beni e dei servizi. Un *benchmarking* costante, con la credibilità che viene dalla rigorosa ripetizione annuale, che dà corpo a quei riferimenti agli standard di cui fa ampio uso il Ddl interpretativo del 119 della Costituzione.
9. In questo quadro, le Regioni sono le dirette responsabili (nei confronti dello Stato) della programmazione per i loro Enti Locali sottesi e per l'afflusso delle risorse dedicate al finanziamento delle loro funzioni. Questo ruolo generale non impedisce che, come è anche nell'impostazione del Ddl interpretativo del 119 della Costituzione, i rapporti tra Regioni e Enti Locali debbano rispettare un quadro normativo definito a livello nazionale, o che possano sussistere canali diretti tra lo Stato e alcuni Enti Locali (è il caso delle Città Metropolitane o dei Comuni al di sopra di una certa soglia dimensionale).

Dalla programmazione alla manovra annuale

10. Ogni anno, la programmazione concordata tra Stato e Regioni è contestualmente la base per la definizione della manovra economica (la legge finanziaria), a carico sia dello Stato che delle singole Regioni e degli Enti Locali.

⁶⁶ Per collegare il governo della Regione con la sua rappresentanza nel Senato, la soluzione che appare più logica è quella che i Senatori vengano eletti dai cittadini contestualmente ai componenti del Consiglio Regionale, oppure che sia il Consiglio Regionale, una volta insediato, ad eleggere i Senatori. È, questa, la prospettiva in cui si muove l'Atto Camera n. 553. Cfr. http://www.astrid-online.it/Dossier--r/I-disegni-1/Disegni-di/Modifica-d/Camera-Dossier-n-150_2-19ott07.pdf, a cura del Servizio Studi della camera dei Deputati; e "Modello elettorale cercasi", di Paolo Balduzzi, su www.lavoce.info.

⁶⁷ Una soluzione potrebbe esser quella di tante Conferenze, una per ciascuna Regione, in cui la Giunta regionale incontra gli Enti Locali sottesi. Potrebbe essere, questa, una realizzazione del quarto comma dell'articolo 123 della Costituzione, dove si introducono i Consigli delle Autonomie Locali come organi di consultazione e coordinamento fra la Regione e gli Enti Locali sottesi.

⁶⁸ Il DPEF, regionale e nazionale, vedrebbe accresciuta la sua rilevanza. Oggi il documento ha una valenza quasi di forma, di ricognizione accademica dello *status quo* e delle prospettive, mentre nell'ipotesi di riforma il suo contenuto diverrebbe programmazione vincolante. Per le Regioni sarebbe una sorta di Programma di Stabilità regionale.

⁶⁹ "Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città Metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche attribuite". Le risorse sono quelle derivanti da tributi propri e altre entrate proprie, dalle partecipazioni ai tributi erariali riferibili al territorio di competenza, dalla perequazione a favore dei territori con minore capacità fiscale e dagli eventuali interventi straordinari dello Stato a rimozione di squilibri economici e sociali.

11. In particolare, al fine di realizzare la programmazione, la manovra annuale dovrebbe poter prevedere: *a) policy guideline* vincolanti per le Regioni e gli Enti Locali non in linea o con i risultati finanziari (correzione “finanziaria”) o con gli obiettivi delle funzioni di governo in termini di beni e servizi (correzione “reale”)⁷⁰; *b) tra le guideline*, anche l’automatico aumento delle aliquote delle imposte regionali e/o locali per rispettare il pareggio delle partite correnti di bilancio; *c) l’adeguamento dei flussi perequativi interregionali e del soccorso straordinario da parte del bilancio dello Stato*, quando ricorrano motivi fondati e dimostrati che inducano a non mantenere rigidi i vincoli definiti dalla programmazione.
12. La programmazione pluriennale (i DPEF) e la manovra annuale dovrebbero mantenere il massimo della corrispondenza e coerenza.
13. Il luogo per la discussione e l’approvazione delle *policy guideline* Stato-Regioni dovrebbe divenire il Senato Federale⁷¹, poi chiamato necessariamente a condividere l’approvazione complessiva della manovra finanziaria con la Camera dei Deputati.

Il consuntivo, la valutazione dell’operato e le correzioni

14. Questa nuova filiera di governo non può fare a meno, per poter funzionare, di un sistema di contabilità ordinato, trasparente e perfettamente omogeneizzato in tutti gli Enti della Pubblica Amministrazione, e di una sequenza di approvazione dei documenti di finanza pubblica lineare e ristretta, in modo tale da permettere il consolidamento dei bilanci, dal singolo centro di spesa, all’Ente di appartenenza, alla Regione, sino al bilancio dello Stato⁷².
15. La qualità della contabilità è fondamentale sotto due profili (*cfr. Box 2*): *a)* per il controllo dei risultati e la valutazione dell’operato dei decisori e degli amministratori regionali e locali; *b)* come base di partenza su cui innestare la programmazione pluriennale e la manovra annuale. Se la contabilità non fornisce una descrizione puntuale della realtà, allora sia la responsabilizzazione individuale che la scelta delle opzioni correttive non sono praticabili o divengono difficoltose e aperte a troppo ampi margini di discrezionalità/opinabilità. Il federalismo coeso non può prescindere, per sua stessa natura e impostazione, da una rappresentazione il più possibile dettagliata dei fatti economico-sociali, che si tratti di esigenze diversificate sul territorio o di capacità di governo.

Ci si rende conto che i punti appena esposti rappresenterebbero un vero e proprio salto di qualità del sistema politico e del modello di governo⁷³. Essi, tuttavia, costituiscono sfide che in altri *Partner* UE stanno già gradualmente trovando risposte (*cfr. Box 4*) e che, per giunta, sono tutte sottintese nel Ddl interpretativo del 119 della Costituzione (*cfr. Box 3*), in particolare negli articoli 2 (“*Coordinamento tra*

⁷⁰ Anche in questo caso la linea migliore sembra quella proveniente dall’Europa, con l’esame dei Programmi di Stabilità che poi si traduce nelle *Broad Economic Policy Guideline*, abbracciando sia richieste di correzione dei saldi finanziari che di interventi strutturali settoriali (modifiche della normativa/regolazione, politiche *pro* concorrenziali, etc.).

⁷¹ È una delle principali differenze su cui dovrebbe concretizzarsi il superamento del bicameralismo perfetto (“*paritario, assurdo e ingombrante*” come già lo definì Vezio Crisafulli durante la Costituente nel 1946).

⁷² Purtroppo, i decenni passati, caratterizzati da gestione della spesa pubblica con finanziamenti a piè di lista e accomodamenti nella creazione di debito pubblico, hanno relegato in secondo piano, non tanto l’importanza della regolazione che è scienza relativamente giovane, quanto l’importanza di una contabilità pubblica rigorosa e affidabile, primo riferimento per valutare i risultati dell’operato di politici e amministratori e base per le correzioni di *policy* e la programmazione. Dimostrazioni recenti dell’insufficiente qualità della base contabile sono giunte anche dall’esigenza che i Governi appena insediati hanno sentito di procedere a revisioni complessive dei conti pubblici ereditati dalle precedenti maggioranze (ultima, la *due diligence* condotta dalla cosiddetta Commissione “Faini” per conto del Governo “Prodi II”; in precedenza, la revisione del disavanzo annunciata dal Giulio Tremonti, Ministro dell’Economia nel Governo “Berlusconi II”): una manifestazione di sfiducia nei confronti delle scritture contabili ufficiali, che si trasferisce direttamente alle Istituzioni che dovrebbero presiederle e che distorce il confronto politico.

⁷³ Nel capitolo non si è fatto specifico riferimento alle Regioni a statuto speciale. Sia il Decreto Legislativo 56/00 che il Ddl interpretativo dell’articolo 119 della Costituzione (nella parte relativa alla fiscalità federalista, al Capo II) si riferiscono alle Regioni a statuto ordinario. Di pari passo con il completamento del federalismo politico e per rimanere coerenti con i suoi principi, emergerà l’esigenza di ricondurre le differenze di potestà e risorse, oggi esistenti tra Regioni a statuto speciale e ordinario, a valutazioni dei costi efficienti delle svolgimenti delle varie funzioni *ovvero a principi generali validi *erga omnes*).

finanza statale e finanza delle Regioni, Comuni, Province, Città Metropolitane e altri Enti Locali”) e 3 (“*Principi fondamentali di coordinamento del sistema tributario*”). Una delle definizioni del federalismo è proprio quella di sistema di governo per la gestione della diversità (delle esigenze, delle preferenze) e della complessità (degli obiettivi concorrenti e dei vincoli da rispettare). Per attuarlo è necessario avere Istituzioni e strumenti all’altezza. Altrimenti il rischio è quello di sentieri involutivi e disgregativi, in cui è facile che l’urgenza del controllo finanziario faccia aggio sull’obiettivo della coesione territoriale.

3.7 È necessaria una riforma costituzionale perché le Regioni coordinino il loro territorio?

In conclusione di questo capitolo, si sente l’esigenza di una precisazione. I punti appena elencati, oltre che presentare evidenti complessità sia sotto il profilo giuridico che economico (necessitano di attento approfondimento prima che venga selezionata la soluzione più adatta), dividono il dibattito anche con riferimento ad un aspetto fondante: è necessaria o meno una modifica costituzionale per impostare la filiera di governo secondo un processo che vede le regioni investite del compito di coordinare la politica economica degli Enti Locali sottesi? È un tema nei cui confronti si soffre, forse, in Italia di alcuni “pregiudizi”, riconducibili ad una lunga storia di forte municipalismo (con radici nel Medioevo/Rinascimento), cui si è aggiunta una molto più recente storia di ipertrofia della Pubblica Amministrazione con tendenza a sommare le Istituzioni e moltiplicare le responsabilità piuttosto che, di fronte alle nuove necessità, modificare le prime e riallocare le seconde.

Senza pretesa alcuna di indicare la soluzione (sulla quale è necessario si confrontino gli esperti costituzionalisti), si sottolineano i seguenti elementi di discussione:

- la Costituzione riformata nel 2001 prevede che la potestà legislativa spetti allo Stato e alle Regioni, in via esclusiva o concorrente a seconda dei casi (articolo 117)⁷⁴;
- la potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva (salva delega alle Regioni), mentre spetta alle Regioni in ogni altra materia (117)⁷⁵;
- le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l’esercizio unitario, siano conferite a Province, Città Metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza (118);
- i Comuni, le Province e le Città Metropolitane sono titolari di funzioni amministrative proprie e di quelle conferite con legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze (118);
- alla luce dei precedenti punti appare già *in nuce* nella Costituzione del 2001 una differenza, non certo di intrinseca dignità perché trattasi in tutti i casi di Istituzioni di rappresentanza democratica, ma di attribuzione di responsabilità di governo tra Regioni e Enti Locali, con specifico riferimento alla ampiezza della sfera politica (legata alla potestà legislativa) in contrapposizione a quella amministrativa (anche se le due sfere non sono separabili in maniera netta, dal momento che anche le funzioni amministrative rientrano negli atti di governo)⁷⁶;
- inoltre, la Costituzione, anche prevedendo, all’articolo 123, il Consiglio delle Autonomie Locali come organo di consultazione fra la Regione e gli Enti Locali, da disciplinarsi direttamente nello Statuto della Regione, implicitamente richiama al coordinamento tra la

⁷⁴ “Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all’attuazione e all’esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell’Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza”.

⁷⁵ “Comuni, le Province e le Città Metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell’organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite”.

⁷⁶ Alla “Politica” possono essere assegnate molteplici definizioni. Se si prende a riferimento quella generale - forse la più generale - di sfera delle decisioni che riguardano la collettività e hanno natura sovrana (è la definizione proposta da Giovanni Sartori), non si può negare che la Costituzione attribuisca una sfera politica più ampia alle Regioni che non agli Enti Locali che insistono sul suo territorio, e per questa via possa permettere impostare una gerarchia funzionale (con tutto quanto ne deriva in termini di processo delle scelte, strumenti, tempi e luoghi istituzionali in cui maturarle).

molteplicità degli Enti Locali insistenti su un territorio e l'Istituzione che quel territorio rappresenta nella sua interezza e globalità⁷⁷;

- a questo stesso proposito, il recente Ddl attuativo dell'articolo 119 della Costituzione (Atto Camera 3.110 del 2007, il cui esame parlamentare si è per il momento interrotto assieme alla legislatura) si stava già muovendo in questa direzione, prefigurando per le Regioni, senza ipotesi di modifica costituzionale, il compito di articolare i saldi finanziari programmatici per tener conto di esigenze particolari del territorio di loro competenza (lettera o) dell'articolo 2; *cfr. infra Box 3*).

Se, dagli elementi appena elencati, sembrerebbe che, in costanza di Costituzione, sia percorribile (almeno agli occhi degli economisti) la riformulazione della filiera di governo federalista secondo le linee elencate nei quindici punti del precedente paragrafo 3.6, si deve però osservare che una esplicita affermazione costituzionale renderebbe chiare e molto più solide le fondamenta del nuovo assetto. È tematica che prescinde le finalità di questo scritto e che si rimanda al dibattito tra specialisti di diritto costituzionale e di disegno delle Istituzioni.

Senza, tuttavia, rinunciare, al messaggio di fondo che si desidera trasmettere: da un lato, prima di proseguire lungo la trasformazione federalista, è necessario interrogarsi il più possibile sulla reale capacità di governo della specifica soluzione con cui si sta implementando il federalismo, in termini molto concreti e operativi; dall'altro, si deve essere consapevoli che le scelte riguardanti le caratteristiche delle Istituzioni e degli strumenti a loro disposizione sono parte integrante di quella stessa trasformazione federalista. È in questa prospettiva che si impone la riflessione sul rafforzamento della Regione come livello intermedio di governo, con compiti di coordinamento degli Enti Locali sottesi, ai fini sia dell'azione di politica economica che del rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

⁷⁷ I Consigli delle Autonomie locali sono tutti di recente istituzione (<http://www.consiglioautonomie.it/documenti/ORGANISMI%20DI%20RAPPRESENTANZA%20DEGLI%20ENTI%20LOCALI%20NELLE%20REGIONI.htm>). La loro nascita è esortata dalla Legge n. 59 del 1997, meglio conosciuta come "Bassanini-1", e dal conseguente Decreto Legislativo n. 112 del 1998, che hanno chiamato le Regioni a definire "strumenti e procedure di raccordo e concertazione, anche permanenti, che diano luogo a forme di cooperazione strutturali e funzionali, al fine di consentire la collaborazione e l'azione coordinata fra Regione ed Enti locali nell'ambito delle rispettive competenze" (articolo 3, comma 5 del D. Lgs. n. 112/1998). Solo nel 2001, tuttavia, sono entrati nella Costituzione (articolo 7 della Legge Costituzionale n. 3 del 18 Ottobre 2001). Le loro effettive funzioni e le connesse modalità operative sono da ritenersi in piena evoluzione assieme all'assetto federalista complessivo.

Box 1 – Affinché il Patto non divida

Il Patto di Stabilità interno dalla sua nascita nel 1999 ad oggi fornisce numerosi esempi negativi di come non si dovrebbero impostare i rapporti tra livelli di governo. Alcuni di questi vengono proprio dal comparto sanitario-farmaceutico. Il coordinamento Stato - Regioni - Enti Locali è stato assegnato quasi esclusivamente alla fissazione di tetti su voci di spesa e vincoli bilancistici, nella speranza che il loro rispetto *tout court* incanalasse i conti delle Regioni e degli Enti Locali nel quadro delineato dal Programma di Stabilità nazionale.

La disseminazione nei bilanci di Regioni, Province e Enti Locali di vicoli su singole poste ingessa le possibilità di interazione/ottimizzazione tra questi livelli di governo e amministrazione, che è invece importante poter svolgere, alla luce della condivisione di interessi, obiettivi e mezzi esistente tra entità appartenenti allo stesso ambito territoriale*. Da questo punto di vista, una griglia troppo fitta e pervasiva di vincoli è da vedersi in contrasto con il principio di sussidiarietà sposato dalla Costituzione**. Inoltre, senza la responsabilizzazione delle Regioni come livello di consolidamento rispetto al quale fissare i *target*, ogni Ente deve dar conto direttamente alla Ragioneria Generale dello Stato dei propri conti, e questo implica un flusso informativo dalla periferia al centro ingente e complesso nella gestione.

Si è puntato direttamente ai risultati finanziari, per giunta parziali (su singole poste), trascurando che questi derivano dalle scelte di *policy* e di amministrazione, e su queste ultime era ed è necessario responsabilizzare i singoli centri decisionali, in fase di programmazione e di rendicontazione. Se si ricorre soltanto a tetti/vincoli, l'effetto che si genera è opposto a quello del coordinamento: si alza una separazione tra conti dello Stato e conti dei sottolivelli di governo, per cui il primo richiede il risultato disinteressandosi dell'effettiva evoluzione economico-sociale, e gli altri si sentono autorizzati, senza che sia possibile un esame oggettivo dei fatti, a lamentare insufficienza delle risorse e irrazionalità delle richieste.

A lungo andare, questa separazione tra livelli di governo può degenerare in un'altra separazione, quella tra sfera pubblica e sfera privata, tra Istituzioni e cittadini: a questa *escalation* si arriva se, in assenza di quel nuovo *modus governandi* di cui si è detto nel capitolo, inefficienza e inefficacia del pubblico sono finanziate con la leva fiscale, estraendo sempre maggiori risorse dal privato. A questo proposito, non appaiono risolutive né la minaccia di applicare sanzioni agli Enti inadempienti (blocchi di finanziamenti statali, multe da corrispondere all'Erario), né quella di commissariarli (ipotesi che le leggi finanziarie hanno a più riprese ribadito in caso di incapacità nell'offerta dei LEA, e che è riproposta nel decreto collegato alla Finanziaria-2008). Con le sanzioni monetarie si rimane all'interno della logica finanziaria, e si rischia addirittura di peggiorare gli equilibri di bilancio senza impostare cambiamenti strutturali (continua la sindrome dei *soft budget constraint*); il commissariamento, poi, è per sua natura straordinario e contrario all'impostazione federalista, e rischia di far apparire le manovre correttive come calate dall'alto e non come logica conseguenza dell'operato dei politici e degli amministratori locali che i cittadini dovranno auspicabilmente sanzionare con il voto.

Progressi sono stati compiuti: la Finanziaria-2007 ha avviato il passaggio a *target* del Patto di Stabilità espressi in termini di saldi finanziari di bilancio***, e il Ddl di attuazione del 119 della Costituzione (il cui *iter* è però ancora in pieno svolgimento e potrebbe mutare in seguito allo scenario politico apertosi nel Gennaio 2008) conferma, all'articolo 2, la responsabilità della Regione nel riallocare le risorse sul proprio territorio in modo tale da contestualizzare tali obiettivi nelle esigenze/priorità dei propri Enti Locali (una conferma del ruolo di coordinamento politico sul proprio territorio che la Regione è chiamata a svolgere in un assetto di federalismo politico). Tuttavia, finché non si arriva a coordinare le concrete scelte di *policy* e ad assegnarne la responsabilità alla singola Istituzione e alla persona che *pro-tempore* la rappresenta - diffondendone anche la massima informazione ai cittadini - il federalismo continuerà a rimanere in un pericoloso guado: una moltiplicazione dei centri decisionali autoreferenziali (cfr. Box 5).

*Economie di scala, di scopo, esternalità positive e negative, condivisione di funzioni. Fattori che dovrebbe guidare nell'individuazione dei perimetri ottimali dei sottolivelli di governo (a ben guardare si tratta degli stessi fattori che hanno concorso storicamente alla formazione delle nazioni, riportati su basi locali).

** L'articolo 118 della Costituzione afferma che, all'interno di una cornice di indirizzo unitario, le scelte amministrative vengano compiute dal livello di governo più vicino ai cittadini, perché dotato di maggiore informazione. I tetti pervasivi imposti dall'altro configurano una violazione dell'autonomia degli Enti Locali e della loro facoltà di coordinamento.

*** Con la scelta di transitare a *target* sui saldi finanziari, il Patto Interno comincia ad avvicinarsi all'impostazione del Patto UE, anche se il percorso da compiere è ancora lungo. In primo luogo, il *target* sul *deficit* si applica in Europa sull'indebitamento netto (partite correnti e capitali) di competenza (cfr. Box 4), mentre la Finanziaria-2007 (e quella per il 2008 che ne segue l'impianto) prende a riferimento i saldi finanziari (partite correnti e capitali) sia di cassa che di competenza, prevedendo anche alcune correzioni. Per le Regioni, inoltre, i punti in sospeso sono due: a) in attesa del completamento del federalismo fiscale, il comparto della spesa sanitario-farmaceutica è assoggettato a regole specifiche; b) il passaggio a *target* sui saldi (operativo per i Comuni con popolazione superiore a 5mila abitanti e le Province) è applicato in via sperimentale, con la definizione di saldo concertata tra Ministero dell'Economia e delle Finanze e Conferenza Stato-Regioni. L'obiettivo finale dovrebbe esser quello di allineare il più possibile il Patto Interno alle regole del Patto UE e, soprattutto, di semplificarlo e standardizzarlo (nella misura in cui questo diviene possibile).

Cfr.: "L'Italia 'ostaggio' di un Patto che spacca", Nota CERM n. 5-06; "Sanità tra Stato e Regioni: è ora di discuterne 'realmente'", Editoriale n. 4-06; "Un Patto a spaccare", Editoriale n. 2-06; "I conti pubblici italiani e la 'deriva' federalista", Editoriale n. 1-06; "Per uscire dal tunnel della spesa sanitaria", di Franco Reviglio, su www.lavoce.info

Box 2 – L'importanza della base contabile: l'esempio delle ASL

In sanità, il problema sollevato nel precedente *Box 1* va ancor più soppesato alla luce dei ripetuti disavanzi che le Regioni stanno, in aggregato, registrando in questo comparto di spesa: tra i 4 e 5 miliardi di Euro annui, circa 1/6 dell'intera manovra finanziaria del 2007, tra 1/3 e 1/4 di quella del 2008. Dati i livelli, è necessario chiedersi: è affidabile la rilevazione di questi disavanzi?; come vengono ripianati?; si accumulano?; si scaricano su altre prestazioni ai cittadini, eventualmente anch'esse integranti LEA? Se alla base del Programma di Stabilità UE c'è il Patto di Stabilità Interno, e alla base del Patto Interno ci sono (tra le altre componenti) i conti delle Regioni e degli Enti Locali, alla base di questi ultimi ci sono i conti delle singole unità di spesa. Tra queste, le ASL, per il peso che la voce sanità ha nei bilanci delle Regioni (circa il 70-75%), occupano una posizione di primo piano. Se non si è in grado di raffigurarne in maniera adeguata la loro situazione economico-patrimoniale, questa *alea* si trasmette ai bilanci delle Regioni, al bilancio dello Stato e ai programmi di breve e di lungo orizzonte.

Purtroppo, si deve osservare che la situazione della contabilità delle ASL è tutt'altro che trasparente.

1. Il Decreto Interministeriale del 20/10/1994, emanato in ottemperanza al Decreto Legislativo n. 502/1992, costituisce la principale fonte normativa in materia di bilancio delle ASL e presenta un modello unico, a cui le Regioni sono tenute ad uniformarsi nella predisposizione delle leggi di contabilità e nella tenuta dei documenti consuntivi e preventivi. Tale prospetto è stato rivisto dal Decreto Ministeriale del 11/02/2002, che ha integrato e tentato di perfezionare gli schemi di bilancio obbligatori per il settore. La soluzione adottata in entrambi i decreti, tuttavia, non appare adeguata. La norma, infatti, non riesce ad andare oltre la presentazione di un prospetto di Conto Economico e uno di Stato Patrimoniale ottenuti tramite la mera trasposizione delle voci indicate nel Codice Civile.

2. Non è prevista una nota integrativa come parte del bilancio che spieghi in maniera dettagliata le voci in esso indicate e che, in qualche modo, aggiunga quelle informazioni che il Legislatore ha trascurato di richiedere agli operatori di settore ma che, al di fuori del settore (per le imprese private) svolgono una funzione essenziale per la *accountability* e la trasparenza. Tale lacuna è particolarmente grave perché priva il rendiconto dell'esercizio di una sua componente vitale. Solo in alcuni casi, a porre rimedio alla dimenticanza del Legislatore, sono intervenute alcune leggi regionali, recependo istanze mosse da più parti. Continua a rimanere assente, però, una cornice normativa coordinata e omogenea su base nazionale.

3. Ancora più grave appare, però, l'assoluta mancanza di indicazioni in merito ai principi contabili e di valutazione da adottare nella redazione del bilancio di esercizio. Questa deficienza non può essere sopperita con il generico richiamo ai principi del Codice Civile, per due fondamentali ragioni: *a)* innanzitutto, per il fatto che quei principi si rivolgono ad imprese private in cui la libertà di valutazione lasciata dal Legislatore (che si concretizza nel principio del prudente apprezzamento da parte degli amministratori) è controbilanciata da puntuali e stringenti norme fiscali non estensibili *tout court* all'universo della sanità pubblica; *b)* in secondo luogo, per la presenza di voci tipiche del settore sanitario pubblico (i trasferimenti dello Stato, i flussi perequativi interregionali, i trasferimenti a fronte di mobilità interregionale, i ricavi a tariffa, le numerose partite infragruppo. etc.), per le quali qualsiasi analogia con la contabilità privatistica rischia di ingenerare imprecisioni o addirittura errori.

4. V'è poi un problema *ab origine* nella valutazione dello stato patrimoniale all'atto di prima costituzione dei bilanci (quando le USL sono diventate ASL). Nella generalità dei casi, gli stati patrimoniali sono composti da cespiti al valore catastale corretto con metodologie non uniformi (e non al costo al netto degli ammortamenti), e da magazzini valutati al costo medio ponderato, con *software* che ponderano talvolta su base annuale, talvolta su base storica, nella maggior parte dei casi utilizzando come variabile di ponderazione le quantità, in altri casi i prezzi unitari. Le criticità aumentano se si considera che i criteri di svalutazione/stralcio dei crediti sono legati a meccanismi di finanza pubblica e non rispondono alle regole civilistiche di prudenza. Per avere una raffigurazione affidabile della realtà, sarebbe necessario definire dei criteri coerenti con la logica economico-patrimoniale e omogenei sul territorio nazionale, in modo tale da ottenere anche comparabilità e aggregabilità.

5. Non deve essere sottovalutato, infine, il diverso livello di "cultura" contabile che si è sviluppato nei vari contesti regionali-territoriali, nonché la diversa sensibilità al rigore nella gestione di attività sino a ieri avvezze al finanziamento a piè di lista.

Mentre si avverte l'esigenza di rendere obbligatorio sia un sistema di permanente *auditing* interno (che potrebbe essere gestito direttamente dagli uffici della Corte dei Conti o da una Autorità *ad hoc* sui conti pubblici) sia la certificazione esterna da parte di società di revisione (negli scorsi anni si sono verificati casi in cui la società di revisione, richiesta della certificazione ad alcune ASL, l'ha rifiutata), le società internazionali di *rating* hanno già riconosciuto il problema di considerare i rischi di indebitamenti "sommersi" delle ASL (nascosti anche da prestiti fuori mercato della Cassa Depositi e Prestiti) e della loro trasmissibilità alla stabilità delle Regioni e dello Stato.

Come si può parlare di responsabilizzazione dei centri di spesa, finché la raffigurazione contabile della realtà rimane così opaca?

Cfr.: "Rilevazione e controllo contabile della spesa delle Aziende Sanitarie - spunti di riflessione per gettare le 'microfondazioni' del federalismo", Nota CERM n. 12-06; "Finanza Locale Monitor", a cura del Servizio Studi di Intesa-Sanpaolo (Luglio 2007); "La 'delegazione' che unisce Taranto al Lazio", di Fabrizio Ghisellini su www.lavoce.info; "Un 'nuovo' guardiano della trasparenza dei conti pubblici", di Giancarlo Salvemini e Claudio Virno, working paper SIEP n. 485, <http://www.unipv.it/websiep/wp/485.pdf>

Box 3 – Il coordinamento della politica economica nel Ddl di attuazione del 119 della Costituzione

Tra le tante criticità segnalate in questo capitolo, il Ddl attuativo dell'articolo 119 della Costituzione contiene degli aspetti positivi che è importante sottolineare, perché possono essere punti di riferimento per il Legislatore, indipendentemente da come si concluderà l'iter del Ddl (soprattutto alla luce dell'incerto scenario politico apertosi nel Gennaio 2008).

Anche il "Libro Verde" della Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica lo fa quando, a pagina 102, commenta positivamente la previsione che *"[...] gli interventi della manovra annuale di bilancio che abbiano ricadute sulla finanza regionale e locale, e che annualmente confluiscono nella legge finanziaria, trovino in futuro collocazione in un disegno di legge presentato nel mese di Giugno dopo un'adeguata fase di confronto e valutazione congiunta nell'ambito della Conferenza Unificata [per il futuro, leggasi Senato Federale]. Questo provvedimento, che assumerà la veste di collegato alla manovra di bilancio e che dovrà essere approvato entro la fine di Ottobre prima della legge finanziaria, otterrà il duplice risultato di decongestionare la sessione parlamentare di bilancio dello Stato e di garantire alle Regioni e agli Enti Locali margini temporali adeguati per poter formulare i propri bilanci"*. È il contenuto della lettera c) dell'articolo 2 del Ddl, in cui si riconosce quell'esigenza di coordinamento delle scelte di politica economica, nei tempi idonei per la formalizzazione dei documenti di finanza pubblica (preventivi, consuntivi e di correzione), descritta al precedente paragrafo 3.6 *Nuove Istituzioni e nuovi strumenti*.

Se è potuta sembrare utopistica l'agenda di quindici punti indicata nel capitolo, il combinato disposto degli articoli 2 e 3 del Ddl rimanda esattamente agli stessi snodi; in ordine di elencazione:

1. Regioni e Enti Locali adottano regole per la politica di bilancio coerenti con i vincoli del Patto di Stabilità e Crescita UE;
 2. Regioni e Enti Locali (ivi incluse le Unioni dei Comuni, le Comunità Montane e le aziende strumentali consolidate nei conti della Pubblica Amministrazione) adottano contabilità standardizzata coerente con il bilancio dello Stato e con i criteri rilevanti ai fini dell'osservanza del Patto di Stabilità e Crescita;
 3. i bilanci preventivi devono essere approvati entro il 31 Dicembre dell'anno precedente a quello a cui si riferiscono;
 4. il coordinamento della finanza federalista (per il pieno finanziamento delle funzioni di Regioni e Enti Locali ai livelli efficienti) è oggetto di apposito disegno di legge - coerente con il DPEF e con il Programma di Stabilità nazionale - che il Governo presenta assieme al DPEF previa confronto con le Regioni e con gli Enti Locali (nelle Conferenze oggi, nel Senato Federale domani);
 5. la legge di coordinamento della finanza federalista deve essere approvata entro il 31 Ottobre, in tempo per la sua inclusione nel disegno di legge finanziaria che il Governo presenta al Parlamento;
 6. il DPEF assume una natura sostanziale, di strumento di programmazione vincolante per lo Stato, per le Regioni e per gli Enti Locali, rispetto alla quale si dovrà dar conto delle inadempienze e degli scostamenti;
 7. sono introdotti inderogabili meccanismi di sanzione commisurati agli scostamenti tra gli obiettivi e i risultati effettivi, nonché alla mancata standardizzazione dei bilanci; alle sanzioni possono anche esser affiancati "premi" incentivanti per gli Enti virtuosi;
 8. tra le sanzioni: incrementi automatici delle aliquote locali delle imposte devolute e compartecipate; aumenti automatici delle tariffe delle prestazioni pubbliche (beni e servizi); rimozione e sostituzione degli amministratori inadempienti; scioglimento degli Enti inadempienti [lettera h) dell'articolo 2];
 9. in particolare, lo scioglimento degli Enti implica - ma sul punto arriveranno i decreti attuativi della delega - l'indizione di nuove elezioni politiche per le Regioni e amministrative per gli Enti Locali sotesi (precedenza al voto in luogo del commissariamento);
 10. le Regioni hanno facoltà/responsabilità di coordinare le finanze degli Enti Locali sotesi al fine del raggiungimento degli obiettivi preposti in termini di saldi di bilancio, per *"[...] adattare [...] le regole e i vincoli posti dalla legislazione nazionale in relazione alla diversità delle situazioni finanziarie esistenti nelle diverse Regioni"* [lettera o) dell'articolo 2];
 11. a tal fine, le Regioni coordinano preliminarmente le scelte con gli Enti Locali appartenenti al territorio regionale utilizzando la sede istituzionale del Consiglio delle Autonomie;
 12. sono stabiliti principi (efficienza, efficacia, imparzialità, razionalità, coerenza) e regole per il coordinamento operativo delle scelte di politica fiscale, in termini di basi imponibili, aliquote e tariffe, in modo tale da evitare sovrapposizioni, e da distribuire la potestà fiscale nel pieno rispetto della cornice normativa nazionale e del controllo della pressione fiscale complessiva [articolo 3];
 13. i principi e le regole rimandano, sia pur indirettamente, anche alla verifica della compatibilità delle compartecipazioni con l'affermazione dei LEA, nonché dell'adeguatezza delle tariffe ai costi efficienti e alla qualità delle prestazioni pubbliche (così chiamando in causa il concetto degli standard).
- Insomma, il Ddl non ignora, ma anzi invita ad affrontare, tutti i tasselli del nuovo *modus governandi* su cui ci si è soffermati nel capitolo: quella filiera fluida di governo che, a partire dai vincoli macrofinanziari indicati dallo Stato, deve poi coordinare le scelte di *policy* di Regioni e Enti Locali, rispettando i tempi per la formalizzazione dei documenti di finanza pubblica (nazionali e internazionali) e trovando riflesso in consuntivi rigorosi e pronti ad essere esaminati.

Se il Ddl fosse approvato, nella fase di decretazione attuativa si ritiene che massima attenzione andrà posta su due aspetti non ancora esplicitati: a) il coordinamento di *policy* non deve riguardare soltanto la dimensione dei flussi finanziari tra livelli di governo, ma anche l'azione di politica economica reale (le riforme, la regolazione, il *benchmarking*, il disegno istituzionale, i disegni contrattuali delle aste, etc.); b) l'informazione deve divenire uno dei tasselli portanti della *governance* federalista, nella forma di dati per la programmazione e per il cittadino che deve partecipare con il voto.

Cfr.: “Disposizioni di attuazione dell’articolo 119 della Costituzione”, disegno di legge del Governo (A. C. n. 3100); e la sezione “Federalismo Fiscale” sul sito dell’Associazione Astrid, <http://www.astrid-online.it/il-sistema1/index.htm>

Box 4 – Tra soluzioni e criticità: un esempio dalla Spagna

Un esempio a cui attingere è quello della Spagna. La riforma del 2001 (*Ley General de Estabilidad Presupuestaria*, applicata per la prima volta nel 2003) ha così impostato i rapporti tra lo Stato e le Comunità Autonome:

1. il Governo fissa unilateralmente gli obiettivi finanziari pluriennali per il complesso del settore pubblico e per tutti i sottosettori della Pubblica Amministrazione (dal *welfare system*, alle Comunità Autonome ai governi locali);
2. gli obiettivi sono coerenti e strettamente connessi con il Patto di Stabilità e Crescita UE che prevede di raggiungere una *nearly balanced or surplus budget situation*;
3. il Consiglio delle Comunità Autonome e la Commissione Nazionale dei Governi Locali hanno la responsabilità di trasformare gli obiettivi aggregati in obiettivi specifici di tutti i centri di spesa, ivi incluse le aziende strumentali di proprietà pubblica;
4. tutti i livelli di governo devono chiudere il loro bilancio annuale in pareggio o in *surplus*;
5. un’agenzia governativa responsabile per la contabilità pubblica verifica il rispetto degli obiettivi;
6. le conseguenze del mancato rispetto del Programma di Stabilità nazionale sono direttamente sopportate dagli Enti che falliscono gli obiettivi assegnati;
7. questi stessi Enti (ivi incluse le aziende pubbliche strumentali se in *deficit*) sono obbligati a presentare un programma di azioni correttive per ristabilire il controllo della spesa; sono liberi di scegliere le soluzioni più idonee (maggiore imposizione/minore spesa locale, riforme strutturali, modifiche regolatorie), ma sotto la supervisione del Ministero dell’Economia e delle Finanze e del Consiglio delle Comunità Autonome;
8. esiste un fondo di dotazione nazionale per far fronte ad esigenze straordinarie.

Questa impostazione dei rapporti tra livelli di governo e della finanza federalista si è scontrata con problemi simili a quelli sollevati a livello europeo a proposito dei parametri di Maastricht*: è apparsa subito troppo rigida e incapace di tener conto delle fasi cicliche dell’economia, dell’impatto di eventuali riforme strutturali in corso e della diversificazione delle esigenze di spesa in conto capitale. È così intervenuta la riforma del 2005-2006, che ha previsto:

1. una definizione degli obiettivi macrofinanziari corretta per il ciclo;
2. per alcune voci di spesa (*in primis* quella per il *welfare system*) il passaggio del *target* da un risultato finanziario immediato alla convergenza all’equilibrio tra entrate e uscite;
3. la possibilità di indebitamento per spese in conto capitale (con una soglia massima);
4. più spazio al contraddittorio tra Governo e Comunità Autonome (*dialogue and negotiation*) nella fissazione dei *target* e nel dimensionamento dei flussi finanziari;
5. obblighi più stringenti per i sottolivelli di governo in termini di flussi informativi al Governo e ai cittadini.

Il Fondo Monetario Internazionale ha criticato la riforma spagnola del 2005-2006, ritenendo che diminuisse il rigore e l’efficacia delle regole di coordinamento e controllo della finanza pubblica. Ha evidenziato come le modifiche per rendere più flessibile il Patto Interno, pur condivisibili su un piano teorico, avrebbero dovuto essere accompagnate da un rafforzamento dei poteri del Governo, soprattutto ai fini della guida e della chiusura del contraddittorio con le Comunità Autonome sui *target* e sui flussi finanziari**.

In effetti, negli ultimi due anni sono stati numerosi i casi di ricorso delle Comunità Autonome alla Corte Costituzionale per contestazioni sulle decisioni in tema di coordinamento della *governance* e di finanza federalista. Se la garanzia ultima dell’interessamento della Corte è importante per salvaguardare i principi fondanti, è vero che non può questa via straordinaria sostituire i meccanismi ordinari di interazione tra livelli di governo; una gerarchia e degli ordini di priorità - eventualmente articolati per funzioni o per livello di urgenza - non possono non essere definiti anche come parte integrante del disegno di *governance*.

Concludendo, il sistema spagnolo si trova a fronteggiare diverse criticità, alla ricerca di quell’equilibrio ottimale tra valorizzazione della sfera politica dei sottolivelli di governo, responsabilizzazione dei decisori politici e degli amministratori, e mantenimento del coordinamento su scala nazionale degli obiettivi sia in termini di prestazioni che di stabilità economico-finanziaria. Nonostante ancora “in cammino”, la Spagna può, tuttavia, portare alcuni esempi utili per le riforme italiane:

1. il Patto Interno ricerca il più possibile coerenza con il Patto UE (impostazione, saldi di riferimento, etc.);
2. i sottolivelli di governo non si confrontano separatamente con il Governo, ma devono coordinarsi tra di loro per ottimizzare le scelte di *policy* all’interno dei vincoli macrofinanziari posti dal Governo e formalizzati con l’Europa;
3. solo sulla base del loro coordinamento i sottolivelli di governo possono aprire contraddittorio con lo Stato per discutere dei *target* e del dimensionamento dei flussi finanziari;
4. il coordinamento dei sottolivelli di governo abbraccia tutti i centri di spesa, ivi incluse le aziende strumentali;
5. una agenzia governativa è preposta al controllo della contabilità e del rispetto dei *target*;

... continua Box 4

6. la responsabilità degli Enti (centri di spesa) che falliscono i *target* è piena e, oltre al recupero finanziario, essi sono tenuti a presentare un programma di riforme che garantisca il ristabilimento del controllo della spesa, nel quale hanno ampia autonomia ma sono supervisionati;

7. la cornice normativa riconosce esplicitamente l'importanza della qualità dei dati e dell'informazione.

Insomma, la Spagna si sta muovendo verso la costruzione di quella filiera fluida di governo che permette di condividere gli obblighi internazionali tra Stato, Comunità Autonome e Enti Locali, per evitare la fittizia separazione tra obblighi internazionali a solo carico del primo, e *target* interni che ne possono anche prescindere. Per di più, il coordinamento sui *target* interni non si limita alla sola loro fissazione, ma prevede l'obbligo di programma di aggiustamento strutturale a carico degli Enti inadempienti.

Questo impianto è solo embrionale in Italia, se si pensa, tra l'altro, che manca ancora un documento che esprima il consolidato dei conti delle Regioni e di tutti gli Enti sottesi, e che la Finanziaria-2007 (comma 663 dell'articolo unico) prevede la facoltà (ma non l'obbligo) di estendere i principi e le regole del Patto interno "agli enti ed organismi strumentali, nonché agli Enti ad ordinamento regionale o provinciale".

* Il vincolo di Maastricht sul saldo di bilancio, al massimo il 3% del PIL, si applica all'indebitamento netto come definito nel Sistema Europeo dei Conti Economici Integrati - SEC95 (i.e. il saldo del conto economico, somma del saldo corrente e del saldo in conto capitale, escluse le partite finanziarie, calcolato con il criterio della competenza). La riforma del Patto UE del 2005 ha reso meno stringente la regola che rischiava di divenire di ostacolo alle scelte di politica economica, prevedendo: maggior risalto alla convergenza verso il parametro previsto per il debito pubblico (al massimo il 60% del PIL); maggior risalto alla permanenza su un percorso di aggiustamento di medio termine della finanza pubblica; considerazione dell'impatto di riforme strutturali in corso (come quella delle pensioni) che per loro natura forniscono risultati nel medio-lungo periodo; considerazione di altri fattori significativi (come aspetti qualitativi della spesa pubblica) che rendono meno preoccupante lo sfioramento annuale del limite di *deficit*; ampliamento della definizione di "grave recessione economica" che fa soprassedere al rispetto del limite di *deficit*; proroghe dei termini per la correzione degli *extra deficit* da parte dei Partner UE.

** Anche in questo punto, vi si riconosce la medesima critica rivolta alla modifica del Patto UE del 2005: da più fonti (BCE e FMI *in primis*) si osservato come la flessibilizzazione del Patto doveva accompagnarsi al rafforzamento dei poteri della Commissione in termini di indicazione di *policy guideline*.

Cfr.: "Internal Stability Pacts: the European experience", di Maria Flavia Ambrosanio e Massimo Bortignon, EEGM Paper (2007), <http://www.eegm.eu/pdf/FORMAT%20Bordignon.pdf>; "La riforma del Patto di Stabilità e Crescita", in Bollettino Annuale della Banca Centrale Europea, Agosto 2005; "The reform and the implementation of the Stability and Growth Pact", di J. P. Morris *et al.*, Occasional Working Paper n. 47, ECB

Box 5 – Federalismo e/è regolazione

Il coordinamento di livelli di governo non può essere affidato alla sola fissazione di *target* finanziari. Una griglia di obiettivi di bilancio calati dall'alto e senza microfondazioni è destinata a fallire, senza lasciare possibilità di individuare responsabilità oggettive e lasciando campo libero alla sindrome dei *soft budget constraint* (soprattutto quando devono essere finanziate prestazioni integranti LEA). Le difficoltà che il Patto interno ha incontrato sin dalla sua nascita lo hanno ampiamente dimostrato. Anche adesso che le regole del Patto si sono avviate ad allinearsi a quelle UE (*target* sui saldi di bilancio e non sulle singole poste), il problema rimane aperto. Non ci si può muovere su un piano esclusivamente finanziario ed è necessario che Stato e Regioni coordinino i programmi di politica economica reale. I due aspetti - finanziario e reale - devono necessariamente procedere in parallelo per ottenere risultati di natura strutturale.

Anche nella sua versione più flessibile (*target* sui saldi) e rafforzata dagli incrementi automatici della fiscalità locale, il Patto non diviene immune dalla sindrome. Chi assicura, per esempio, che gli aumenti necessari delle aliquote non siano tali, in un solo anno o cumulati su più anni, da risultare politicamente-socialmente inapplicabili, con ciò richiedendo il soccorso dello Stato? Chi assicura che l'automatismo, perfetto nel dettato di legge, non venga complicato e rallentato dall'opposizione delle Regioni e degli Enti Locali, o non si accompagni a strascichi polemici con mole di contenzioso innanzi alla Corte Costituzionale? Chi assicura, per esempio, che al *bargaining* sull'ammontare del Fondo Sanitario Nazionale cui abbiamo assistito in questi anni, non faccia seguito un *bargaining* sull'attivazione della leva fiscale o sulla sua portata?

Le difficoltà sono aggravate dal fatto che i politici scelgono in base ad una pluralità di fattori e hanno un orizzonte temporale limitato; questo fa sì che anche il "costo politico" di utilizzare la leva fiscale possa essere stimolo insufficiente a portare avanti riforme strutturali settoriali. Anzi, nell'immediato il ricorso alla fiscalità generale (devoluta o compartecipata) può risultare persino più agevolmente percorribile di interventi settoriali specifici, quando il primo può esser presentato come "ingiustamente imposto dall'alto" (commenti di questo tenore si sono

... continua Box 5

già avuti), mentre i secondi vanno a toccare le modalità di accesso a beni e servizi pubblici che il cittadino ricollega direttamente ai suoi rappresentanti politici e ai suoi amministratori. Con la doppia conseguenza che la pressione fiscale regionale può aumentare per finanziare gestioni inefficienti, e che prima o poi questa accumulazione di tensione potrà nuovamente rendere necessari la rottura dei vincoli di bilancio e il soccorso esterno.

Il coordinamento della politica reale è indispensabile anche da un altro punto di vista: quando il controllo della spesa è microfondato nei comportamenti dei singoli operatori, pubblici e privati, che concorrono a determinarla, contemporaneamente si riesce a salvaguardare anche la qualità della spesa, che rimane invece in secondo piano se l'obiettivo è solo finanziario. Per le prestazioni che integrano LEA, questo aspetto è di primaria importanza, dal momento che la loro offerta deve qualificarsi omogenea sul territorio nazionale contemporaneamente in quantità e qualità. Qui si coglie il forte nesso tra il federalismo da un lato e, dall'altro, il disegno istituzionale, il disegno contrattuale e la regolazione.

Che si tratti di rappresentanti *pro-tempore* delle Istituzioni (disegno istituzionale), di operatori privati che in qualità di prestatori di beni e servizi entrano in contatto con la Pubblica Amministrazione (disegno contrattuale), o di cittadini beneficiari di beni e servizi offerti direttamente o finanziati dal pubblico (regolazione lato domanda), per tutti è necessario che la cornice legislativa-normativa incentivi i comportamenti più efficienti. Solo se tutti i livelli di governo condividono questa prospettiva, si creano le condizioni per valorizzare l'autonomia politica delle Regioni e per far funzionare il federalismo fiscale, con la garanzia della responsabilizzazione di ogni fonte di spesa e della sostenibilità dei flussi di perequazione territoriale. Quest'ultima in un duplice senso: della disponibilità di risorse per alimentarla, e del corretto uso che ne fanno i territori che ne beneficiano.

Ma il collegamento tra federalismo e regolazione è ancora più profondo. Se il disegno contrattuale ottimale rimanda ai temi delle procedure concorsuali tramite asta, della completezza delle clausole dei capitolati* e della promozione della concorrenza; se la regolazione lato domanda rimanda ai temi delle compartecipazioni ai costi con abbattimenti/esenzioni per tener conto delle caratteristiche del singolo e della famiglia; il disegno istituzionale consiste direttamente nel completamento della riforma federalista. Un'altra definizione possibile del federalismo è, infatti, quella in senso lato di regolazione applicata alle Istituzioni. In un contesto in cui si fa ampio uso di *benchmarking* sui dati economico-sociali territoriali, rappresentanti politici e amministratori sono assegnatari di *policy guideline* e di obiettivi finanziari, ogni livello di governo e ogni centro di spesa deve dare pieno conto dei risultati, l'informazione è di qualità ed ampia sia per la programmazione economica che per i cittadini che devono scegliere con il voto, le Istituzioni sono "costrette" al buon governo.

* È in discussione da lungo tempo la riforma dei servizi pubblici locali contenuta nel cosiddetto decreto "Lanzillotta".

Cfr.: "I LEA sanitari, la riforma della Costituzione e la regolazione del 'mercato' sanitario", Nota CERM n. 11-04; "La definizione operativa dei LEA, 'chiave di volta' del federalismo", Nota CERM n. 10-04; "La riforma dei servizi pubblici locali", Editoriale n. 23-06; "Le modifiche al Ddl 'Lanzillotta'", Editoriale n. 9-07; "I servizi pubblici locali: in attesa di una vera riforma", Editoriale n. 20-07

Box 6 – Top-down nella definizione dei vincoli macrofinanziari & bottom-up nel consolidamento

Il "Libro Verde" della Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica sottolinea - sulla scorta anche delle indicazioni del Fondo Monetario Internazionale - l'esigenza che il processo di formazione del bilancio assuma una forte guida centrale che permetta la piena interiorizzazione dei costi della perdita di controllo della spesa. A tal fine è suggerito il modello *top-down*, che parte dall'alto, dalla definizione del saldo complessivo di finanza pubblica, per poi allocare le risorse ai livelli sottostanti, rispettando quel vincolo*. È il modello che necessariamente deve trovare applicazione in sede di programmazione e di assegnazione ai sottolivelli di governo delle risorse adeguate al finanziamento dei compiti loro delegati (a partire dai LEA), per combinare l'obiettivo della sostenibilità finanziaria con quello dell'adeguatezza di beni e servizi. Per funzionare, il modello va calato in un contesto adeguato, comprendente tutti i tasselli nevralgici passati in rassegna nel capitolo: dal coordinamento della politica economica e del quadro normativo-regolamentare, al ricorso alla fiscalità locale in caso di fallimento dei *target* finanziari, alla diffusione dell'informazione, all'importanza del voto per la destituzione dei rappresentanti politici e degli amministratori.

In fase di rendicontazione il modello è, però, quello inverso: i bilanci consuntivi di tutti i centri di spesa sottesi ad una Regione (comprese le aziende strumentali) dovrebbero trovare consolidamento nel bilancio consuntivo della Regione; i bilanci consuntivi di tutte le Regioni trovare consolidamento, assieme al bilancio dello Stato, nel bilancio della Pubblica Amministrazione; e quest'ultimo divenire la base su cui innestare la manovra correttiva, la programmazione pluriennale (dello Stato e delle Regioni) e la stesura del Programma di Stabilità UE.

... continua Box 6

Nel primo caso, la programmazione *top-down*, ruolo cruciale svolgeranno, nei prossimi anni, i progressi nella qualità delle Istituzioni e degli strumenti tecnici di cui si doteranno**. Nel secondo caso, la rendicontazione *bottom-up*, ruolo cruciale svolgeranno i miglioramenti dell'impianto contabile della Pubblica Amministrazione (standardizzazione, omogenizzazione, automazione dei flussi informativi prima alla Regione e poi da questa alla Ragioneria Generale dello Stato, revisione di agenzia/autorità *super partes*, etc.).

* Si contrappone l'approccio in cui il bilancio deriva dalla mera sommatoria delle richieste provenienti da tutti i centri di spesa (il *trend* è guidato dalla spesa storica).

** Il modello *FarmaRegio* che si va a presentare nella seconda parte del Rapporto vuol essere un esempio di strumento al servizio della *governance* federalista.

4. I pilastri privati in sanità

In conclusione del secondo capitolo del Rapporto, l'*agenda di policy* per il governo della sanità si è strutturata in tre punti. Del completamento del federalismo (primo punto) e della sua intrinseca dipendenza dal disegno istituzionale/contrattuale e dalla regolazione (secondo punto) si è già discusso nel terzo capitolo. Questo capitolo offre alcuni spunti di riflessione sul terzo punto in *agenda*: lo in sviluppo in sanità dei pilastri privati organizzati.

4.1 Il crescente ruolo del finanziamento privato

Le proiezioni di Pammolli-Bambi (2007) descritte nel secondo capitolo mostrano come, di fronte alla crescita che la spesa sanitaria farà registrare nelle prossime decadi, l'obiettivo della stabilizzazione della sua incidenza sul PIL si tradurrà - *stantibus rebus* - in una traslazione dell'onere di finanziamento a carico dei privati. Per l'Italia, la quota di spesa sanitaria coperta dal pubblico diminuirà dall'attuale circa 75 per cento a poco più del 50 per cento nel 2050. Sotto le stesse ipotesi, riduzioni significative si prefigurano anche negli altri *Partner* UE.

Se si analizzano gli andamenti dell'incidenza sul PIL della spesa sanitaria pubblica e privata nell'ultimo quindicennio, la riduzione della copertura pubblica che Pammolli-Bambi proiettano per il futuro trova già un riscontro.

La *Tavola 12* rivela gli stessi tratti salienti che si sono evidenziati per la spesa sanitaria pubblica dell'Italia nel secondo capitolo: l'attuale incidenza sul PIL è in linea con la media UE (nel 2005, il dato italiano è del 6,8 per cento); l'Italia si distingue per la netta accelerazione della crescita dal 2000 ad oggi, ed è l'unico caso in cui l'incremento di incidenza 1999-2004 (1,0 p.p. contro una media di 0,8) è nettamente superiore all'incremento sull'intero periodo 1990-2004 (0,4 p.p. contro una media di 1,2). Si riconoscono il recupero di spesa dopo la compressione nella fase di aggiustamento delle finanze pubbliche, ma anche le criticità della *governance* dopo l'avvio incerto della transizione federalista.

La *Tavola 13* vede l'Italia allineata alla media per quanto riguarda l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria privata al 2004. L'allineamento alla media vale anche con riferimento all'aumento dell'incidenza sul PIL: tra il 1990 e il 2004 + 0,6 p.p. (+0,6 anche nella media), tra il 1999 e il 2006 + 0,1 p.p. (0,2 nella media). L'Italia, inoltre, è un dei sei *Partner* UE-15 in cui, sull'arco 1990-2004, la spesa privata è cresciuta più della pubblica (gli altri sono Belgio, Finlandia, Olanda, Spagna, Svezia). Si riconosce un ruolo crescente del finanziamento privato che, pur nella differenziazione dei singoli casi Paese, si accompagna alla crescita del finanziamento pubblico.

Lungo questo *trend* di fondo, v'è un fattore strutturale che distingue l'Italia da tutti gli altri Paesi, e che la *Tavola 14* lascia immediatamente trasparire nello spaccato della spesa privata per natura della fonte di finanziamento.

Tavola 12 – Spesa sanitaria pubblica ⁷⁸ - % del PIL

	1990	1999	2004	Δ 1999-2004	Δ 1990-2004
Austria	5,1	6,7	6,8	0,1	1,7
Belgio (1)	6,4	6,5	7,2	0,7	0,8
Danimarca (2)	6,9	7,0	7,3	0,3	0,4
Finlandia	6,3	5,2	5,7	0,5	-0,6
Francia	6,4	7,0	8,3	1,3	1,9
Germania	6,5	8,2	8,1	-0,1	1,6
Grecia	4,0	5,2	5,3	0,1	1,3
Irlanda	4,4	4,5	5,7	1,2	1,3
ITALIA (3)	6,1	5,5	6,5	1,0	0,4
Lussemburgo	5,0	5,2	7,3	2,1	2,3
Olanda	5,2	5,0	5,7	0,7	0,5
Portogallo	4,1	5,9	7,4	1,5	3,3
Spagna	5,1	5,3	5,7	0,4	0,6
Svezia	7,5	7,2	7,7	0,5	0,2
Regno Unito	5,0	5,8	7,0	1,2	2,0
media	5,6	6,0	6,8	0,8	1,2

Fonte:elaborazioni degli autori su OCSE, "Health Data 2007"

(1) L'intervallo è 1995-2005

(2) L'intervallo termina al 2002

(3) L'incidenza è del 6,8 al 2005, del 6,7 al 2006 (cfr. secondo capitolo)

Tavola 13 – Spesa sanitaria privata ⁷⁹ - % del PIL

	1990	1999	2004	Δ 1999-2004	Δ 1990-2004
Austria	1,8	2,9	2,8	-0,1	1,0
Belgio (1)	1,8	2,0	2,9	0,9	1,1
Danimarca (2)	1,4	1,5	1,5	0,0	0,1
Finlandia	1,5	1,6	1,8	0,2	0,3
Francia	2,0	2,2	2,3	0,1	0,3
Germania	2,0	2,0	2,4	0,4	0,4
Grecia	3,4	4,5	4,7	0,2	1,3
Irlanda	1,7	1,4	1,5	0,1	-0,2
ITALIA	1,6	2,1	2,2	0,1	0,6
Lussemburgo	0,4	0,4	0,8	0,4	0,4
Olanda	2,5	2,8	3,5	0,7	1,0
Portogallo	2,1	2,8	2,7	-0,1	0,6
Spagna	1,4	2,0	2,4	0,4	1,0
Svezia	0,8	1,2	1,4	0,2	0,6
Regno Unito	1,0	1,4	1,1	-0,3	0,1
media	1,7	2,1	2,3	0,2	0,6

Fonte:elaborazioni degli autori su OCSE, "Health Data 2006"

(1) L'intervallo è 1995-2005

(2) L'intervallo termina al 2002

⁷⁸ Spesa pubblica complessiva, corrente e in conto capitale.

⁷⁹ Pagamenti complessivi a carico dei cittadini.

Tavola 14 - Spaccato per fonti di finanziamento private - % del totale

% spesa sanitaria privata	1990			2004		
	spesa out of pocket	spesa istituzionalizzata		spesa out of pocket	spesa istituzionalizzata	
		fondi sanitari e assicurazioni	associazioni assistenziali (laiche / religiose)		fondi sanitari e assicurazioni	associazioni assistenziali (laiche / religiose)
Francia	48,7	46,9	4,4	42,2	53,5	4,3
Germania	46,8	30,4	22,8	47,9	40,2	11,9
ITALIA	73,0	3,0	24,0	83,3	3,8	12,9
Spagna ⁽¹⁾	83,0	14,1	2,9	82,0	14,9	3,1
Regno Unito	64,0	19,9	16,1	n.a.	n.a.	n.a.
Stati Uniti	33,0	56,6	10,4	25,3	66,0	8,7
media UE-15 ⁽²⁾	68,3	20,5	11,2	66,9	22,0	11,1

Fonte:elaborazioni degli autori su OCSE, "Health Data 2007"

(1) Al 2000 invece che al 2004; inoltre, al 1990, lo spaccato della spesa istituzionalizzata è ottenuto applicando le stesse percentuali con cui le due voci si suddividono nel 2004

(2) Media sui dati disponibili (11/15)

In Italia, la spesa privata consiste per la maggior parte in pagamenti diretti (*out of pocket*) dei cittadini: una quota del 73 per cento nel 1990 è divenuta di oltre l'83 per cento nel 2004. Di particolare rilievo è la fonte delle associazioni assistenziali laiche e religiose: il dato è il più alto nel 1990 (24 per cento), rimane il più alto (12,9) nel 2004. Componente di gran lunga minoritaria è, invece, quella delle fonti organizzate sul mercato, sia i fondi sanitari (secondo pilastro) che le assicurazioni sanitarie (terzo pilastro): dal 3 per cento del 1990 si passa al 3,8, con un incremento di portata trascurabile.

Tutt'altra struttura di finanziamento emerge nei principali *Partner* UE e nella stessa media UE. Altrove, fondi e assicurazioni coprono una quota molto più elevata e in rafforzamento tra il 1990 e il 2004. Francia e Germania vi affidano rispettivamente il 54 e il 40 per cento della spesa. Persino il Regno Unito, dove è lunga la tradizione del *NHS* universalistica à la *Beveridge*, già nel 1990 si affida a fondi e assicurazioni per coprire il 57 per cento della spesa privata (non è disponibile il dato al 2004). Ma anche la Spagna, che forse è l'esempio "culturalmente" più vicino all'Italia, copre la spesa privata con oltre il 14 per cento di risorse derivanti dal canale dei fondi e delle assicurazioni nel 1990, percentuale che aumenta a quasi il 15 nel 2004.

Nel confronto internazionale, l'Italia appare polarizzata tra l'estremo della spesa *out of pocket* e quello dell'associazionismo a scopo mutualistico/caritatevole. Di fronte alla crescita che la spesa sanitaria lascia prevedere nelle prossime decadi (per il combinarsi di driver lato domanda e lato offerta), questo assetto si dimostra impreparato: l'interessamento delle risorse private sta avvenendo o chiamando in causa direttamente i redditi disponibili, senza nessun "filtro" per tener conto delle condizioni economiche e sanitarie del singolo e della famiglia, oppure su una base volontaristica che non risponde a un disegno sistemico.

Nel primo caso, si perde il governo delle effetti distributivi della ricomposizione pubblico-privato della spesa. Un problema, questo, che il dibattito di *policy* in Italia aveva già approcciato quando, nelle proposte di riforma del *welfare system* verso l'universalismo selettivo emerse alla fine degli anni Novanta, si ipotizzò il ricorso ad un unico indicatore (l'ISE – indicatore di situazione economica) per graduare la compartecipazione del cittadino ai beni e ai servizi finanziati dal pubblico, oppure (a seconda dei casi) per individuare la platea di beneficiari delle prestazioni pubbliche. Quel filone di riforma si è concretizzato solo in parte, e l'ISE trova oggi applicazione solo per un numero limitato di

prestazioni mentre nelle intenzioni avrebbe dovuto avere un raggio molto più ampio (coprendo, per esempio, tutto il comparto sanitario-farmaceutico)⁸⁰.

Nel secondo caso, il rimedio di natura volontaristica e associativa rischia di ripresentare nel privato la frammentazione e il corporativismo che storicamente hanno contraddistinto il *welfare system* italiano e che lentamente si tenta di superare⁸¹. Lasciare che, di fronte al trasferimento di quote di spesa dal pubblico-privato, la funzione di coesione sociale si ricostituisca soltanto eventualmente e per gruppi, espone al rischio di forti differenziazioni nell'accesso alle prestazioni. Se ci si abbandona ad una soluzione di questo genere, contemporaneamente si rinuncia ad affrontare il problema della compatibilità della spesa pubblica e del coinvolgimento del finanziamento privato all'interno di un progetto organico di sistema *multipillar* in cui trovi precisa e fondante collocazione - in un contesto diverso dal pubblico - l'obiettivo della redistribuzione e dell'equità.

Appare necessario superare i veti ideologici che ancora permangono in Italia sullo sviluppo dei pilastri privati nella sanità come nelle pensioni, e concentrare l'attenzione sul disegno normativo, dalle modalità organizzative (finanziamento, accesso alle prestazioni, sicurezza, etc.) all'incentivazione fiscale, in modo tale da assegnare al finanziamento privato un ruolo di cooperazione col pubblico e di completamento del *welfare system*.

4.2 Le ragioni del *multipillar*

Le ragioni alla base di un impianto multipilastro nel finanziamento della sanità si sovrappongono - *mutatis mutandis* - a quelle a favore del multipilastro in ambito pensionistico⁸².

Il dibattito sui collegamenti tra regole pensionistiche e funzionamento del mercato lavoro (*turnover*, prolungamenti volontari della vita attiva, pensionamento in regime di cumulo, produttività, etc.), uno dei elementi che ha spinto alla riforma del 1995 verso il criterio di calcolo contributivo nozionale (Legge n. 335/1995), ha un equivalente nella sanità-farmaceutica nel dibattito sulle compartecipazioni. Al pari delle regole pensionistiche neutrali sul piano-finanziario attuariale (il sistema "Dini" a regime), anche il *copayment* mira a responsabilizzare il singolo destinatario delle prestazioni nelle sue scelte, di lavoro/produttività nel caso di pensioni, di consumo di beni e servizi finanziati pubblicamente nel caso di sanità e farmaceutica (o di qualsivoglia altra prestazione erogata o finanziata dal pubblico). E così come è chiaro nel dibattito che la perfetta neutralità delle pensioni pubbliche deve esser accompagnata da un rafforzamento degli istituti redistributivi-assistenziali (è la prospettiva dell'universalismo selettivo), anche nel caso delle compartecipazioni c'è un sicuro *trade-off* tra efficienza ed equità che va governato, con la previsione di esenzioni/abbattimenti a seconda delle condizioni economiche e sanitarie del singolo e della famiglia⁸³.

Ma al di là dell'allineamento delle regole che presiedono agli istituti del *welfare system* con gli incentivi individuali, la diversificazione delle fonti di finanziamento di pensioni e sanità è accomunata da una ragione di sostenibilità macroeconomica che va al di là dei miglioramenti di efficienza raggiungibili nella gestione. Nella Relazione conclusiva della "Commissione Onofri" di cui proprio quest'anno cade il decennale - la Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale (1997) - si legge che "[...] da una permanente azione di efficientamento e risparmio [ci si può attendere solo] un rallentamento del peso della spesa sanitaria pubblica sul

⁸⁰ Cfr. Sestito-Tangorra (2007), "Rapporto ISE 2006", <http://www.solidarietasociale.gov.it/NR/rdonlyres/52556F3B-B2FD-4C6A-9870-9F529DE72F1F/0/rapportoise2006.pdf>.

⁸¹ Cfr. Pammolli-Salerno (2007), "Nuove pensioni per un nuovo welfare", su www.cermlab.it.

⁸² Per una loro sintetica disamina, cfr. Pammolli-Salerno (2007), "Il sistema pensionistico: quale riforma?", sta in "Dieci anni dopo la 'Commissione Onofri'", a cura di Luciano Guerzoni, <http://www.astrid-online.it/Amministra/-Commissione/La-riforma/index.htm>.

⁸³ Cfr. Pammolli-Salerno (2006), "Il copayment a difesa del sistema sanitario universale", Nota CERM n. 8-06.

PIL, ma difficilmente una sua stabilizzazione [...]". E sulla scorta di questa riflessione la Commissione auspica lo sviluppo dei pilastri privati organizzati in sanità, come passaggio ineludibile per riuscire, nel contempo, a far mantenere alle fonti di finanziamento il passo con le richieste di spesa, e a confermare l'universalismo selettivo del sistema pubblico sulle prestazioni integranti livelli essenziali.

Come il sistema pensionistico pubblico, anche il sistema sanitario pubblico si finanzia a ripartizione, ovvero raccogliendo anno per anno risorse tramite la fiscalità generale⁸⁴ (le fonti previste dal Decreto Legislativo n. 56/00). Di fronte alla intensa dinamica della spesa, superiore a quella attesa dal sistema pensionistico, il solo canale pubblico a ripartizione farà sì che una quota crescente dei redditi prodotti anno per anno venga assorbita dal finanziamento della sanità (e delle pensioni se l'applicazione rigorosa della riforma del 1995 continua ad essere posticipata⁸⁵), generando effetti disincentivanti su offerta/domanda di lavoro e su investimenti/produzione. Il rallentamento della crescita che ne deriverebbe renderebbe ancora più critici i vincoli di bilancio entro cui deve muoversi il finanziamento del SSN, a detrimento non solo del perimetro di prestazioni coperte (i LEA sanitari e i farmaci inclusi in fascia "A"⁸⁶), ma soprattutto della funzione redistributiva e coesiva che è fondante per il sistema sanitario pubblico. Il finanziamento a capitalizzazione correggerebbe la dinamica del sistema, creando - esattamente come per le pensioni - un collegamento diretto tra i risparmi e le agevolazioni fiscali che li sostengono da un lato e, dall'altro, gli investimenti in capitale produttivo. Il bilanciamento pubblico-privato delle fonti di finanziamento incide endogenamente sulla crescita economica e sulle risorse disponibili per finanziare le prestazioni⁸⁷.

La strada dell'universalismo selettivo e quella dello sviluppo dei pilastri privati a capitalizzazione sono interconnesse. L'applicazione di schemi responsabilizzanti di compartecipazione ai costi è tanto più percorribile se la quota a carico del cittadino tiene conto delle sue caratteristiche economiche e sanitarie⁸⁸, e se, invece di scaricarsi direttamente sui redditi disponibili, può avvalersi del capitale in maturazione in piani di risparmio *ad hoc* sostenuti da agevolazioni coerenti con il principio della progressività che ispira la fiscalità generale.

L'alternativa, è di vedere la gratuità per tutti delle prestazioni del *welfare* divenire sempre più un simbolo di forma, dietro il quale negli anni si nasconderà un sistema reale con crescenti difficoltà a fornire prestazioni adeguate, in quantità e qualità. La sfida per il nuovo governo della spesa sanitaria consiste nel combinare in maniera organica tre tasselli che sinora sono stati sottovalutati, proprio perché i vincoli di spesa non sono apparsi prioritari:

- la definizione operativa dei livelli essenziali, coerente con la disponibilità aggregata di risorse;
- la responsabilizzazione individuale, coerente con la disponibilità e le necessità del singolo;
- lo sviluppo del canale di finanziamento privato organizzato a capitalizzazione, complementare al pubblico nella copertura degli *extra* LEA e delle compartecipazioni.

Per tutto quanto argomentato sinora nel Rapporto, l'implementazione di questi tasselli deve essere vista come parte integrante del federalismo solidale, perché non è praticabile la responsabilizzazione delle Regioni sugli obiettivi finanziari e reali, senza che siano previste risorse adeguate alle funzioni.

⁸⁴ La spesa sanitaria pubblica non può che finanziarsi a ripartizione, dal momento che copre prestazioni che devono rivolgersi a tutti i cittadini, indipendentemente da qualificazioni contributive (è il grande pregio della riforma del 1978).

⁸⁵ Come nel Protocollo di intesa tra Governo e Sindacati del Luglio u.s., recepito dalla Legge n. 247 del 24 Dicembre 2007.

⁸⁶ Si pensi alle prestazioni ad elevato contenuto tecnologico, che sono quelle più costose ma anche quelle più efficaci nel risolvere le patologie permettendo anche successivi risparmi, ma solo una volta rese disponibili a tutta la cittadinanza. Si pensi ai farmaci biotecnologici (soprattutto gli antitumorali) che adesso si stanno affacciando sul mercato. Oppure alle prestazioni per i non autosufficienti, per le quali è probabile che le richieste aumentino di pari passo con l'allungamento della vita.

⁸⁷ A tale proposito, si consideri che negli ultimi anni si sono rafforzati i segnali di una sottocapitalizzazione del sistema produttivo italiano con effetti riduttivi sul tasso di crescita potenziale del PIL (*cf.* analisi nei capitoli 3. e 4. del DPEF 2007-2011).

⁸⁸ Arrivando anche alla completa gratuità, ma laddove ne ricorrono le motivazioni.

Una critica che sovente è mossa sia al ricorso alle compartecipazioni che allo sviluppo dei pilastri privati (alla diversificazione pubblico-privato della spesa) è quella che il *welfare system* non è un “costo sociale” ma uno strumento di progresso, con effetti endogeni pervasivi sulla crescita economica, soprattutto attraverso l’innalzamento del capitale umano. Anche in questo caso, è forte la similitudine tra il capitolo delle pensioni e quello della sanità. È fuori di dubbio che il *welfare system* non è un “costo sociale” ma una istituzione fondamentale nello sviluppo civile ed economico. Proprio per questa ragione è necessario disporre di una sua *governance* che sia all’altezza di combinare, sulla base di scelte positive e di programmi, l’obiettivo della sostenibilità con quello dell’adeguatezza/equità, per non subire passivamente, come sta avvenendo e come si prospetta, la crescita della spesa a carico dei singoli cittadini.

4.3 Lo status quo della normativa italiana e una proposta: il fondo *welfare*

Nonostante le tante similitudini macroeconomiche con il capitolo della spesa pensionistica, se si guarda al peso che nel dibattito e negli interventi legislativi è stato dato, negli ultimi anni, ai pilastri privati in sanità, rispetto a quelli pensionistici, ci si accorge della diversa attenzione. Per le pensioni, anche se il livello di sviluppo dei pilastri è ancora insufficiente e l’inquadramento organizzativo e fiscale non può dirsi completato⁸⁹, si è arrivati nel 2005 alla “Disciplina delle forme pensionistiche complementari”, il D. Lgs. n. 252 che, pur con alcuni limiti dovuti all’attività di riforma ancora in corso, aspira alla forma di un testo unico. In particolare, dal 1993 (anno in cui il Legislatore ha creato i fondi pensione di diritto italiano con il Decreto Legislativo n. 124), diversi sono stati gli interventi che si sono succeduti e lo stesso smobilizzo del TFR (trattamento di fine rapporto) - con il connesso problema delle compensazioni alle imprese - si è posto in relazione allo sviluppo dei pilastri privati pensionistici. Anche i progressi nel controllo istituzionale e nella regolazione della gestione/diversificazione del portafoglio si sono mossi soprattutto dalle esigenze dello sviluppo dei pilastri pensionistici, con la creazione oltretutto di una autorità dedicata ai fondi pensione (la COVIP)⁹⁰.

Per la sanità, il tema è affrontato in maniera molto più frammentata e anche con minor risalto informativo. La Legge n. 133 del 13 Maggio del 1999, all’articolo 10 (non a caso intitolato “*Disposizioni in materia di federalismo fiscale*” a sottolineare, implicitamente, il collegamento tra *governance* della sanità e trasformazione federalista), delegava il Governo a rivedere il regime fiscale “*dei contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati a enti o casse*”, al fine di garantire una agevolazione a favore dei fondi integrativi del SSN rispetto ai fondi non rispondenti a questa caratteristica. Per fondo integrativo del SSN, si deve intendere quello che si pone in logica complementarità con il SSN, coprendo o le prestazioni non erogate dal SSN (gli *extra* LEA) o le compartecipazioni ai costi dei LEA (articolo 9 del Decreto Legislativo n. 502 del 30 Dicembre 1992).

La delega è stata raccolta dal Decreto Legislativo n. 41 del 18 Febbraio 2000 che, bene interpretandone la sostanza, prevede soglie di deducibilità annuali dal reddito assoggettato ad imposizione personale crescenti nel tempo sino a stabilizzarsi a 2.066 Euro dal 2008 in poi per i cosiddetti fondi “doc” (complementari al SSN), e decrescenti sino a stabilizzarsi a 1.808 Euro dal 2008 in poi per i fondi “non doc” (non necessariamente complementari, come la maggior parte delle casse aziendali preesistenti). In questo modo veniva avviato, con l’incentivo fiscale, un processo di convergenza verso gli

⁸⁹ In particolare, l’impianto fiscale riformato nel 2005 presenta numerose criticità, e tra queste la marca regressività, nella fase di contribuzione ma soprattutto in quella di accesso ai benefici. Per una sintesi incisiva, cfr. “*Quel vantaggio molto fiscale*”, di Riccardo Cesari, Giuseppe Grande e Fabio Panetta, su www.lavoce.info.

⁹⁰ Cfr. la procedura di consultazione pubblica per il varo della nuova disciplina sui limiti agli investimenti e sui casi di conflitto di interessi per i fondi pensione (<http://www.dt.tesoro.it/Aree-Docum/Regolament/Consultazi5/index.htm>).

strumenti complementari al SSN, rispondente - sia pure con aspetti migliorabili - a quel disegno di sistema invocato nel precedente paragrafo⁹¹.

Dalla data del D. Lgs. n. 41/2000, nessun fondo “doc” ha visto luce, e le leggi finanziarie che si sono succedute hanno costantemente confermato, in deroga al 41/2000, una soglia di deducibilità annuale di 3.615,20 Euro per i fondi “non doc”, per evitare penalizzazioni dei cittadini a causa della lentezza del Legislatore.

Le ragioni del mancato decollo sono diverse:

- è mancata la decretazione attuativa (richiesta dal comma 8 dell’articolo 9 del D. Lgs. n. 502/92)⁹²;
- la stessa definizione operativa dei LEA e delle compartecipazioni del privato cittadino ai loro costi, necessaria per stabilire la sfera di complementarietà, è rimasta elusa nelle difficoltà sorte con l’avvio della transizione federalista (a poco meno di un anno di distanza dal D. Lgs. n. 41/2000);
- con la decretazione attuativa, è mancata anche una riflessione sulla possibile differenziazione tra fondi “passacarte” (la maggior parte oggi esistente) che stipulano per conto degli iscritti polizze assicurative contro i rischi sanitari (generalmente polizze collettive), e fondi che finanziano le prestazioni degli iscritti attraverso il montante dei loro contributi gestiti sul mercato da operatori specializzati (il modello dei fondi pensione).

La Legge Finanziaria per il 2008 tenta, al comma 197 dell’articolo 1, di far compiere un passo avanti alla normativa, innalzando la soglia di deducibilità fiscale dei fondi “doc” a 3.615,20 Euro, e chiamando il Ministero della Salute ad emanare, entro sessanta giorni dall’approvazione della manovra, un decreto che specifichi in termini operativi gli ambiti di intervento propri del fondo “doc”. Nonostante vada nella direzione corretta, il passo non appare poter esser risolutivo: innanzitutto, per rendere efficace l’incentivo fiscale al “doc”, i decreti ministeriali attuativi dovrebbero sopraggiungere tempestivamente, per evitare che l’agevolazione fiscale al “non doc” continui ad essere confermata al livello massimo nei prossimi anni (anche per il 2008, il comma 198 della Finanziaria proroga la soglia di 3.615,20 Euro per la deducibilità dei contributi ai “non doc”); anche se questo avvenisse, il duplice obiettivo, di promuovere il finanziamento privato complementare al SSN e di non disperdere la *tax-expenditure*, suggerirebbe di individuare una sola tipologia di fondo destinataria di agevolazioni fiscali (quella che meglio risponde al disegno sistemico complessivo); la definizione dell’ambito operativo, poi, tocca inevitabilmente quella della definizione operativa dei LEA e delle compartecipazioni, che va affrontata come non lieve componente della trasformazione federalista; e anche se per l’ambito operativo si può ipotizzare una definizione di prima stesura, da aggiornare di pari passo con l’evoluzione dei rapporti Stato-Regioni e della regolazione settoriale, così non può essere per le modalità di funzionamento dei fondi “doc”, a meno di non supporre che essi seguano tutti il vecchio modello “passacarte” con acquisto di polizza assicurativa.

In realtà, se si analizzano più approfonditamente sia le finalità dei pilastri privati pensionistici e sanitari (i *second pillar* basati sui fondi e i *third pillar* basati sulle assicurazioni individuali), sia le differenze e le disomogeneità esistenti nell’attuale quadro normativo, emergono alcuni elementi che suggeriscono di riflettere sulla possibilità di una convergenza dello strumento pensionistico e di quello sanitario, soprattutto per quanto riguarda i fondi, che della semplificazione e della standardizzazione fanno leve importanti nell’abbattimento dei costi. Se questa strada si rivelasse praticabile, i fondi “doc” potrebbero mutuare l’assetto organizzativo dei fondi pensione o, meglio, le

⁹¹ Cfr. articolo 10 (“Oneri deducibili”) del “Testo unico delle imposte sui redditi”.

⁹² Cfr. documento di audizione dell’ANIA di fronte alle Commissioni V della Camera dei Deputati e V del Senato della repubblica, riguardo il DPEF 2007-2011, <http://www.ania.it/home/AudizioneANIA-DPEF2007-2011.pdf>.

due prestazioni, la pensionistica e la sanitaria, potrebbero far capo ad uno stesso soggetto giuridico identificabile come fondo *welfare*⁹³.

La normativa vigente permette già o non impedisce (a seconda dei casi) che il fondo pensione persegua finalità sanitarie tramite lo smobilizzo di una percentuale prefissata del capitale in maturazione, l'inserimento nel patrimonio del fondo di una polizza sanitaria coprente la collettività dei partecipanti da eventi in corso vita lavorativa, l'acquisto, attraverso il capitale maturato a scadenza, di una polizza *long-term care* coprente la collettività dal rischio di non autosufficienza⁹⁴. Affinché non rimangano obbligatoriamente fermi al modello "passacarte", anche per i fondi sanitari, come per i fondi pensione, la normativa secondaria di attuazione dovrà prevedere il disegno di una *governance* (organi statutari, modalità di contribuzione, di gestione del patrimonio, etc.) e, in particolare, specificare i criteri di affidamento dei contributi degli iscritti ad intermediari finanziari professionali, per la massimizzazione della loro accumulazione finalizzata al finanziamento delle prestazioni sanitarie di volta in volta richieste. È qui che sorgerebbe quella connessione diretta tra risparmio di lungo termine, mercato dei capitali e crescita, che costituisce una delle finalità del riequilibrio tra componenti pubbliche e private nel finanziamento delle prestazioni sanitarie (così come delle pensionistiche). Inoltre, non si può trascurare che sia i fondi sanitari che i fondi pensione fanno appello (i primi virtualmente, i secondi già di fatto), "contendendosele", alle stesse fonti di finanziamento: i contributi dei lavoratori dipendenti e delle imprese *sponsor*, i contributi del cittadino indipendentemente dal rapporto di lavoro dipendente, gli accantonamenti futuri del TFR smobilizzato.

Alla luce degli argomenti richiamati, potrebbe rivelarsi utile la creazione di quel soggetto giuridico, il fondo *welfare*, in grado di perseguire nel contempo le finalità pensionistiche e sanitarie. Si possono intravedere tre ordini di vantaggi interrelati: fiscali, di contenimento dei costi, di razionalizzazione/flessibilizzazione del funzionamento.

Per i vantaggi fiscali, andrebbero considerate:

- la possibilità di differenziare l'incentivazione per tipo di strumento: collettivo (fondo) o individuale (polizza assicurativa), e complementare o meno al sistema pubblico di base;
- la maggiore intelligibilità degli effetti distributivi e della destinazione finale del costo fiscale delle incentivazioni
- come conseguenza dei due punti precedenti, la maggiore efficacia dell'incentivazione fiscale per tutti i soggetti chiamati a contribuire⁹⁵.

In particolare, ad oggi la normativa prevede un trattamento fiscale differente per i fondi sanitari e per le polizze assicurative individuali a finalità sanitaria⁹⁶. Questa differenziazione tra tipologie di strumenti, che la riforma del 2000 ha rimosso in ambito pensionistico (i fondi sono perfettamente equiparati alle polizze assicurative a finalità pensionistica), potrebbe essere rivisitata e reimpostata nella prospettiva del fondo *welfare*, in modo tale da ottimizzare la capacità incentivante della *tax-expenditure* entro i vincoli di bilancio della finanza pubblica. Soprattutto in fase di sviluppo dei pilastri privati, potrebbe risultare determinante concentrare il *favor legis* sugli strumenti collettivi perché, da un lato, saranno questi a cui con più probabilità si rivolgeranno le platee ampie del lavoro

⁹³ Cfr. Pammolli-Salerno (2004), "Fondi pensione e fondi sanitari: prove tecniche di convergenza", Nota CERM n. 1-04, su www.cermlab.it

⁹⁴ Cfr. Decreto Legislativo n. 252 del 5 Dicembre 2005 nella banca dati legislativa del CERP, <http://cerp.unito.it/dataandlaws/italianlaws>.

⁹⁵ Sul punto, cfr. Pammolli-Salerno (2004), "Incentivazione della previdenza privata e contenimento della tax expenditure", Nota CERM n. 5-04, su www.cermlab.it.

⁹⁶ I premi corrisposti alla società di assicurazione non sono né deducibili né detraibili ai fini fiscali ma, in caso di evento avverso, sia le spese coperte dal contratto assicurativo sia quelle pagate direttamente dal cittadino sono detraibili del debito annuo d'imposta per una quota del 19 per cento e al netto di una franchigia si 129,11 Euro. Cfr. combinato disposto degli articoli 10 e 15 del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre n. 917 del 1986.

dipendente e dei redditi medio-bassi e, dall'altro, perché le polizze, potendo contare su componenti di servizio *ad personam*, meno necessitano dell'incentivazione fiscale.

Questa soluzione - che rimane comunque da vagliare in maniera più approfondita - non costituirebbe né una discriminazione tra cittadini fruitori, sempre liberi di aderire a questa o a quella forma integrativa privata, né tra operatori finanziari, dal momento che (articolo 6 del D. Lgs. n. 252/2005) le compagnie di assicurazione sono tra i soggetti deputati alla gestione patrimoniale dei fondi e alla trasformazione del montante finale in rendita pensionistica, e, soprattutto, sono le uniche con cui è possibile stipulare contratti di copertura da rischi specifici, come i fondi possono scegliere di fare a favore dell'iscritto sia nella fase di contribuzione (es. copertura sanitaria sia per piccoli che per grandi eventi) che in quella di quiescenza (es. una *long-term care*).

Il disegno oculato della fiscalità del fondo *welfare* è una leva importante per bilanciare l'obiettivo della sostenibilità della spesa con quello redistributivo/equitativo. È la via per riproporre, in un contesto *multipillar* con componente privata a capitalizzazione, quelle caratteristiche di coesione e sostegno che ispirano il SSN.

Dal punto di vista operativo, il fondo *welfare* aprirebbe possibilità di abbattimenti dei costi di amministrazione e, soprattutto, renderebbe possibile una gestione integrata dei flussi finanziari (altrimenti separati tra contratti pensionistici e contratti sanitari), in grado di sfruttare al massimo i benefici della capitalizzazione composta sugli orizzonti temporali medio-lunghi e di attuare un'ampia diversificazione del rischio.

Per quanto riguarda, infine, il funzionamento e l'erogazione delle prestazioni, l'assolvimento di entrambe le funzioni, quella pensionistica e quella sanitaria, potrebbe essere garantito in condizioni di maggiore flessibilità, efficienza ed efficacia:

- il montante in maturazione all'interno del fondo potrebbe essere smobilizzabile nel corso della vita lavorativa del partecipante, entro i limiti e per le finalità specifiche individuate dal Legislatore, per far fronte a spese sanitarie individuali e dei familiari;
- ad esempio, si potrebbe prevedere la disponibilità di una limitata quota annuale del montante a copertura delle compartecipazioni ai costi dei LEA;
- per i grandi eventi *extra* LEA si potrebbe, invece, prevedere di inserire tra gli *asset* del fondo una copertura assicurativa collettiva per tutti gli iscritti;
- utilizzando una parte del montante maturato a scadenza e fruibile *una-tantum* in forma di capitale, il fondo potrebbe stipulare una polizza sanitaria collettiva di tipo *long-term care* per l'intera platea dei partecipanti in quiescenza;
- poiché uno degli aspetti ritenuti meno soddisfacenti per i fondi pensione è proprio la rigidità della suddivisione delle prestazioni a scadenza tra rendita e capitale *una-tantum*, si potrebbe consentire la richiesta di prestazioni più elevate in forma di capitale da parte di coloro che, aderendo alla polizza collettiva *long-term care*, già onorano parte della funzione previdenziale pura associata alla rendita e non assolta dal capitale;
- la diffusione di polizze sanitarie collettive, sia coprenti eventi in corso vita lavorativa che di tipo *long-term care* per la quiescenza, avrebbe il duplice vantaggio di abbattere i costi di contrattazione individuale e di limitare le distorsioni dovute alla selezione avversa e allo *screaming*;
- gli effetti virtuosi descritti al punto precedente sarebbero rinforzati se il fondo, pur rimanendo volontario nell'adesione, avesse l'obbligo normativo di acquisire le polizze collettive, perché in tal caso il rischio sanitario sarebbe sicuramente diffuso su una platea

molto differenziata (una sorta di vantaggio del bene congiunto pensione-sanità, piuttosto che dei due beni separati)⁹⁷;

- inoltre, con il fondo *welfare* si creerebbe una endogena responsabilizzazione nei confronti del consumo di prestazioni sanitarie, laddove le risorse non adoperate per la sanità continuano ad accumularsi all'interno del conto di capitalizzazione individuale a formare i benefici per la pensione, riducendo così la possibilità di *moral hazard*.

In conclusione, l'ipotesi di un soggetto nuovo come il fondo *welfare* potrebbe, assieme al dosaggio di vincoli normativi e incentivazioni fiscali, rappresentare la via per rimuovere gli ostacoli che ancora impediscono lo sviluppo del pilastro privato collettivo sanitario e dare nuovo impulso anche allo sviluppo dei fondi pensione.

È necessario che il dibattito si strutturi adesso, prima che, sia a livello normativo che a livello operativo, ci si incammini su due strade diverse (sanità/pensioni); e, soprattutto, prima che il Legislatore rimetta mano alla normativa fiscale delle pensioni complementari a cui la riforma del 2005 ha tolto coerenza sia con i principi della fiscalità generale (le agevolazioni si rivolgono in maggior proporzione alle fasce medio-alte di reddito), sia col disegno di un sistema di *welfare* multipilastro in cui pubblico e privato proficuamente cooperino (nella irrazionalità della fiscalità si perde il disegno di combinazione tra pilastro pubblico di base e pilastro privato aggiuntivo). Sarebbe, in questo modo, possibile definire la fiscalità del fondo *welfare* tenendo conto delle diverse prestazioni che esso, direttamente e indirettamente, dovrebbe fornire. Ci si augura che gli spunti presentati possano essere raccolti prima per approfondimenti tecnici e poi per eventuali proposte di *policy*.

⁹⁷ A fronte di rilevante incentivazione fiscale, è accettabile/condivisibile l'esigenza di una cornice regolatoria che promuova le soluzioni in grado di produrre i migliori risultati sistemici.

PARTE II

Un esempio dalla Farmaceutica

Nei primi capitoli del Rapporto si sono evidenziati i molteplici punti di incompletezza dell'attuale contesto federalista, che si riflettono sui capitoli di spesa pubblica condivisi tra Stato, Regioni ed Enti Locali o delegati dallo Stato ai sottolivelli di governo.

Si è sottolineata, in particolare, l'assenza del coordinamento dei programmi e delle azioni di politica economica, a causa sia del disegno istituzionale ancora in fase di costruzione, sia della carenza di strumenti idonei a dar fondamento all'interazione politica e a finalizzarla. Tra questi, gli strumenti che, valorizzando i dati economico-sociali territoriali, permettono comparazioni di *performance* tra Regioni, tra Enti Locali, etc., oppure permettono valutazioni d'impatto delle diverse scelte regolatorie, o semplicemente aiutano a sintetizzare la varietà delle statistiche focalizzando gli aspetti più importanti.

Si è sostenuto come dietro il riferimento agli standard di svolgimento delle singole funzioni di governo - portato in primo piano dal recente Ddl interpretativo dell'articolo 119 della Costituzione - ci siano questi elementi: non matrici parametriche di costi & quantità efficienti (operazione programmatoria velleitaria) e di proporzioni precostituite tra voci di bilancio, ma un nuovo *modus governandi*, fatto di *benchmarking* relativo previa disegno di una cornice regolatoria capace di incentivare tutti gli operatori, pubblici e privati, ai comportamenti migliori.

Si sceglie adesso di fare *focus* sul capitolo della spesa farmaceutica territoriale convenzionata, per portare un esempio concreto di strumento a supporto della *governance* federalista: il modello *FarmaRegio*, che si va a descrivere, può essere il primo tassello di una base informativa per dare oggettività all'interazione politica, con possibilità di esportare la metodologia e l'impianto anche in altri capitoli di spesa, dopo la loro contestualizzazione.

Il decreto collegato alla Legge Finanziaria per il 2008 ripropone, rimodulandoli, i tetti percentuali di spesa sulla farmaceutica territoriale ed ospedaliera rispetto al finanziamento a programma della spesa sanitaria pubblica. Quali *benchmark* possono, nel prossimo futuro, rimpiazzare questi tetti e divenire punto di riferimento per il coordinamento della politica economica settoriale tra Stato e Regioni?

5. Che cosa spiega la variabilità interregionale?

La spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN mostra una rilevante eterogeneità interregionale. La sua analisi è il primo passo per esaminare le ipotesi di riforma della *governance* e, in particolare, dell'attribuzione di responsabilità allo Stato e alle Regioni, soprattutto in un contesto, come quello italiano, in cui il federalismo deve mantenere caratteristiche di coesione e solidarietà territoriale.

5.1 La scomposizione della crescita della spesa e il *driver* delle quantità

L'analisi empirica non può prescindere, innanzitutto, dall'osservazione dei fattori sottostanti la recente dinamica della spesa a livello aggregato. La *Figura 1* distingue le tre componenti della crescita della spesa farmaceutica territoriale convenzionata sull'arco di tempo 2001-2006 (fonte OSMED):

- il rapporto tra le *ddd* consumate nell'anno corrente e quelle dell'anno precedente (effetto quantità),
- la variazione dei prezzi (effetto prezzi),
- il rapporto tra il costo medio per *ddd* nell'anno corrente e quello dell'anno precedente, entrambi valutati ai prezzi dell'anno corrente (effetto *mix*)⁹⁸.

Tutti gli anni considerati sono accomunati dall'andamento elevato dei volumi, che si conferma sempre il *driver* maggiore, tranne che nel 2003 quando è sovrastato dall'effetto *mix* (peraltro dello stesso segno positivo). Dopo il picco del 2001 (+17,4 per cento), fatto registrare a seguito dell'abolizione del *ticket* sui farmaci a livello nazionale, gli incrementi più consistenti sono stati rilevati nel 2004 (+9,8 per cento) e nel 2006 (+7,8 per cento).

Tra il 2000 ed il 2006, il numero di *ddd* per mille abitanti è cresciuto di oltre il 47 per cento, mentre il numero di ricette del 43,3 per cento. Una dinamica che, se si protrae a questi ritmi, porterebbe a più che raddoppiare il consumo di farmaci tra il 2000 e il 2010.

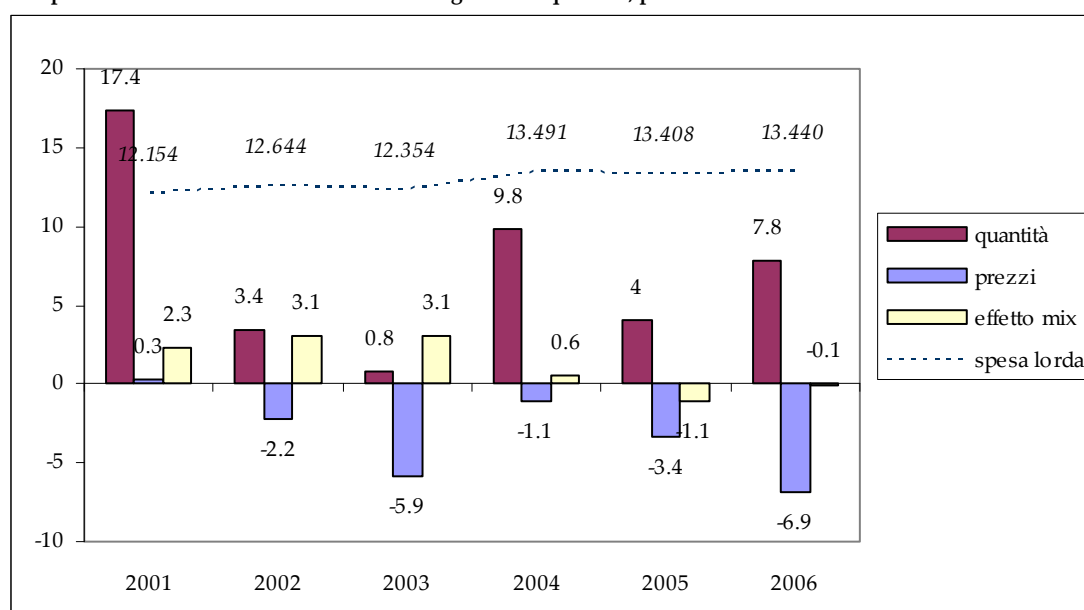
L'effetto dei volumi è stato in genere aggravato dall'effetto *mix*. Solo nel 2005 si è registrato un risparmio di spesa (-1,1 per cento) imputabile al ricorso agli equivalenti più economici, mentre nel 2006 si è quasi completamente annullato (-0,1 per cento). Negli altri anni, invece, l'effetto *mix* ha causato un aumento di spesa, e così è stato anche nei primi nove mesi del 2006 (+1,3 per cento). Evidenza, nel contempo, delle resistenze della domanda a scelte *cost-effective* e delle difficoltà di diffusione dei prodotti più economici equivalenti.

A compensare i due *driver* quantità e *mix* c'è l'effetto prezzi che, eccezion fatta per il 2001 in cui assume un valore positivo ma contenuto (+0,3 per cento), negli anni a seguire si muove sempre in controtendenza (dal -5,9 per cento del 2002 al -6,9 per cento del 2006). È la conseguenza della politica di contenimento della spesa attuata tramite tagli dei listini e revisioni restrittive del Prontuario Farmaceutico Nazionale (con l'applicazione del cosiddetto "*cut-off*" nel 2003 e nel 2005)⁹⁹.

⁹⁸ Per il dettaglio analitico della scomposizione, cfr. OSMED (2006), "*L'uso dei farmaci in Italia*", [http://www.agenziafarmaco.it/aifa/servlet/wscs_render_attachment_by_id/111.124256.1150984099521.pdf?id=111.113375.1150959209567].

⁹⁹ Il decreto legge collegato alla Legge Finanziaria per il 2008 introduce il *pay-back* in luogo degli interventi diretti sui prezzi. Per una discussione critica, cfr. Pammolli-Salerno (2007), "*La farmaceutica territoriale nella bozza di Finanziaria-2008*", su www.cermlab.it

Figura 1 – Farmaci distribuiti attraverso il canale territoriale convenzionato: andamento della spesa lorda (milioni di Euro) e scomposizione delle sue variazioni annuali negli effetti quantità, prezzi e *mix*¹⁰⁰



Fonte: OSMED (vari anni)

Le tendenze a livello aggregato evidenziate dalla *Figura 1* sono il risultato di dinamiche di spesa prevalenti nella media delle Regioni. La *Tavola 15* seguente (sempre di fonte OSMED), che riporta la scomposizione della crescita della spesa negli effetti prezzo, quantità e *mix* a livello regionale per gli anni 2005 e 2006, conferma:

- un effetto quantità che aumenta la spesa,
- un effetto prezzi che agisce in compensazione,
- e un effetto *mix* incerto e debole (se parametrato ai primi due).

Al di là di questi effetti prevalenti, emergono alcune differenze tra i diversi ambiti territoriali. Mentre i prezzi hanno un impatto sulla spesa omogeneo in tutte le Regioni, in termini sia di segno dell'effetto sia di dimensione dello stesso (come conseguenza degli interventi che l'AIFA ha sinora adottato su scala nazionale), si osservano invece chiari elementi di eterogeneità per quanto riguarda l'effetto quantità e l'effetto *mix* (anche se il breve lasso di tempo coperto suggerisce cautela nella interpretazione).

Nel primo caso, una differenziazione tra Regioni è riscontrabile non sul segno dell'impatto dei volumi sulla spesa (sempre positivo, ad eccezione dei casi del Molise e di Bolzano nel 2005), ma sulla dimensione di tale effetto. La dispersione attorno all'impatto medio è attribuibile in gran parte alla presenza di poche realtà territoriali *outlier*: nel Lazio, in Abruzzo, nel Molise e in Puglia nel 2006 si rileva un contributo alla crescita della spesa regionale pari rispettivamente a 11, 10,9, 15,3 e 11,3 per cento, contro una media nazionale del 7,8 per cento.

Per quanto riguarda l'effetto *mix*, si riscontra una differenziazione interregionale ancor maggiore, sia nel segno che nel valore assoluto dell'impatto: nel 2006, alcune realtà territoriali come la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento e il Friuli Venezia Giulia hanno registrato un contributo positivo del *mix* di consumo alla crescita della spesa, mentre, all'estremo opposto, la Provincia di Bolzano, la Puglia e il Molise ne hanno tratto significativi risparmi di spesa.

¹⁰⁰ La scomposizione da OSMED è di tipo additivo: gli effetti riferiti a ciascun *driver* sono da intendersi come variazioni percentuali indotte nella spesa, da sommarsi per ottenere la variazione complessiva della stessa spesa.

Tavola 15 – Farmaci distribuiti per canale territoriale convenzionato: spesa lorda e scomposizione delle variazioni in effetti quantità, prezzi e mix

Regioni	spesa lorda 2005 (Euro/milioni)	Δ % 2005-2004				Δ % costo medio ddd ¹⁰¹	spesa lorda 2006 (Euro/milioni)	Δ % 2006-2005				Δ % costo medio ddd
		spesa	ddd	prezzi	mix			spesa	ddd	prezzi	mix	
Piemonte	892	0,9	3,7	-4,2	1,6	-2,7	907	1,6	7,6	-7,1	1,6	-5,6
Valle d'Aosta	23	-5,2	0,5	-5,3	-0,3	-5,6	23	-0,1	5,3	-7,4	2,5	-5,0
Lombardia	1.918	-1,5	3,6	-4,1	-0,8	-4,9	1.927	0,4	6,1	-6,9	1,6	-5,4
Bolzano	80	-5,4	-0,3	-4,8	-0,4	-5,1	85	-10,6	4,1	-7,4	-7,3	-14,2
Trento	83	-2,6	1,9	-4,3	-0,1	-4,5	72	3,0	7,3	-6,9	3,1	-4,0
Veneto	897	-1,4	3,3	-3,7	-1,0	-4,6	901	0,4	7,0	-6,8	0,6	-6,2
Friuli V. G.	246	-2,0	2,3	-4,4	0,1	-4,2	252	2,7	7,0	-6,7	2,9	-4,0
Liguria	410	-8,6	4,1	-4,3	-8,2	-12,2	407	-1,0	5,8	-7,3	0,9	-6,4
Emilia R.	843	-2,1	2,6	-4,5	-0,1	-4,6	836	-0,9	6,2	-7,4	0,8	-6,7
Toscana	720	-0,6	3,2	-4,0	0,4	-3,6	711	-1,2	6,3	-7,4	0,4	-7,1
Umbria	179	1,9	4,5	-3,8	1,4	-2,5	181	0,9	8,2	-7,0	0,4	-6,7
Marche	324	-0,6	5,2	-4,1	-1,5	-5,5	322	-0,4	5,8	-7,3	1,6	-5,8
Lazio	1.582	0,7	4,5	-3,5	-0,1	-3,6	1.612	2,0	11,0	-6,7	-1,5	-8,1
Abruzzo	297	0,5	3,3	-4,4	1,8	-2,7	305	2,5	10,9	-7,2	-0,4	-7,6
Molise	73	-8,5	-3,1	-4,0	-1,6	-5,6	74	1,6	15,3	-8,0	-4,2	-11,9
Campania	1.326	-1,9	3,5	-3,6	-1,7	-5,3	1.297	-2,0	6,6	-6,9	-1,3	-8,1
Puglia	1.040	3,9	6,8	-3,3	0,6	-2,7	1.018	-2,2	11,3	-6,9	-5,5	-12,1
Basilicata	123	-7,1	1,5	-4,6	-4,1	-8,4	125	1,9	8,6	-6,9	0,8	-6,2
Calabria	530	4,8	10,9	-3,6	-1,9	-5,5	547	3,3	9,0	-6,9	1,8	-5,3
Sicilia	1.424	-0,4	4,2	-3,5	-0,9	-4,4	1.441	1,6	9,3	-7,0	-0,1	-7,0
Sardegna	399	-1,3	3,9	-3,2	-1,8	-5,0	396	-0,7	6,4	-6,9	0,2	-6,7
ITALIA	13.409	-0,6	4,0	-3,4	-1,1	-4,5	13.440	0,3	7,8	-6,9	-0,1	-7,0

Fonte: OSMED (vari anni); nota: la somma degli effetti dei driver può non corrispondere alla variazione complessiva di spesa a causa delle singole approssimazioni decimali

¹⁰¹ A differenza che nel calcolo dell'effetto prezzi, la variazione di costo è calcolata valorizzando i consumi di ogni anno ai rispettivi prezzi.

Con l'esclusione dell'impatto sempre negativo dei prezzi, regolati a livello nazionale, il confronto dei dati del 2005 e del 2006 fa rilevare una elevata variabilità degli effetti di quantità e di *mix*.

Un caso emblematico è quello del Molise, che tra il 2005 e il 2006 registra una variazione dell'effetto quantità pari a 18,4 p.p., passando addirittura da un contributo negativo alla dinamica della spesa ad uno positivo (nel 2005 l'impatto sulla spesa è pari a -3,1 per cento; nel 2006 cambia segno e diviene del +15,3 per cento). Anche altre Regioni mostrano una oscillazione significativa dell'effetto quantità. L'Abruzzo, la Basilicata e il Lazio fanno registrare variazioni dell'effetto dei volumi sulla spesa tra il 2006 e il 2005 pari, rispettivamente, a 7,6, 7,1 e 6,5 punti percentuali; in tutti e tre i casi, la variazione comporta un maggior concorso delle quantità alla formazione della spesa. Tale evidenza sollecita a riflettere sul ruolo di fattori strutturali, per definizione tendenzialmente stabili nel breve periodo, nel determinare le diverse dinamiche di spesa delle Regioni; per converso, la stessa evidenza dimostra l'importanza di approfondire la valutazione dei fattori riconducibili alle scelte di politica economica settoriale, in primo luogo quelle di regolazione lato offerta e domanda (*in primis, reference pricing e copayment*).

Anche il *mix* di consumi farmaceutici ha un effetto incerto: tra il 2005 e il 2006, in oltre la metà delle Regioni (12 casi su 21) si registra un cambiamento di segno dell'impatto sulla spesa; inoltre, tra i cambiamenti prevalgono quelli nella direzione di un maggior contributo alla crescita dei consumi (10 casi). Un maggior concorso alla formazione della spesa prevale anche sul complesso delle Regioni (13 su 21), indipendentemente che si registri o meno un cambiamento di segno. Questo risultato è sintomo delle difficoltà a promuovere la *cost-effectiveness* nel consumo e la diffusione dei prodotti equivalenti più economici che ne è strumento (*cfr. infra*).

In sintesi, l'analisi delle determinanti della crescita della spesa a livello nazionale e nel suo spaccato regionale fa rilevare alcuni snodi critici:

- Il *driver* principale è quello delle quantità, che sta facendo registrare dinamiche non sostenibili nel medio-lungo periodo. Per di più, questo *driver* mostra una apprezzabile diversificazione regionale (la dispersione attorno alla media è in gran parte attribuibile a poche realtà territoriali *outlier*, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia), congiuntamente ad una significativa variabilità temporale (anche con cambi di segno).
- L'effetto *mix* è più debole di quello delle quantità e contemporaneamente molto incerto, se si pensa che nel 2005 oltre la metà delle Regioni registrano un suo impatto in riduzione della spesa (15 su 21), mentre nel 2006 il loro numero si dimezza (8 su 21). Come nel caso delle quantità, si registra una apprezzabile diversificazione territoriale (nel segno e nella dimensione dell'impatto).
- L'unico *driver* che agisce sempre in riduzione è quello dei prezzi, rispecchiando l'enfasi con cui, soprattutto negli ultimi anni, si è ricorso ai tagli di listino e alle revisioni restrittive del Prontuario Farmaceutico Nazionale per la *governance* della spesa. In questo caso l'impatto è pressoché omogeneo tra Regioni, perché gli interventi sui prezzi sono di scala nazionale, e le contenute differenze si spiegano con la diversa distribuzione dei consumi dei prodotti assoggettati agli stessi interventi.

Emerge una evidente contraddizione con cui non può non misurarsi il progetto di *governance* federalista. La leva di controllo della spesa è stata sinora quella dei prezzi mossa a livello centrale (dall'AIFA per lo Stato), mentre sugli altri due *driver*, quelli che effettivamente stanno facendo levitare la spesa e che rimandano direttamente alle politiche di regolazione settoriale, le competenze sono in parte devolute alle Regioni senza un sufficiente coordinamento (si pensi alla compartecipazione), in parte ancora in attesa di una attribuzione dettagliata e definitiva (si pensi al *reference pricing* e alla promozione delle *best practice* tra i medici prescrittori). Inoltre, anche alcune azioni di riforma spettanti

allo Stato, e con effetti diretti sul livello e sulla qualità della spesa, devono ancora concretizzarsi (come la promozione della concorrenza nella distribuzione al dettaglio).

5.2 Il rispetto della programmazione

Un altro elemento di marcata differenziazione tra Regioni risiede nella capacità di rispettare i vincoli di bilancio previsti dalla normativa nazionale. In numerosi lavori del CERM si è avuto modo di commentare l'insufficienza della *governance* basata esclusivamente sui *soft budget constraint* e sugli interventi sui prezzi. Tuttavia, anche se i vincoli non sono quelli ottimali, la diversa capacità delle Regioni di rispettarli è sintomatico dell'esistenza di determinanti della spesa che agiscono con diversa forza, e contemporaneamente dell'esigenza di passare ad un modello di *governance* più evoluto, in grado di valorizzare l'impostazione federalista per creare maggior responsabilizzazione dopo un'adequata ricognizione delle risorse necessarie allo svolgimento delle funzioni.

La *Tavola 16* prende in esame il tetto del 13 per cento che sinora le Regioni avrebbero dovuto rispettare nel rapporto tra spesa farmaceutica territoriale convenzionata (al netto delle compartecipazioni dei privati e delle trattenute alle farmacie) e spesa sanitaria pubblica finanziata a programma (da non confondersi con la consuntiva)¹⁰². Le prime due colonne si riferiscono, rispettivamente, alla spesa sanitaria programmata (il FSN ripartito tra Regioni) e alla soglia che la spesa farmaceutica territoriale convenzionata non deve (avrebbe dovuto) oltrepassare per rispettare anch'essa la programmazione. Infine, la terza, la quarta e la quinta colonna riportano in ordine: l'incidenza a consuntivo della spesa territoriale convenzionata sulla spesa sanitaria a programma; il contributo che ciascuna Regione fornisce allo sfondamento del tetto del 13 per cento su scala nazionale; la cumulata dei contributi che le Regioni forniscono allo sfondamento su scala nazionale. Nella tavola le Regioni sono poste in ordine decrescente per sfondamento del tetto nel 2005.

I dati evidenziano un Paese diviso a metà, con capacità di controllo della spesa ampiamente diversificate. Nel 2005, 8 Regioni su 21 hanno registrato uno sfondamento del tetto del 13 per cento, ad eccezione della Liguria tutte collocate nel Centro-Sud. Le Regioni meno virtuose sono Lazio, Sicilia, Calabria e Puglia, che riportano, rispettivamente, sfondamenti di 5,0, 4,2, 3,1 e 2,5 punti percentuali.

Il superamento del vincolo su scala nazionale dipende *in toto* da queste quattro Regioni, che da sole ne danno conto per oltre il 137 per cento. In particolare, i contributi più elevati allo sfondamento aggregato arrivano dal Lazio (57,2 per cento), dalla Sicilia (44,8) e dalla Campania (26,3). Quest'ultima, pur non comparando tra le Regioni con sfondamento più elevato, è la seconda (dopo la Lombardia) per finanziamento a programma della spesa sanitaria pubblica e, di conseguenza, uno sfondamento del tetto di 2,2 punti percentuali è in grado di generare il terzo maggior contributo allo sfondamento aggregato del tetto.

Per converso, le realtà territoriali più virtuose si collocano al Nord: le Province Autonome di Bolzano e Trento mostrano un'incidenza della spesa territoriale inferiore rispettivamente di 2,6 e 2,5 punti percentuali rispetto alla soglia del 13 per cento.

Si collocano al Nord anche le Regioni che contribuiscono in misura maggiore a controbilanciare l'effetto degli sfondamenti delle altre sul tetto a livello nazionale: la Lombardia riduce di oltre 22 punti percentuali lo sfondamento aggregato, il Veneto di circa 17, il Piemonte di oltre 15,5.

¹⁰² Il decreto legge collegato alla Legge Finanziaria per il 2008 prevede una rimodulazione del tetto, ma le criticità connesse al *soft budget constraint* si ripropongono. Cfr. Pammolli-Bonassi-Magazzini-Riccaboni-Salerno (2007), "Regolazione, innovazione e ciclo di vita dei prodotti - per una riforma del pricing al lancio e della governance della spesa nella farmaceutica pubblica", Quaderno CERM n. 2-2007, su www.cermlab.it.

Tavola 16 – Scostamento dal tetto programmato di spesa farmaceutica territoriale convenzionata – 2005 ¹⁰³

Regioni	stanziamento complessivo SSN e sua ripartizione (Euro/milioni)	finanziamento programmato alla farmaceutica territoriale: tetto del 13% (Euro/milioni)	rispetto / non rispetto del tetto del 13%	contributo % al superamento programma di spesa	cumulata del contributo %
Lazio	7.764,50	1.009,39	18,0	57,7	57,7
Sicilia	7.217,40	938,26	17,2	44,8	102,5
Calabria	2.917,74	379,31	16,1	13,5	116,0
Puglia	5.753,57	747,96	15,5	21,4	137,5
Sardegna	2.357,01	306,41	15,5	8,7	146,2
Campania	7.962,30	1.035,10	15,2	26,3	172,5
Liguria	2.614,40	339,87	14,2	4,6	177,2
Abruzzo	1.948,65	253,32	14,0	2,9	180,1
Marche	2.303,72	299,48	13,0	-0,1	180,0
Basilicata	883,47	114,85	12,9	-0,1	179,9
Molise	495,07	64,36	12,9	-0,1	179,8
Umbria	1.328,25	172,67	12,5	-1,0	178,9
Friuli V. G.	1.850,90	240,62	12,2	-2,3	176,5
Emilia R.	6.355,80	826,25	12,3	-7,0	169,5
Lombardia	13.635,52	1.772,62	11,9	-22,3	147,2
Toscana	5.594,45	727,28	11,9	-9,3	137,9
Valle d'Aosta	183,55	23,86	12,0	-0,3	137,7
Piemonte	6.622,60	860,94	11,4	-15,6	122,0
Veneto	6.807,59	884,99	11,3	-16,8	105,2
Trento	711,9	92,55	10,5	-2,6	102,6
Bolzano	664,56	86,39	10,4	-2,6	100,0
ITALIA	85.972,95	11.176,48	13,8	100,0	

2 Regioni causano oltre il 100% dello sfondamento

13 Regioni più che soddisfano il tetto e tendono a compensare lo sfondamento aggregato

Fonte: elaborazioni del CERM su OSMED e Conferenza Stato-Regioni (intesa riparto)

La Tavola 17 ripresenta gli stessi dati al 2006, con le Regioni elencate nello stesso ordine della precedente tavola. Come si può osservare, il fallimento della programmazione continua a ricondursi sostanzialmente a un numero limitato di Regioni, le stesse del 2005: in ordine, Lazio, Sicilia, Calabria, Puglia e Campania. Le Regioni del Nord continuano a compensare.

Questi dati illustrano chiaramente i termini del problema: le difficoltà di contenimento della spesa sono caratterizzate da una chiara polarizzazione geografica. Le Regioni del Nord Italia mostrano, con l'eccezione della Liguria, una effettiva capacità di rispetto del vincolo di bilancio, mentre il Centro-Sud non riesce a seguire la programmazione. Nel 2005 e nel 2006, il superamento del tetto su scala nazionale rispettivamente di 0,8 e di 1,0 punti percentuali è imputabile *in toto* alle Regioni del Centro-Sud, e sarebbe stato di proporzioni ben maggiori se le regioni del Nord non avessero controbilanciato.

Una evidenza così differenziata sul territorio dimostra i limiti di una *governance* che sinora si è affidata, non solo a vincoli di bilancio percentuali semplicistici ed uniformi per tutte le Regioni, ma

¹⁰³ Cfr. documento di intesa su riparto su www.regioni.it:

(http://www.regioni.it/miscellanea/SANITA_AFFARI_SOCIALI/SCHERATON2005/DOSSIER%20STAMPA_%20x_CP_STRAORD_27_280105/RIPARTIZIONE%20MIN_SALUTE/sintetico%2005.xls).

anche a meccanismi di ripiano *ex-post* - gli interventi sui prezzi e le revisioni del PFN - anch'essi uniformi, operanti a livello aggregato, e scollegati dalle variabili che incidono sulle scelte dei *policy maker* regionali (rappresentanti politici e amministratori)¹⁰⁴.

Quest'ultima osservazione rimarca ancora una volta l'importanza di evolvere verso una *governance* migliore della spesa farmaceutica, che sappia specificare le responsabilità e assegnare l'onere del mancato raggiungimento degli obiettivi alla realtà territoriale che li fallisce. Come si è già più volte sottolineato, la realizzazione di questo progresso nel governo, di ispirazione federalista, è complesso, soprattutto in un Paese che desidera rimanere coeso nel perseguire i diritti di cittadinanza integrati nei LEA. *FarmaRegio* rientra tra gli strumenti che dovranno essere costruiti e perfezionati per rendere fattibile il controllo della spesa e la più omogenea affermazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, all'interno di un contesto in cui si diffondono le *best practice* e tutte le Regioni sono stimolate a convergere verso i modelli migliori.

Tavola 17 – Scostamento dal tetto programmato di spesa farmaceutica territoriale convenzionata - 2006

Regioni	stanziamento complessivo SSN e sua ripartizione (Euro/milioni)	finanziamento programmato alla farmaceutica territoriale: tetto del 13% (Euro/milioni)	rispetto / non rispetto del tetto del 13%	contributo % al superamento programma di spesa	cumulata del contributo %
Lazio	7.911,99	1.028,56	19,0	54,9	54,9
Sicilia	7.410,50	963,37	17,6	39,6	94,5
Calabria	2.977,16	387,03	17,3	14,7	109,2
Puglia	5.984,60	778,00	15,6	17,8	127,0
Sardegna	2.452,14	318,78	15,2	6,3	133,3
Campania	8.370,84	1.088,21	14,6	15,2	148,5
Liguria	2.539,29	330,11	14,9	5,5	154,1
Abruzzo	1.981,23	257,56	14,5	3,5	157,6
Marche	2.341,82	304,44	13,0	0,1	157,7
Basilicata	895,02	116,35	13,3	0,3	158,0
Molise	492,62	64,04	13,6	0,3	158,3
Umbria	1.335,72	173,64	12,9	-0,2	158,1
Friuli V. G.	1.868,23	242,87	12,7	-0,6	157,6
Emilia R.	6.440,50	837,27	12,3	-5,1	152,4
Lombardia	14.162,60	1.841,14	11,9	-18,8	133,7
Toscana	5.603,77	728,49	12,0	-6,2	127,5
Valle d'Aosta	187,34	24,35	11,7	-0,3	127,2
Piemonte	6.685,40	869,10	12,0	-7,9	119,3
Veneto	7.089,66	921,66	11,3	-14,2	105,2
Trento	747,99	97,24	10,7	-2,0	103,2
Bolzano	702,40	91,31	9,1	-3,2	100,0
ITALIA	88.181 ¹⁰⁵	11.463,51	14,0%	100,0	

3 Regioni causano oltre il 100% dello sfondamento

10 Regioni più che soddisfano il tetto e tendono a compensare lo sfondamento aggregato

Fonte: elaborazioni del CERM su OSMED e Conferenza Stato-Regioni (intesa riparto)

¹⁰⁴ Sul punto si rimanda alle conclusioni di "Il sistema farmaceutico alla ricerca di regole 'intelligenti'" (cit.).

¹⁰⁵ Tra il 2005 e il 2006, il FSN da ripartire tra le Regioni a finanziamento dei LEA è rimasto sostanzialmente invariato (cfr. documento di intesa su riparto su <http://www.regioni.it/upload/fns2006.pdf>). Per inciso, si ricorda che il totale delle risorse ripartite tra le Regioni è la maggior parte, ma non corrisponde alla totalità, della spesa sanitaria programmata a carico dello Stato.

5.3 La spesa *pro-capite* a livello regionale

Le differenze interregionali emergono con sufficiente chiarezza anche quando si passi ad esaminare la spesa *pro-capite*, che esprime l'accumulato nel tempo delle caratteristiche di consumo individuale (oltre che dei mercati farmaceutici regionali).

La Figura 2 riporta la spesa *pro-capite* delle Regioni registrata nel 2006: si ripresenta la stessa differenziazione geografica del precedente paragrafo 5.2, con il Sud che mostra i livelli più elevati assieme al Lazio, seguito dal Centro e infine dal Nord. Per fornire un ordine di grandezza della diversità territoriale, la spesa *pro-capite* della Provincia Autonoma di Bolzano è all'incirca la metà di quella del Lazio e della Sicilia. Nella figura, la linea verticale tratteggiata indica la spesa *pro-capite* nazionale e, come si può apprezzare, vi si collocano al di sopra (in ordine decrescente) Lazio, Sicilia, Calabria, Puglia, Campania, Sardegna e Abruzzo.

Se si calcolano i tassi di crescita della spesa *pro-capite* tra il 2005 e il 2006, la lettura "geografica" trova ulteriore conferma. Sette delle dieci Regioni con tasso di crescita superiore alla media nazionale (la linea orizzontale tratteggiata) appartengono al Centro-Sud. Tra queste, Lazio, Sicilia e Calabria, le stesse con spesa *pro-capite* significativamente al di sopra della media, fanno registrare anche tassi di crescita significativamente superiori alla media.

La differenziazione interregionale si inferisce anche dall'andamento delle quantità nel 2006 (dati di fonte OSMED): il consumo (*i.e.* l'acquisto) varia tra le 1.067,8 dosi giornaliere per mille abitanti (*ddd/1000 ab die*) del Lazio e le 648,3 della Provincia Autonoma di Bolzano (due realtà che si confermano agli estremi nell'analisi delle dinamiche in quantità oltre che in controvalore).

In termini di costo medio per *ddd*¹⁰⁶, nel 2006 è la Sicilia a far registrare lo scostamento maggiore dalla media nazionale (+14 per cento)¹⁰⁷, mentre l'Umbria e la Toscana si collocano all'estremo opposto (-16 per cento), creando così una fascia di variabilità superiore a 30 punti percentuali attorno al valore medio nazionale.

Sulla differenziazione del costo medio per *ddd* sicuramente pesa la diversa diffusione dei farmaci economici equivalenti (dati di fonte OSMED)¹⁰⁸. Non a caso, la Toscana è la Regione con il più intenso ricorso a farmaci equivalenti, sia in percentuale sulla spesa netta, sia in termini di *ddd*; all'estremo opposto, la Sicilia riporta, assieme alla Sardegna, la minore percentuale di *ddd* di prodotti equivalenti economici, mentre in percentuale della spesa netta fa registrare il valore più basso dopo Lazio, Sardegna, Puglia e Calabria (in ordine crescente per diffusione).

In aggiunta, si deve considerare che un effetto sul costo medio per *ddd* si produce anche attraverso il ricorso a farmaci più economici che non rispondano alla definizione di equivalenza adottata dal Legislatore (alla base del *reference pricing* e correttamente stringente), ma che vengano di volta in volta valutati equivalenti dal medico prescrittore alla luce della patologia e delle caratteristiche del soggetto in cura. Questo consumo/acquisto efficiente sfugge alle statistiche elaborate in base alla definizione

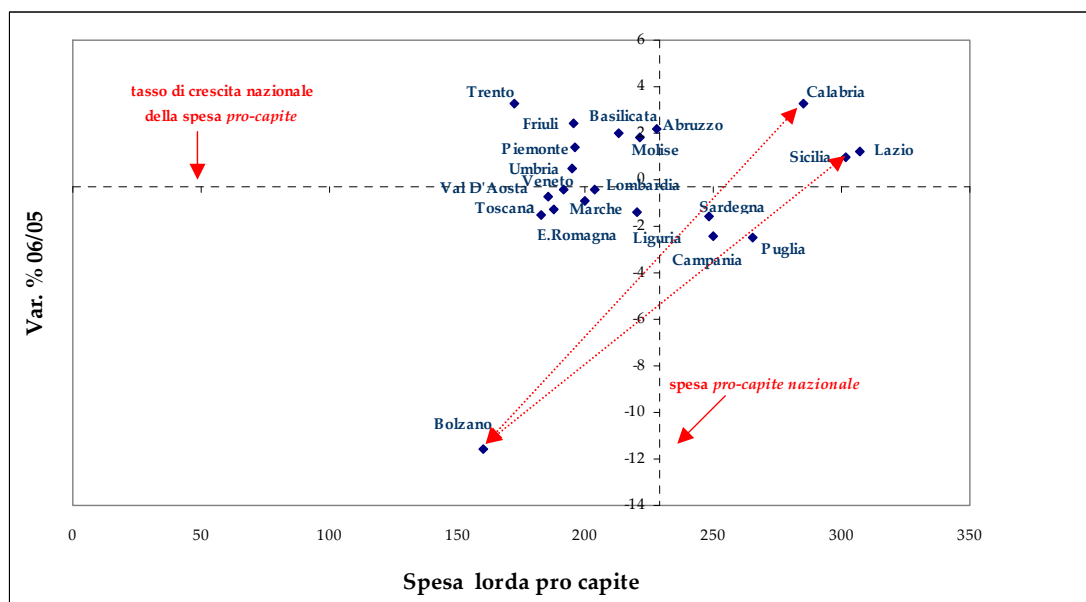
¹⁰⁶ La spesa netta media che il SSN sostiene per ogni *ddd* commercializzata.

¹⁰⁷ Nel 2005, lo scostamento positivo maggiore era stato della Puglia (+ 16 per cento).

¹⁰⁸ Intesa come diffusione dei prodotti equivalenti più economici all'interno dei *cluster* con cui è applicato il *reference pricing* su scala nazionale (prima delle eventuali modifiche stabilite a livello regionale; *cfr. infra*). L'attuale normativa permette che il *reference pricing* sia adattato per considerare il normale circuito distributivo regionale, e le Regioni sono andate differenziando anche altre caratteristiche applicative dello strumento: è per queste ragioni che la diversa diffusione degli equivalenti economici ha effetto sulla spesa netta (se la normativa fosse unica nazionale, l'effetto si manifesterebbe soltanto sulla spesa lorda, comprensiva delle compartecipazioni dei cittadini). *Cfr.* Pammolli-Bonassi (2007), "Prezzi di riferimento diversi tra Regioni", su www.cermlab.it. Per una sintetica descrizione delle modalità di applicazione del *reference pricing* a livello regionale si rimanda a www.federfarma.it.

con cui è applicato il *reference pricing*, ma è altrettanto importante ai fini del governo strutturale della spesa e del coordinamento degli obiettivi della sostenibilità finanziaria e di quella sociale (e rimanda alla sensibilizzazione al *cost-containment* dei prescrittori e alla qualità dell'informazione disponibile ai cittadini).

Figura 2 - Spesa lorda *pro-capite* 2006 per farmaci commercializzati via territoriale convenzionata e relative variazioni tra il 2005 e il 2006



Fonte: elaborazioni del CERM su dati OSMED

Per stimolare il consumo/acquisto efficiente sono importanti, non solo la sensibilizzazione dei prescrittori all'obiettivo del *cost-containment*, ma anche la responsabilizzazione del paziente-cliente nei confronti del valore economico del farmaco per lui mutuato, nonché il corretto funzionamento della filiera distributiva che, senza distorsioni e strozzature, deve canalizzare al mercato la più ampia varietà dei farmaci. Tutti aspetti coinvolgenti le politiche di regolazione/liberalizzazione lungo la filiera del farmaco che, come emergerà anche dai risultati di *FarmaRegio* (cfr. *infra*), dovrebbero assumere una posizione molto più centrale nell'interazione tra Stato e Regioni, rispetto a quanto oggi avviene nella sede della Conferenza.

Infatti, la forte variabilità regionale, supportata dalla sovrapposizione con la storica suddivisione geografica, rimanda direttamente alla necessità di separare la componente di spesa riconducibile ad elementi di eterogeneità strutturale delle Regioni, cui corrispondono delle specificità nelle prestazioni sanitarie erogate, dalla quota attribuibile, invece, a fenomeni di inefficienza-inefficacia, sul fronte sia dell'offerta che della domanda, che, nell'attuale fase di federalismo *in fieri*, sono da ricondurre sempre più a scelte compiute dalle stesse Regioni o dagli Enti sottesi (si pensi agli aspetti della regolamentazione della distribuzione al dettaglio su cui hanno voce Province e Comuni).

FarmaRegio affronta questo problema, attraverso una analisi empirica che tenta di verificare in che misura i livelli attuali di spesa farmaceutica regionale siano spiegati, da un lato, dalle caratteristiche strutturali economiche, sociali e demografiche e, dall'altro, dalle scelte di politica economica settoriale. E i risultati suggeriscono, come si vedrà più avanti, che la dinamica della spesa regionale è guidata soprattutto da queste ultime, mentre le diversità strutturali, che sino ad oggi sono state chiamate a giustificare in maniera anche abbastanza sommaria i divari nelle tendenze di spesa (*in primis* la demografia), sono in secondo piano.

Questo risultato ha dei risvolti di *policy* importanti proprio in fase di coordinamento Stato-Regioni e di negoziazione delle risorse finanziarie tra i diversi livelli di governo. Come argomentato nella prima parte del rapporto, infatti, in Italia, dopo l'abbandono del *ticket* nazionale nel 2001 (Legge n. 401) e la formalizzazione della competenza esclusiva delle Regioni nella gestione del SSN fatti salvi gli obblighi di erogazione dei livelli essenziali di assistenza¹⁰⁹, molto poco è stato fatto per la creazione di una *governance* del sistema sanitario-farmaceutico in grado di ricomporre le scelte delle Regioni in un quadro unitario. Eppure, questo passaggio è fondamentale, nella misura in cui la sostenibilità finanziaria dalle Regioni si trasferisce allo Stato, e i diritti di cittadinanza (di cui i trattamenti sanitari-farmaceutici sono parte integrante) hanno valore nazionale, ancorché si concretizzino in comunità locali.

5.4 Il modello *FarmaRegio* del CERM: la base dati

Le potenzialità di un'analisi regionale dipendono crucialmente dal livello di disaggregazione e dalla qualità dei dati disponibili. La *Tavola 18* riepiloga la base dati che è stato possibile ricostruire, con in evidenza le fonti, la frequenza di rilevazione e l'orizzonte temporale di riferimento.

Alcune premesse:

- Anche se le Province Autonome di Trento e Bolzano ricorrono a schemi di compartecipazione diversi, la mancanza di dati costringe ad accorparle facendo riferimento alla Regione Trentino Alto Adige.
- Purtroppo, il dato relativo alla compartecipazione dei cittadini non consente di distinguere la quota attribuibile al *reference pricing* (il *ticket* sui genericabili) da quella riconducibile al *ticket* (propriamente detto) nelle Regioni che hanno (ri)adottato anche questa seconda misura (dopo la sua eliminazione a livello nazionale nel 2001)¹¹⁰.
- Tuttavia, poiché i due strumenti (*reference pricing* e *ticket*) hanno proprietà diverse (e per certi versi complementari¹¹¹) di cui è importante cogliere l'effetto, per le Regioni dotate di *ticket* la quota della compartecipazione del privato attribuibile al *reference pricing* è approssimata dalla media dei valori (espressi in percentuale della spesa farmaceutica territoriale convenzionata lorda) registrati nelle restanti Regioni in cui, dal 2001 ad oggi, è stato attivo solo il *reference pricing*¹¹². Questa medesima approssimazione è utilizzata *backward*, per separare le due

¹⁰⁹ Qualcosa che, invero, ancor prima che nella riforma costituzionale del 2001 e nell'avvio del processo di trasformazione federalista, trova origine nel 1978, quando il SSN fu creato con una impostazione gestionale già decentrata.

¹¹⁰ Generalmente, i termini compartecipazione e *ticket* sono utilizzati come sinonimi ed indicano la quota del prezzo farmaco rimborsato che rimane a carico del cittadino. Tuttavia, quando è presente anche il *reference pricing*, allora la compartecipazione del privato deve essere distinta nella quota riconducibile al *ticket* in senso stretto (evitabile solo nella misura in cui non è applicato su tutti i prodotti), e nella quota riconducibile al *reference pricing* (sempre evitabile se il consumo si indirizza sul prodotto equivalente più economico nel *cluster*). La compartecipazione da *reference pricing* è anche chiamata *ticket* sui genericabili.

¹¹¹ Per un approfondimento, cfr. Pammolli-Ogialoro-Salerno (2004), "*Strumenti di regolazione del mercato farmaceutico. Un'analisi ragionata*", su www.cermlab.it.

¹¹² Alla data di chiusura del lavoro, il *ticket* è adottato da nove Regioni (Lombardia, Veneto, Piemonte, Liguria, Molise, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia) e dalla Provincia Autonoma di Bolzano.

Tavola 18 - Dati regionali disponibili da fonte pubblica (la banca dati di *FarmaRegio*)

variabile	fonte	frequenza e copertura temporale
spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta SSN (fascia "A") ¹¹³	Federfarma	cadenza annuale/mensile 1990-2005
compartecipazione per ricetta su farmaci erogati per via territoriale convenzionata (<i>reference pricing & ticket</i>)	Federfarma	cadenza annuale/mensile 1990-2005
numero ricette presentate al canale territoriale convenzionato	Federfarma	cadenza annuale/mensile 1990-2005
consumo di farmaci equivalenti a carico del SSN in percentuale del totale delle <i>ddd</i> erogate per via territoriale convenzionata	OSMED	cadenza annuale 2003-2005
costo medio dei farmaci per <i>ddd</i> ¹¹⁴	OSMED	cadenza annuale 2000-2005
reddito disponibile a prezzi correnti	ISTAT	cadenza annuale 1995-2003
quota della popolazione con età superiore ai 65 anni	EUROSTAT	cadenza annuale 1995-2004
percentuale di individui residenti con almeno una malattia cronica	ISTAT	cadenza biennale 1999-2000
percentuale di stranieri nella popolazione residente	ISTAT	cadenza annuale 1995-2005
numero di ospedalizzati per ogni 1.000 abitanti residenti	ISTAT	cadenza annuale 1996-2003
percentuale della spesa farmaceutica territoriale convenzionata lorda SSN maturata su farmaci erogabili anche in duplice via ¹¹⁵	Federfarma	cadenza annuale 2000-2005
popolazione con età superiore a 65 anni in percentuale della popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni (tasso di invecchiamento)	ISTAT	cadenza annuale 1995-2003
numero di medici generici per ogni 1.000 abitanti residenti (tasso dei medici generici)	ISTAT	cadenza annuale 1995-2003 ¹¹⁶
indice dei prezzi al consumo per capoluogo di Regione	ISTAT	cadenza annuale 2001-2005

Fonte: elaborazioni del CERM su originali

¹¹³ La spesa è quella maturata in fascia "A". Non si considera, negli anni in cui è esistita, la fascia "B".

¹¹⁴ Calcolato rapportando la spesa territoriale convenzionata netta SSN alle *ddd* erogate attraverso il canale territoriale convenzionato.

¹¹⁵ Nelle Regioni in cui questa percentuale risulta più alta si presuppone che si faccia minore ricorso alla distribuzione "diretta" (tramite le strutture ospedaliere) e della più recente distribuzione "per conto", che potrebbero essere fattori di contenimento della spesa farmaceutica in virtù dei minori margini di ricavo, dell'assenza di fenomeni distorsivi nella canalizzazione dei prodotti al consumatore finale, nonché delle più ampie possibilità di contrattazione con produttori e grossisti (es.: acquisti di *packaging* più grandi). Sul punto, cfr. Pammolli-Salerno (2007), "La distribuzione al dettaglio dei farmaci - tra regolazione efficiente e mercato", Quaderno CERM n. 1-07, su www.cermlab.it. Cfr. *infra* per una discussione di questa variabile esplicativa.

¹¹⁶ Il dato del 2004 e del 2005 è stato stimato sulla base del tasso di crescita medio storico.

componenti della compartecipazione negli anni in cui, sino al 2001, sono state compresenti (con il *ticket* adottato a livello nazionale).

- A titolo informativo, con questa approssimazione, l'ammontare di compartecipazione derivante dal *ticket* per ricetta è mediamente superiore a quello riconducibile al *reference pricing* per ricetta (cfr. *infra* Tavola 19)¹¹⁷.

Tavola 19 - Statistiche descrittive in riepilogo della banca dati regionale¹¹⁸
con distinzione tra le variabili dipendenti e le esplicative in *FarmaRegio*

variabili	osservazioni complesive	media	deviazione standard	coefficiente di variazione	min	max
dipendenti						
spesa territoriale netta <i>pro-capite</i> ¹¹⁹ (ln) [<i>spesa1</i>]	220	4,98	0,34	0,07	4,12	5,61
spesa in % del reddito disponibile (ln) [<i>spesa2</i>]	220	-0,52	1,08	2,08	-2,76	2,16
numero di ricette <i>pro-capite</i> (ln) [<i>spesa3</i>]	220	1,82	0,33	0,18	0,47	2,34
esplicative ¹²⁰						
reddito disponibile <i>pro-capite</i> in milioni di Euro (ln) [<i>reddito</i>]	220	10,11	1,07	0,11	7,45	12,10
stranieri residenti (in % residenti) [<i>vse1</i>]	200	2,04	1,42	0,70	0,30	6,33
consumo equivalenti (in % ddd) [<i>conseq</i>]	80	19,99	4,23	0,21	7,90	26,60
tasso di invecchiamento [<i>vse2</i>]	220	140,95	42,84	0,30	60,39	245,08
costo medio per ddd consumata (ln) [<i>cmedio</i>]	120	-0,11	0,12	1,09	-0,34	0,13
compartecipazione da <i>reference pricing</i> per ricetta [<i>refrpr</i>]	220	1,14	0,95	0,83	0,00	3,71
numero di cronici (in % residenti) [<i>mcroniche</i>]	220	51,58	5,42	0,11	42,40	63,80
% della spesa per farmaci erogabili in duplice via [<i>vse3</i>]	120	9,35	8,11	0,87	0,00	29,3
compartecipazione da <i>ticket</i> per ricetta [<i>copaymedioxricetta</i>]	220	1,63	1,11	0,68	0,00	0,91
indice dei prezzi (ln) [<i>vse4</i>]	98	4,78	0,04	0,01	4,71	4,86
tasso dei medici generici [<i>vse5</i>]	220	8,27	0,61	0,08	6,13	9,97

Fonte: elaborazioni del CERM su dati originali; in parentesi quadra i label utilizzati nelle espressioni analitiche (cfr. *infra*)

La Tavola 19 riporta alcune statistiche riepilogative della banca dati. Le variabili sono presentate così come sono utilizzate nel seguito per la formalizzazione del modello: suddivise tra dipendenti ed esplicative; a seconda dei casi considerate in valore assoluto, in logaritmo naturale, in percentuale¹²¹; affiancate dal label utilizzato nelle espressioni analitiche, tra parentesi quadre.

Si sottolineano le seguenti osservazioni:

- La spesa (variabile dipendente) è espressa alternativamente come valore *pro-capite*, percentuale del reddito disponibile e numero di ricette *pro-capite*. È sempre considerata in logaritmo, in modo tale da permettere una lettura dei risultati in termini di elasticità.

¹¹⁷ Si noti che, in Tavola 19, il *ticket* medio per ricetta tende ad essere inferiore ai livelli attualmente applicati dalle Regioni che lo prevedono, in quanto nella media sono comprese tutte le Regioni (anche quelle che ne sono prive). Inoltre il valore è una doppia media, calcolata anche sul periodo 1995-2005, così includendo anche l'anno di eliminazione del *ticket* nazionale.

¹¹⁸ Statistiche descrittive su tutte le Regioni e su tutti gli anni di rilevazione.

¹¹⁹ Per residente.

¹²⁰ Alcune con endogenità tra di loro (cfr. *infra*).

¹²¹ Tutte le variabili in valore assoluto sono trasformate in logaritmi naturali tranne le due compartecipazioni, per le quali ciò non è possibile (per alcune osservazioni assumono valore nullo). Le variabili che compaiono come tassi/percentuali non sono trasformate in logaritmi, a meno della variabile dipendente "spesa in % del reddito disponibile" per omogeneità col trattamento delle variabili dipendenti. Anche l'indice dei prezzi è trasformato in logaritmo, sia perché il dato non è in percentuale (è in livello a base 100), sia per omogeneità con la variabile *reddito* con la quale interagisce nel definire il reddito disponibile reale (cfr. *infra*).

- La spesa farmaceutica territoriale convenzionata è quella netta delle compartecipazioni del cittadino da *ticket* e da *reference pricing*. In questo modo l'analisi si concentra sulla spesa pubblica, sulle sue determinanti e sulle scelte di *policy* per la sua *governance*.
- Per consumo di equivalenti si intende quello che si indirizza a prodotti diversi (generici puri, generici *branded*, *branded*) dal prodotto più costoso esistente in ciascun *cluster* alla base del *reference pricing* (fonte OSMED)¹²². Il ricorso a questi farmaci (piuttosto limitato, pari al 20 per cento del totale delle *ddd* a carico del SSN¹²³) è molto variabile tra Regioni (*min* 8 per cento, *max* 27 per cento), evidenziando il diverso grado di *cost-effectiveness* raggiunto dal consumo.
- La compartecipazione da *reference pricing* è considerata soltanto a partire dall'anno in cui lo strumento è stato introdotto (negli altri anni assume valore nullo)¹²⁴.
- Il tasso di invecchiamento della popolazione¹²⁵ varia tra un minimo di circa il 60 per cento e un massimo di circa il 245 per cento. Questo ampio intervallo va letto tenendo presente che i due estremi sono selezionati su tutte le Regioni e lungo tutto l'orizzonte di tempo decennale considerato. Assieme alla sua media, pari a circa il 141 per cento (anch'essa riferita a tutte le Regioni e a tutti gli anni), l'ampiezza dell'intervallo fa emergere la rilevanza del processo di invecchiamento della popolazione, che in Italia si sta manifestando nella maniera più incisiva tra *Partner* UE. *FarmaRegio* tenterà di verificare in quale misura tale processo spiega l'evoluzione della spesa farmaceutica e, soprattutto, se la diversa struttura per età delle popolazioni regionali è significativa nello spiegare la diversa dinamica della spesa nelle varie Regioni.
- La percentuale della spesa originata da farmaci distribuibili anche in duplice via (*i.e.* via "diretta" attraverso la farmacia ospedaliera) un ampio intervallo di variazione, tra un minimo dello 0 e un massimo di circa il 30 per cento. In effetti, le Regioni sono andate maturando una diversa propensione ad avvalersi della distribuzione "diretta" nelle strutture ospedaliere, e sotto le pressioni del controllo della spesa questa soluzione continua a rafforzarsi (con la recente comparsa anche della distribuzione "per conto"). Con gli opportuni *caveat* (*cfr. infra*), questa variabile esplicativa può permettere alcune considerazioni sui possibili benefici dell'apertura al mercato della distribuzione dei farmaci, tramite liberalizzazione degli esercizi farmaceutici e vendita di alcune tipologie di farmaci al di fuori delle farmacie¹²⁶.
- L'analisi dei coefficienti di variazione¹²⁷ indica la spesa espressa in percentuale del reddito disponibile come la variabile caratterizzata dalla maggiore differenziazione tra Regioni e nel tempo. Le altre due variabili dipendenti mostrano una dispersione attorno alla media nazionale più contenuta.

¹²² Il calcolo si riferisce soltanto ai farmaci *off-patent*, copiabili e assoggettati a *reference pricing*.

¹²³ La percentuale è influenzata anche dal numero dei prodotti *in-patent* presenti sul mercato, che sono correttamente esclusi dal *reference pricing* e per i quali non è possibile un consumo diverso. Più che il livello medio è di rilievo, quindi, la sua variabilità interregionale.

¹²⁴ La prima applicazione del *reference pricing* è del 1995, con la Legge n. 724 del 23 Dicembre 1994 (collegata alla Legge Finanziaria per il 1995). Successivamente, lo strumento ha subito alcune modifiche, *in primis* il riferimento, ai fini del prezzo di rimborso, non al generico puro più economico (come nella prima versione) ma alla copia più economica (pura o *branded* che fosse). Nelle statistiche il primo dato di compartecipazione da *reference pricing* compare per la prima volta nel 1998 (sia pure in aggregato con la compartecipazione da *ticket*).

¹²⁵ L'indicatore è calcolato come: $(Pop \geq 65 / Pop \leq 14) * 100$. Valori superiori a 100 indicano che la popolazione anziana è più numerosa di quella composta da giovani non ancora rientranti tra gli attivi.

¹²⁶ Il cosiddetto decreto "Bersani - 1" ha permesso la vendita di *SOP-OTC* al di fuori delle farmacie previa presenza *in loco* di un farmacista abilitato. Il "Bersani - ter", ancora in fase di discussione parlamentare (A.S. n. 1.644) contiene un articolo che intende permettere la vendita di tutti i farmaci di fascia "C" (ivi inclusi quelli con obbligo di prescrizione) al di fuori delle farmacie, sempre sotto la responsabilità di un farmacista abilitato.

¹²⁷ Il coefficiente di variazione è definito come il rapporto tra la deviazione standard e il valore assoluto della media. E' un indice di dispersione che consente confronti tra variabili caratterizzate da unità di misura diverse e da ordini di grandezza diversi.

- Tra le variabili dipendenti, è il costo medio per *ddd* consumata a presentare la maggiore variabilità (1,1), seguito dalla percentuale di spesa tramite duplice via (0,87) e dalla compartecipazione da *reference pricing* (0,83). Emerge un primo elemento di riflessione: la contenuta variabilità del tasso di invecchiamento (quasi 1/4 di quella del costo per *ddd*) e dell'incidenza dei cronici (circa 1/10) suggeriscono che la variabilità del costo per *ddd* debba probabilmente trovare spiegazione non nelle diverse caratteristiche strutturali ma piuttosto nelle diverse scelte di *policy* e di regolazione. Sulla base dei risultati di *FarmaRegio* si cercherà una risposta.
- Il coefficiente di variazione del tasso di invecchiamento è il sesto in ordine decrescente di grandezza (su 11 variabili esplicative). Questo aspetto sollecita alcune riflessioni preliminari all'interpretazione dei risultati di *FarmaRegio*. Se da un lato un coefficiente di variazione contenuto di per sé nulla implica sulla rilevanza della variabile esplicativa (che dipende dal legame causale con la variabile dipendente e dalla forma funzionale con cui questo è rappresentato), dall'altro l'analisi delle statistiche descrittive fa emergere fattori (costo medio per *ddd*, ricorso alla duplice via, compartecipazione del cittadino, etc.) che hanno una variabilità significativamente maggiore e che, di conseguenza, si candidano a spiegare il diverso andamento che la spesa farmaceutica ha fatto registrare a livello regionale. I risultati di *FarmaRegio* permetteranno di esprimere valutazioni sulla significatività delle variabili esplicative nel decennio 1995-2005.

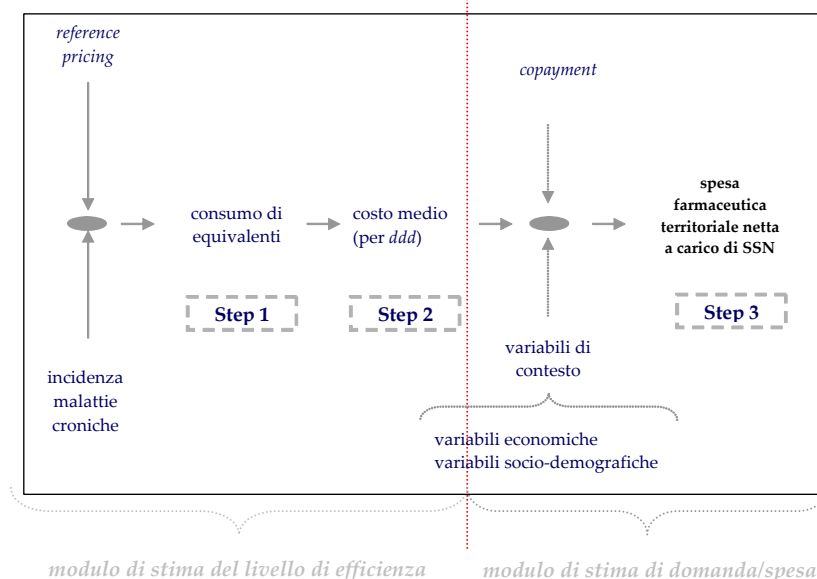
5.4 Il modello *FarmaRegio*: struttura, metodologia di stima, risultati

Il modello *FarmaRegio* di CERM è di tipo *panel* (sono utilizzati i dati di tutte le Regioni sull'arco di tempo 1995-2005), con una struttura a tre stadi che è stilizzata in *Figura 3*:

- L'incidenza delle malattie croniche (variabile che individua esigenze di consumo di farmaci continuato nel tempo) e il funzionamento del *reference pricing* (stimolo al consumo dell'equivalente più economico) sono posti in relazione diretta con la percentuale di prodotti equivalenti sul totale delle *ddd* consumate (*step 1*)¹²⁸.
- La diffusione degli equivalenti sul totale delle *ddd* consumate ha un effetto immediato sul costo medio per *ddd* consumata (*step 2*).
- Il *ticket* (la compartecipazione propriamente detta, diversa dal *reference pricing*) e le caratteristiche socio-economiche e demografiche determinano l'andamento della domanda/spesa (*step 3*).

¹²⁸ Le esigenze sanitarie definiscono il livello di consumo e il *reference pricing* lo indirizza (tende a indirizzarlo) sui prodotti equivalenti più economici. In realtà, poiché l'effetto è colto in termini di *ddd* dei prodotti più economici sul totale delle *ddd* consumate, congiuntamente esigenze sanitarie e *reference pricing* concorrono a definire numeratore e denominatore del rapporto.

Figura 3 - La struttura del modello FarmaRegio di CERM



Ai tre stadi del modello corrispondono altrettante equazioni. Le prime due mirano a spiegare il livello di efficienza della domanda/spesa, in termini di dimensione del mercato dei farmaci equivalenti (*step 1*) e di costo medio per ddd (*step 2*). Definito il livello di efficienza, la terza equazione lo utilizza, assieme allo schema di *copayment* in vigore e alle caratteristiche economiche e socio-demografiche, per determinare la spesa/domanda.

Partendo dall'equazione di *step 1*, si ritiene siano due i fattori in grado di influenzare la diffusione dei farmaci equivalenti più economici nell'attuale contesto italiano: in primo luogo, il *reference pricing*, poiché esso è uno strumento di regolazione finalizzato proprio ad incentivare la sostituzione con i farmaci equivalenti; secondariamente, l'incidenza delle malattie, dal momento che si presume che i consumatori abituali, riservando costantemente una quota del proprio reddito disponibile alla domanda di farmaci, dovrebbero essere maggiormente attenti a valutazioni di costo-efficacia. Ne consegue che nella specificazione dell'equazione, la percentuale di ddd di prodotti equivalenti più economici sul totale delle ddd consumate può essere espressa come funzione della compartecipazione da *reference pricing* per ricetta e dell'incidenza dei casi di cronicità nella popolazione residente:

equazione di step 1	$conseq_{it} = b_0 + b_1 refrpr_{it} + b_2 mcroniche_i + u_i + e_{it}$ $i = \text{Regione}$ $t = \text{anno}$ u_i = componenti non rilevate specifiche della Regione e time-invariant e_{it} = componenti non rilevate specifiche della Regione e con rilevanza annuale .
------------------------	--

L'errore ha due componenti. La prima, u_i , è una variabile stocastica con media su tutte le Regioni (i) sempre nulla e varianza σ_u^2 (da stimare assieme ai parametri del modello). Essa dà conto di fattori strutturali che differenziano le Regioni e che restano immutati lungo tutto il periodo preso in esame per la stima. La seconda, e_{it} , è una variabile stocastica con media sempre nulla sia quando calcolata su tutte le Regioni (i) in uno stesso anno (t), sia quando calcolata per ogni singola Regione su tutto l'orizzonte temporale in esame, sia quando calcolata su tutte le Regioni e su tutto l'orizzonte temporale; la sua varianza è σ_e^2 (anch'essa da stimare assieme ai parametri del modello). Essa dà conto di fattori imponderabili e congiunturali che, di anno in anno, differenziano le Regioni.

La specificazione del modello a effetti casuali è stata preferita rispetto alla specificazione a effetti fissi, in quanto quest'ultima, tenendo conto solamente della dimensione "*within*" del *panel* Regioni, è a rischio di escludere dall'analisi fonti di eterogeneità interregionale importanti (*cfr.* Kinal-Lahiri, 1993). La previsione dei due tipi di errore, invece, permette di non limitare a priori le fonti di eterogeneità interregionale¹²⁹.

Come si può notare, il *ticket* non influenza la diffusione degli equivalenti. Questo perché, nella modalità a somma fissa per farmaco/ricetta con cui è stato sinora implementato in Italia, questo strumento non ha, a parità di consumo, la proprietà di incentivare la scelta degli equivalenti più economici. Da questo punto di vista, il modello si caratterizza da subito come specificatamente adattato al contesto italiano.

L'incidenza delle malattie croniche è dato disponibile soltanto per un anno. Per non rinunciare a questa informazione, si ipotizza che il dato di quell'anno colga un aspetto strutturale specifico della singola Regione che rimane invariato per tutto l'arco temporale in esame. Questa assunzione è resa meno limitante, ai fini della stima, dalla considerazione delle due componenti di errore che coprono fattori sia strutturali sia congiunturali non esplicitamente modellizzati (altra ragione per il ricorso alla specificazione a effetti casuali). A livello teorico, ci si attenderebbe un effetto positivo della cronicità sulla diffusione degli equivalenti, anche se è possibile che abbiano il sopravvento fenomeni di *brand loyalty* e di avversione dei medici prescrittori alla sostituzione del farmaco per soggetti in costante trattamento terapeutico.

La valutazione dell'effetto della compartecipazione da *reference pricing* per ricetta è più problematica. Poiché la variabile "*refrpr*" indica la compartecipazione media effettivamente corrisposta (Euro/ricetta), ci si dovrebbe attendere che, quanto maggiore è questa, tanto minore è il ricorso agli equivalenti più economici che permetterebbero di evitare la stessa compartecipazione (una relazione negativa). Tuttavia, bisogna ricordare che i dati a disposizione non sono tali da identificare il consumo dei prodotti con prezzo minimo all'interno dei *cluster*, il ricorso ai quali annullerebbe del tutto la compartecipazione. I dati identificano il consumo di prodotti con prezzo inferiore a quello massimo (normalmente dell'*originator* a brevetto scaduto): di conseguenza potrebbe emergere una relazione positiva, se il valore della compartecipazione si rivelasse sufficiente a indurre sostituzione del farmaco più costoso, ma non arrivasse a spingere all'acquisto/consumo del più economico in assoluto. Tra l'altro un effetto che sarebbe coerente con il fenomeno della *brand proliferation* e della *brand loyalty* (entrambi particolarmente intensi in Italia). Si commenterà alla luce dei risultati (*cfr. infra*).

Attraverso l'effetto sul consumo di equivalenti, la cronicità e la compartecipazione da *reference pricing* influenzano il costo medio per *ddd*; questo legame è colto dalla equazione di *step 2* nella quale la variabile dipendente di *step 1* compare come esplicativa:

equazione di
step 2



$$cmedio_{it} = b_0 + b_1 consec_{it} + u_i + e_{it}.$$

¹²⁹ Inoltre, come diverrà più chiaro nel seguito, questa scelta è coerente con l'impostazione generale del lavoro, che mira a fornire una stima della relazione media esistente tra la spesa e i regressori, per poi permettere di valutare quanto ogni singola Regione si rispecchi in questa media o se ne discosti. Non è stato utilizzato il test di Hausman come discriminante per la scelta tra un modello a effetti fissi e uno a effetti casuali: Baltagi (2006) dimostra, infatti, che il test di Hausman, se applicato ad un sistema di equazioni in cui vi siano tra i regressori anche variabili di natura endogena (come in questo caso; *cfr. infra*), può portare ad inferenze fuorvianti.

Assieme, le due precedenti equazioni costituiscono il “modulo di stima del livello di efficienza” nel consumo (cfr. Figura 3), perché permettono di ottenere una percentuale di diffusione delle *ddd* equivalenti (*conseq*) e un costo medio per *ddd* (*cmedio*) che restano invarianti alla dimensione del mercato farmaceutico (la spesa complessiva in valore o in *ddd*). Infatti, queste due equazioni sono stimabili anche da sole, senza una equazione di chiusura che le raccordi alla domanda/spesa complessiva per farmaci di fascia “A”.

In altri contesti istituzionali e regolamentari questa dicotomia tra livello di efficienza e scala della domanda/spesa potrebbe essere meno plausibile. Ad esempio, laddove è adottato *ticket* in percentuale del prezzo del prodotto, anche questo strumento genera incentivi alla selezione degli equivalenti più economici e influenza *conseq* dell’equazione di step 1. Allo stesso modo, nei Paesi che hanno sviluppato schemi di sensibilizzazione dei medici prescrittori al *cost-containment*, ci si attende che la densità dei medici generici abbia un effetto diverso che nei Paesi che ne sono privi, e, soprattutto, concorra positivamente alla diffusione degli equivalenti.

Il raccordo tra il livello di efficienza e la domanda/spesa è svolto dal “modulo di stima di domanda/spesa” sulla base della seguente equazione:

equazione di step 3	➡	$spesa_{it} = b_0 + b_1 copaymedioxricetta_{it} + b_2 cmedio_{it} + b_3 reddito_{it} + \mathbf{b} vse_{it} + u_i + e_{it}.$
------------------------	---	---

dove la variabile dipendente è rappresentata, alternativamente, in termini di spesa *pro-capite*, spesa in percentuale del reddito disponibile e numero di ricette *pro-capite*; mentre tra i regressori compaiono:

- il “*copaymedioxricetta*”, il *ticket* mediamente attribuibile ad ogni ricetta¹³⁰ (in Italia il *ticket* non è in percentuale del prezzo e non è, quindi, incentivo alla scelta del prodotto più economico, ma rimane una delle variabili che influenzano i consumi assoluti¹³¹);
- il “*cmedio*” per *ddd* come determinato dalle prime due equazioni;
- il vettore “*vse*” di variabili di contesto economico, sociale e demografico a livello regionale; facendo riferimento alla precedente Tavola 19:
 - vse1* = quota di stranieri sul totale della popolazione residente,
 - vse2* = tasso di invecchiamento della popolazione,
 - vse3* = quota della spesa relativa a farmaci anche erogabili in duplice via,
 - vse4* = indice dei prezzi dei capoluoghi di Regione,
 - vse5* = densità dei medici prescrittori;
- il reddito disponibile *pro-capite*.

In particolare, ci si attende che il *ticket* per ricetta abbia un effetto riduttivo della spesa, mentre effetto opposto abbia il costo medio per *ddd* consumata.

Tra le variabili di contesto, un effetto di aumento della spesa è atteso sia dalla quota di stranieri che dal tasso di invecchiamento: entrambe rappresentano fasce di popolazione deboli e con probabili maggiori problemi di salute; inoltre, è presumibile che i soggetti dei due gruppi siano, in misura diversa, interessati da abbattimenti/esenzioni delle/dalle compartecipazioni.

Per quanto riguarda la quota di spesa in farmaci erogabili anche in duplice via, nella misura in cui questa è tanto maggiore quanto meno ci si avvale delle economicità della distribuzione “diretta”, ci si dovrebbe attendere un legame positivo con la spesa. Sull’interpretazione di questo legame, si rimanda al successivo paragrafo con le indicazioni per la politica settoriale.

¹³⁰ Anche se nella pratica alcune Regioni applicano il *ticket* per prodotto, la variabile inclusa nella regressione considera il *ticket* medio per ricetta.

¹³¹ Soprattutto alla luce dei limiti massimi al controvalore della singola ricetta esistenti in alcune Regioni.

L'indice dei prezzi è il regressore con effetti più imponderabili. In primo luogo, perché si riferisce al capoluogo di Regione mentre i dati di spesa a tutta la Regione, e il costo della vita può raggiungere variabilità territoriali elevate anche all'interno della stessa Regione (es.: città/campagna, centro/periferia). Poi perché dovrebbe, a rigor di logica, sortire gli stessi ambigui effetti della variabile *reddito* (cfr. *infra*) di cui rappresenta un fattore di sconto differenziato per Regione (dal reddito disponibile nominale al reddito disponibile reale o in parità di potere d'acquisto regionale).

Anche definire *ex-ante* un effetto atteso della densità dei prescrittori è problematico, poiché esso dipende dagli aspetti di regolazione del servizio; tenendo conto che in Italia la sensibilizzazione al *cost-containment* non è mai stata approfondita, potrebbe emergere un effetto di aumento della spesa (più medici prescrittori => più prescrizioni).

Infine, dal regressore "*reddito*" potrebbero scaturire effetti diversi; anche in letteratura esistono sia lavori che hanno riscontrato un effetto positivo o statisticamente non significativo del reddito (avvalorando la definizione del farmaco come bene normale¹³²), sia lavori che riportano un segno negativo (perché gli individui a basso reddito sono più esposti a problemi di salute e più facilmente godono di abbattimenti/esenzioni delle/dalle compartecipazioni (così, per esempio, Anessi Pessina, 1997¹³³). Anche in questo caso, si commenterà alla luce dei risultati (cfr. *infra*).

La stima di *FarmaRegio* è svolta equazione per equazione, applicando la metodologia a due stadi proposta da Baltagi (1981)¹³⁴. In uno studio basato su simulazioni di tipo Monte Carlo con un modello a due equazioni, Baltagi (1984)¹³⁵ mostra un livello comparabile di efficienza delle stime equazione per equazione e della stima simultanea. Data la maggiore difficoltà computazionale della stima dell'intero sistema, si preferisce optare per questa soluzione che, inoltre, ha il vantaggio che, nel caso in cui una delle tre equazioni del modello sia malspecificata, l'errore non si propaga alle altre.

Inoltre, la probabile presenza, nel processo di stima, di variabili endogene tra i regressori è risolto utilizzando il metodo delle variabili strumentali, dove gli strumenti utilizzati sono le altre variabili indipendenti incluse nel modello. Sono strumentate "*conseq*" nell'equazione di *step 2* e "*cmedio*" nell'equazione di *step 3*; sebbene non si preveda un'equazione specifica per la modellizzazione della variabile "*refpr*" nell'equazione di *step 1*, anche questa è trattata come variabile endogena ed è strumentata¹³⁶.

Le seguenti tavole riepilogano le prime stime ottenute da *FarmaRegio* per le tre equazioni descritte al capitolo precedente. Si utilizzano le tre definizioni di spesa precedentemente introdotte: *pro-capite* (Euro) (*Tavola 20*), percentuale del reddito disponibile (*Tavola 21*), numero di ricette *pro-capite* (*Tavola 22*); tutte e tre considerate in logaritmo naturale. Per ciascuna definizione di spesa si producono due regressioni (*modello 1* e *modello 2*), selezionando variabili indipendenti diverse.

¹³² Un bene è normale se, all'aumentare del reddito disponibile, aumenta il suo consumo.

¹³³ Avvalorando la definizione del farmaco come bene inferiore. Un bene è inferiore se, all'aumentare del reddito disponibile, diminuisce il suo consumo.

¹³⁴ Cfr. B.H. Baltagi (1981), "*Simultaneous equations with error components*", *Journal of Econometrics*, 17, pagg. 189-200.

¹³⁵ Cfr. B.H. Baltagi (1984), "*A Monte Carlo study for pooling time series of cross-section data in the simultaneous equation model*", *International Economic Review*, 25, 3, pagg. 603-624.

¹³⁶ Ovviamente, la spiegazione di alcuni regressori tramite variabili strumentali è utile soltanto al fine della stima e non implica nessuna revisione della forma strutturale identificata dalle tre equazioni precedentemente descritte.

Tabella 20 - La spesa pro-capite (Euro, ln) ¹³⁷

equazione di step 3 variabile dipendente: la spesa		
variabili esplicative	modello 1 ¹³⁸	modello 2 ¹³⁹
	coefficiente (errore standard)	
<i>cmedio (ln)</i>	0,825*** (0,268)	0,956*** (0,060)
<i>copaymedioxricetta</i>	-0,052** (0,022)	-0,053*** (0,006)
<i>reddito (mln, ln)</i>	-0,977*** (0,014)	-0,986*** (0,014)
<i>indiceprezzi (ln, vse4)</i>	-0,726 (0,466)	<i>non considerato</i>
<i>stranieri (vse1)</i>	0,011 (0,012)	0,003 (0,006)
<i>tasso invecchiamento (vse2)</i>	-0,00019 (0,0005)	0,0007** (0,0004)
<i>densità prescrittori (vse5)</i>	0,119*** (0,028)	0,067*** (0,021)
<i>duplice via (vse3)</i>	<i>non considerato</i>	0,006*** (0,001)
<i>costante</i>	5,498** (2,248)	2,311*** (0,170)
<i>n. osservazioni</i>	78	100 (20x5)

equazione di step 2 variabile dipendente: il costo medio per ddd		
variabili esplicative	modello 1	modello 2
	coefficiente (errore standard)	
<i>conseq</i>	-0,011*** (0,002)	-0,013*** (0,002)
<i>costante</i>	0,194*** (0,055)	0,241*** (0,059)
<i>n. osservazioni</i>	59	60 (20x3)

equazione di step 1 variabile dipendente: il consumo di equivalenti economici		
variabili esplicative	modello 1	modello 2
	coefficiente (errore standard)	
<i>refpr</i>	7,475*** (1,855)	8,812*** (2,020)
<i>mcroniche</i>	-0,221*** (0,077)	-0,243*** (0,077)
<i>costante</i>	20,066*** (3,956)	18,820*** (3,920)
<i>n. osservazioni</i>	59	60 (20x3)

la stima di step 1 e step 2 si ripete identica nelle Tavole 20-21-22; le equazioni, infatti, restano le stesse e sono stimate indipendentemente dalle altre; per completezza i valori sono riportati in ogni tabella

*** significativo all'1%; ** significativo al 5%; * significativo al 10%

¹³⁷ Le due colonne descrivono i risultati di regressioni distinte nella selezione dei regressori nell'equazione di step 3. Il numero di osservazioni dipende dall'intersezione dei periodi per i quali sono disponibili i dati delle variabili prese in esame (ivi incluse quelle utilizzate come strumentali; cfr. *supra*).

¹³⁸ Le variabili indipendenti del modello impiegate come strumenti di "conseq" nell'equazione step 2, di "refpr" nell'equazione di step 1, e di "cmedio" nell'equazione di step 3 sono: "copaymedioxricetta", "reddito", "indiceprezzi", "stranieri", "tasso invecchiamento", "densità prescrittori", e "croniche", ovvero tutte le variabili esogene incluse nelle regressioni.

¹³⁹ Le variabili indipendenti del modello impiegate come strumenti di "conseq" nell'equazione step 2, di "refpr" nell'equazione di step 1 e di "cmedio" nell'equazione di step 3 sono: "copaymedioxricetta", "reddito", "duplice via", "stranieri", "tasso invecchiamento", "densità prescrittori", e "croniche".

Tabella 21 - La spesa in percentuale del reddito disponibile ¹²⁹

equazione di step 3 variabile dipendente: la spesa		
variabili esplicative	modello 1	modello 2
	coefficiente (errore standard)	
<i>cmedio (ln)</i>	0,779** (0,302)	0,949*** (0,059)
<i>copaymedioxricetta</i>	-0,048** (0,023)	-0,054*** (0,006)
<i>reddito (mln, ln)</i>	0,021 (0,016)	0,015 (0,012)
<i>indiceprezzi (ln, vse4)</i>	-0,724 (0,513)	<i>non considerato</i>
<i>stranieri (vse1)</i>	0,013 (0,013)	0,003 (0,006)
<i>tasso invecchiamento (vse2)</i>	-0,00019 (0,0006)	0,0006** (0,0003)
<i>densità prescrittori (vse5)</i>	0,115*** (0,032)	0,073*** (0,019)
<i>duplice via (vse3)</i>	<i>non considerato</i>	0,005*** (0,001)
<i>costante</i>	7,824*** (2,473)	4,572*** (0,159)
<i>n. osservazioni</i>	78	100 (20x5)

equazione di step 2 variabile dipendente: il costo medio per ddd		
variabili esplicative	modello 1	modello 2
	coefficiente (errore standard)	
<i>conseq</i>	-0,011*** (0,002)	-0,013*** (0,002)
<i>costante</i>	0,194*** (0,055)	0,241*** (0,059)
<i>n. osservazioni</i>	59	60 (20x3)

equazione di step 1 variabile dipendente: il consumo di equivalenti economici		
variabili esplicative	modello 1	modello 2
	coefficiente (errore standard)	
<i>refpr</i>	7,475*** (1.855)	8,812*** (2.020)
<i>mcroniche</i>	-0,221*** (0,077)	-0,243*** (0,077)
<i>costante</i>	20,066*** (3.956)	18,820*** (3.920)
<i>n. osservazioni</i>	59	60 (20x3)

*** significativo all'1%; ** significativo al 5% ; * significativo al 10%

Tabella 22 - La spesa in numero di ricette *pro-capite* ¹²⁹

equazione di <i>step 3</i> variabile dipendente: la spesa		
variabili esplicative	modello 1	modello 2
	coefficiente (errore standard)	
<i>cmedio (ln)</i>	0,696* (0,415)	0,861*** (0,085)
<i>copaymedioxricetta</i>	-0,060** (0,027)	-0,055*** (0,007)
<i>reddito (mln, ln)</i>	0,020 (0,045)	0,025 (0,038)
<i>indiceprezzi (ln, vse4)</i>	0,372 (0,701)	<i>non considerato</i>
<i>stranieri (vse1)</i>	0,016 (0,014)	0,014* (0,007)
<i>tasso invecchiamento (vse2)</i>	0,002* (0,001)	0,003*** (0,001)
<i>densità prescrittori (vse5)</i>	0,083* (0,064)	0,042 (0,027)
<i>duplice via (vse3)</i>	<i>non considerato</i>	0,0008 (0,0007)
<i>costante</i>	-0,770 (3,244)	1,164*** (0,274)
<i>n. osservazioni</i>	78	100 (20x5)

equazione di <i>step 2</i> variabile dipendente: il costo medio per <i>ddd</i>		
variabili esplicative	modello 1	modello 2
	coefficiente (errore standard)	
<i>conseq</i>	-0,011*** (0,002)	-0,013*** (0,002)
<i>costante</i>	0,194*** (0,055)	0,241*** (0,059)
<i>n. osservazioni</i>	59	60 (20x3)

equazione di <i>step 1</i> variabile dipendente: il consumo di equivalenti economici		
variabili esplicative	modello 1	modello 2
	coefficiente (errore standard)	
<i>refpr</i>	7,475*** (1.855)	8,812*** (2.020)
<i>mcroniche</i>	-0,221*** (0,077)	-0,243*** (0,077)
<i>costante</i>	20,066*** (3.956)	18,820*** (3.920)
<i>n. osservazioni</i>	59	60 (20x3)

*** significativo all'1%; ** significativo al 5% ; * significativo al 10%

6. Indicazioni per la *governance* della spesa farmaceutica

I risultati di *FarmaRegio* permettono numerose considerazioni, sia sulle variabili che influenzano il consumo dei prodotti più economici equivalenti, e che di conseguenza incidono sul costo medio della *ddd*, sia in generale sui *driver* della spesa farmaceutica territoriale (*cfr. Tavola 23 per riepilogo*).

6.1 Il consumo degli equivalenti

Nell'equazione di *step 1*, la compartecipazione da *reference pricing* ha un effetto positivo con un grado di significatività all'1 per cento. Trova conferma la seconda ipotesi avanzata precedentemente, in merito al segno che la relazione tra "*refpr*" e "*conseq*" può assumere. Un'elevata compartecipazione aumenta la diffusione degli equivalenti, perché è tale da indurre a sostituire il prodotto a prezzo massimo all'interno del *cluster*, anche se non riesce a stimolare la piena ottimizzazione che si otterrebbe se si consumasse il prodotto con prezzo minimo assoluto, così da annullare la stessa compartecipazione¹⁴⁰. Questi risultati "sintetizzano" le luci e le ombre che hanno sinora contraddistinto il *reference pricing* in Italia, ben disegnato sul piano formale (*cluster* di soli *off-patent* ad elevata/elevatissima sostituibilità) ma depotenziato da vari fattori: *brand proliferation*, fidelizzazione, incertezze applicative nel rapporto tra Stato e Regione¹⁴¹, interferenze della distribuzione al dettaglio¹⁴², etc..

Che la fedeltà alla marca possa avere un peso di rilievo trova conferma anche nel coefficiente del secondo regressore, "*mcroniche*", che è negativo e significativo all'1 per cento. La lunghezza delle terapie (anche tutta la vita), invece che indurre all'ottimizzazione dei consumi con la scelta del prodotto più economico, rafforza il legame con il farmaco "tradizionale", quello conosciuto ormai da tempo e di comprovata affidabilità, anche quando sono disponibili suoi equivalenti. Anche a causa di una non sufficiente informazione e sensibilizzazione sul tema, si tende ad eccedere in cautele e precauzioni di fronte a prodotti perfettamente equivalenti agli *originator*¹⁴³.

Le precedenti osservazioni sono valide sia per il *modello 1* che per il *modello 2* (con identici livelli di significatività).

¹⁴⁰ Ad esempio, quanto maggiori sono i differenziali di prezzo dei prodotti di un *cluster* rispetto al più economico equivalente, tanto maggiori sono le quote di prezzo che rimangono a carico del cittadino che non sceglie il più economico. È plausibile che, in presenza di fenomeni di fidelizzazione, diffidenza rispetto ai generici, interpretazione del prezzo come segnale di qualità, etc., tale compartecipazione, pur ampia, sia sufficiente a stimolare l'abbandono del più costoso assoluto, ma non tale da indurre il consumo del più economico assoluto.

¹⁴¹ La composizione dei *cluster* può tener conto del normale circuito di distribuzione regionale. Inoltre, sulla spinta delle pressioni che la spesa sta esercitando sui bilanci, le Regioni stanno mostrando interesse ad allargare i perimetri dei *cluster* distorcendo il funzionamento dello strumento (*cfr. "Prezzi di riferimento diversi tra Regioni", cit.*).

¹⁴² I margini di ricavo delle farmacie sulla commercializzazione dei farmaci di fascia "A" sono in percentuale del prezzo e generano incentivi "perversi" a non dotarsi in magazzino dei prodotti più economici e equivalenti e a non canalizzarli al paziente-cliente. Questo effetto è enfatizzato dal contingentamento numerico delle farmacie (la cosiddetta pianta organica) e dalle limitazioni all'accesso alla proprietà delle farmacie (solo farmacisti abilitati come singoli o membri di società di persone o di società cooperative).

¹⁴³ Se i farmaci sono copie perfette, equivalenti sul piano chimico-terapeutico-biologico (la definizione alla base dei *cluster* del *reference pricing* italiano), la loro sostituzione porta benefici di spesa senza alcun controeffetto sanitario.

6.2 Il costo medio per ddd

Nell'equazione di *step 2*, la diffusione degli equivalenti (in termini di *ddd* sul totale delle consumate) ha un effetto di riduzione del costo medio significativo all'1 per cento. Il prezzo degli equivalenti è generalmente inferiore a quello dei prodotti "tradizionali" e, a parità di volumi complessivamente consumati, essi permettono risparmi di spesa.

Questo effetto, logico e prevedibile, lascia intendere che potenzialità di riorganizzazione della spesa si potrebbero rivelare se la diffusione degli equivalenti potesse contare, non solo sul funzionamento del *reference pricing* (unico regressore significativo tra quelli ipotizzabili nel contesto italiano, *cfr. supra*), ma anche su una maggior attenzione prescrittiva dei medici verso il *cost-containment*, sul rafforzamento della responsabilizzazione individuale tramite *ticket* in percentuale del prezzo, nonché su concrete campagne informative e di sensibilizzazione volte a favorire atteggiamenti più maturi e consapevoli nel consumo di farmaci.

Anche in questo caso, le precedenti osservazioni sono valide sia per il *modello 1* che per il *modello 2* (con identici livelli di significatività).

6.3 Che cosa spiega la spesa farmaceutica regionale

Infine, di seguito è commentata la significatività dei regressori nella stima dell'equazione di *step 3*, per ciascuna delle tre definizioni di spesa (*Tavole 20-21-22*) e per entrambi i modelli (*modello 1* e *modello 2*).

Il costo medio per *ddd* ("*cmedio*") ha, come ci si attendeva, un effetto positivo e significativo pur con livelli di significatività diversa (ma in quattro casi su sei la significatività è all'1 per cento), in entrambi i modelli e con tutte e tre le definizioni di spesa. Un impatto negativo e altrettanto significativo (in tre casi la significatività è all'1 per cento, negli altri tre al 5 per cento) ha il *ticket* ("*copaymediopxicetta*"). Questi risultati mostrano l'effetto di due strumenti di regolazione settoriale: il *reference pricing*, che promuove la diffusione degli equivalenti e riduce il costo medio per *ddd* (*cfr. equazioni di step 1 e step 2*); e il *ticket* in somma fissa che, anche se non incentiva la scelta dei prodotti più economici equivalenti (come avverrebbe se fosse percentuale), responsabilizza il singolo paziente rispetto alle quantità da acquistare/consumare¹⁴⁴.

L'efficacia di questi due strumenti lascia intendere quali più ampie possibilità di governo della spesa emergerebbero se essi fossero implementati nella maniera migliore, come suggerito dalla teoria economica¹⁴⁵, e sostenuti da altri interventi di politica economica settoriale in grado di rafforzarne i pregi e di limitarne le controindicazioni: *ticket* in percentuale del prezzo con abbattimenti/esenzioni, per tener conto delle condizioni economico-sanitarie dei singoli e delle famiglie; riforme *pro* concorrenziali della distribuzione al dettaglio, per favorire la diffusione delle copie economiche dei prodotti *off-patent*; schemi, equilibrati e rispettosi dell'autonomia professionale, di sensibilizzazione dei medici prescrittori verso l'obiettivo del *cost-containment*; campagne informative sull'uso dei farmaci e sulla pari efficacia delle copie.

Risultati differenziati emergono per la variabile esplicativa "*reddito*". Il suo effetto sulla *spesa pro-capite* è negativo e significativo all'1 per cento, avvalorando la tesi che gli individui appartenenti alle fasce basse di reddito godono generalmente di una qualità di vita inferiore e devono ricorrere più

¹⁴⁴ Se su ogni prescrizione o su ogni singolo prodotto v'è una compartecipazione, sia pure in somma fissa, il numero di ricorsi al medico prescrittore e il numero di atti di acquisto è responsabilizzato.

¹⁴⁵ *Cfr.* Quaderno CERM n. 03/2004 che contiene una *review* della letteratura economica sulle proprietà degli strumenti di regolazione del mercato farmaceutico.

frequentemente alle cure¹⁴⁶. Inoltre, tra le fasce basse di reddito sono più diffusi i casi di abbattimento/esenzione di/da *ticket*, e questo rafforza il legame negativo con la spesa.

Quando la spesa è misurata in percentuale del reddito disponibile, il regressore "*reddito*" ha un effetto positivo ma non significativo. Poiché si rapportano due variabili espresse in termini *pro-capite*, la variabile esplicativa esprime una proporzione aggregata, macroeconomica, tra valore della spesa e valore del reddito disponibile del Paese. È, con ogni probabilità, questa la ragione per cui il legame diviene da negativo positivo, in linea con la letteratura economica che mostra elasticità crescenti nel livello di aggregazione della spesa (da *pro-capite*, a regionale, a nazionale)¹⁴⁷; e diviene non significativo, rispecchiando l'azione di politica economica che, soprattutto nell'ultima decade, ha ricercato costantemente la stabilizzazione (sulla spesa sanitaria pubblica e sul PIL) della spesa farmaceutica pubblica.

Infine, quando la spesa è misurata in numero *pro-capite* di ricette, il regressore "*reddito*" ha un effetto positivo e non significativo. In questo caso la non significatività non stupisce, poiché la variabile dipendente rappresenta la quantità di prescrizioni, mentre l'effetto del reddito si esplica presumibilmente sul controvalore del totale delle ricette prescritte nel corso dell'anno (che è indicativo della tipologia di farmaci consumati e della grandezza del loro *packaging*, oltre che essere la variabile rilevante per il bilancio privato del singolo e/o della famiglia).

I regressori "*indice dei prezzi*" e "*stranieri*" hanno sempre effetti non significativi¹⁴⁸. Quanto al primo regressore, si è già osservato che l'indice si riferisce al capoluogo di Regione ed è, di conseguenza, scarsamente rappresentativo del costo della vita nelle varie comunità sul territorio regionale, che pure concorrono tutte a formare la domanda/spesa farmaceutica. Quanto al secondo regressore, il nostro Paese non ha ancora assunto una dimensione multietnica, con stratificazioni consolidate dei vari gruppi in classi sociali e in fasce di reddito. Tranne che nei maggiori centri urbani e in alcuni distretti industriali concentrati in particolare nel Nord-Est del Paese, il rapporto con l'immigrazione è rimasto soprattutto un problema di controllo della clandestinità e della legalità, fenomeni che solo incidentalmente e spesso in maniera disomogenea tra Regioni interessano il bilancio sanitario e farmaceutico¹⁴⁹.

Ci si sarebbe aspettati un effetto più evidente e soprattutto univoco del tasso di invecchiamento della popolazione. Invece, il suo effetto non solo non è univoco nel segno, ma lì dove è significativo il suo impatto appare piuttosto limitato. Nella specificazione del *modello 1*, l'invecchiamento è significativo (ad un livello del 10 per cento) soltanto quando la spesa è misurata in termini di numero di ricette *pro-capite*, mentre rimane non significativo negli altri due casi. Nella specificazione del *modello 2*, emerge significatività al 5 per cento quando la spesa è quella *pro-capite* o in percentuale del reddito, e significatività all'1 per cento quando essa è espressa in numero di ricette *pro-capite*. La non univocità del segno e la debolezza del riscontro della significatività sono confermate se, in luogo del tasso di invecchiamento (persone con più di 65 anni in percentuale di coloro in età compresa tra 0 e 14 anni) si utilizza la percentuale di popolazione con più di 65 anni¹⁵⁰.

L'impatto dell'invecchiamento trova riscontri empirici differenti in letteratura. Con riferimento al caso italiano, Atella (2000) rileva una sua significatività statistica elevata. Questo risultato può essere ricondotto, non tanto alla diversa specificazione del modello (la variabile dipendente è il tasso di crescita della spesa), quanto al suo più lungo orizzonte temporale (trentennale), più adatto di quello di *FarmaRegio* (decennale) ad osservare le mutazioni della struttura per età della popolazione. In Atella

¹⁴⁶ Il modello, in questa specificazione, rigetta l'ipotesi della spesa farmaceutica come bene normale.

¹⁴⁷ Cfr. AREL (2007).

¹⁴⁸ Solo in un caso, *modello 2* con spesa misurata in numero di ricette, il regressore "*stranieri*" è significativo, ma al 10 per cento.

¹⁴⁹ Il più delle volte sfuggendo alla rilevazione contabile e statistica.

¹⁵⁰ Un'altra specificazione di *FarmaRegio* che qui non si riporta.

(2000), inoltre, i dati utilizzati sono aggregati nazionali e non regionali. Sempre con riferimento al caso italiano, CEIS (2006) riporta risultati diversi da Atella (2000) e simili a quelli di *FarmaRegio*, pervenendo anch'esso ad un effetto non univoco dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa *pro-capite* regionale. Considerando separatamente le Regioni del Nord e del Centro-Sud, CEIS (2006) riscontra nel primo caso un impatto dell'invecchiamento sulla spesa positivo e ampio, mentre nel secondo una perdita di significatività statistica. Gli autori spiegano questo risultato con la presenza di fattori influenzanti la spesa riconducibili a inefficienze di gestione e maggiormente esplicativi delle differenze regionali rispetto all'invecchiamento della popolazione.

È necessario ricercare una adeguata interpretazione di questa diversità di risultati, se si considera che i profili di spesa *pro-capite* alla base delle analisi di AWG-ECOFIN e OCSE mostrano la concentrazione della domanda/spesa sanitaria e farmaceutica proprio nell'ultima fase della vita (dopo i 65 anni). A livello teorico, in altri termini, l'invecchiamento dovrebbe avere un impatto positivo e di alta significatività.

Un modello *panel* basato su dati regionali, come *FarmaRegio*, permette di affrontare il problema distinguendo tra fattori aventi un impatto comune a tutte le Regioni (*i.e.* operanti su scala nazionale) e fattori che, invece, hanno un impatto *region-specific*. Dal modello risulta che il diverso grado di invecchiamento delle Regioni è stato, nell'ultimo decennio, scarsamente significativo nello spiegare il diverso andamento della spesa farmaceutica regionale.

Le ragioni potrebbero essere molteplici, e anche compresenti:

- Il processo di invecchiamento della popolazione, per quanto si manifesti con differenze regionali, avviene su scala nazionale, e le specificità delle Regioni si innestano su effetti comuni già consistenti. Questa considerazione sarebbe coerente con il fatto che i modelli di stima su dati nazionali (come Atella, 2000) riportano un effetto positivo e significativo dell'invecchiamento, mentre i modelli *panel* che utilizzano dati regionali (come CEIS, 2006, e lo stesso *FarmaRegio*) un effetto ambiguo, che necessita, quantomeno, di una interpretazione più approfondita. I di vista delle due tipologie di modello sono diversi: nel primo caso (dati nazionali), la stima mira ad identificare i fattori che maggiormente spiegano la spesa su scala nazionale; nel secondo caso (*panel* su dati regionali), invece, la stima mira ad identificare i fattori che maggiormente spiegano le differenze interregionali nella spesa. Una variabile, pur esplicativa su scala nazionale, potrebbe non rientrare tra i fattori che meglio spiegano le differenze tra Regioni (*i.e.* la variabilità regionale).
- A questa osservazione se ne deve aggiungere un'altra: è necessario distinguere tra le variazioni di spesa su orizzonti di tempo lunghi (come in Atella, 2000) da quelli più brevi (come in CEIS, 2006, e in *FarmaRegio*). Prima ancora che specificare i modelli e passare al vaglio i loro risultati, sul piano logico non ci può attendere che su periodi brevi o medi il processo di invecchiamento possa da solo dar conto di variazioni subitanee e significative della spesa¹⁵¹.
- Non necessariamente un processo di più marcato invecchiamento si traduce *tout court* in maggiore domanda/spesa, perché il legame è condizionato dagli aspetti regolatori definiti a livello regionale e dall'organizzazione complessiva del sistema sanitario-farmaceutico regionale (cioè dall'offerta)¹⁵².

¹⁵¹ Per fare un esempio concreto, appare irrealistico attribuire al processo di invecchiamento della popolazione tra il 2001 e il 2006 un aumento delle quantità consumate (*ddd*) dei farmaci come quello descritto alla *Figura 1*, con la variabilità interregionale e intertemporale desumibile dalla *Tavola 15*.

¹⁵² Un esempio può essere utile. L'Italia è nel contempo tra i Paesi UE più vecchi e anche tra quelli che dedicano una minor spesa pubblica ai servizi agli anziani e tra questi, alle prestazioni sanitarie di lungodegenza. In una regressione su dati italiani, aggregati o regionalizzati, probabilmente emergerebbe la non significatività del tasso di invecchiamento nello spiegare la spesa

- Le ripetute revisioni del Prontuario, utilizzate come strumento di stabilizzazione della spesa farmaceutica pubblica negli ultimi dieci anni, hanno prodotto (in assenza di una regolamentazione adeguata) uno spostamento dell'onere di finanziamento a carico del privato¹⁵³. È possibile che gli effetti dell'invecchiamento si siano per questa via scaricati sui bilanci dei singoli e delle famiglie (con effetti distributivi potenzialmente molto forti), divenendo meno visibili a livello di spesa pubblica¹⁵⁴.
- Infine, la prassi dell'abbattimento dei prezzi, che, assieme alla revisione del Prontuario, è stata la principale leva della stabilizzazione della spesa, applicata in maniera omogenea a tutti i prodotti commercializzati in Italia genera, a livello regionale, correzioni di spesa tanto maggiori in valore assoluto quanto maggiore è la spesa fatta registrare nella singola Regione. In alcuni anni in cui l'abbattimento dei prezzi, pur rispondendo a regole omogenee su scala nazionale, ha fatto riferimento ai tassi di crescita di vendite/fatturato dei vari prodotti mutuati, questo effetto è stato ancora più forte, con le correzioni di spesa concentrate soprattutto nelle Regioni che avevano fatto registrare il maggior consumo di quei prodotti cresciuti in vendita/fatturato a livello nazionale. In altri termini, la politica di abbattimento dei prezzi tende a creare un cuneo tra spesa *ex-ante* e spesa *ex-post* le manovre correttive, che altera il legame causale tra variabile dipendente (la spesa) e variabili esplicative e che, per questo motivo, potrebbe sminuire la rilevanza del processo di invecchiamento.

Nel complesso, i diversi risultati ottenuti dai modelli a seconda della loro specificazione e del loro orizzonte temporale invitano a valutare con attenzione l'effetto dell'invecchiamento sulla spesa, sia in fase di specificazione che di lettura dei risultati.

In particolare, i risultati di *FarmaRegio* suggeriscono almeno due considerazioni di *policy*:

- Se l'obiettivo è quello di valutare le motivazioni della diversa dinamica regionale della spesa su un arco di tempo limitato, allora è presumibile che il fattore demografico passi in secondo piano, a meno che il processo di invecchiamento della popolazione non si stia manifestando con caratteristiche marcatamente territoriali (si può affermare questo per l'Italia sul periodo 1995-2005?).
- Anche se così fosse, un più alto tasso di invecchiamento non può essere indicato *tout court* come ragione di maggior spesa e quindi di maggior ricorso a finanziamenti del SSN, se non nella misura in cui effettivamente si realizzano prestazioni e servizi per l'età avanzata (un risultato che va al di là della farmaceutica). Ricollegandosi con quanto detto nella prima parte del rapporto circa l'interazione tra Stato e Regioni nel governo della spesa sanitaria e farmaceutica, è, questo, un risultato da tener presente ai fini della formulazione dei programmi di politica economica settoriale, della loro approvazione e, soprattutto, della loro verifica *ex-post*. Il risultato può esser visto come un invito a riflettere sui reali vantaggi dell'avvenuta totale eliminazione dei vincoli di destinazione delle risorse, che potrebbero svolgere un ruolo importante nel coordinamento degli obiettivi di sostenibilità della spesa, coesione territoriale tramite flussi redistributivi e affermazione di LEA omogenei in tutto il Paese (soprattutto nella fase di avvio e maturazione del federalismo)¹⁵⁵.

pubblica in prestazioni di lungodegenza. Quella non significatività non si riferirebbe al nesso causale (tra domanda potenziale e invecchiamento), ma a come le scelte di politica economica hanno effettivamente fatto corrispondere risorse finanziarie alle esigenze delle singole comunità.

¹⁵³ Riscontrabile anche a livello di spesa sanitaria complessiva.

¹⁵⁴ Questa considerazione supporterebbe i risultati cui perviene CEIS (2006), che generalmente rileva un impatto dell'invecchiamento che, laddove significativo (cioè nelle Regioni del Nord), è superiore a quello delle altre variabili esplicative. In CEIS (2006), infatti, la spesa *pro-capite* considerata è quella totale, pubblica e privata, e, di conseguenza, non è direttamente influenzata dallo spostamento dell'onere di finanziamento dall'una all'altra voce.

¹⁵⁵ L'assenza di vincoli di destinazione dei flussi perequativi è affermata sia nel Decreto Legislativo n. 56/00 che nella Costituzione riformata nel 2001.

Passando alla “densità prescrittori”, quando la spesa è quella *pro-capite* o in percentuale del reddito disponibile si registra un effetto positivo e significativo all’1 per cento (sia nel *modello 1* che nel *modello 2*). Quando la spesa è in numero di ricette, la significatività si attenua, ma il segno resta positivo. In linea con il lavoro di Okunade e Suraratdecha (2006), emerge che all’aumentare del numero dei medici *pro-capite* cresce anche la spesa a carico del SSN. In letteratura, questo risultato è spiegato facendo riferimento ad alcune caratteristiche specifiche del servizio e del rapporto medico-paziente tra cui la tendenza ad iperproteggere che, in numerosi casi, si assomma all’avversione al rischio nella prescrizione di farmaci equivalenti (cfr. Lopez-Casasnovas e Puig-Junoy, 2000). È necessario, inoltre considerare fenomeni di tipo *moral hazard* sia del paziente, che quando ha più facile accesso al prescrittore gli si rivolge con più frequenza, sia dello stesso prescrittore, che, quanto più si trova in concorrenza con i suoi colleghi, tanto più tende ad “accaparrarsi” il maggior numero di clienti allentando il vaglio prescrittivo (cosa che, agli occhi inesperti del paziente, può sembrare un atteggiamento di maggior tutela valevole di apprezzamento).

Anche se il risultato del modello è sufficientemente univoco, esso va interpretato *cum granu salis*. Non è tanto la densità in sé ad avere un legame positivo con la spesa, quanto la modalità con cui il singolo professionista svolge il servizio¹⁵⁶, che (“nel ben e nel male”) produce effetti tanto più vasti e pervasivi quanto più numerosi sono i prescrittori. Se i prescrittori fossero sufficientemente sensibilizzati all’obiettivo del *cost-containment*, allora la loro densità diverrebbe probabilmente un fattore di pregio, di miglioramento del servizio, di capillarità nella copertura territoriale, di accorciamento delle file, etc.. Inoltre, se anche i pazienti fossero responsabilizzati nella domanda/spesa tramite una combinazione ottimale di *reference pricing* e *ticket*, allora i prescrittori sarebbero più attenti nel mantenersi costantemente aggiornati sulla presenza di prodotti copia più economici e più in generale sulla *cost-effectiveness* delle terapie, per soddisfare al meglio le esigenze dei pazienti e non perderne la fiducia a favore di qualche altro collega.

In altri termini, il risultato del modello sottolinea l’importanza dell’adozione di schemi di sollecitazione dei prescrittori a considerare, a parità di finalità terapeutica opportunamente perseguita sotto tutti i vincoli biologici del singolo caso, anche l’obiettivo della minimizzazione della spesa (quantità prescritte e selezione dei più economici equivalenti). Un fronte sul quale l’Italia non si è ancora attivata, a dispetto di esperienze positive realizzate nel Regno Unito e nei Paesi Nordeuropei¹⁵⁷.

Infine, l’ultimo regressore, la “duplice via” (considerato soltanto nel *modello 2*), ha effetti simili a quelli della “densità prescrittori”: quando la spesa è quella *pro-capite* o in percentuale del reddito disponibile, esso ha un impatto positivo e significativo all’1 per cento; quando la spesa è in numero di ricette, la significatività scompare, ma il segno resta positivo. La scomparsa della significatività non inficia le prime due evidenze, perché la modalità di distribuzione non produce effetti sul numero di ricette (che derivano dall’attività prescrittiva dei medici), mentre li ha sul costo dei prodotti effettivamente canalizzati al consumo, che dipende dalle caratteristiche della stessa distribuzione, dagli incentivi individuali dei farmacisti e dai loro margini di ricavo.

¹⁵⁶ E una controprova è fornita dagli stessi risultati del modello, laddove l’effetto non si esprime tanto sul numero di ricette (sulla frequenza di contatti medico-paziente), quanto sul controvalore complessivo dell’attività di prescrizione, anche qualora fosse contenuto in un’unica prescrizione. Rileva, quindi, la modalità del singolo atto prescrittivo.

¹⁵⁷ Si è visto solo un timido suggerimento dell’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato di richiedere ai medici la prescrizione per principio attivo (a meno di indicazioni esplicite della necessità di un farmaco specifico). Non si può non ribadire, tuttavia, che questa innovazione genererebbe effetti positivi apprezzabili solo se fossero rimossi gli incentivi che la filiera distributiva mantiene alla commercializzazione dei prodotti più costosi, sia in termini di prezzo per *ddd* sia in termini di *packaging*. Sul tema numerosi lavori sono disponibili sul sito www.cermlab.it. Il comma 5-quater dell’articolo 5 del decreto legge collegato alla Finanziaria-2008 rimane, invece, ambiguo, richiedendo che “Nella prescrizione dei farmaci equivalenti il medico indichi in ricetta o il nome della specialità medicinale o il nome del generico” (perché non il nome del principio attivo, se i farmaci che lo contengono sono ritenuti equivalenti?).

Per commentare questo risultato è necessario ricordare la definizione di “*duplice via*”: è la quota parte della spesa territoriale convenzionata maturata su prodotti che avrebbero potuto anche esser distribuiti attraverso il canale “diretto”, presso le strutture ospedaliere. Un valore maggiore di questa quota dovrebbe sottintendere un minor ricorso alla distribuzione “diretta” e agli effetti di contenimento dei costi che essa riesce a realizzare, avvalendosi del suo potere di contrattazione con produttori e grossisti, in alcuni casi disintermediando gli stessi grossisti, e soprattutto risolvendo per definizione i problemi di incentivazione distorta alla canalizzazione al consumo dei prodotti a prezzo più elevato che in Italia caratterizzano la distribuzione territoriale convenzionata (via farmacie private)¹⁵⁸.

Il risultato offerto da *FarmaRegio* spiega come mai alcune Regioni siano andate utilizzando in misura crescente la leva della distribuzione “diretta” e stiano adesso sperimentando anche convenzioni per la distribuzione “per conto”¹⁵⁹. Essa permette una riduzione della spesa tramite un contenimento dei sovracosti e delle distorsioni che normalmente caratterizzano la distribuzione territoriale convenzionata (cfr. vari contributi in tema su www.cermlab.it). Ma anche in questo caso, come a proposito del tasso di invecchiamento, è necessaria una lettura *cum granu salis*.

La distribuzione “diretta” e quella territoriale convenzionata nascono con funzioni diverse.

La prima per agevolare l’accesso ai farmaci a particolari categorie di pazienti:

- gli appena dimessi da ospedalizzazione,
- gli appena reduci da visite periodiche di controllo,
- quelli che necessitano di somministrazione in ospedale a cura di specialisti,
- i cronici all’interno di cicli terapeutici a base di prodotti con caratteristiche specifiche (dosaggi superiori alla media, più grossi *packaging*, etc.).

La seconda per dare capillarità territoriale, per favorire l’accesso al farmaco per la generalità dei cittadini, senza costringerli a muoversi verso la più vicina struttura ospedaliera che in alcuni casi, nelle città metropolitane come nei piccoli centri, può essere anche abbastanza distante.

Ebbene, se, sotto la spinta delle pressioni di bilancio, le Regioni danno peso crescente alla distribuzione “diretta”, il rischio è quello di snaturare la filiera distributiva, sbilanciandola per favorire l’obiettivo del contenimento dei costi e sottovalutando la funzione di una sufficiente copertura del territorio.

Ma il risultato della stima ha una interpretazione più ampia, che va al di là del legame con la distribuzione “diretta”. Esso mostra quali vantaggi sarebbero ottenibili da incrementi di efficienza nella filiera distributiva. La distribuzione “diretta” permette abbattimenti di costo (acquisto di prodotti più economici) a scapito di una minor fruibilità del servizio. Ma incrementare la distribuzione “diretta” è l’unico modo per ridurre i costi della distribuzione e favorire la canalizzazione al consumo dei prodotti equivalenti più economici?. No, quegli stessi risultati potrebbero essere ottenuti da riforme *pro* concorrenziali nel settore della distribuzione territoriale convenzionata: dalla rimozione della pianta organica al superamento dei vincoli di titolarità delle farmacie, dalla riforma della proporzionalità al prezzo dei margini di ricavo alla separazione del diritto di proprietà da quello di esercizio, tra l’altro riforme che andrebbero nel senso di aumentare la capillarità sul territorio che è proprio il fattore distintivo della distribuzione via farmacie private rispetto a quella via strutture ospedaliere.

¹⁵⁸ Il farmacista ospedaliero è un dipendente della struttura e per la distribuzione “diretta” non valgono i margini di ricavo in percentuale del prezzo che la legge fissa per le farmacie territoriali.

¹⁵⁹ Per una analisi approfondita del tema della distribuzione al dettaglio si rimanda al Quaderno CERM n. 1/2007. La distribuzione “diretta” e quella “per conto” non possono rappresentare sostituti perfetti della distribuzione territoriale convenzionata. Le considerazioni che qui si stanno svolgendo riguardo la “diretta” restano valide anche con riferimento alla “per conto” (che della “diretta” è una sorta di generalizzazione, grazie a convenzioni *ad hoc* tra ASL, strutture ospedaliere e farmacie private, in deroga alla normativa nazionale sulla distribuzione territoriale convenzionata).

Il ricorso alla distribuzione “diretta” non è l’unico modo di abbattere i costi di distribuzione e di conseguenza di contenere la spesa farmaceutica; è stato sinora, semmai, l’unico modo subito percorribile dalle Regioni, viste le resistenze a riforme strutturali *pro* concorrenziali della distribuzione territoriale convenzionata.

Confermando numerose analisi svolte dal CERM negli scorsi anni, il risultato della stima dimostra, in conclusione, l’importanza delle riforme del sistema delle farmacie: quelle recentemente fatte e di cui si stanno osservando i positivi risultati (in particolare, la liberalizzazione della vendita dei farmaci *SOP-OTC* anche al di fuori delle farmacie sotto la cura di un farmacista abilitato); quelle contenute nel cosiddetto decreto “Bersani – ter” (Atto Senato n. 1.644) in discussione parlamentare alla data in cui il questo volume è chiuso (estensione della liberalizzazione a tutti i farmaci di fascia “C”, inclusi quelli con obbligo di prescrizione); quelle che ci si augura arrivino in futuro (rimozione della pianta organica, soppressione dei vincoli alla titolarità delle farmacie, possibilità di *incorporation* e di catene di esercizi, etc.) nell’interesse del Servizio Sanitario Nazionale e dei cittadini suoi fruitori.

6.4 Da *FarmaRegio* agli standard di spesa e al coordinamento Stato-Regioni

La struttura *panel* su dati regionali fa sì che *FarmaRegio* non possa esser utilizzato per la stima puntuale né della spesa delle singole Regioni né, per aggregazione, della stima della spesa nazionale. Sempre per questa ragione, *FarmaRegio* mal si presta a finalità previsive e simulate, per le quali sarebbe necessaria una modellizzazione più dettagliata degli aspetti regolatori sui quali possono intervenire le Regioni, anche adottando specificazioni funzionali differenziate per Regioni¹⁶⁰.

Il modello intende soddisfare una esigenza di tipo diverso. Partendo da una forma funzionale che lega la spesa alle variabili esplicative che la letteratura economica individua come quelle maggiormente rilevanti, il modello la applica contemporaneamente a tutte le Regioni, così ottenendo delle stime che rappresentano i coefficienti medi con cui ogni regressore influenza la spesa all’interno del gruppo delle Regioni.

Il risultato finale è, pertanto, la stima di una relazione media, rispetto alla quale la singola Regione può rispecchiarsi in maniera più o meno fedele, a seconda che l’impatto delle variabili esplicative a lei riferite si collochi vicino a quello medio o in posizione *outlier*. In questo senso, *FarmaRegio* può fornire un esempio di quel *benchmark* o di quella spesa standard cui il Legislatore ha fatto più volte riferimento tentando di dare una logica economica al meccanismo di finanziamento federalista della farmaceutica (come anche delle altre voci di spesa integranti i LEA); e a cui fa riferimento anche l’ultimo Disegno di Legge Delega interpretativo dell’articolo 119 della Costituzione, che incorpora direttamente la nozione di costo standard ammissibile per lo svolgimento delle funzioni delegate dallo Stato alle Regioni e agli Enti Locali.

L’analisi dei residui (le differenze tra spesa effettiva delle singole Regioni e spesa stimata utilizzando i coefficienti medi) rivela una forte variabilità attorno alla relazione media, con Regioni, quelle del Nord, per le quali il modello sovrastima e Regioni, quelle del Centro-Sud, per le quali sottostima. L’alta dispersione e la demarcazione geografica sono indicative delle diverse capacità di governo delle Regioni e della presenza, in quelle che mostrano un valore effettivo significativamente più elevato della media, di possibili miglioramenti di efficienza/efficacia nella gestione della spesa.

¹⁶⁰ Si pensi all’adozione di un *ticket* proporzionale al prezzo, che necessiterebbe che si tenesse conto del suo effetto sulla scelta dei farmaci più economici equivalenti e sul costo medio per *ddd*; oppure alle modifiche normative riguardanti il *reference pricing*, sulle quali le Regioni si stanno muovendo in maniera indipendente; oppure ancora sugli schemi di esenzione/abbattimento da/di compartecipazioni.

Tavola 23 – Risultati: dispersione delle Regioni attorno alla relazione media e significatività/segno delle principali variabili esplicative

la variabilità delle Regioni attorno alla relazione media/standard	confronto tra la spesa storica regionale e quella stimata applicando i coefficienti medi alle variabili esplicative regionali => elevata variabilità attorno alla relazione media, con Regioni (Nord) per le quali la relazione media sovrastima e Regioni (il Centro-Sud) per le quali essa sottostima v'è da dire che, nello specifico della voce farmaceutica territoriale, non rileva il problema dell'incidenza delle spese in conto capitale su Regioni di diversa dimensione/popolosità e, di conseguenza, il confronto con una relazione funzionale media è più significativo che per altre voci (<i>in primis</i>, le prestazioni ospedaliere)
il reddito disponibile <i>pro-capite</i>	significativo e con impatto positivo sulla spesa => importanza dei flussi perequativi per realizzare LEA (il più possibile) uniformi sul territorio nazionale
l'invecchiamento	poco significativo e con impatto non univoco sulla spesa => (a) o l'invecchiamento è fenomeno nazionale senza una diversificazione interregionale degna di nota (almeno ai fini dell'assistenza farmaceutica su orizzonti comparabili con quello decennale di <i>FarmaRegio</i>) (b) oppure, anche a fronte di processi di invecchiamento differenziati, è l'offerta di prestazioni specifiche per l'età avanzata che non si differenzia a sufficienza e in alcune Regioni rimane razionata nel primo caso, emerge una indicazione che suggerirebbe di non sovrastimare il peso del fattore demografico nel riconoscimento delle esigenze di spesa farmaceutica delle diverse Regioni e nella perequazione territoriale (al contrario di quello che è spesso accaduto di anno in anno nella contrattazione Stato-Regioni) nel secondo caso, invece, sarebbe utile una riflessione attenta sulla reale utilità della rimozione dei vincoli di destinazione dei finanziamenti ai LEA (avvenuta con il Decreto Legislativo 56/00 e confermata nella Costituzione riformata nel 2001); soprattutto in relazione ai flussi perequativi, il vincolo alla Regione che li riceve di impiegarli nella fornitura di specifiche prestazioni potrebbe rivelarsi uno strumento più efficiente ed efficace di altre modalità di controllo/verifica sull'autonoma implementazione dei LEA (soprattutto in fase di avvio e maturazione del federalismo) i due risultati appaiono entrambi interessanti sul piano di <i>policy</i>, anche se si deve tener conto che la prassi di governo della spesa farmaceutica pubblica ha, negli ultimi anni, fatto ricorso ad interventi diretti sui prezzi e revisioni restrittive del PNF di fascia "A" che possono aver reso meno visibili gli effetti dell'invecchiamento

Tabella 23 - Risultati: dispersione delle Regioni attorno alla relazione media e significatività/segno delle principali variabili esplicative (continua)

le compartecipazioni del privato (<i>reference pricing e copayment</i>)	significative e con impatto riduttivo sulla spesa => importanza degli strumenti di regolazione efficiente lato offerta e domanda e della loro applicazione ottimale, in stretto coordinamento tra Stato e Regioni (diversamente da quello che sta avvenendo) in particolare, la compartecipazione da <i>reference pricing</i> ha effetto positivo e significativo sulla diffusione dei prodotti equivalenti più economici, e quest'ultima un effetto significativo di riduzione del costo medio per <i>ddd</i> acquistata/consumata
la quota di spesa territoriale per farmaci per i quali sarebbe disponibile anche la distribuzione "diretta"	significativa e con impatto positivo sulla spesa => nella misura in cui la modalità "diretta" (assieme alla più recente "per conto") è utilizzata sempre di più dalle Regioni per ridurre i costi di approvvigionamento/distribuzione, il risultato porta evidenza dell'importanza di riforme <i>pro</i> concorrenziali nel comparto della farmacie private (rimozione della pianta organica, riforma dei margini proporzionali al prezzo, separazione del diritto di proprietà da quello di esercizio, possibilità di <i>incorporation</i>, etc.)
la densità dei medici prescrittori (rispetto a residenti)	significativa e con impatto positivo sulla spesa => importanza di schemi di sensibilizzazione al <i>cost-containment</i> se i prescrittori fossero sufficientemente sensibilizzati all'obiettivo del <i>cost-containment</i>, allora la loro densità diverrebbe probabilmente un fattore di pregio, di miglioramento del servizio, di capillarità nella copertura territoriale, di accorciamento delle file, etc. in mancanza di tali schemi, un'alta densità amplifica l'effetto di "iperprotezione" verso i pazienti e favorisce anche l'emergere di fenomeni di <i>moral hazard</i> (come il tentativo di massimizzare il numero dei propri pazienti con più facile prassi prescrittive)

È necessario precisare, tuttavia, che questa lettura dei risultati di *FarmaRegio* deve rifuggire da applicazioni meccanicistiche, perché altrimenti l'utilizzo del modello si scontrerebbe con le stesse difficoltà che hanno determinato l'insuccesso del Decreto Legislativo 56/00 e sulle quali potrebbe arenarsi anche il Disegno di Legge interpretativo del 119 (se ne è parlato nella prima parte del Rapporto). Non è realistico, in altri termini, interpretare da subito gli scostamenti positivi rispetto alla media come integrale sovrappeso non ammissibile, e ridimensionare di conseguenza i finanziamenti ai SSN regionali. Tanto più che, mentre il costo standard dovrebbe inglobare sia valutazioni di efficienza nell'erogazione delle prestazioni che di adeguatezza (qualità/quantità) delle stesse, il costo medio sintetizza direttamente l'esistente¹⁶¹. Insomma, partiti proprio dal riconoscimento della complessità della definizione di costi standard e dai fallimenti dei tentativi di riforma (dalla nascita del SSN nel 1978 al Decreto Legislativo n. 56/00 e oltre) che vi hanno fatto astrattamente riferimento, non si vuole proporre una soluzione che soffra degli stessi limiti. Anche se v'è da dire che, nello specifico della voce farmaceutica territoriale, non rileva il problema dell'incidenza delle spese in conto capitale su Regioni di diversa dimensione/popolarità e, di conseguenza, il confronto con una relazione funzionale media è più significativo che per altre voci (*in primis*, le prestazioni ospedaliere).

Nella difficoltà della computazione di costi standard, *FarmaRegio*, come qualunque altro strumento a supporto della politica economica, può valere come un punto di riferimento cui ancorare l'interazione Stato-Regioni e il coordinamento delle scelte di *policy*, ma non può sostituirsi al periodico confronto politico. Il riferimento alla relazione media risultante dal complesso delle Regioni, unitamente all'implementazione delle soluzioni regolatorie più efficienti per la responsabilizzazione dei singoli operatori (privati e pubblici), può evitare lo scontro frontale con il problema di un calcolo esogeno del costo standard, facendo emergere quest'ultimo come *best practice*.

Ricapitolando, *FarmaRegio* arriva a stimare l'impatto dei vari regressori sulla spesa nella media di tutte le Regioni, e il relativo livello di significatività. Questo esercizio permette due letture:

- alla luce della significatività dei regressori, diviene base di una analisi per valutare, con argomentazioni sia giuridiche che economiche, la *ratio* dell'assegnazione alle Regioni di un autonomo potere di azione sugli stesi regressori;
- nella misura in cui la relazione stimata deriva dalla variabilità regionale, essa può essere interpretata come standard, nello stesso senso in cui avviene negli schemi di *yardstick competition* anglosassoni, e divenire uno di quei *benchmark* (non esogeni ma espressi direttamente dal sistema) di cui la *governance* federalista ha bisogno ed è alla ricerca.

Per quanto riguarda il primo punto, i primi risultati del modello, se da un lato mostrano la rilevanza della variabile reddito con ciò dimostrando la necessità dei flussi perequativi per garantire i LEA, dall'altro mostrano anche che la spesa è spiegata soprattutto da variabili per le quali o la competenza non può che essere dello Stato (promozione della concorrenza, diffusione dell'informazione, stimolazione delle *best practice* dei medici prescrittori, definizione di aspetti regolatori di base aventi natura tecnico-scientifica), oppure può essere concorrente Stato-Regioni ma solo all'interno di un forte coordinamento (come è per gli strumenti di regolazione lato offerta e lato domanda, che producono gli effetti ottimali soltanto se la loro combinazione risponde ad una logica unificante intra e interregionale; cfr. Box 7 e Box 8)¹⁶².

¹⁶¹ Anche Regioni che facessero registrare una spesa storica inferiore a quella stimata tramite la relazione media non necessariamente starebbero destinando risorse finanziarie sufficienti o le starebbero impiegando nella maniera ottimale.

¹⁶² Il punto è di estremo rilievo ed è sviscerato in "Reference pricing e copayment nei rapporti Stato-Regioni", "Il copayment concordato Stato-Regioni e il principio di mutuo riconoscimento tra Regioni", "Sanità tra Stato e Regioni: è ora di parlarne realmente", "Il sistema farmaceutico alla ricerca di regole 'intelligenti'", tutti disponibili su www.cermlab.it.

Sempre in merito al primo punto, minor rilevanza nel determinare la spesa è risultato avere un fattore strutturale come il grado di invecchiamento della popolazione. E anche questo aspetto è gravido di implicazioni per la *policy*. Se ne deve dedurre che:

- o l'invecchiamento è un fenomeno che riguarda tutto il Paese senza diversificazione regionale degna di rilievo, con tutto quello che questo viene a comportare in termini di dimensionamento delle risorse complessive dedicate e soprattutto della loro ripartizione interregionale;
- oppure, come si ritiene plausibile, anche di fronte a processi di invecchiamento differenziati, è l'offerta di prestazioni specifiche per l'età avanzata che non si differenzia sufficientemente, e questo dovrebbe far riflettere sulla troppo affrettata eliminazione dei vincoli di destinazione delle risorse che, in un sistema coeso che si prefigge di sostenere i LEA attraverso la perequazione territoriale, potrebbe rivelarsi uno strumento più efficiente/efficace di altri (interventi urgenti in sostituzione, commissariamento, penalizzazioni finanziarie, etc.)¹⁶³.

Per quanto riguarda la seconda interpretazione della relazione stimata, quella di forma funzionale standardizzata, essa appare interessante, perché dal raffronto tra la spesa storica regionale e la spesa stimata applicando i coefficienti medi ai regressori regionali si ottiene una grandezza che può essere rappresentativa della sovrappeso generata da alcune Regioni, ovvero del *gap* di efficienza/efficacia gestionale.

Come si è già detto, però, per non incorrere nello stesso errore del 56/00, questa interpretazione non deve esser presa alla lettera, per giustificare rimodulazioni immediate e di quegli esatti ammontari delle risorse dedicate. È un ordine di grandezza, un dato, che assieme alle altre statistiche rilevanti deve essere tenuto in considerazione quando Stato e Regioni interagiscono periodicamente (ora in Conferenza domani nel Senato Federale) per la definizione delle politiche economiche settoriali reali.

Proprio per evitare che i *gap* fossero equivocati, si è preferito non riportarli nel dettaglio, ma sottolineare la metodologia di costruzione e lettura di *FarmaRegio*, tesa a raccogliere ed elaborare nella maniera più esplicativa possibile quella evidenza empirica che poi deve essere di guida nelle scelte politiche, così permettendo anche la valutazione dei rappresentanti chiamati a compierle. E per questa ragione deve anche esser resa pubblica.

Dai risultati di *FarmaRegio* emerge come la realizzazione del federalismo nell'ambito della spesa farmaceutica non possa darsi se non in quadro di costante e leale coordinamento dell'azione di governo tra Stato e Regioni, con ciò suggerendo anche alcuni passi indietro rispetto alle decisioni recenti, dal superamento integrale del vincolo di destinazione delle risorse alla devoluzione alle Regioni, senza un quadro di principi di azione, di strumenti di regolazione come il *copayment* e il *reference pricing*.

Questa stessa metodologia può/deve essere approfondita ed estesa alle altre funzioni pubbliche, a cominciare da quelle più importanti sia per risorse assorbite sia per valori sociali e politici coinvolti. È plausibile che alle stesse conclusioni si giunga applicando la metodologia di *FarmaRegio* anche ad altri capitoli di spesa (in particolare, la sanità e le prestazioni socio-assistenziali rientranti nei LEA). Ma questo non equivarrebbe ad un giudizio negativo sulla trasformazione federalista, ma piuttosto ad un avanzamento degli strumenti indispensabili per completare il federalismo e permettergli, soprattutto

¹⁶³ Il tema dei *matching grant* andrebbe probabilmente affrontato in maniera diversa, non come un *aut-aut* (trasferimenti tutti con o senza vincolo di destinazione), ma come la ricerca di una applicazione ottimale all'interno di un sistema federalista (migliore individuazione dei capitoli di spesa nel bilancio, o addirittura specificazione delle singole prestazioni da incrementare, con conseguente possibilità di immediata verifica). Si riconosce che l'argomento che si è sollevato (insufficienza lato offerta) è più facilmente riferibile alle prestazioni sanitarie (o ad altre funzioni socio-assistenziali integranti LEA) che non alla farmaceutica. Tuttavia, il punto permette di sollevare una questione di rilievo nell'organizzazione federalista, che non sembra avere sufficiente attenzione in Italia.

nella fase di prima applicazione, di essere motore di efficienza e sviluppo in un quadro in cui non sono messe in discussione l'unitarietà del Paese e l'universalità dei diritti costituzionali.

V'è da ricordare, infine, tutto quanto argomentato nella *Parte I* del Rapporto: che di pari passo allo sviluppo della strumentazione tecnica deve evolversi anche la cornice istituzionale. Se alla disponibilità di dati e di punti di riferimento per la valutazione dell'operato (di Regioni, Enti Locali, loro uffici) non corrisponde la codificazione di processi di attribuzione delle responsabilità (politiche, direzionali, amministrative), di sanzionamento e di adozione delle scelte correttive più idonee, il federalismo coeso e solidale perde tutte le sue caratteristiche positive. E dalla accumulazione di tensione non possono che scaturire o ricorsi neocentralisti oppure spinte secessionistiche. Qui si misura la differenza tra chi supporta il federalismo politico per arrivare ad una migliore forma di governo e chi lo cavalca per altri scopi.

Box 7– Il copayment coordinato tra Stato e Regioni e il principio del “mutuo riconoscimento” interregionale

Tra *Partner* OCSE il *ticket* è diffuso lungo tutta la filiera delle prestazioni sanitarie: dal medico di base, alla diagnostica, al ricovero, all’acquisto di farmaci. In Italia, invece, la sanità rimane quasi integralmente gratuita, anche se il tema occupa annualmente i dibattiti pre-Finanziaria (così come quest’anno).

E’ necessario riflettere, perché attorno a questo strumento ruota la maggior parte delle criticità della sanità nell’assetto federalista.

Rispetto alla fiscalità generale, che deve rimanere il finanziamento principale, il *copayment* riuscirebbe a svolgere un ruolo ulteriore: quello di responsabilizzazione individuale nei consumi. E’ qui la differenza anche rispetto alla leva cui il Governo ha sinora puntato per obbligare le Regioni al pareggio dei conti, cioè le maggiorazioni IRE-IRAP: queste ultime hanno natura *ex-post*, finanziaria e aggregata, laddove il *copayment* è strutturale e riesce a modificare in senso virtuoso il comportamento dei singoli.

Inoltre, graduato per caratteristiche soggettive, il *copayment* conferirebbe al SSN quella selettività indispensabile a perseguire nel contempo l’obiettivo equitativo e quello della sostenibilità economica.

Nel caso italiano, poi, v’è una motivazione in più. Livelli essenziali di assistenza omogenei implicano, nel federalismo *in fieri*, significativi flussi di perequazione interregionale. Questi non possono “reggersi nel vuoto”, ma hanno necessità di microfondazioni: devono muovere, dalla generalità dei cittadini di una Regione a quelli di un’altra, ma dai cittadini più “ricchi”, più numerosi nelle Regioni “ricche”, a quelli più “poveri”, più numerosi nelle Regioni “povere”. Solo in questo modo la redistribuzione interna alla sanità trova la sua giustificazione politica ed economica e non rischia di porsi in contrasto con quella operata dalla fiscalità generale.

Ebbene, i *ticket*, graduati per condizioni soggettive, rappresentano lo strumento adatto a rendere “tracciabili” e trasparenti i flussi di perequazione. Ma ad un obiettivo nazionale da attuarsi con una redistribuzione su scala nazionale, deve necessariamente corrispondere un quadro normativo nazionale. Non è possibile che scelte autonome e scollegate delle Regioni riescano a produrre l’equilibrio desiderato. E’ questo lo snodo di base da sciogliere, prevedendo:

1. uno schema nazionale di *copayment* su tutte le prestazioni sanitarie, costruito attorno ad un indicatore di situazione economica e coordinato con la fiscalità generale;
2. la possibilità (che in alcuni casi può divenire *policy guideline* cogente) per le Regioni di apportare variazioni allo schema base, secondo criteri codificati e all’interno di livelli minimi e massimi;
3. il coordinamento delle scelte all’interno del sistema delle Conferenze oggi e del Senato Federale domani, secondo i lineamenti di nuova *governance* descritti nella *Parte I* del Rapporto.

In una cornice siffatta, resterebbe da definire chi paga che cosa e a chi. A questo proposito, si richiama l’attenzione sul cosiddetto principio di “mutuo riconoscimento” che, applicato ai rapporti tra Regioni, può completare il quadro normativo. In base a questo principio:

1. il cittadino avrebbe accesso alle prestazioni dovunque, alle condizioni di compartecipazione (Euro assoluti) della Regione di sua residenza, lì dove ha diritto di voto e può concorrere a definire le scelte di politica sanitaria;
2. le tariffe applicate dalle strutture eroganti rimarrebbero quelle della Regione di appartenenza, da cui le stesse strutture dipendono sia politicamente che amministrativamente;
3. a fronte della prestazione a un non residente, la Regione erogante riceverebbe da quella di residenza la tariffa al netto della differenza tra il *copayment* vigente nelle due stesse Regioni (la restante parte è corrisposta direttamente dal cittadino fruitore).

In un disegno di questo tipo ogni operatore, pubblico e privato, avrebbe incentivo a compiere le scelte migliori (di voto, di qualità/quantità dell’offerta, di salvaguardia della stabilità finanziaria, etc.), e il perseguimento del suo interesse personale coinciderebbe con quello dell’interesse generale. Un modello che potrebbe trovare applicazione anche di là della spesa sanitaria-farmaceutica.

Procedere lungo queste direttive significa riaprire il complesso dibattito sull’ISE (l’indicatore di situazione economica), sulla sua applicazione ad ampio raggio e sulla sua diversificazione regionale; un passaggio obbligato, tuttavia, se ad un obiettivo ambizioso, come il federalismo solidale in un Paese con significative disomogeneità, si decide di far fronte con strumenti adeguati.

Cfr.: “Il copayment concordato Stato-Regioni e il principio di mutuo riconoscimento tra Regioni”, Nota CERM n. 11-06; “Il copayment a difesa del sistema sanitario universale”, Nota CERM n. 8-06

Box 8– Il coordinamento Stato-Regioni sul *reference pricing*

La letteratura teorica ed empirica suggerisce che l'applicazione del *reference pricing* avvenga solo sugli *off-patent*, sulla base di *cluster* chimico-terapeutico-biologici (copie perfette di *originator* a brevetto scaduto), con prezzo di rimborso allineato a quello del prodotto più economico.

Non mancano, tuttavia, segnalazioni di criticità, riconducibili alle caratteristiche del contesto istituzionale e regolatorio: potere di mercato della distribuzione che distorce l'offerta; insufficiente sensibilizzazione dei prescrittori al *cost containment*; insufficiente informazione sull'uso dei farmaci e sulla pari efficacia degli equivalenti; *brand fidelity/proliferation*.

Tra le criticità, anche l'assenza di *copayment* percentuale sugli *in-patent* e sugli *off-patent* con prezzo allineato a quello di rimborso, nonché l'assenza di regole di *pricing* (in ammissione in fascia "A") e di *governance* annuale della spesa coerenti con la tipologia (innovazione significativa/incrementale, copia) e il "ciclo di vita" dei farmaci. Nel primo caso, le proprietà di razionalizzazione della spesa del *reference pricing* possono essere vanificate da dinamiche fuori misura delle quantità, o da scelte di innovazione marginale miranti a sfuggire ai *cluster* per ottenere il pieno rimborso con minore esposizione a concorrenza. Nel secondo caso, anche un *reference pricing* nel suo schema ottimale può non essere immune da controeffetti sull'*R&D*, nella forma di distorsioni verso i miglioramenti marginali e di riduzione delle risorse complessivamente dedicate all'attività.

Per quanto riguarda l'Italia, i dati sulle dinamiche di prezzo e sugli ingressi di nuovi produttori/prodotti sul mercato, nonché le recenti scoordinate sovrapposizioni Stato-Regioni nella gestione dello strumento, offrono una visione "luci ed ombre" dell'applicazione del *reference pricing*: da un lato, esso è formalmente applicato nella modalità ottimale dalla normativa nazionale e continua, a distanza di oltre sei anni dalla sua introduzione, a produrre anno per anno effetti discretamente positivi; dall'altro, si deve riflettere sulle maggiori potenzialità che potrebbero dispiegarsi se esso fosse inserito in un migliore quadro istituzionale-regolatorio, e sull'urgenza di fare chiarezza nei rapporti tra Stato e Regioni affinché la funzione regolatoria non ne subisca detrimento.

L'attenzione va quegli snodi critici che più volte sono stati segnalati nel corso dei lavori del CERM:

1. applicazione del *reference pricing* sugli *off-patent* senza inopportune interferenze dei Legislatori regionali;
2. applicazione di uno schema di *copayment* percentuale, bilanciato con esenzioni/abbattimenti* (cfr. Box 7);
3. sensibilizzazione al *cost-containment* dei medici prescrittori*;
4. apertura alla concorrenza della distribuzione al dettaglio;
5. diffusione di informazione di massa per i consumatori;
6. rinnovamento di *pricing* al lancio e *governance* annuale in coerenza con tipologia e "ciclo di vita" dei farmaci***.

All'interno di programma di riforme come quello appena descritto, il *reference pricing* può divenire strumento di grande efficacia nel perseguire gli obiettivi del controllo della spesa e dell'innovatività/adequatezza dell'offerta. Si tratta, tuttavia, di un programma che necessita di un forte coordinamento Stato-Regioni, soprattutto nella parte riguardante la combinazione ottimale di *reference pricing* e *copayment*, la sensibilizzazione dei prescrittori al *cost-containment* e la diffusione dell'informazione.

Il decreto legge collegato alla Legge Finanziaria per il 2008 non riesce ad aprire questa prospettiva, ma è comprensibile che non vi riesca, alla luce di tutti gli snodi irrisolti della *governance* federalista (delle Istituzioni e degli strumenti) sui cui si è soffermata la Parte I del Rapporto.

* Mentre sugli *in-patent* il *copay* andrebbe applicato in proporzione all'intero prezzo, sugli *off-patent* andrebbe applicato in proporzione al prezzo del prodotto equivalente più economico, dal momento che la differenza di prezzo rispetto a quest'ultimo rimane già a intero carico del cittadino in virtù del *reference pricing*.

* Per un riferimento internazionale, si veda "Revisions to the GMS contract 2006/2007 – delivering investment in general practice", a cura del General Practitioners Committee (disponibile su www.nhsemployers.org).

** Il *pay-back* introdotto dal collegato alla Legge Finanziaria per il 2008 non soddisfa queste caratteristiche.

Cfr.: "Il prezzo di riferimento nel quadro regolatorio del mercato farmaceutico", Quaderno CERM n. 4-07; "Regolazione, innovazione e ciclo di vita dei prodotti - per una riforma del pricing al lancio e della governance della spesa nella farmaceutica pubblica", Quaderno CERM n. 2-07; "La farmaceutica nella bozza di Finanziaria-2008", Editoriale su www.cermlab.it

*Conclusioni e
Riepilogo delle
Indicazioni di
Policy*

7. Conclusioni e riepilogo delle indicazioni per la *policy*

In tutti i Paesi ad economia e *welfare* sviluppati, la spesa sanitaria è, tra le voci del *welfare system*, quella che nelle prossime decadi farà registrare la crescita più intensa in termini di PIL e, soprattutto, più soggetta ad *alea* (per la presenza di fattori, lato offerta e lato domanda, il cui impatto è difficilmente quantificabile).

Le più recenti proiezioni di AWG-ECOFIN (2006), incentrate sulla dimensione demografica, descrivono per l'Italia un *range* di incremento dell'incidenza sul PIL al 2050 compreso tra 4,8 e 0,6 p.p.. L'OCSE (2006), che dà maggior spazio ai *driver extra* demografici, riporta, invece, un intervallo di variazione compreso tra 9,4 e 1,9 p.p.. La possibilità che, senza interventi di *policy*, l'incidenza sul PIL al 2050 arrivi a più che raddoppiarsi è confermata dal differenziale positivo che storicamente i tassi di crescita della spesa hanno fatto registrare rispetto al tasso di crescita del PIL, e dalle difficoltà di programmazione che tutti i Programmi di Stabilità europei - in particolare quello italiano - stanno sperimentando (con incrementi inattesi di breve periodo di ordine di grandezza elevatissimi rispetto agli incrementi proiettati a cinquant'anni).

La stabilizzazione della spesa pubblica sul PIL ai livelli correnti implica, di fronte a queste proiezioni di spesa, riduzioni significative della copertura pubblica, con conseguente implicito affidamento della domanda al finanziamento privato: per l'Italia, il *coverage* del SSN è proiettato in riduzione dall'attuale 75 per cento a meno del 50 per cento nel 2050 (Pammolli-Bambi, 2006).

All'interno di questo quadro, è indispensabile disporre di una *governance* in grado di combinare, sulla base di scelte positive, l'obiettivo della stabilità finanziaria con quello dell'adeguatezza/equità delle prestazioni, per non subire passivamente i cambiamenti ma per condurli. Su questa strada appaiono tre i grandi snodi di *policy*:

- la riorganizzazione federalista dello Stato;
- l'implementazione degli strumenti di regolazione lato offerta e domanda, parte del più generale coordinamento di *policy* tra Stato e Regioni;
- lo sviluppo dei pilastri privati, come tassello di un sistema in grado di rispondere meglio ai due obiettivi di sostenibilità ed adeguatezza-equità.

I tre snodi sono intrinsecamente connessi.

Lo sviluppo dei fondi sanitari

Lo sviluppo dei pilastri privati organizzati tocca la riorganizzazione federalista perché incide sul controllo strutturale della spesa sanitaria (il 70-75 per cento dei bilanci regionali) e sulla qualità della stessa, ma anche sulla crescita effettiva e potenziale dell'economia. Inoltre, il loro sviluppo incrocia l'adozione dell'universalismo selettivo. L'applicazione di schemi responsabilizzanti di compartecipazione ai costi è tanto più percorribile se la quota a carico del cittadino tiene conto delle sue caratteristiche economiche e sanitarie, e se, invece di scaricarsi direttamente sui redditi disponibili, può avvalersi del capitale in maturazione in piani di risparmio *ad hoc* sostenuti da agevolazioni coerenti con il principio della progressività che ispira la fiscalità generale.

In tutti i Paesi ad economia e *welfare* avanzati, la spesa sanitaria privata (così come la sua componente farmaceutica) è in crescita già da un decennio e le proiezioni al 2050 legano la stabilizzazione della spesa pubblica sul PIL a un più forte ruolo del finanziamento privato. All'interno di questo *trend*, l'Italia si distingue per una caratteristica strutturale: mentre altrove i pilastri privati organizzati e a capitalizzazione (fondi e assicurazioni) sono ampiamente diffusi, l'Italia appare polarizzata tra l'estremo della spesa *out of pocket* (oltre l'83 per cento nel 2004, in crescita dal 73 del 1990) e quello dell'associazionismo laico o religioso (circa il 13 per cento nel 2004). L'interessamento delle risorse private sta avvenendo o chiamando in causa direttamente i redditi disponibili, senza nessun "filtro" per tener conto delle condizioni economiche e sanitarie del singolo e della famiglia, oppure su una base volontaristica ed eventuale che non risponde a un disegno sistemico.

È necessario riprendere le fila della normativa sui fondi sanitari, anche sfruttando le sinergie e le complementarità con i fondi pensione. In particolare, dare impulso alle prestazioni "doc" che si pongono in diretta complementarità con i LEA forniti dal SSN, finanziando o le prestazioni *extra* LEA o il pagamento delle compartecipazioni del privato cittadini ai costi dei LEA.

Dalla oculata combinazione di prestazioni pensionistiche e sanitarie a cura di un nuovo soggetto giuridico unificato, il fondo *welfare*, si potrebbero ottenere diversi vantaggi: razionalizzazione ed efficacia degli incentivi fiscali, abbattimento dei costi operativi, miglioramento dei servizi agli iscritti. Il volume avanza questa proposta: un fondo *welfare* erogante sia prestazioni pensionistiche che sanitarie. È necessario che il dibattito si strutturi adesso, prima che, sia a livello normativo che a livello operativo, ci si incammini su due strade diverse (sanità/pensioni); e, soprattutto, prima che il Legislatore rimetta mano alla normativa fiscale delle pensioni complementari a cui la riforma del 2005 ha tolto coerenza sia con i principi della fiscalità generale, sia col disegno di un sistema di *welfare* multipilastro in cui pubblico e privato proficuamente cooperino. Sarebbe, in questo modo, possibile definire la fiscalità del fondo *welfare* tenendo conto delle diverse prestazioni che esso, direttamente e indirettamente, dovrebbe fornire.

La riorganizzazione federalista dello Stato

Attualmente, la spesa sanitaria italiana è allineata, in percentuale del PIL, alla media dei *Partner* UE. L'intensa crescita registrata dal 2000 ad oggi ha recuperato la compressione avvenuta durante la prima parte degli anni Novanta, in cui la sanità ha partecipato all'*austerità* di finanza pubblica per l'ingresso nell'area Euro. Se attualmente non si pone un problema di eccesso di spesa sul PIL, è da vedersi con preoccupazione, invece, la modalità con cui la spesa è cresciuta e continua a crescere: non sulla base di scelte responsabili e programmate delle risorse da dedicare al comparto, ma sull'onda di una vera e propria "deriva" favorita dal precario contesto federalista.

Se all'interno dei nuovi rapporti tra Stato e Regioni dovesse trovare continuità il governo della spesa di tipo incrementale e guidato dallo storico (messo bene in luce nel "*Libro Verde*" della Commissione Tecnica sulla Finanza Pubblica), l'Italia arriverebbe gravemente impreparata alle sfide che si presenteranno nei prossimi decenni (invecchiamento, impatto della tecnologia sui costi, aumento della richiesta di prestazioni, etc.). È necessario un "cambio di passo", e il capitolo della spesa sanitario - farmaceutica fornisce occasione per mettere in evidenza i punti deboli del contesto istituzionale e degli strumenti in uso.

La riforma della Costituzione del 2001 è sopraggiunta quando le Istituzioni e gli strumenti per inaugurare la nuova forma di governo non erano ancora pronti. E nell'enfasi politica, è arrivato a sembrare che federalismo coincidesse con la rimozione *tout court* dei vincoli di coordinamento tra Stato, Regioni ed Enti Locali. Dal 2001 il dibattito è maturato, e si sta creando la consapevolezza che,

per rispettare gli obiettivi finanziari convenuti in Europa, è necessario che concorrano, su base strutturale, tutte le componenti della Pubblica Amministrazione e tutti i livelli di governo. Per di più, la coesione che il Paese deve mantenere anche nelle nuove vesti federaliste, implica cospicui flussi redistributivi territoriali a finanziamento dei LEA, la cui sostenibilità economica e politica si dà soltanto se, all'interno di un inquadramento unitario, non solo le risorse sono rese disponibili a livello Paese ma, soprattutto, le Regioni e gli Enti Locali che ne beneficiano offrono garanzia di utilizzarle al meglio.

Gli aspetti critici con cui negli ultimi 6-7 anni Stato e Regioni hanno contrattato il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale portano a focalizzare l'attenzione sugli snodi critici della *governance* federalista di tutta la spesa pubblica:

- il coordinamento tra livelli di governo si sta impostando su un piano esclusivamente finanziario, fissando obiettivi di bilancio senza considerare le azioni di politica economica reale che li dovrebbero sostenere, e prevedendo rimedi anch'essi di natura solo finanziaria (aumento dell'imposizione locale, blocco degli stanziamenti dal bilancio dello Stato, etc.);
- quando solo finanziari, sia obiettivi che rimedi restano esposti, a vario titolo e su orizzonti temporali diversi, alla sindrome dei *soft budget constraint*;
- in particolare, il riferimento va alle scelte in termini di regolazione per promuovere i comportamenti migliori di tutti i soggetti pubblici e privati;
- anche dopo i progressi segnati con la Finanziaria-2007 e continuati nella Finanziaria-2008, gli impegni presi dallo Stato con il Programma di Stabilità nazionale e quelli concertati con le Regioni e gli Enti Locali nel Patto di Stabilità interno appaiono ancora non sufficientemente allineati;
- nello specifico, manca del tutto una fase in cui programmi di *policy* dei sottolivelli di governo vengano discussi e approvati, per essere coerenti con i vincoli macrofinanziari definiti dallo Stato, e per alimentare manovre annuali consequenziali;
- in questa fase, latita il ruolo della Regione come secondo livello di governo politico, che dovrebbe preventivamente coordinare gli Enti Locali sottesi, presentando poi il consolidato allo Stato (mancano, primo esempio fra tutti, un bilancio e un DPEF consolidato a livello regionale);
- le Regioni dovrebbero auspicabilmente assumersi la responsabilità del saldo del bilancio consolidato regionale (la programmazione macrofinanziaria Stato – Regioni – Enti Locali dovrebbe esprimersi in questi termini);
- anche gli strumenti tecnici a servizio della *governance* sono sottodimensionati, dalla qualità della contabilità essenziale per le valutazioni *ex-post* e l'*enforcing* (è significativo l'esempio delle ASL, ma anche il resoconto della recente missione del Fondo Monetario Internazionale dedicata agli aspetti di bilancio), alla disponibilità di dettagliate statistiche economico-sociali territoriali, al *benchmarking*, all'informazione ai cittadini.

Se possono sembrare cambiamenti utopistici, si consideri che il modello di coordinamento che si sta perfezionando tra *Partner* UE - con la presentazione di Programmi di Stabilità nazionali, il loro esame e le conseguenti *Broad Economic Policy Guideline* - è molto più vicino a questa impostazione di quanto non lo sia la logica sinora seguita dal Patto Interno. Eppure, gli Enti appartenenti allo stesso Stato dovrebbero esser uniti da una capacità di programmazione e di coordinazione delle azioni di politica economica superiore a quella tra Paesi. Si consideri, inoltre, che la Spagna, un esempio "culturalmente" prossimo all'Italia, ha scelto, non senza difficoltà e snodi di cui è ancora aperta la risoluzione, una via al federalismo che tenta di coniugare la potestà politica del sottolivello di governo (le Comunità Autonome) e la sfera di autonomia di bilancio degli Enti Locali con una ferma ricomposizione delle diversità nella cornice nazionale.

Si consideri, inoltre, che il recente Ddl interpretativo dell'articolo 119 della Costituzione (Atto Camera n. 3.100) dimostra di cogliere l'esigenza delle riforme, prevedendo:

- la necessità di adottare regole contabili e di bilancio di tutta la Pubblica Amministrazione standardizzate e coerenti con i criteri rilevanti ai fini del Patto UE;
- la necessità di una legge di coordinamento della fiscalità federalista che venga prima discussa tra Stato, Regioni e Enti Locali e poi inclusa nella legge finanziaria;
- il compito delle Regioni di coordinare gli Enti Locali sottesi ai fini del rispetto dei saldi programmatici (per "[...] adattare [...] le regole e i vincoli posti dalla legislazione nazionale in relazione alla diversità delle situazioni finanziarie esistenti nelle diverse Regioni", lettera o) dell'articolo 2 del Ddl);
- la rivalutazione del DPEF come documento di programmazione con valenza sostanziale, in cui far rientrare i programmi delle Regioni resi coerenti con i vincoli macrofinanziari nazionali.

Si tratta, ora, di condurre alle logiche conseguenze questi presupposti.

Federalismo e/è regolazione

Meno lungimirante il Ddl interpretativo del 119 è per quanto riguarda il disegno delle relazioni finanziarie tra livelli di governo. Il riferimento ai costi standard per impostare la fiscalità federalista rischia di rimanere inapplicabile, così come si sono dimostrate le standardizzazioni del Decreto Legislativo n. 56/00 (di fatto sempre sostanzialmente derogato anche se, saltuariamente, si procede a sanatorie Stato-Regioni in sua in virtù), che per primo ha tentato (*ante* riforma della Costituzione del 2001) il disegno delle fiscalità federalista.

Anche in questo caso, appare necessario un "cambio di passo": non l'indicazione di standard (costi & quantità ammissibili) cui le Regioni e gli Enti Locali devono attenersi e sui quali parametrare i flussi finanziari per le funzioni LEA, con ciò concludendo i rapporti tra livelli di governo; ma un nuovo *modus governandi* centrato sul coordinamento delle scelte all'interno dei vincoli di bilancio, con *policy guideline* che devono poter avere anche contenuto cogente, sulla verifica *ex-post* e sulle correzioni.

Il coordinamento della politica reale è indispensabile anche da un altro punto di vista: quando il controllo della spesa è microfondato nei comportamenti dei singoli operatori, pubblici e privati, che concorrono a determinarla, contemporaneamente si riesce a salvaguardare anche la qualità della spesa, che rimane invece in secondo piano se l'obiettivo è solo finanziario. Per le prestazioni che integrano LEA, questo aspetto è di primaria importanza, dal momento che la loro offerta deve qualificarsi omogenea sul territorio nazionale contemporaneamente in quantità e qualità. Qui si coglie il forte nesso tra il federalismo da un lato e, dall'altro, il disegno istituzionale, il disegno contrattuale e la regolazione.

Che si tratti di rappresentanti *pro-tempore* delle Istituzioni (disegno istituzionale), di operatori privati che in qualità di prestatori di beni e servizi entrano in contatto con la Pubblica Amministrazione (disegno contrattuale e promozione della concorrenza), o di cittadini beneficiari di beni e servizi offerti direttamente o finanziati dal pubblico (regolazione lato domanda), per tutti è necessario che la cornice legislativa-normativa incentivi i comportamenti più efficienti. Solo se tutti i livelli di governo condividono questa prospettiva, si creano le condizioni per valorizzare la sfera di autonomia politica delle Regioni e quella di autonomia di bilancio degli Enti Locali, e per far funzionare il federalismo fiscale con la garanzia della responsabilizzazione di ogni fonte di spesa e della sostenibilità dei flussi di perequazione territoriale. Perché il federalismo solidale produca effetti positivi, è necessaria la condivisione di un *corpus* di regole di base a creare "fiducia" reciproca.

Ma il collegamento tra federalismo e regolazione è ancora più profondo. Se il disegno contrattuale ottimale rimanda ai temi delle procedure concorsuali tramite asta (per esempio nell'affidamento dei servizi pubblici locali), della completezza delle clausole dei capitoli e della promozione della concorrenza; se la regolazione lato domanda rimanda ai temi delle partecipazioni ai costi con abbattimenti/esenzioni per tener conto delle caratteristiche del singolo e della famiglia (con la generalizzazione dell'uso dell'ISE); il disegno istituzionale consiste direttamente nel completamento della riforma federalista.

Un'altra definizione possibile del federalismo è, infatti, quella in senso lato di regolazione applicata alle Istituzioni. In un contesto in cui si fa ampio uso di *benchmarking* sui dati economico-sociali territoriali, rappresentanti politici e amministratori sono assegnatari di *policy guideline* e di obiettivi finanziari, ogni livello di governo e ogni centro di spesa deve dare pieno conto dei risultati, l'informazione è di qualità ed ampia sia per la programmazione economica che per i cittadini che devono scegliere con il voto, le Istituzioni sono "costrette" al buon governo.

Un esempio dalla farmaceutica: il modello *FarmaRegio* del CERM

Un esempio dell'importanza del coordinamento delle politiche economiche reali settoriali e della condizione degli strumenti di regolazione viene dal comparto farmaceutico, anch'esso al centro, come la sanità di cui è componente, dell'incompleto quadro di attribuzioni di scelte e responsabilità

Il modello *FarmaRegio*, presentato nella *Parte II* del Rapporto, vorrebbe essere un esempio di quella strumentazione tecnica a supporto dell'interazione tra livelli di governo, sia per fare *benchmarking* e per individuare su quali correttivi sensibilizzare i *policy maker* regionali, sia per valutare l'impatto delle misure di regolazione e promuoverne le potenzialità. E se si sposa la prospettiva del rinnovo delle Istituzioni e degli strumenti, la relazione funzionale media che emerge da *FarmaRegio* - tra variabili esplicative e spesa farmaceutica pubblica territoriale - potrebbe essere letta come una concretizzazione, per il LEA farmaceutico, dello standard del Ddl interpretativo del 119.

I risultati del modello dimostrano:

- l'importanza delle politiche *pro* concorrenziali e della diffusione dell'informazione, di competenza dello Stato ma che certamente beneficiano della leale cooperazione delle Regioni e degli Enti Locali;
- l'importanza dello stretto coordinamento tra livelli di governo nell'applicazione degli strumenti di regolazione dei mercati (*copayment* e *reference pricing*), che altrimenti rischiano di provocare anche effetti opposti a quelli sperati (come flussi redistributivi non rispondenti ad una logica economico-sociale);
- l'opportunità di ripensare l'abbandono totale dei vincoli di destinazione delle risorse che, nella fase di avvio del federalismo in un Paese che necessita di cospicui flussi perequativi per rimanere coeso, possono rappresentare uno strumento migliore di tanti altri (commissariamento, penalizzazioni finanziarie, etc.) per combinare redistribuzione territoriale e realizzazione dei LEA.

Con riguardo a quest'ultimo punto, il ricorso a *matching grant* andrebbe probabilmente affrontato in maniera diversa, non come un *aut-aut* (trasferimenti tutti con o senza vincolo di destinazione, l'approccio del D. Lgs. 56/00 poi costituzionalizzato nel 2001), ma come la ricerca dell'applicazione ottimale all'interno di un sistema federalista ancora immaturo nelle Istituzioni e negli strumenti alternativi: migliore individuazione dei capitoli di spesa per i quali il vincolo di destinazione può esser utile, o addirittura specificazione delle singole prestazioni da incrementare, con conseguente possibilità di immediata verifica e correzione. Di pari passo con lo sviluppo della società e

dell'economia e con l'affinamento degli strumenti in uso, sarà possibile valutare la rimozione totale dei vincoli, in particolare quelli sulle risorse perequate.

Si sottolinea, sempre a questo proposito, come la politica dei *matching grant* vada tenuta ben distinta da quella dei vincoli bilancistici e dei tetti e delle proporzioni tra voci per il contenimento della spesa utilizzati nel Patto interno. Si tratta di due strumenti molto diversi:

- vincoli, tetti e proporzioni sono utilizzati in mancanza di una vera *governance* che sappia identificare le priorità e scegliere le modalità con cui perseguirle componendo le varie esigenze; un prospettiva, questa, che finisce per fare sistema di quei vincoli, tetti, proporzioni;
- i *matching grant*, invece, non sostituiscono il coordinamento delle scelte di politica economica e la condivisione della base normativa e regolatoria, ma si prestano come strumento in più per indirizzare risorse, permettendo allo Stato di incentivare le scelte dei sottolivelli di governo.

È una contraddizione che la riforma federalista abbia visto il proliferare dei primi che di fatto limitano e ingessano le scelte di Regioni e Enti Locali e le loro possibilità di coordinarsi al meglio, mentre abbia completamente rinunciato ai secondi, quasi vendendo nel solo vincolo di destinazione una *diminutio* delle attribuzioni dei sottolivelli di governo.

Il quadro complessivo

I punti che si sono sinteticamente ripercorsi in questo capitolo conclusivo si pongono in logica conseguenza. La *governance* federalista non può non avere due anime:

- quella del confronto politico tra livelli di governo (lo Stato e le Regioni, ma anche tra Regioni), con le innovazioni che questa nuova dimensione comporta in termini di nuove Istituzioni (Senato Federale, la sua legge elettorale, il Consiglio delle Autonomie per il coordinamento tra Regione e Enti Locali sottesi, etc.);
- ma anche quella degli strumenti necessari a dar base oggettiva a quel confronto e a finalizzarlo nei tempi necessari a compiere le scelte, e tra questi le riforme strutturali, la regolazione degli operatori pubblici e privati e la più ampia valorizzazione dei dati economico-sociali territoriali.

Il binomio tra politica e strumenti è riconosciuto nel "*Libro Verde*" della Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica, che sottolinea ampiamente l'importanza di aver avviato il processo di sistematica *spending review* dei capitoli della spesa pubblica, perché è dall'analisi delle microfondazioni della spesa che possono giungere le indicazioni migliori per perseguire assieme gli obiettivi di sostenibilità e adeguatezza/equità. *FarmaRegio* è un tassello di una *spending review* applicata alla farmaceutica e che, auspicabilmente, dovrebbe riguardare il prima possibile tutto il comparto della spesa sanitaria.

Anche perché, un'altra definizione di federalismo - se ne sono proposte diverse all'interno del volume - è quella di microfondazione del sistema di governo, tramite la specificazione delle responsabilità, l'assegnazione di risorse adeguate al loro svolgimento in efficienza/efficacia, la periodica valutazione *ex-post*, la diffusione dell'informazione dei risultati e l'adozione di "penalizzazioni e premi" con contestuali correzioni. E per supportare un sistema di governo microfondato sono necessarie analisi dettagliate per capitolo di spesa, comparto, settore.

29 Gennaio 2008

Principali riferimenti bibliografici

Ambrosanio M. F. e M. Bordignon (2007), *"Internal stability pacts: the European experience"*, EEGM working paper

Anessi Pessina E. (1997), *"The Effect of User Charges on the Utilization of Prescription Medicines in the Italian National Health Service"*, Unpublished Doctoral Dissertation, Philadelphia, The Wharton School, University of Pennsylvania

AREL (2007), *"Un welfare anziano – Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?"*, a cura di M. Madia, collana AREL – Il Mulino

Associazione ASTRID (Roma), vari lavori citati e disponibili su www.astrid-online.it

Atella V. (2000), *"Drug cost containment policies in Italy: are they really effective in the long run? The case of reference minimum price"*, Health Policy, vol. 50, pp. 197-218

Atto Camera n. 3.100 (2007), *"Disposizioni di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"*

AWG-Ageing Working Group (2001), *"Report by the Economic Policy Committee on budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances"*, October 2001, Brussels (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm)

AWG-Ageing Working Group (2003), *"Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on education"*, October 2003, Brussels (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm)

AWG-Ageing Working Group (2003), *"The impact of ageing populations on public finances: overview of analysis carried out at EU level and proposals for a future work programme"*, October 2003, Brussels (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm)

AWG-Ageing Working Group (2006), *"The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Members States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)"* in European Economy, Special report n. 1/2006 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2006/eespecialreport0106_en.htm)

Baltagi B. H. (2006), *"Estimating an economic model of crime using panel data from North Carolina"* Journal of Applied Econometrics, vol. 21(4), pp. 543-547

Baltagi B. H. (1984), *"A Monte Carlo Study for Pooling Time Series of Cross-Section Data in the Simultaneous Equations Model"* International Economic Review, vol. 25(3), pp. 603-624

Baltagi B. H. (1981), *"Simultaneous equations with error components"* Journal of Econometrics, Elsevier, vol. 17(2), pp. 189-200

Banca Centrale Europea (2005), *“La riforma del Patto di Stabilità e Crescita”*, in Bollettino Annuale della Banca Centrale Europea, Agosto 2005

Bjornerud S. e J. O. Martins (2005), *“Disentangling demographic and non-demographic drivers of health spendine: a possibile methodology and data requirements”*, OECD/EC Workshop 21-22 February 2005, Brussels (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/events/2005/workshop0205/8en.pdf)

CEIS (2006), *“Rapporto CEIS Sanità. Il governo del sistema sanitario. Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali”*, Roma

CERM – Competitività, Regolazione, Mercati (Roma), vari lavori citati e liberamente disponibili su www.cermlab.it

Commissione Europea, Programmi di Stabilità dei Partner UE su http://ec.europa.eu/economy_finance/index_en.htm

Commissione Europea (2007), *“Public Finances in EMU – 2007”*

Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica (2007), *“Libro verde sulla spesa pubblica”*

Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica (2007), *“Rapporto intermedio sulla revisione della spesa”*

Guerzoni L. (2007), *“Dieci anni dopo la ‘Commissione Onofri’”*, disponibile su <http://www.astrid-online.it/Amministrazione/Commissione/La-riforma/index.htm>

Intesa – Sanpaolo (2007), *“Finanza Locale Monitor”*, a cura del servizio studi

Kinal T. e Lahiri K. (1993), *“On the Estimation of Simultaneous-Equations Error-Components Models with an Application to a Model of Developing Country Foreign Trade”*, Journal of Applied Econometrics, 8, 1, pp. 81-92.

LaVoce.info (Milano), vari lavori citati e liberamente disponibili su www.lavoce.info

Lopez-Casasnovas G. e J. Puig- Junoy (2000), *“Review of the literature on reference pricing”*, Health Policy, vol. 54, pp. 87-123

Ministero dell’Economia e delle Finanze (2007), *“Quaderno bianco sulla scuola”* (<http://www.tesoro.it/web/apri.asp?idDoc=18184>)

Ministero dell’Economia e delle Finanze (2008), *“Linee guida per la gestione del debito pubblico”* (<http://www.tesoro.it/web/apri.asp?idDoc=18483>)

Ministero dell’Economia e delle Finanze, tutti i documenti di finanza pubblica citati sono disponibili su www.tesoro.it

Morris J. P. et alii (2006), *“The reform and the implementation of the Stability and Growth Pact”*, European Central Bank Occasional Working Paper n. 47

OCSE (2007), *“Health Data”*, base dati

OCSE (2006), *"Projecting public OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?"*, disponibile su <http://miranda.sourceoecd.org/vl=185403/cl=29/nw=1/rpsv/cgi-bin/wppdf?file=519x36wg1cxs.pdf>.

Okunade A. A. e C. Suraratdecha (2006), *"The pervasiveness of pharmaceutical expenditure inertia in the OECD countries"*, *Social Science and Medicine*, vol. 63, pp. 225-238

OSMED (2006), *"L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto nazionale anno 2005"*, Roma

OSMED (2007), *"L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto nazionale anno 2006"*, Roma

Pammolli F. *et alii* (2008), *"Long term trends of health care expenditure, welfare system structure, public finances in EU"*, mimeo

Pammolli F. e M. Bambi (2007), *"Health care expenditure, country-specific income elasticity and long-term projections: evidence from the European Union countries"*, mimeo

Sestito P. e R. Tangorra (2007), *"Rapporto ISE 2006"*, disponibile su <http://www.solidarietasociale.gov.it/NR/rdonlyres/52556F3B-B2FD-4C6A-9870-9F529DE72F1F/0/rapportoisee2006.pdf>.

Salvemini G. e C. Virno (2006), *"Un nuovo 'guardiano' della trasparenza dei conti pubblici"*, working paper SIEP n. 485

CERM - *Competitività, Regolazione, Mercati*
Via G. Poli n. 29
00187 ROMA, Italy
Tel.: 06 - 69.19.09.42
Fax: 06 - 69.78.87.75
www.cermlab.it
cermlab@cermlab.it

Competitività
Regolazione
Mercati

CERM

CERM pubblica

Note, Quaderni e Rapporti



nell'ambito delle Aree Tematiche:

FR - *Finanza Pubblica & Riforme* | **LR** - *Liberalizzazioni & Regolazione* | **IP** - *Innovazione & Produttività*