

# Dinamica della spesa sanitaria italiana e meccanismi di finanziamento

## - Economia e Politiche Pubbliche - Prof. Leonzio Rizzo

### 1 Forme di finanziamento dei livelli inferiori di governo

Le forme di *finanziamento autonomo* dei livelli inferiori di governo possono essere di due tipi. Tariffe e tasse ed imposte. Per una parte rilevante di servizi pubblici locali trovano appropriata applicazione *prezzi pubblici e tariffe*: questi sono infatti beni, sì di interesse e rilevanza sociale, ma rivali nel consumo e da cui i fruitori possono essere esclusi. Un'altra categoria di beni offerti localmente sono finanziati invece con le *tasse*. Questi sono la scuola, il servizio antincendio, la raccolta rifiuti. Tutti questi sono servizi che oltre a dare beneficio al cittadino che direttamente richiede il servizio, danno anche beneficio ai cittadini che vivono nella stessa città di colui il quale consuma il servizio: è quindi opportuno che colui il quale consuma il servizio non paghi l'intero costo, ma una parte tramite la tassa e il resto sia pagato con una quota di gettito da imposta locale, cui i cittadini sono chiamati a partecipare in base alla propria capacità contributiva. Le *imposte* oltre a fornire le risorse per la copertura dei servizi in parte pagati con le tasse, servono soprattutto finanziare i servizi pubblici locali che presentano carattere di indivisibilità dei vantaggi, come viabilità, opere pubbliche ed illuminazione.

Le *entrate tributarie proprie locali* possono essere di diversi tipi: tributi propri, addizionali e compartecipazioni a imposte di livello superiore di governo. Per i *tributi propri (imposte e tasse)* il governo locale definisce in modo autonomo l'aliquota ed in alcuni casi anche la base imponibile. L'*addizionale* è uno strumento con il quale si distribuisce il gettito derivante da una stessa base imponibile fra diversi livelli di governo. L'ente di governo inferiore definisce l'aliquota d'imposta di sua competenza che si aggiunge a quella fissata dal governo centrale sullo stesso imponibile. Nel sistema tributario italiano il gettito derivante dall'istituzione di addizionali è stato spesso utilizzato per finanziare Regioni e Enti locali: addizionale comunale e regionale Irpef, addizionale regionale di consumo sul gas metano. . . La *base imponibile* è l'espressione quantitativa del presupposto dell'imposta, ovvero della particolare situazione di fatto alla quale la legge ricollega l'obbligo di pagare l'imposta. Alla base imponibile si applica l'aliquota d'imposta al fine di ottenere l'imposta dovuta. La base imponibile Irpef, ad esempio, corrisponde al possesso da parte di una persona fisica di un reddito imponibile in denaro o in natura: per un soggetto in possesso di solo reddito da lavoro dipendente, la base imponibile corrisponderà al reddito annuale al netto di eventuali deduzioni. La *compartecipazione* è una quota fissa percentuale sul totale del gettito erariale. Gli enti locali compartecipano secondo la quota stabilita ad un gettito derivante da un'imposta spettante allo Stato. La compartecipazione Iva, ad

esempio, è utilizzata per finanziare la sanità regionale. Esempio: gettito Iva totale 1000, quota di compartecipazione 40%, Compartecipazione regionale all'Iva=  $0.4 \cdot 1000 = 400$ .

## 2 ...verso il fabbisogno standard

Il decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. "Riordino della disciplina in materia sanitaria" al comma 3 afferma che "il Fondo sanitario nazionale è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 15 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome"... secondo la quota capitaria di finanziamento da determinare "in base ai seguenti elementi: a) popolazione residente; b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome; c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali. Il comma 34 art. 1 della finanziaria del 1996 modifica in parte il riferimento di fatto esclusivo alla popolazione per il riparto delle risorse sanitarie, dicendo che ai fini della determinazione della quota capitaria, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilisce i pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali.

Il 23 marzo 2005 l'intesa Stato-Regioni prevede l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

I successivi patti per la salute confermano e integrano le funzioni del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza e del Tavolo di verifica degli adempimenti e istituiscono inoltre una Struttura tecnica di monitoraggio (STEM) paritetica con le Regioni. Decreto legislativo 6 maggio 2011 n. 68 stabilisce all'articolo 26 che "il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza".

Tale fabbisogno è determinato attraverso il metodo del costo medio standard (art. 27), ottenuto per ciascuno dei livelli di assistenza (5 per cento per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 51 per cento per l'assistenza distrettuale; 44 per cento per l'assistenza ospedaliera) come la media ponderata di tre regioni elette a benchmark. Le tre regioni di riferimento sono selezionate dalla Conferenza Stato-Regione tra le 5 migliori che hanno garantito l'erogazione dei livelli di essenziali di assistenza rispettando l'equilibrio economico, così come indicate dal Ministero della Salute, con l'obbligo di includere la prima tra queste nella rosa delle tre. Dopo aver calcolato il costo

medio pro-capite delle tre regioni benchmark rapportato alla popolazione pesata dell'anno precedente, si provvede a moltiplicare lo stesso per la popolazione di ciascuna regione e provincia autonoma.

### 3 Il finanziamento della spesa sanitaria

Negli anni '90 è iniziato un ripensamento del sistema di finanza regionale, in particolare il modello di finanza derivata fino a quel momento applicato iniziò ad essere aspramente criticato e ritenuto responsabile della crisi della finanza pubblica nazionale. E' in questo contesto che nasce la richiesta di maggiore responsabilizzazione fiscale delle Regioni e varie riforme tentano di implementare un sistema che preveda maggiore autonomia finanziaria. Fino ad allora, infatti, le Regioni erano finanziate principalmente attraverso trasferimenti determinati sulla base del livello di spesa storica dal governo centrale attraverso un processo di contrattazione tra governo e Regioni. Nel 1990 furono introdotte alcune modifiche rilevanti all'ordinamento tributario regionale come la tassa sulle concessioni regionali, la completa assegnazione alle Regioni della tassa automobilistica, l'addizionale sulle imposte di trascrizione del pubblico registro automobilistico e un'imposta sul consumo di metano ad uso civile e industriale. A partire dal 1994 furono attribuiti alle Regioni i contributi sanitari riscossi nel loro territorio. E tuttavia, il primo passo rilevante si ebbe nel 1996, quando vennero introdotti nuovi tributi, che consentirono di sostituire parzialmente i trasferimenti (Fondo comune, Fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo e Fondo nazionale trasporti). Questi erano la quota sull'accisa della benzina, la tassa regionale per il diritto allo studio universitario e la tassa regionale per il deposito dei rifiuti in discarica. Venne anche istituito un fondo perequativo (art.3, c.2, L. 549/95) per compensare le mancate entrate derivanti dal minore gettito da accisa sulla benzina rispetto al trasferimento erariale soppresso. Nel 1997 vennero istituite l'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) e una addizionale Irpef, destinate al finanziamento della spesa sanitaria a fronte dell'abolizione dei contributi statali. La sistematizzazione di questa struttura di finanza decentrata si ebbe con il d. lgs. 56/2000, che prevedeva la definitiva soppressione dei trasferimenti erariali a decorrere dall'anno 2001. Questi dovevano essere compensati con una compartecipazione Iva (pari al 25.7% del gettito Iva complessivo del penultimo anno precedente al netto di ciò che è devoluto alle regioni a statuto speciale), un'aliquota addizionale regionale Irpef (pari a 0.9-1.4%) e un incremento della compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine. E' successivamente intervenuta un'ulteriore riforma della finanza regionale, sancita dalla l. 42/2009, non ancora applicata.

Con il d.lgs. 56/2000, il fabbisogno sanitario nazionale, determinato con legge statale è finanziato con entrate proprie delle aziende sanitarie (sostanzialmente ticket), Irap (al netto dell'ex fondo perequativo l. 549/95), addizionale Irpef, la restante parte (al netto dell'incremento della compartecipazione regionale sull'accisa sulla benzina) è determinata a saldo ed è a carico del bilancio statale tramite la compartecipazione IVA (Tabella 1). Tale riforma che ha implicato un forte incremento della capacità impositiva autonoma regionale, tramite l'istituzione dell'IRAP avrebbe dovuto in teoria portare maggiore responsabilizzazione finanziaria e quindi una tenuta della spesa migliore rispetto agli anni precedenti.

Tabella 1:

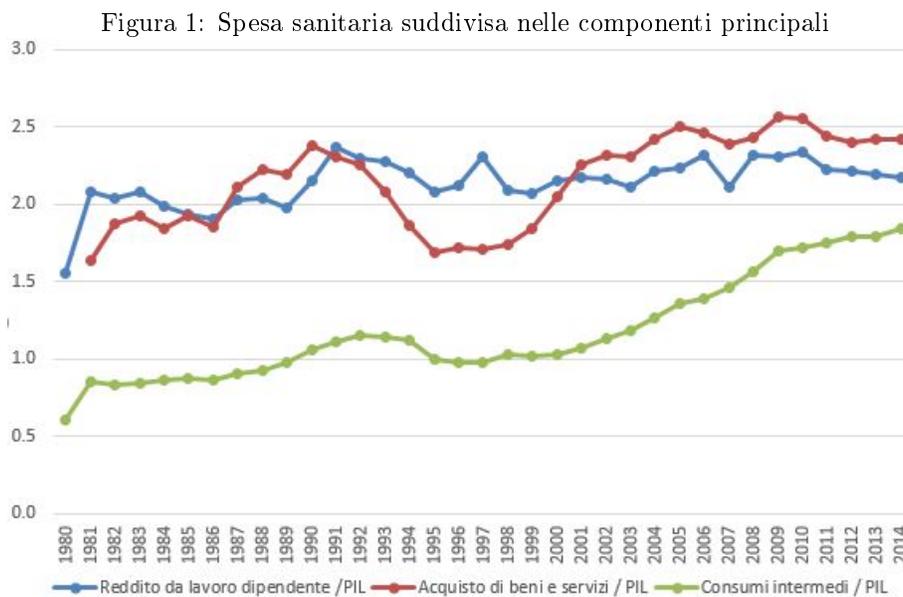
TABELLA 2

CRITERI DI RIPARTIZIONE PROVVISORIA DELL'EX-FONDO SANITARIO NAZIONALE DI PARTE CORRENTE 2007								
REGIONI A STATUTO ORDINARIO	fabbisogno sanità coperto (*)	IRAP totale	Oneri gestione	Ex fondo perequativo	IRAP sanità	Add. IRPEF 0,9%	Entrate proprie (stima)	FSN corrente
	(a)	(1)	(2)	(3)	(b)=(1-2-3)	(c)	(d)	(e)=(a)-(b)-(c)-(d)
PIEMONTE	7.203.848.578	2.816.993.038	715.448	108.972.406	2.707.305.185	498.864.622	167.095.971	3.830.582.800
LOMBARDIA	15.511.269.490	8.324.991.638	0	13.944.336	8.311.047.302	1.204.378.779	344.686.926	5.651.154.483
VENETO	7.637.953.948	3.304.417.805	0	22.207.647	3.282.210.158	480.675.425	187.976.900	3.687.089.465
LIGURIA	2.865.163.511	904.167.468	268.661	110.005.320	793.893.488	183.901.155	62.729.872	1.824.638.996
EMILIA ROMAGNA	7.293.710.149	3.071.791.467	0	46.997.578	3.024.793.889	506.396.599	171.955.829	3.590.563.832
TOSCANA	6.183.319.024	2.195.777.824	0	71.271.052	2.124.506.772	378.756.124	138.369.096	3.541.687.032
UMBRIA	1.448.680.921	429.785.277	134.950	63.007.742	366.642.585	79.355.800	34.031.402	968.651.134
MARCHE	2.467.723.565	841.755.679	263.341	55.777.345	785.714.993	146.025.623	57.467.177	1.478.515.772
LAZIO	8.433.350.092	4.395.257.539	0	286.117.122	4.109.140.417	644.346.961	162.193.247	3.517.669.467
ABRUZZO	2.103.903.781	594.029.895	195.169	114.136.975	479.697.751	109.595.502	41.537.068	1.473.073.460
MOLISE	531.817.475	119.339.706	0	76.952.078	42.387.628	25.526.251	12.952.736	450.950.860
CAMPANIA	8.642.273.878	2.050.811.984	647.172	559.839.279	1.490.325.533	340.328.175	163.215.831	6.648.404.339
PUGLIA	6.169.707.115	1.447.395.435	0	383.727.476	1.063.667.959	204.313.274	113.350.898	4.788.374.984
BASILICATA	952.867.797	220.297.416	74.370	149.772.501	70.450.545	37.968.944	16.926.354	827.521.954
CALABRIA	2.983.288.854	626.925.127	215.208	446.218.761	180.491.159	155.171.746	47.418.994	2.600.206.955
<b>TOTALE RSO</b>	<b>80.428.878.178</b>	<b>31.343.737.299</b>	<b>2.514.319</b>	<b>2.508.947.616</b>	<b>28.832.275.364</b>	<b>4.995.604.980</b>	<b>1.721.912.301</b>	<b>44.879.085.533</b>

(\*) Delibere CIPE n. 97 del 28 settembre 2007 e n. 131 del 29 novembre 2007.

## 4 Dinamica della spesa sanitaria

Tuttavia la spesa sanitaria nel decennio passato è esplosa. Le uscite correnti della sanità dal 2000 al 2014 sono aumentate del 65% per un valore pari a quasi 42 miliardi di euro. Inoltre se andiamo ulteriormente nel dettaglio si nota che la voce consumi intermedi registra nello stesso arco temporale un aumento di quasi 16 miliardi, che corrisponde ad un incremento del 125%. Dalla Figura 2 si nota come la componente della spesa sanitaria che presenta rispetto al PIL l'andamento uniforme è quella relativa al costo del lavoro; la componente acquisto di beni e servizi, che include assistenza farmaceutica e convenzioni esterne ha un andamento bruscamente decrescente dal 1990 al 1994, che è il risultato del risparmio di spesa farmaceutica grazie all'introduzione dei ticket. Questa si mantiene più o meno costante fino al 1997, anno dal quale la componente di tale spesa ricomincia bruscamente a crescere fino al 2000, in cui la quota di spesa su PIL si riporta sui valori precedenti all'introduzione dei ticket. Dal 2000 tale quota di spesa su PIL subisce ulteriori incrementi. Infine i consumi intermedi rapportati al PIL crescono in modo continuo dal 1994 al 2014. Come è potuto accadere tutto ciò in un periodo in cui una parte della spesa è stata finanziata con imposte legate al territorio?



## 5 Cosa è avvenuto nella realtà?

Il totale della compartecipazione IVA è stato ogni anno diviso in due fondi, uno distribuito secondo i consumi finali e l'altro secondo una formula di perequazione che tiene conto del fabbisogno e della differente dotazione di base imponibile IRAP di ogni regione. Era inizialmente previsto che per i primi due anni (2002 e 2003) fosse sottratta una

Figura 2: Spesa sanitaria suddivisa nelle componenti principali e totale in valori assoluti

Anno	Reddito da lavoro dipendente	Acquisto di beni e servizi	Consumi intermedi	Spesa sanitaria corrente totale
<b>2000</b>	26,599	25,331	12,734	66,902
<b>2001</b>	28,133	29,233	13,817	73,917
<b>2002</b>	28,904	31,042	15,193	78,152
<b>2003</b>	29,171	31,921	16,295	80,563
<b>2004</b>	32,051	34,974	18,254	88,792
<b>2005</b>	33,348	37,258	20,210	94,948
<b>2006</b>	36,012	38,188	21,570	100,252
<b>2007</b>	34,039	38,534	23,447	100,582
<b>2008</b>	37,480	39,221	25,317	107,086
<b>2009</b>	36,281	40,354	26,753	108,364
<b>2010</b>	37,343	40,878	27,528	110,772
<b>2011</b>	36,295	39,853	28,597	109,805
<b>2012</b>	35,660	38,627	28,782	108,110
<b>2013</b>	35,204	38,693	28,604	107,600
<b>2014</b>	34,984	38,946	29,634	108,658

quota del 5% del primo fondo per sommarla al secondo; tale quota sarebbe stata del 9% ogni anno a partire dal 2004 fino al totale azzeramento del primo fondo, previsto per l'anno 2013. Tuttavia, già nell'anno 2002 la determinazione delle quote di riparto della compartecipazione IVA è stato oggetto di ampie discussioni in sede di Conferenza Stato-Regioni: le Regioni non trovarono nessun accordo per il riparto delle quote, avanzando una serie di osservazioni circa l'incostituzionalità del d.lgs. 56/2000. In particolare, il d.lgs. 56/2000 era sostanzialmente "accusato" di generare una riduzione di risorse non sostenibile per alcune regioni meridionali e, in particolare, di non fornire un'erogazione finanziaria sufficiente ad assicurare il finanziamento di un fabbisogno sanitario adeguato a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. La situazione rimase bloccata sino alla Conferenza straordinaria di Villa San Giovanni del luglio 2005 dove le Regioni chiesero ed ottennero dal Governo l'introduzione di una maggiore discrezionalità nei parametri di calcolo per la perequazione e di una riduzione graduale della quota distribuita secondo i consumi finali (5% per il 2002 e 1,5% dal 2003 per ogni anno). Il decreto 56/2000 prevede anche la costituzione di un fondo di solidarietà: è un fondo orizzontale a cui contribuisce chi ha una quota di spesa storica inferiore alla quota che gli spetterebbe con il riparto in base ai consumi finali e da cui riceve chi ha una quota di spesa storica superiore al riparto in base ai consumi finali. Chiaramente nel caso di perequazione totale, che è esattamente ciò che avviene ogni anno, l'applicazione di tale schema di trasferimento al riparto in base ai consumi, rialloca la compartecipazione IVA nuovamente in base alla spesa storica per il fondo che avrebbe dovuto essere ripartito in base ai consumi finali. Il riparto in base alla spesa storica è calcolato utilizzando la distribuzione dei trasferimenti soppressi dopo l'introduzione dell'IRAP e del 56/2000, al netto di IRAP, addizionale IRPEF e accisa sulla benzina. La riforma ha sì soppresso i trasferimenti e dotato le regioni di capacità impositiva autonoma tramite l'istituzione dell'IRAP, addizionale IRPEF e accisa sulla benzina, ma poi la parte del fondo costituito con la compartecipazione IVA da

distribuire in base ai consumi finali è stata sempre distribuita in base alla spesa storica (al netto delle entrate proprie), la quota rimanente del fondo IVA è stata poi ripartita in base al nuovo sistema di perequazione basato sul criterio del fabbisogno e della perequazione della capacità fiscale IRAP. Tale quota, la cui distribuzione non è molto diversa dalla spesa storica, vista la sua natura perequativa, era all'inizio il 5% della compartecipazione IVA ed è ora arrivata ad essere il 20%. Dagli allegati ai decreti del presidente della Repubblica è possibile per gli anni 2006-2012 ricostruire il vettore dei coefficienti dell'effettiva ripartizione delle risorse sanitarie alle regioni a statuto ordinario, conseguenti alle indicazioni della 56/2000 e ai decreti che annualmente definiscono 1) la quota di compartecipazione all'Iva che deve essere ripartita alle regioni secondo la media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'Istat a livello regionale negli ultimi tre anni disponibili, 2) la quota di concorso alla solidarietà regionale, 3) la quota da assegnare a titolo perequativo nazionale, 4) le somme che dovrà erogare il Ministero. Il riparto delle spese sanitarie negli anni 2006-2012 è praticamente identico al riparto aggregato che si sarebbe verificato in caso di mantenimento dei trasferimenti soppressi. La differenza tra i due è minima: esclusa qualche eccezione, i coefficienti non variano più dello 0.28% in negativo e dello 0.09 in positivo (Figura 5). La media delle variazioni è pari a 0,026% e il valore massimo è quello della Regione Lazio nel 2009.

Figura 3: Differenze tra riparto storico e riparto 56/2000

DIFFERENZE RAPPORTI STORICO-NUOVA RIPARTIZIONE							
REGIONE	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PIEMONTE	0.02	0.02	-0.01	0.00	0.05	0.09	0.07
LOMBARDIA	-0.04	-0.08	-0.06	-0.05	0.06	0.00	-0.17
VENETO	0.00	0.01	-0.01	-0.04	0.05	0.02	0.05
LIGURIA	0.01	0.00	0.00	0.02	0.02	0.01	0.00
EMILIA ROMAGNA	0.01	0.00	0.00	0.05	0.01	0.02	-0.02
TOSCANA	0.04	0.02	0.03	0.06	0.00	-0.01	-0.01
UMBRIA	0.01	0.01	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
MARCHE	-0.02	-0.01	-0.01	0.02	0.00	0.00	0.00
LAZIO	-0.05	-0.04	-0.02	-0.28	-0.07	-0.05	-0.09
ABRUZZO	0.01	0.00	0.00	0.02	-0.01	0.01	0.01
MOLISE	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
CAMPANIA	0.03	0.02	0.03	0.06	-0.07	-0.06	0.06
PUGLIA	-0.03	0.04	0.02	0.08	-0.03	-0.02	0.04
BASILICATA	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.01
CALABRIA	0.01	0.00	0.01	0.03	0.00	0.00	0.03
<b>TOTALE</b>	<b>0.00</b>						

La transizione è stata quindi estremamente graduale ed avrebbe assicurato, a parità di risorse disponibili, perdite per le regioni meridionali molto più contenute che nel caso in cui si fosse proceduto a decrementi di quote della spesa storica pari al 9% all'anno. Comunque tali perdite non sono di fatto mai state registrate, grazie all'incremento registrato ogni anno del fondo finanziato con la compartecipazione IVA, di cui una parte cospicua è sempre stata distribuita in base alla spesa storica (nel 2012 tale quota corrispondeva all'80%). Quindi l'accordo in Conferenza Stato-Regioni non ha agito solo sul rallentamento del passaggio al nuovo riparto, ma anche rimodulando negli anni l'ammontare complessivo del fondo sanitario finanziato con la compartecipazione Iva, favorendo un'implementazione della riforma senza implicare aggravii in termini di minori risorse per le regioni, che, a parità di risorse complessive

da distribuire, sarebbero state penalizzate dal nuovo sistema perequativo.

## 5.1 Un esempio

Vediamo perchè l'incremento della spesa sanitaria potrebbe essere stato funzionale all'implementazione della riforma del 56/2000. Ipotizziamo di avere due regioni A e B che nel periodo antecedente alla riforma spendono entrambe 100 in sanità e che tale spesa venga interamente finanziata dai trasferimenti statali. Dopo la riforma viene data capacità impositiva alle regioni, che possono quindi finanziarsi parte delle proprie spese. La regione A raccoglie 60 e la regione B 30: la prima regione ha una capacità fiscale molto più elevata della seconda. Nel caso in cui si voglia garantire la spesa storica lo stato deve trasferire 40 ad A e 70 a B: ciò permette di garantire di nuovo  $100 = 60 + 40 = 30 + 70$  sia da A che a B. Questa operazione è stata fatta il primo anno di implementazione della riforma del 56/2000. L'anno successivo una quota della compartecipazione è stata distribuita secondo la spesa storica e l'altra quota è stata data in modo tale da riflettere un po' di differenziazione tra le due regioni che hanno marcate differenza nelle proprie capacità fiscali. Ipotizziamo per semplicità che l'anno successivo l'ammontare da ripartire sia lo stesso e quindi pari a  $110 = (200 - (60 + 30))$ , ovvero il fabbisogno totale delle due regioni, 200, meno le entrate proprie, 60 per la regione A e 30 per la regione B. Il 90% di 110, ovvero 99, è ripartito in base alla spesa storica il 10%, ovvero 11, in base al sistema che tiene conto delle differenze tra le capacità fiscali, attutendole parzialmente. Poichè il trasferimento soppresso è pari alla spesa storica al netto delle risorse proprie, è necessario ripartire 99 in proporzione alla distribuzione dei trasferimenti soppressi. Il fondo pari a 99 è allocato tra A e B secondo rispettivamente la proporzione di  $40/110 = 0.36$  e  $70/110 = 0.64$ , risultando rispettivamente in 36 per A e 63 per B.

Il fondo pari ad 11 è ripartito in base al nuovo criterio che tiene conto delle capacità fiscali (perequandole). Sappiamo che la capacità fiscale di A è pari a 60 e quella di B è pari 30, quindi la capacità fiscale media della nazione è pari a 45. Se si intende distribuire il restante fondo in base alle capacità fiscali parzialmente perequate è necessario rideterminare queste ultime in modo tale che la capacità fiscale di A sia  $\alpha * 60 + (1 - \alpha) * 45$  e quella di B sia  $\alpha * 30 + (1 - \alpha) * 45$ , ove  $0 \leq \alpha \leq 1$ . Ipotizziamo nel nostro esempio che  $\alpha = 0.8$ , che implica che la capacità fiscale sia perequata al 20%. In tal caso le capacità fiscali A e B sono rispettivamente 57 e 33. Il fondo pari a 11 è quindi allocato tra A e B secondo rispettivamente la proporzione di  $57/90 = 0.63$  e  $33/90 = 0.37$ , ovvero 6.97 per A e 4.03 per B. Sommando le risorse proprie, il trasferimento in base allo storico e il trasferimento in base al nuovo metodo, si ottiene per A  $60 + 36 + 6.97 = 102.97$  per B  $30 + 63 + 4.03 = 97.03$ . Quindi la riforma ha creato in questo caso un po di differenziazione, facendo perdere risorse alla regione con capacità fiscale inferiore.

Cosa succede nel caso in cui l'ammontare totale dei trasferimenti aumenta del 5%, cioè da 110 si passa 115.5? L'ammontare del fondo ripartito secondo il criterio storico aumenta a 103.95 e quello da ripartire col perequativo va a 11.55. Quindi i trasferimenti allocati in base allo storico ammontano per A a 37.8 e per b a 66.15 e quelli allocati in base al perquativo sono per A 7.32 e per B 4.24. Otteniamo che A disporrà di  $60 + 37.8 + 7.32 = 105.12$  e B di  $30 + 66.15 + 4.24 = 100.29$ . In questo secondo caso la crescita di risorse è tale da far sì che entrambe le regioni ricevano più risorse rispetto all'anno precedente, nonostante vi sia un sistema di allocazione delle risorse che penalizza le

Figura 4:

<b>Riparto storico</b>			
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>NAZIONE</b>
entrate proprie	60	30	90
capacità fiscale perequata	57	33	90
trasferimento di 110	40	70	110
<b>totale storico</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>200</b>
<b>Riparto storico (coefficienti)</b>			
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>NAZIONE</b>
entrate proprie	0.67	0.33	1
capacità fiscale perequata	0.63	0.37	1
trasferimento di 110	0.36	0.64	1
<b>Riparto dei trasferimenti soppressi (110)</b>			
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>NAZIONE</b>
entrate proprie	60	30	90
riparto storico di 99	36	63	99
riparto capacità fiscale di 11	6.97	4.03	11
<b>totale nuovo sistema</b>	<b>102.97</b>	<b>97.03</b>	<b>200</b>
<b>Crescita del 5% delle risorse trasferite (115.5) e risorse proprie costanti</b>			
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>NAZIONE</b>
entrate proprie	60	30	90
riparto storico di 103.95	37.8	66.15	103.95
riparto capacità fiscale di 11.5	7.32	4.24	11.55
<b>totale nuovo sistema</b>	<b>105.12</b>	<b>100.39</b>	<b>205.5</b>

regioni con bassa capacità fiscale. Si noti che se avessimo avuto una crescita delle risorse ad esempio pari a 0.04, la regione B sarebbe stata comunque penalizzata.

## **6 Il nuovo sistema di finanziamento in base al d.lgs. n.68/2011**

Il d.lgs. n.68/2011, all'interno del quadro di applicazione del federalismo fiscale avviato dal d.l. 42/2009, prevede che a partire dal 2013 i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) per alcune funzioni (sanità, assistenza, trasporti, istruzione) siano garantiti da una serie di entrate proprie delle amministrazioni quantificate attraverso l'applicazione di un'aliquota standard e da trasferimenti perequativi per le Regioni a statuto ordinario. Le fonti di finanziamento sono: la compartecipazione all'IVA, l'addizionale regionale all'IRPEF; l'IRAP, le quote del fondo perequativo ed entrate proprie. Il nuovo fondo perequativo indicato dal decreto dovrebbe essere alimentato dal gettito prodotto da una compartecipazione al gettito dell'IVA determinata in modo tale da garantire in ogni regione il finanziamento integrale delle spese, individuate dai fabbisogni standard.

A partire dal 2013, così come previsto dal d.lgs. 68/2011 sono state designate le tre regioni elette a benchmark, l'Umbria l'Emilia Romagna e il Veneto, per il calcolo del costo medio standard. Nel 2014 l'accordo in Conferenza stato-regioni non è stato raggiunto e il d.l. 133/2014 è intervenuto individuando come regioni benchmark le tre individuate nell'Intesa 2013. Infine nella seduta del 17 dicembre 2015 della conferenza permanente sono state individuate le regioni Marche, Umbria e Veneto. Tuttavia per quanto riguarda l'attuazione delle modalità di finanziamento del fabbisogno sanitario, il decreto legge 78/2015 è successivamente intervenuto a prorogare al 2017 (2013 previsto) l'entrata in vigore delle disposizioni fin qui descritte. In assenza di nuove disposizioni continuano ad essere applicate le norme previste dal d.lgs. 56/2000. Questo risulta evidente nella determinazione dei finanziamenti dell'esercizio 2013 (Intesa Conferenza Stato-Regioni 20 ottobre 2015), ultimo documento disponibile: la quota di spesa a carico dello stato (compartecipazione IVA) dopo che sono state utilizzate le entrate proprie regionali (IRAP, addizionale irpef, ticket) viene ripartita fra le regioni per il 78,50% secondo la spesa storica e il 21,50% attraverso il fondo perequativo.