

Legge finanziaria 1986:
le "Disposizioni in materia socio-sanitaria"

Silvia Giannini

Aprile 1986

N. 26

Legge finanziaria 1986: le "Disposizioni in materia socio-sanitaria".

La legge finanziaria per il 1986 interviene estesamente in materia di finanziamento del Servizio sanitario nazionale (gli articoli sono 5, suddivisi in 32 commi, nel testo approvato dal Parlamento ed erano 8, suddivisi in 43 commi, nel testo presentato dal Governo).

Nonostante quanto disposto dalla legge n.595/85, che ha istituito una apposita legge poliennale per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la finanziaria 1986 (così come quelle relative ai due anni precedenti) ha di fatto svolto ancora, oltre ai compiti macroeconomici che le sono propri, anche quello di supplire a carenze e "vuoti" nella legislazione organica di settore. Ne è derivato che anche rilevanti aspetti allocativi (a carattere più propriamente microeconomico) relativi al "governo" della sanità pubblica vengono disciplinati, nel 1986 così come negli anni passati, utilizzando largamente lo strumento "improprio" della finanziaria.

Una attenta lettura dell'insieme apparentemente eterogeneo di disposizioni in materia sanitaria contenuto in questa legge consentirà di individuare in modo sufficientemente ampio e articolato quali sono le direzioni in cui le autorità mostrano di muoversi (e se vi è continuità con le politiche adottate nel passato) per tentare di risolvere le "difficoltà finanziarie" del Servizio sanitario, indicate di sovente come le "più tormentate e gravi" [1].

E' obiettivo delle pagine che seguono fornire le informazioni che consentono di avanzare alcune riflessioni su questi temi. Ciò, ci pare tanto più indispensabile se si vuole evitare che il nuovo assetto istituzionale in materia di

"governo" della sanità pubblica voluto con la legge n.595/85 (e rispetto al quale il 1986 si colloca come un "anno di transizione") ricada in alcuni degli errori compiuti fino ad ora.

1. La legge finanziaria e la "mancata" approvazione del Piano sanitario nazionale: le "novità" introdotte dalla legge n.595/85.

L'articolo 27 della legge finanziaria per il 1986 (il primo che compare sotto il titolo "Disposizioni in materia socio-sanitaria"), oltre ad autorizzare per il triennio 1986-88 la spesa di 165 miliardi di lire ai fini di potenziare il sistema informativo sanitario, indica, per il medesimo triennio, gli importi da destinare al Fondo sanitario nazionale di parte corrente e di conto capitale.

Per commentare questo articolo, nonché alcune importanti diversità che esso mostra rispetto al corrispondente articolo contenuto nel disegno di legge governativo, è necessario ripercorrere alcune tappe che hanno segnato la storia del finanziamento del Servizio sanitario nazionale dalla sua istituzione ad oggi.

Iniziamo col ricordare che la legge n.833/78, di istituzione del Servizio sanitario, individuava, come strumento (legislativo) portante per il "governo" della sanità pubblica, il Piano sanitario nazionale, di norma di durata triennale, che avrebbe dovuto indicare, fra l'altro, l'importo del Fondo sanitario nazionale (da iscrivere annualmente in apposito capitolo del bilancio dello stato) e i criteri di ripartizione di detto Fondo alle regioni.

E' cosa nota che nessuno dei Piani sanitari presentati dal Governo alle Camere è mai riuscito a superare l'iter parlamentare: fino al 1983 il Parlamento si è così dovuto

limitare a decidere in materia di "governo" del Servizio sanitario, votando (con legge di bilancio) i due capitoli intestati rispettivamente al Fondo sanitario di parte corrente (iscritto negli stati di previsione della spesa del Ministero del Tesoro) e a quello in conto capitale (iscritto negli stati di previsione della spesa del Ministero del Bilancio).

In quegli anni, le leggi finanziarie intervengono limitatamente a dettare norme in materia sanitaria. La legge finanziaria per il 1981 (n.119/81), ad esempio, interviene (con l'art.35) a modificare le procedure che regolano il trasferimento delle quote trimestrali del Fondo sanitario nazionale dallo stato alle regioni e alle Usl [21]; la legge finanziaria per il 1982 (n.181/82) introduce (art.12) il principio della partecipazione alla spesa da parte dell'assistito per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio.

A partire dal 1984, le "disposizioni in materia sanitaria" contenute nella legge finanziaria mostrano alcune importanti "novità". Per dire di queste, occorre ricordare che al termine del 1983 fu approvato (con legge n.638 dell'11.11.1983) il decreto n.643 con cui si dispone (all'art. 20, II e III comma) che " il Piano sanitario nazionale ... è sottoposto dal Governo alle Camere ai fini della sua approvazione con atto non legislativo" e che " le disposizioni precettive relative al Piano sanitario nazionale sono fissate, per la sua durata triennale, con legge dello stato".

In sostanza, con la norma appena richiamata, si prende atto della impossibilità di approvare, in sede parlamentare, un documento così articolato e complesso come è il Piano sanitario e si dispone, conseguentemente, di "separare" le norme precettive in esso contenute (tra cui la quantificazione del Fondo sanitario e

la definizione dei criteri di riparto territoriale del medesimo) da sottoporre all'approvazione del Parlamento con legge dello stato.

Poichè, tuttavia, a seguito di questa normativa non venne predisposto alcun apposito disegno di legge, che servisse a recepire le "disposizioni precettive relative al Piano sanitario", accadde, nei fatti, che intervenne, a supplire a questo "vuoto legislativo", la legge finanziaria.

Per il 1984, infatti, quest'ultima contiene ben dieci articoli (quattordici, nel testo presentato dal Governo) che dettano norme in materia sanitaria: oltre ad avviare il processo di ripiano dei disavanzi di bilancio delle Usl accertati al 31.12.1983 (art.26) e a introdurre disposizioni di varia natura per tentare di contenere l'apporto che la gestione del Servizio sanitario fornisce al disavanzo pubblico [3], la legge finanziaria per il 1984 (n.730/83) fissa, per un arco di tempo triennale, gli importi da attribuire al Fondo sanitario (art.25) e definisce i criteri di riparto (limitatamente però all'esercizio 1984) del medesimo fondo alle regioni (art.27).

Un analogo intreccio di norme finalizzate al "governo" della sanità pubblica con altre che hanno, invece, l'obiettivo (proprio dello strumento della finanziaria) di rendere coerenti le scelte di bilancio con l'andamento congiunturale dell'economia, è osservabile nella legge finanziaria per il 1985. Anche quest'ultima, infatti, (cfr. la legge n.887/84), così come la finanziaria precedente, determina le dimensioni pluriennali del Fondo sanitario nazionale e i criteri di ripartizione di detto fondo alle regioni (art.17); inoltre, aumenta il ticket fisso per ricetta introdotto dal decreto n.643/83 ed elenca, anche, un insieme di parametri e principi (numero dei posti letto

ospedalieri per abitante, tasso di utilizzazione dei medesimi, etc.) a cui le regioni e le province autonome devono adeguare la propria offerta di servizi "ai fini di ridurre i costi e di contenere la spesa complessiva" (art. 16).

L'esperienza di cui si è appena detto per il 1984 e per il 1985 è sufficientemente illustrativa di come, in materia sanitaria, la legge finanziaria sia andata progressivamente gravandosi di compiti -quali sono quelli relativi alla definizione dei livelli, degli standards e del conseguente costo dei servizi sanitari- che non le competono.

La citata legge n.595/85 (intitolata "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario triennale 1986-88") è intervenuta principalmente allo scopo di invertire questa tendenza. Infatti, recependo una proposta avanzata anche dalla Commissione tecnica per la spesa pubblica nel 1982, questa legge ribadisce (all'art. 1) quanto già stabilito dal decreto n.643/83 -e cioè che il Piano sanitario nazionale è "sottoposto dal Governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo"--, ma dispone, anche (al medesimo articolo) che "contestualmente alla trasmissione da parte del Governo al Parlamento del Piano sanitario nazionale, il Governo presenta al Parlamento il disegno di legge contenente sia le disposizioni precettive ai fini della applicazione del Piano sanitario nazionale, sia le norme di finanziamento pluriennali del servizio sanitario nazionale... con specifica indicazione degli importi da assegnare al Fondo sanitario nazionale ... e dei criteri di ripartizione alle regioni".

Inoltre, la legge 595 specifica che "il Piano sanitario nazionale, le disposizioni precettive e le norme di finanziamento pluriennali sono approvati e trasmessi dal governo al Parlamento

in tempo utile per consentirne l'approvazione entro il primo settembre dell'anno stesso". Ciò, evidentemente, per permettere al Governo e al Parlamento di tenere conto, in sede di predisposizione e discussione della finanziaria, di quanto stabilito, in materia di prestazioni sanitarie (nonchè di costo e di finanziamento delle medesime) dalla apposita legge pluriennale.

Per le decisioni relative al 1986 non vi era tuttavia modo di rispettare i tempi previsti dalla legge n.595: quest'ultima, infatti, è stata approvata nel mese di ottobre, successivamente, dunque, all'atto di presentazione dal parte del Governo del disegno di legge finanziaria.

Non sorprende, alla luce dei fatti ricordati, che quest'ultimo, come già era accaduto nei due anni precedenti, si preoccupasse di:

- quantificare la dimensione del Fondo sanitario nazionale su un arco di tempo triennale (come vedremo, gli importi per il 1986 e per il 1987 sono lievemente rivisti verso l'alto rispetto a quanto già previsto dalla legge finanziaria per il 1985);

- fissare, per l'anno 1986, i criteri di ripartizione del Fondo stesso fra le regioni (i criteri previsti riconfermano, con qualche modifica e integrazione, quelli indicati nella finanziaria 1985);

-definire (modificando quanto già disposto al proposito dalla precedente legge finanziaria) i parametri, di cui si è detto, in base ai quali le regioni e le province autonome devono procedere a riorganizzare la propria rete di servizi sanitari (soprattutto ospedalieri).

Di tutte queste disposizioni in materia sanitaria contenute (in un solo articolo) del disegno di legge finanziaria presentato

dal Governo è rimasta solamente, nel testo finale approvato dalle Camere, quella relativa alla definizione degli importi pluriennali del Fondo sanitario di parte corrente e di conto capitale: il comma ove erano definiti i parametri numerici a cui devono attenersi le regioni per razionalizzare la propria offerta di servizi sanitari è stato stralciato, anche perchè in contraddizione con quanto disposto, nel frattempo, dalla legge n.595/85 [4]; quello che dettava i criteri di riparto alle regioni è stato pure stralciato, in attesa della apposita legge pluriennale di finanziamento.

Quest'ultima, tuttavia, nonostante quanto disposto dalla legge 595 -che fissava (art.13, IV comma) un limite di tempo di 45 giorni dalla data di entrata in vigore della legge stessa per la presentazione del Piano sanitario e del disegno di legge contenente i criteri e le procedure per la ripartizione del Fondo sanitario nel triennio 1986-88- non è stata neppure presentata al Parlamento prima che avesse termine il dibattito sulla finanziaria.

Ne è derivato un nuovo "vuoto legislativo" che dovrebbe però riguardare il solo esercizio 1986: nonostante siano passati più di sette anni dalla legge di riforma sanitaria, quest'ultimo si caratterizza dunque, ancora, come un "anno di transizione" per quanto riguarda il "governo" della sanità pubblica.

La situazione venutasi a creare per il 1986 è simile, per qualche aspetto, a quella del 1984: si è detto che la legge finanziaria per quell'anno indicava per la prima volta (seppure solo in un ottica annuale) i criteri di ripartizione alle regioni dei fondi stanziati nel bilancio dello stato per il finanziamento della sanità pubblica. Nei fatti, tuttavia, il Cipe, in attesa che il Ministero della Sanità acquisisse le informazioni

necessarie per l'adozione dei nuovi criteri di ripartizione del Fondo sanitario previsti dalla legge finanziaria per il 1984, riparti il medesimo in base ai criteri già adottati per il 1983, disattendendo così le disposizioni votate in Parlamento.

Per il 1986, in virtù delle disposizioni contenute all'art.19 del decreto n.463 -che impongono al Cipe di deliberare il riparto del Fondo sanitario nazionale entro ottobre, "in coerenza con le previsioni del disegno di legge di bilancio"- i criteri adottati per il riparto delle prime tranches di finanziamento trimestrale alle regioni hanno seguito, seppure con alcune "novità" su cui si richiamerà l'attenzione del lettore nel prossimo paragrafo, le disposizioni contenute nel disegno di legge finanziaria che riconfermano, come si è detto, i criteri previsti (e adottati) per la ripartizione del Fondo sanitario lo scorso anno.

Se anche la legge pluriennale di finanziamento dovesse ilovare a proposito dei criteri che presidono al finanziamento territoriale dei servizi sanitari, è comunque difficile (e, invece, neppure auspicabile) che le decisioni già assunte in sede di ripartizione delle prime quote trimestrali del Fondo sanitario per il 1986 siano sottoposte a profonde modifiche in corso d'anno. Così come nel ripartire il Fondo sanitario per il 1984 le indicazioni fornite dal Parlamento (in sede di legge finanziaria) furono disattese, è altamente probabile, per il 1986, che i ritardi nella presentazione del disegno di legge di finanziamento pluriennale del Servizio sanitario non consentano, di fatto, al Parlamento di esercitare, per l'anno in corso, alcun potere in materia di riparto del Fondo sanitario fra le Regioni.

Di questi aspetti relativi al finanziamento del Servizio sanitario nazionale si tratterà estesamente nel prossimo paragrafo. Qui ci preme sottolineare come gli aspetti negativi a

cui si è appena accennato non debbano indurre a sottovalutare l'importanza delle innovazioni introdotte con la legge n.595/85: la distinzione, in due apposite sedi legislative (la legge pluriennale di finanziamento, da un lato e, annualmente, la legge finanziaria), delle norme che riguardano la gestione del Servizio sanitario e di quelle che intervengono, invece, allo scopo di rendere coerenti le dimensioni del fabbisogno di questo servizio con quelle indicate come obiettivo per il bilancio pubblico costituisce un fatto innovativo di grande rilievo. Da un lato, perchè sottrae alla finanziaria quei compiti "impropri" che la stessa era andata assumendo in seguito alla mancata approvazione del Piano sanitario. Dall'altro, perchè consente (in sede di apposita legge di finanziamento) una maggiore possibilità di intervento da parte del Parlamento relativamente ai costi che generano la spesa sanitaria e al contributo che questa fornisce alla formazione del fabbisogno pubblico. E' noto, infatti, che le leggi finanziarie (e quella per il 1986 non fa eccezione a questo proposito) si limitano a quantificare gli importi triennali del Fondo sanitario nazionale senza specificare: (a) il metodo con cui di volta in volta si perviene a dette quantificazioni; (b) la relazione esistente fra gli importi indicati in una legge finanziaria e quelli, relativi ai medesimi anni, riportati nelle finanziarie precedenti; (c) il rapporto che vi è fra il fabbisogno del Servizio sanitario previsto per ogni anno e la quota del medesimo che si intende finanziare a carico del bilancio dello stato.

Inoltre, anche per quanto riguarda la ripartizione del Fondo sanitario fra le regioni, le disposizioni contenute nelle leggi finanziarie si limitano a dettare criteri troppo generali (se non "generici"): nei fatti, molte decisioni relative alla

applicazione concreta di questi criteri (per nulla prive di conseguenze sulla distribuzione territoriale del Fondo sanitario) sono assunte a livello amministrativo e sono spesso il frutto di estenuanti contrattazioni tra regioni e Ministero.

2. La quantificazione del Fondo sanitario e le modalità di ripartizione alle regioni.

Il particolare meccanismo previsto per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale -basato sulla centralizzazione delle entrate (i contributi sociali di malattia) e sul finanziamento delle spese erogate in periferia con trasferimenti a carico del bilancio dello Stato- avrebbe dovuto consentire, nello spirito della legge n.833/78 di riforma sanitaria, il simultaneo raggiungimento di due obiettivi:

(a) conoscere e controllare la spesa sanitaria, superando così le difficoltà emerse nella precedente gestione dei servizi preposti alla tutela della salute (indebitamenti più o meno "sommersi" da parte degli enti mutualistici, prassi del finanziamento "a piè di lista", etc.);

(b) riequilibrare sul territorio nazionale l'offerta di servizi sanitari (alla vigilia della riforma sia la spesa complessiva pro capite, sia la composizione della medesima fra diverse funzioni -ospedaliera, di base, farmaceutica, etc.- mostravano infatti marcati squilibri territoriali).

A più di sette anni di distanza dalla approvazione della legge di riforma sanitaria si può certo sostenere, con cognizione di causa, che nessuno di questi due obiettivi è stato perseguito con successo: le differenze territoriali nella spesa sanitaria e soprattutto nella dotazione di strutture sanitarie sono ancora

molto elevate [5] e si è diffusa ormai "una pericolosa tendenza all'accettazione rassegnata e consapevole di una tecnica di "indebitamento sommerso" che ... pone in crisi la praticabilità stessa del processo programmatico su cui si fonda la riforma sanitaria" [6].

Sono molteplici i fattori che hanno contribuito a determinare questo stato di cose. A fianco di evidenti responsabilità degli amministratori locali (si pensi anche solo alle difficoltà di attivare con regolarità i flussi informativi sulle spese erogate in periferia) vi sono, ad avviso di chi scrive, anche pesanti responsabilità delle autorità centrali, soprattutto per quanto riguarda:

(a) il metodo con cui si è proceduto a determinare di volta in volta l'importo del Fondo a carico del bilancio dello stato da destinare al finanziamento dei servizi sanitari;

(b) i criteri adottati per la ripartizione di detto Fondo alle regioni.

Come si è detto nel paragrafo precedente, anche per il 1986, nonostante le disposizioni della legge n.595/85, è ancora una volta, di fatto, la finanziaria a "governare" il finanziamento del Servizio sanitario: l'articolo 27 fissa l'importo del Fondo sanitario per il 1986 e per ciascuno dei due anni successivi; il Cipe, nel ripartire le prime tranches trimestrali del Fondo alle regioni sta seguendo le indicazioni contenute nel disegno di legge finanziaria.

Nelle pagine che seguono tenteremo di illustrare come le modalità di "governo" del Servizio sanitario nazionale adottate per l'anno in corso non si discostino da quelle adottate negli anni passati: invece di imparare dall'esperienza accumulata e dagli errori compiuti, l'intenzione sembra essere quella di

procedere, in modo addirittura più ostinato e deciso di quanto fatto fino ad ora, nella medesima direzione già imboccata nella fase di avvio della riforma.

Si prenda, per iniziare, il problema della ripartizione fra le regioni del Fondo sanitario nazionale, a cui è strettamente collegato l'obiettivo del riequilibrio territoriale nell'allocazione dei servizi sanitari.

Il percorso necessario per raggiungere questo obiettivo si è presentato da subito irto di difficoltà. Infatti, poichè ad esso si è associato quello (perseguito per finalità macroeconomiche) di contenere i trasferimenti erogati a carico del bilancio dello stato a titolo di Fondo sanitario, si trattava di riuscire a comprimere le spese sanitarie nelle regioni più dotate di servizi per favorire le regioni "più povere", piuttosto che avvicinare gradualmente queste ultime alla prime, aumentando le risorse complessive destinate al finanziamento dei servizi per la tutela della salute.

Inizialmente, l'obiettivo del "superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese" (art.2 legge n.833/78) ha teso ad essere identificato con quello della uniformità territoriale della spesa sanitaria pro capite (le due cose, si fa notare, coinciderebbero solo a parità di bisogni, a parità di efficienza e di efficacia dei servizi sanitari e in assenza di mobilità territoriale dei pazienti).

Dopo un anno di transizione (il 1979), in cui il Fondo sanitario è ripartito fra le regioni semplicemente in base alla "spesa storica" (rilevata per il 1977), nel 1980 e nel 1981 l'obiettivo del riequilibrio territoriale viene perseguito attivamente: il Fondo sanitario è ripartito in parte (per le funzioni relative alla spesa farmaceutica, alla medicina di base,

etc.) in base alla popolazione residente e per la parte residua (quella relativa al finanziamento delle prestazioni ospedaliere, specialistiche, etc.) in modo tale da colmare nell'arco di sei anni le disomogeneità territoriali ereditate dalla precedente gestione dei servizi preposti alla tutela della salute.

A partire dal 1982, tuttavia, i criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale alle regioni vengono modificati. Ci si accorge, infatti, che il meccanismo adottato nel biennio precedente tende a creare disavanzi nelle regioni con una "spesa storica" superiore alla media nazionale (impossibilitate in tempi così brevi a contenere una spesa sanitaria di parte corrente tendenzialmente rigida verso il basso) e, parallelamente, situazioni di inutilizzo delle risorse nelle regioni storicamente sottodotate di servizi sanitari (evidentemente avvantaggiate dai criteri di riequilibrio adottati). Per ovviare a questo "inconveniente" si decide di tornare ad assumere come base di riferimento per la ripartizione del Fondo sanitario la "spesa storica". A parte i finanziamenti relativi ad alcune funzioni di spesa, che vengono ripartiti proporzionalmente alla popolazione residente (è il caso, ad esempio, della spesa per le prestazioni dei medici generici che, come è noto, sono remunerati dal Servizio sanitario su base capitaria), il Fondo sanitario nazionale è infatti sostanzialmente ripartito fra le regioni per quote decrescenti (90% nel 1982 e 80% nel 1983) in base alla spesa effettiva risultante dai rendiconti annuali e per quote crescenti (rispettivamente 10% e 20% nel biennio considerato) in proporzione alla popolazione residente.

I medesimi criteri di riparto adottati nel 1983 (80% in base alla "spesa storica" e 20% in base alla popolazione residente) vengono "replicati" nel 1984 nonostante (come si è detto nel

paragrafo precedente) le disposizioni contenute al proposito nella legge finanziaria, che stabilivano di abbandonare, per il finanziamento territoriale della spesa sanitaria, il criterio della "spesa storica" per reintrodurre sostanzialmente quello "pro capite", corretto per tenere conto della mobilità interregionale dei pazienti (è previsto anche un fondo di sviluppo, da ripartire selettivamente, per il finanziamento di attività e presidi a dislocazione disomogenea sul territorio nazionale e un fondo per attività di rilievo a destinazione vincolata).

Le modalità di ripartizione del Fondo sanitario previste dalla legge finanziaria per il 1985 non si discostano, nella sostanza, da quelle già previste nella legge finanziaria relativa all'anno precedente. Vi sono tuttavia due importanti novità:

(a) la quota del Fondo ripartita in base alla popolazione residente deve essere "ponderata secondo classi di età" (art. 17, terzo comma, lett. e), legge n.887/84), al fine di tenere conto del più ampio ricorso ai servizi sanitari da parte di assistiti appartenenti a determinate fasce di età (infanzia e anziani);

(b) nella ripartizione della quota relativa all'assistenza ospedaliera occorre tenere conto oltre che della mobilità interregionale degli utenti, anche "del graduale adeguamento delle strutture ai principi di cui all'art. 16" (art. 17, terzo comma, lett. f), legge finanziaria 1985) che riguardano, si ricorda, il numero dei posti letto per abitante, il tasso di utilizzazione dei medesimi, etc.).

Nel 1985, a differenza di quanto accaduto nell'anno precedente, i criteri indicati dalla legge finanziaria vengono adottati dal Cipe: è la terza volta, in soli cinque anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, che vengono

modificate le modalità di ripartizione del Fondo sanitario fra le Regioni.

Si è detto che per il 1986 (in attesa della legge poliennale di finanziamento del Servizio sanitario) il Cipe sta procedendo, in via provvisoria, alla distribuzione territoriale delle prime quote del Fondo sanitario in base alle disposizioni contenute nel disegno di legge finanziaria che confermano, con alcune modifiche e integrazioni, i criteri già adottati per l'anno precedente.

Come sottolinea lo stesso Ministero della Sanità, in una relazione al Consiglio sanitario nazionale avente per oggetto la ripartizione del Fondo sanitario per il 1986, il metodo proposto per l'anno in corso non costituisce "una novità assoluta, in quanto ... introdotto sin dal precedente riparto". Le "novità" tuttavia non mancano: il criterio inizialmente proposto dal Ministero della Sanità apporta infatti alcune importanti modifiche a quello adottato per l'anno precedente, con la motivazione di "renderlo più realistico e percorribile ... facendo tesoro degli inconvenienti verificatisi" nel primo anno di adozione dei nuovi criteri.

Gli "inconvenienti" sono di fatto quelli che si erano già manifestati nel 1980 e nel 1981: così come accadde allora, anche nel 1985 ci si accorge che il brusco passaggio da un finanziamento territoriale della spesa sanitaria fondamentalmente basato sul principio della "spesa storica" ad uno di riequilibrio, basato sul criterio della popolazione residente (ponderato per fasce di età e con compensazione della mobilità), si è tradotto in un eccesso di finanziamenti (rispetto a quanto necessario, date le strutture esistenti) in alcune zone del paese e in una corrispondente carenza di risorse finanziarie in altre zone.

Analogamente a quanto fu fatto nel 1982, anche per l'anno in corso il Ministero della Sanità propone, come soluzione a questo "inconveniente", di assumere come base di riferimento a partire dalla quale avviare il "rientro graduale ... al parametro unificato nazionale" la "spesa storica", cioè la "spesa 1985 così come risulta dalle certificazioni consegnate al Ministero del Tesoro dagli Assessori sanitari". Ma in sede di Consiglio sanitario nazionale alcune regioni (evidentemente quelle che più si erano impegnate nell'anno precedente a contenere le proprie spese) si oppongono alla proposte di adottare questo "nuovo" criterio di ripartizione del Fondo sanitario. Le modalità di allocazione territoriale dei trasferimenti statali vengono di conseguenza nuovamente contrattate e corrette: in via del tutto provvisoria, la mediazione raggiunta è tale per cui la base di riferimento adottata per distribuire le prime tranches trimestrali del Fondo sanitario nazionale non è costituita né dalla spesa effettiva relativa all'anno precedente, né dai trasferimenti erogati dallo stato per il medesimo anno (bensì da un ipotetico valore ottenuto "simulando" i trasferimenti che sarebbero stati assegnati alle regioni nel corso del 1985 se invece dei criteri di riequilibrio adottati si fosse proceduto secondo il "nuovo" criterio inizialmente proposto dal Ministero della Sanità per il 1986).

E' superfluo dire che sono molti i commenti che meriterebbero di essere fatti al termine di quanto detto fino ad ora.

In primo luogo, molte critiche potrebbero essere avanzate all'adozione, per definire le modalità di finanziamento territoriale del Servizio sanitario nazionale, sia del criterio della "spesa storica", sia di quello del riequilibrio "pro capite" (seppure corretto per tenere conto delle differenti fasce

di età della popolazione, della mobilità territoriale dei pazienti, etc.). Ad esempio, vi sarebbe da chiedersi, a questo proposito, se non sarebbe meglio, invece che oscillare fra l'uno o l'altro di questi due criteri, abbandonarli entrambi per finanziare le regioni (soprattutto per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera) in base a criteri maggiormente correlati ai costi e alle dotazioni esistenti (o definite come obiettivo "realistico") per le strutture sanitarie (si ricorda che proposte in questa direzione sono state recentemente avanzate sia da alcuni medici ospedalieri, sia da un gruppo di senatori della Sinistra Indipendente).

Inoltre, va osservato come l'adozione di incerti e mutevoli criteri di ripartizione del Fondo sanitario non possa che contribuire ad alimentare la conflittualità centro-periferia che ha contraddistinto (in luogo dell'auspicata programmazione) questi anni trascorsi dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale. Ciò, con evidenti ripercussioni negative dal punto di vista non solo dell'obiettivo del riequilibrio nelle "condizioni socio-sanitarie del paese", ma anche da quello, macroeconomico, del contenimento dell'onere che la gestione del servizio sanitario pone a carico del bilancio statale. Infatti, una "cattiva" distribuzione del Fondo sanitario, basata tra l'altro su criteri mutevoli nel tempo, non può che innescare una rincorsa, da parte delle regioni, a mantenere le posizioni relative di volta in volta acquisite, alimentando così le pressioni per ricevere dallo stato un ammontare di risorse finanziarie complessivamente più elevato.

Come se ignorassero questi effetti - e come se ignorassero che "non avrebbe senso porre un obiettivo di riduzione del disavanzo statale in un contesto di centralizzazione del prelievo e

dell'erogazione delle risorse: questo significherebbe semplicemente spostare il disavanzo su enti esterni (ai quali verrebbero ridotti i trasferimenti)"[7]- le autorità di governo, nel definire l'ammontare del Fondo sanitario da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato, si sono quasi unicamente preoccupate, in questi anni trascorsi dall'istituzione del Servizio sanitario, di contenere (in termini di competenza, ma anche, talvolta, in termini di cassa) i trasferimenti a carico del bilancio dello Stato per il finanziamento della sanità pubblica.

La legge finanziaria per il 1986 non costituisce certo un'eccezione a questo proposito.

Si osservi la tabella 1, ove abbiamo riportato gli importi del Fondo sanitario di parte corrente indicati, a partire dal 1984, dalle leggi finanziarie, evidenziando gli incrementi percentuali concessi di anno in anno per detti importi. Il metodo

Tabella 1. Fondo sanitario nazionale di parte corrente.

	1984	1985	1986	1987	1988
L. F. 1984	34.000	36.380	38.200		
Incremento %		7.0%	5.0%		
L. F. 1985		39.200	41.210	43.220	
Incremento %		15.3%	5.1%	4.9%	
L. F. 1986			41.600	43.630	45.375
Incremento %			6.1%	4.9%	4.0%

con cui si è giunti a quantificare in 41.600 miliardi di lire i trasferimenti a carico del bilancio dello stato per il

finanziamento della sanità pubblica nel 1986 è, invero, molto semplice e consiste nell'applicare al Fondo sanitario stanziato (per la parte corrente) nell'anno precedente, il tasso di inflazione indicato come obiettivo per l'anno in corso (si ricorda che quest'ultimo è stato elevato, al termine del 1985, dal 5% al 6%, in seguito al mancato raggiungimento, nel corso del 1985, dell'obiettivo indicato per quell'anno).

A ciò si aggiunga che il medesimo art. 27, che quantifica in 130.605 miliardi di lire i trasferimenti statali per il finanziamento della sanità pubblica nel triennio 1986-88, prevede che detti stanziamenti, "salvo diversa determinazione da adottarsi contestualmente al provvedimento legislativo" di assestamento del bilancio dello stato, siano rivisti verso il basso: per il 1986 la riduzione prevista dalla finanziaria ammonta a 743 miliardi di lire.

Deriva, da quanto appena detto, una prima importante osservazione che, congiuntamente a quanto diremo nelle pagine che seguono, servirà a delineare il quadro dell'intervento in materia sanitaria attuato con la finanziaria 1986: indipendentemente da qualsiasi considerazione sull'andamento della domanda di servizi sanitari e sul conseguente fabbisogno finanziario delle Usl (stimato attorno ai 44-45.000 miliardi di lire), l'obiettivo, a livello centrale, è quello del contenimento, al massimo entro il tasso di inflazione programmato, degli incrementi attribuiti nel 1986 (rispetto all'anno precedente) per i trasferimenti a carico del bilancio dello stato destinati al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

3. I tickets sanitari: uno strumento per contenere la spesa sanitaria o il Fondo sanitario?

La riduzione voluta dalla legge finanziaria per il 1986 per l'importo relativo al Fondo sanitario nazionale di parte corrente, di cui si è detto al termine del paragrafo precedente, dovrebbe essere consentita, secondo quanto reso esplicito dalla medesima legge finanziaria (art.27), dai "miglioramenti conseguenti alla applicazione del successivo articolo 28" che dispone, è cosa nota, cospicui aumenti delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti.

Come si osserva dalla tabella 2 -che tenta di riassumere la normativa al riguardo, a partire dall'introduzione, nel 1978, del ticket sui farmaci- la legge finanziaria per il 1986 interviene estesamente (come mai altre leggi finanziarie erano intervenute prima d'ora) a modificare le disposizioni vigenti in materia. Infatti, con l'art. 28 della legge finanziaria per il 1986:

-viene elevato del 67% circa (da 150 a 250 lire per ogni 1.000 lire) il ticket sui farmaci;

-viene portata da 1.300 lire a 2.000 lire (con un aumento del 54% circa) la quota fissa per ricetta a carico dell'assistito;

-viene aumentata dal 20% al 25% la quota di partecipazione a carico dell'utente per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Inoltre, la legge finanziaria per il 1986 istituisce un nuovo ticket (di ammontare pari al 25% delle tariffe stabilite) per le prestazioni specialistiche di cui alla legge n.98/82 e un contributo fisso di 15.000 lire per ogni ciclo di prestazioni idrotermali.

tabella 2. La partecipazione dell'assistito alla spesa sanitaria.

	legge n. 684 del 5.8.78	legge n. 181 del 26.4.82 (O.F. 1982)	del 12.9.83 (legge n. 638 dell'11.11.83)	legge n. 007 del 22.12.84 (O.F. 1985)	d.d.l. finanziaria 1986 (testo approvato)	d.d.l. finanziaria 1986 (testo emanato)	d.d.l. finanziaria 1986 (testo emanato)	legge n. 41 del 28.7.1986 (O.F. 1986)
FARMACI	L.200 fino a L.1.000 L.400 fino a L.3.000 L.600 oltre L.3.000	L.150 per ogni 1.000 ad esclusione di alcuni farmaci (1) Limite massimo L.20.000 per ricetta	L.150 per ogni 1.000 ad esclusione di alcuni farmaci (1) Limite massimo L.20.000 per ricetta	9,050 per ogni 1.000 ad esclusione di alcuni farmaci (1) Limite massimo L.30.000 per ricetta	idem	idem	idem	idem
RICETTA		L. 1.000 per ricetta (2)	L. 1.000 per ricetta (2)	L. 300 per ricetta (2)	idem	idem	idem	idem
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E DI LABORATORIO	15% minimo L.1.000 massimo L.15.000 (40.000 per prestazioni multiple)	30% minimo L.1.000 massimo L.20.000 (50.000 per prestazioni multiple)	30% minimo L.1.000 massimo L.20.000 (50.000 per prestazioni multiple)	35% minimo L.1.000 massimo L.30.000 (60.000 per prestazioni multiple)	idem	idem	idem	idem
PRESTAZIONI SPECIALISTE E IDROTERMALI				35% L. 15.000 per ogni prestazione idrotermale	idem	idem	idem	idem

1) Sono esenti da ticket secondo quanto disposto dall'art. 10 del decreto n. 643/83 i "farmaci destinati al trattamento delle situazioni patologiche di urgenza, delle malattie ad alto rischio, delle gravi condizioni e sindromi morbose che richiedono terapia di lunga durata, nonché alle cure necessarie per assicurare la sopravvivenza nelle malattie croniche" (comma 2), nonché "gli antibiotici e chemioterapici" (comma 3, lettera a).

2) Il ticket e' dovuto per ogni ricetta che prescrive farmaci soggetti a ticket, nonché antibiotici e chemioterapici (art. 10, comma 3).

E' l'insieme di queste misure che dovrebbe consentire, come si è detto, un "miglioramento" ed una corrispondente riduzione del Fondo sanitario nazionale quantificata, per il 1986, in 743 miliardi di lire.

Detto "miglioramento", si fa notare, è inferiore a quello inizialmente indicato nel testo della finanziaria presentato dal Governo al Parlamento, che ammontava infatti a 915 miliardi di lire ed era "conseguente" non solo all'applicazione delle norme previste in materia di tickets, ma anche alla applicazione di un'altra disposizione contenuta nell'originario disegno di legge finanziaria e soppressa tuttavia in seconda lettura (Camera dei Deputati). Con questa disposizione (contenuta nell'art. 30 del testo originario presentato dal Governo) si ponevano, a partire dal gennaio 1986 "a carico del bilancio dei rispettivi comuni di residenza gli oneri corrispondenti alle quote di partecipazione alla spesa sanitaria non corrisposte dai soggetti esenti...". Detto altrimenti, con questa norma si intendeva, a parità di finanziamento complessivo per le Usl (e a parità anche di fabbisogno complessivo del settore pubblico) "scaricare" di fatto parte dell'onere di questo finanziamento dal bilancio dello stato a quello dei Comuni.

Più che alla soppressione di questa norma tuttavia, la revisione verso il basso (da 915 a 743 miliardi) dei "miglioramenti" conseguenti all'aumento dei tickets sembra dipendere (le informazioni contenute nella finanziaria non consentono, invero, alcuna valutazione precisa al proposito) da altre differenze che emergono confrontando il testo della finanziaria presentato dal governo a settembre con quello approvato alla fine di febbraio dalle Camere:

- innanzi tutto, dai tempi di entrata in vigore delle

disposizioni in materia di tickets, che slittano dal primo gennaio (data prevista nel testo governativo) al 28 febbraio (data di entrata in vigore della finanziaria);

-in secondo luogo, dalla reintroduzione, in seconda lettura della finanziaria (art.30, primo comma e art.28, secondo comma), dei limiti massimi già previsti dalla normativa vigente (ma abrogati nel disegno di legge governativo) per le quote di partecipazione a carico dell'assistito relative alle prestazioni farmaceutiche e a quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio (detti limiti, come si nota dalla tabella 2, sono elevati da 20.000 a 30.000 lire e, nel caso di prestazioni plurime di diagnostica strumentale e di laboratorio, da 50.000 a 60.000 lire);

- infine, dalla profonda revisione (di cui si dirà estesamente nel paragrafo successivo) a cui è stata sottoposta, in sede di dibattito parlamentare (principalmente in prima lettura, al Senato) la normativa prevista nel testo governativo per disciplinare l'esenzione dal pagamento dei tickets.

Non commenteremo, qui di seguito, le disposizioni appena descritte in materia di partecipazione dell'assistito alla spesa sanitaria con l'intenzione di stabilire se l'importo indicato nella legge finanziaria come "miglioramento" conseguente all'applicazione di questa normativa debba ritenersi una stima attendibile oppure no. Ci pare, infatti, più interessante chiederci, a questo proposito, se il generico termine "miglioramento" (utilizzato nella finanziaria e a cui ci siamo attenuti fino ad ora) debba essere inteso come riduzione della spesa pubblica (nella fattispecie della spesa sanitaria) o, piuttosto, come aumento delle entrate che servono al finanziamento di quella spesa.

Occorre innanzi tutto ricordare, per potere rispondere a questo quesito, una opinione ormai ampiamente condivisa e cioè che la domanda di servizi sanitari, data la particolare natura del bene in questione (la salute), tende ad essere sostanzialmente inelastica al prezzo.

Deriva, da questa particolare caratteristica della funzione di domanda dei servizi sanitari, che l'effetto principale di una manovra di aumento del prezzo di questi ultimi sarà quello di aumentare gli oneri finanziari posti a carico del cittadino e dunque le entrate delle Usl e delle farmacie -consentendo eventualmente, tramite questa via, una riduzione dei trasferimenti erogati (a titolo di Fondo sanitario) dal bilancio dello stato- piuttosto che quello di contenere la domanda di servizi sanitari da parte degli assistiti e dunque il fabbisogno finanziario complessivo del Servizio sanitario.

Se ne può concludere che l'obiettivo (di cui si è detto al termine del paragrafo precedente) di contenere (o, addirittura, di ridurre) i trasferimenti a carico del bilancio dello stato per il finanziamento della sanità pubblica è perseguito, dalla legge finanziaria per il 1986 tramite l'utilizzo di uno strumento (i tickets) che ha come effetto principale quello di aumentare la quota di finanziamento del Servizio sanitario posta a carico dell'assistito, piuttosto che quello di allineare la dimensione della spesa sanitaria a quella indicata, nella stessa legge finanziaria, per il Fondo sanitario nazionale. Quest'ultimo, di conseguenza, sarà sempre meno indicativo dell'effettivo andamento della spesa sanitaria erogata in periferia o, detto in modo diverso, del fabbisogno finanziario "lordo" del Servizio sanitario nazionale.

Ancora altre norme, contenute nella finanziaria, possono

essere brevemente ricordate a sostegno di quanto appena osservato.

Si prenda, ad esempio, l'art.29, primo comma lett. a) e b) con cui si concede alle regioni e alle province autonome la facoltà di:

-erogare le prestazioni sanitarie soggette a ticket anche "in forma indiretta con partecipazione alle spese...";

- introdurre "maggiorazioni delle vigenti quote di partecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni...".

Anche queste disposizioni, al pari di quelle ricordate precedentemente, suggeriscono che la strada percorsa dalla legge finanziaria per il 1986, al fine di contenere il fabbisogno pubblico, è quella di tentare di rincorrere con le "entrate" le "uscite", piuttosto che quella di tentare di controllare e riorganizzare l'offerta delle prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale.

Perchè, per fare solo un esempio, invece di aumentare la partecipazione dell'assistito alla spesa farmaceutica, così come fa la finanziaria per il 1986, non si interviene ristrutturando il Prontuario terapeutico che contiene l'elenco dei farmaci offerti dal Servizio sanitario nazionale? Perchè, per continuare con questo esempio, non si limita (invece di espandere, così come ha fatto, di recente, il Ministro della Sanità) detto elenco ai pochi farmaci ritenuti essenziali per la tutela della salute e non si decide, di conseguenza, che il Servizio sanitario offre all'assistito solo quei farmaci, ma in regime di totale gratuità? Non sarebbe, questo, un modo più equo per perseguire l'obiettivo (condivisibile) del contenimento del fabbisogno pubblico e uno strumento più efficace per contenere e controllare la spesa sanitaria di quanto non lo sia l'aumento dei tickets?

Invece, la legge finanziaria per il 1986 interviene solo marginalmente a ridefinire la "mappa dei diritti" che contribuiscono a determinare il fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale. Vanno in questa direzione, infatti, solo due norme contenute nel lungo titolo "Disposizioni in materia sanitaria".

Da un lato, il quinto comma dell'art.28 con cui, prorogando alcune disposizioni già contenute nelle leggi finanziarie per il 1984 e per il 1985, si stabilisce che: (a) alcune prestazioni di diagnostica strumentale ad alto costo (tomografia assiale computerizzata, ecografia, diagnostica radioimmunologica) devono essere eseguite (se di costo superiore alle 150.000 lire) solo presso le strutture pubbliche, salvo il caso di "impossibilità accertata"; (b) gli accertamenti specialistici di laboratorio e diagnostico strumentali occorrenti al cittadino per sue esigenze non di tipo diagnostico curativo (ad esclusione delle certificazioni obbligatorie per motivi di studio e di lavoro) non possono essere prescritte a carico del Servizio sanitario nazionale.

Dall'altro, le disposizioni contenute nel primo comma (lett. c) dell'art.29, che prevedono la possibilità per regioni e province autonome di sospendere temporaneamente l'erogazione di alcune prestazioni: quelle specialistiche e di diagnostica strumentale a domicilio, certe prestazioni fisioterapiche, l'assistenza ostetrica a domicilio, etc..

Non vi è alcuna quantificazione, nella finanziaria, dei possibili effetti, in termini di contenimento della spesa sanitaria, che potrebbero derivare dall'applicazione della normativa appena richiamata.

4. I criteri di esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria a carico dell'assistito.

L'utilizzo dello strumento del ticket (a cui, come si è visto, la legge finanziaria per il 1986 fa ampio ricorso) pone, oltre ai problemi di cui si è detto precedentemente, anche delicati problemi di "equità".

Infatti, una volta introdotto il principio della partecipazione dell'assistito alla spesa sanitaria occorrerà individuare alcuni criteri sulla base dei quali poter discriminare fra cittadini a cui si richiede di contribuire sotto questa forma al finanziamento del Servizio sanitario nazionale e cittadini ai quali si concede, invece, l'accesso gratuito alle prestazioni erogate da questo servizio pubblico.

Il testo governativo della finanziaria forniva ad un problema certamente complesso quale è quello di cui si è appena detto una soluzione tanto "radicale" quanto "semplicistica": tutte le disposizioni vigenti al proposito venivano abrogate e i molteplici parametri in base ai quali poter discriminare fra cittadini soggetti e cittadini esonerati dal pagamento dei tickets venivano di fatto ricondotti -nel testo della finanziaria predisposto dal Governo- al solo criterio del reddito relativo al nucleo familiare di appartenenza dell'assistito.

Per comprendere la portata di questa norma (e per apprezzare anche alcune importanti modifiche che il dibattito parlamentare ha introdotto in questa parte della finanziaria) è necessario ricordare che la legislazione in materia di esenzione dai tickets si era andata evolvendo nel tempo (parallelamente al più ampio uso che veniva fatto di questo strumento di finanziamento della spesa sanitaria) in modo tale da delineare un "insieme" di parametri, aggiuntivi rispetto a quello del reddito, in base ai

quali disciplinare l'esonero dell'assistito dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

E' soprattutto la legge n.638/83 -con la quale si interviene estesamente (cfr. la tabella 2) in materia di tickets- a contribuire a definire i connotati di questo "insieme". Le disposizioni in essa contenute (all'art.11, commi 2, 5, 5-bis, e 6 e all' art.10, commi 9-bis e 9-ter) -congiuntamente a quanto disposto da alcuni successivi decreti ministeriali (del 10.2.1984, del 14.4.1984, e del 23.11.1984)- consentono di elencare nel modo che segue i più importanti criteri, non riconducibili all'ammontare del reddito dell'assistito, in base ai quali la normativa vigente o' accento della presentazione della finanziaria disciplinava l'esonero del pagamento dei tickets.

Tipo di farmaco: erano esonerati alcuni tipi di farmaci (antibiotici, chemioterapici, farmaci destinati al trattamento delle situazioni patologiche di urgenza e delle malattie ad alto rischio, alle cure necessarie per assicurare la sopravvivenza nelle malattie onciche, etc.). Per questi farmaci, ad esclusione di antibiotici e chemioterapici, non era neppure dovuta la quota fissa per ricetta.

Categoria di appartenenza dell'assistito: erano esonerati gli invalidi civili e del lavoro nei cui confronti fosse accertata una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3; gli invalidi di guerra o per servizio con menomazioni dell'integrità fisica ascrivibile alla categoria dalla prima alla quinta della tabella allegata alla legge n.313/68; i ciechi e sordomuti di cui agli artt. 6 e 7 della legge n.482/68; etc..

Natura della malattia: era prevista l'esenzione dalla partecipazione per le prestazioni farmaceutiche, nonché di

diagnostica strumentale e di laboratorio per i soggetti affetti da determinate forme morbose indicate in appositi decreti del Ministro della Sanità.

Finalità della prestazione: non era dovuto, ad esempio, alcun ticket per le prestazioni finalizzate alla tutela sanitaria dei donatori di sangue ed organi effettuate in connessione con gli atti di donazione; per quelle (indicate in appositi protocolli) erogate nei confronti delle donne in gravidanza e a tutela della maternità responsabile; etc..

Nei fatti, le disposizioni contenute nel disegno di legge finanziaria presentato dal Governo al Parlamento avrebbero avuto l'effetto (se approvate) di abrogare tutta la normativa appena richiamata (ad eccezione della discriminazione relativa al tipo di farmaco), come se le diverse condizioni di salute dei cittadini o le diverse motivazioni che inducono i medesimi a far ricorso alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale non costituissero parametri importanti ai fini di discriminare nell'accesso gratuito ai servizi erogati per la tutela della salute.

La proposta governativa - che comportava dunque, paradossalmente, l'esclusione dal beneficio dell'esenzione dai tickets proprio per le categorie di cittadini più bisognosi di far ricorso alle prestazioni del Servizio sanitario- è stata, come è noto, respinta in sede di dibattito parlamentare: nel testo definitivo della finanziaria le disposizioni ricordate precedentemente in materia di esenzione dal pagamento dei tickets sono state, infatti, pressochè integralmente riconfermate.

Se relativamente agli aspetti appena ricordati la legge finanziaria per il 1986 non ha sostanzialmente modificato, nonostante le intenzioni governative, la normativa esistente,

modifiche di rilievo sono state invece introdotte per quanto riguarda l'utilizzo di altri criteri, riconducibili in ultima istanza al reddito e già previsti, in aggiunta a quelli di cui si è detto (natura della malattia, categoria di appartenenza dell'assistito, etc.), dalla normativa vigente al momento di presentazione della finanziaria.

Si osservi, a questo proposito, la tabella 3, ove abbiamo tentato di sintetizzare detta normativa, nonché l'evoluzione della medesima a partire da quanto disposto dal primo provvedimento legislativo che ha introdotto il reddito come criterio discriminante (assieme ad altri) per l'esenzione dal pagamento dei tickets [8].

Come si nota da quella, la legislazione al proposito non si limitava a definire soglie massime di reddito (differenziate in funzione del numero dei componenti il nucleo familiare e, a partire dal 1984, in funzione dell'età dell'assistito) al di sopra delle quali non era previsto l'esonero dalla partecipazione alla spesa sanitaria, ma discriminava anche, in modo nient'affatto trascurabile, a seconda della particolare natura del reddito percepito dal nucleo familiare. Poteva così accadere che cittadini appartenenti a nuclei familiari di uguali dimensioni e con un medesimo reddito complessivo fossero alternativamente esonerati o soggetti al pagamento dei tickets a seconda che i redditi percepiti dal nucleo familiare fossero: di lavoro autonomo, di lavoro dipendente (o pensione), da capitale. In quest'ultimo caso, la normativa introdotta con il decreto n.528/84 (convertito nella legge n.733/84) discriminava unicamente in favore dei redditi da capitale derivanti dal possesso di titoli del debito pubblico: questi ultimi, infatti, a differenza di altri redditi da capitale esenti da imposta o

Tabella 3. Limiti massimi di reddito al di sopra dei quali non e' prevista l'esenzione dai tickets.

	legge finanziaria 1982 (n. 181 del 26.4.82)	d.l. n. 463 del 12.9.83 (l. n. 638 dell'11.11.83)	d.l. n. 528 del 29.8.84 (l. n. 733 del 31.10.84)	d.d.l. finanziaria 1986 testo governativo	d.d.l. finanziaria 1986 testo Senato (1)
LIMITI MASSIMI					
DI REDDITO					
IN FUNZIONE					
DEL NUCLEO	I limiti massimi di reddito previsti dalla legge n. 181/82 sono elevati rispettivamente a 4.500.000 e a 4.000.000 (piu' 500.000 per ogni componente addizionale)	idem	idem	I limiti di reddito variano al variare del numero dei componenti il nucleo familiare nel seguente modo: 1 componente: 4.728.000 2 " : 7.897.000 3 " : 10.497.000 4 " : 12.863.000 5 " : 14.991.000 6 " : 17.024.000 7 o piu' " : 18.915.000	I limiti di reddito previsti nel d.d.l. presentato dal governo sono cosi' modificati: 1 componente: 5.060.000 2 " : 8.400.000 3 " : 10.800.000 4 " : 12.900.000 5 " : 15.000.000 6 " : 17.000.000 7 o piu' " : 19.000.000
FAMILIARE					
ETA'					
	I limiti massimi di reddito sono elevati di 2.280.000 per ciascun reddito di lav. dipend. o di pensione	I limiti massimi di reddito sono elevati di 2.000.000 per i pensionati ultra 65-enni	I limiti massimi di reddito sono elevati di 2.000.000 per i pensionati ultra 65-enni	I limiti massimi di reddito sono elevati del 20% con un minimo di 2.000.000 per i soggetti ultra 65-enni	Si introduce il principio dell'indicizzazione di tali limiti di reddito al tasso di inflazione programmato
NATURA					
DEL					
REDDITO	I limiti massimi di reddito si riferiscono all'imponibile Irpef individuale o complessivo del nucleo familiare	idem	Non e' piu' prevista alcuna discriminazione in favore dei redditi da lav. dipend. o di pensione	idem	idem

(1) Per quanto riguarda la normativa riportata nella tabella il testo approvato al Senato e quello definitivo della finanziaria coincidono.

comunque non inclusi nell'imponibile Irpef, non concorrevano al calcolo del reddito complessivo sulla base del quale discriminare ai fini dell'esenzione dal pagamento dei tickets.

Con un esempio concreto si può dire che la legislazione vigente al momento della presentazione della finanziaria era tale per cui un assistito, appartenente ad un nucleo familiare di quattro persone, era esonerato dalla partecipazione alle spese sanitarie se disponeva di un reddito complessivo non superiore alle seguenti soglie:

-5.500.000 lire annue, nel caso in cui il reddito percepito derivasse da lavoro autonomo o da fabbricati o, anche, da redditi esenti dal pagamento dell'Irpef purchè diversi dagli interessi percepiti sui titoli del debito pubblico e purchè superiori a 2 milioni di lire;

-10.000.000, nel caso in cui concorresse alla determinazione del reddito complessivo almeno un reddito da lavoro dipendente o di pensione;

-12.000.000 se l'assistito era un pensionato ultra-65enne.

Non era prevista alcuna soglia di reddito, oltre la quale l'assistito era privato della agevolazione dell'esenzione dai tickets, se l'unica fonte di provenienza del reddito stesso era il possesso di Bot, Cct o altri titoli del debito pubblico.

La legge finanziaria per il 1986 introduce molte modifiche a questa normativa (per una sintesi delle principali si veda la tabella 3).

Innanzitutto, vi è una più precisa definizione di reddito familiare. Mentre la normativa precedente faceva riferimento al reddito complessivo dei componenti la famiglia, l'art. 23, primo comma, della finanziaria (a cui rimanda l'art. 28 per l'applicazione delle norme in esso contenute) specifica che "il

reddito familiare è formato dal reddito del soggetto interessato, dal coniuge non legalmente ed effettivamente separato, dai figli od affiliati minori di età e dai soggetti a carico...".

In secondo luogo, i limiti massimi di reddito oltre ai quali non è consentita l'esenzione dai tickets variano, nella normativa introdotta con la finanziaria in modo più consistente all'aumentare del numero dei componenti il nucleo familiare (l'aumento è di almeno 2 milioni di lire per ogni familiare addizionale) rispetto a quanto era previsto dalla legislazione precedente (i limiti di reddito erano elevati di un importo fisso di 500.000 lire per ogni componente aggiuntiva).

Inoltre, si è introdotto il principio della indicizzazione delle soglie di reddito in base al tasso di inflazione programmato e si è provveduto ad elevare le soglie medesime del 20% (con un minimo di 2 milioni di lire) per i soggetti ultra-65enni.

Infine, si è abolita la discriminazione prevista dalla precedente normativa in favore dei possessori dei titoli del debito pubblico: la finanziaria 1986 stabilisce, di fatto (art.23, primo comma), che i redditi percepiti su detti titoli concorrono, al pari di altri redditi (se esenti da Irpef, tuttavia, solo qualora superiori all'importo di 2 milioni) alla determinazione del reddito complessivo sulla base del quale è concessa o meno l'esenzione dalla partecipazione alle spese sanitarie.

Per tornare all'esempio concreto, fatto precedentemente, di un assistito appartenente ad un nucleo familiare di quattro persone, si può dire che, in base alle disposizioni introdotte con la finanziaria per il 1986 detto assistito sarà esentato dal pagamento del ticket se il reddito familiare complessivo non supe-

ra la soglia di 12.900.000 lire (o di 15.480.000 nel caso di soggetti ultra-65enni). Diversamente da quanto accadeva in base alla precedente normativa, questa soglia è fissa indipendentemente dalla natura del reddito percepito.

Sembrerebbe possibile concludere, sulla base delle considerazioni svolte, che la finanziaria per il 1986 ha migliorato, in molti aspetti, la legislazione vigente in materia di esenzione dal pagamento dei tickets. Occorre tuttavia ricordare, a questo proposito, che anche per quanto riguarda l'adozione del parametro del reddito come discriminante a questo fine, la versione definitiva della finanziaria risulta per molti aspetti diversa rispetto a quanto disposto nell'originario disegno di legge governativo. E' in sede di dibattito parlamentare, ad esempio, che si è introdotto il principio della indicizzazione all'inflazione delle fasce di reddito, che si è data una più precisa definizione di reddito familiare, che si sono elevate le soglie di reddito più basse (arrotondando verso l'alto anche quelle relative ai nuclei familiari più numerosi) e così via.

Inoltre restano i dubbi, già sollevati, sulla opportunità di discriminare nell'erogazione gratuita (o a parziale pagamento) dei servizi sanitari in base ad un parametro, il reddito, scarsamente indicativo delle diverse situazioni soggettive e dei diversi motivi che inducono i cittadini a fare ricorso a detti servizi.

Si è detto che l'intenzione del governo, a questo proposito, era praticamente quella di ricondurre tutti i parametri adottati dalla precedente legislazione in materia di esenzione dai tickets all'unico criterio del reddito familiare. Invero, come si ricorderà, la proposta governativa era ancora più estrema, in

quanto mirava a fare del reddito complessivo relativo al nucleo familiare l'unico parametro discriminante per fruire di tutte le "deduzioni, detrazioni, agevolazioni, indennità socio-sanitarie o servizi sociali, previsti nella presente legge" (art.24, primo comma, testo governativo).

Le maggiori perplessità, di fronte a una norma di questo tipo (su cui, come si ricorderà, il dibattito è stato particolarmente acceso) sorgono per il fatto che un medesimo criterio venga adottato per regolamentare sia la concessione di integrazioni monetarie al reddito, sia l'accesso gratuito (o a parziale pagamento) ai servizi sociali, trascurando così di considerare la natura profondamente diversa di questi due tipi di spesa pubblica.

Infatti, mentre le uscite dal bilancio dello stato per assegni familiari, indennità di disoccupazione, etc. perseguono finalità di sostegno del reddito monetario e, dunque, di tipo prevalentemente redistributivo, le spese sostenute per erogare servizi quali la sanità, l'istruzione, etc. rispondono principalmente ad un obiettivo allocativo: quello di soddisfare la domanda di bisogni collettivi. In quest'ultimo caso, non solo il reddito può ritenersi un parametro poco adeguato per effettuare discriminazioni fra cittadini, ma il principio stesso della partecipazione alla spesa da parte dell'utente potrebbe essere messo in discussione. E' infatti noto, dagli studi di finanza pubblica, che "i beni e servizi necessari per soddisfare i bisogni collettivi devono essere finanziati con imposte generali" e "devono essere offerti all'utente senza imporre su di esso alcun onere diretto" [9].

5. L'art.31 e la cosiddetta nuova "imposta sulla salute".

L'ultimo articolo che compare sotto il Titolo "Disposizioni in materia socio-sanitaria" è il controverso articolo 31 che oltre a modificare estesamente la normativa vigente in materia di contributi di malattia istituisce, come è noto, una nuova forma di prelievo, la cosiddetta "imposta sulla salute".

Prima di commentare questo lungo articolo della finanziaria (che consta di ben 18 commi) è opportuno elencare brevemente le principali disposizioni in esso contenute.

1) L'aliquota del contributo per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale è fissata "per i lavoratori dipendenti di tutti i settori pubblici e privati ... nella misura del 10.95% della retribuzione imponibile, di cui il 9.60% a carico dei datori di lavoro e l'1.35% a carico dei lavoratori" (primo comma).

2) Artigiani, commercianti, liberi professionisti, nonché lavoratori dipendenti e pensionati sono tenuti al pagamento di un contributo del "7.5% del reddito complessivo ai fini dell'Irpef per l'anno precedente a quello cui il contributo si riferisce, con esclusione dei redditi già assoggettati a contribuzione per le prestazioni del servizio sanitario nazionale e dei redditi da pensione". I redditi dominicali e agrari, dei fabbricati e di capitale (soggetti all'Irpef) concorrono a formare l'imponibile di questo contributo solo per la parte eccedente, complessivamente, i 4 milioni di lire (ottavo comma).

3) Il medesimo contributo ad aliquota del 7.5% è dovuto anche da coltivatori diretti, coloni e mezzadri. Per i redditi delle aziende agricole situate in territori montani l'aliquota è ridotta del 50% (comma 9).

4) E' fissato un contributo minimo annuo (frazionabile per i

mesi di effettiva attività svolta nell'anno) pari a 648.000 lire, nel caso di artigiani, commercianti e liberi professionisti e di 324.000 lire per coltivatori diretti, mezzadri e coloni. Se l'azienda agricola è situata in territorio montano anche la misura del contributo fisso minimo (così come l'aliquota del 7.5%) è ridotta del 50% (comma 10).

5) Una medesima aliquota contributiva del 7.5% è dovuta dai cittadini che non erano tenuti all'iscrizione ad un istituto mutualistico e che sono chiamati a contribuire al finanziamento del Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art.63 della legge di riforma sanitaria (comma 11).

6) Tutti i contributi dovuti sui redditi elencati precedentemente si applicano sulla quota degli imponibili complessivi inferiori a 40 milioni di lire annue. Per gli scaglioni di reddito compresi fra 40 e 100 milioni di lire l'aliquota è ridotta al 4% a titolo di "contributo di solidarietà" (nel caso di lavoro dipendente l'aliquota è così ripartita: 3.80% a carico del datore di lavoro e 0.20% a carico del lavoratore). Sulla parte di reddito eccedente i 100 milioni non è dovuto alcun contributo (commi 13, 14, 15).

In che misura si può dire che le disposizioni appena ricordate, introdotte con la legge finanziaria per il 1986 innovano rispetto al precedente regime contributivo?

Fino a che punto la nuova normativa in vigore comporterà per i contribuenti un aggravio del prelievo effettuato a titolo di "contributo sociale di malattia" o, così come è stato ridenominato dalla finanziaria 1986, di "contributo per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale"?

Per rispondere a questi quesiti ci pare efficace tentare di tenere distinte fra loro le norme dell'articolo 31 che vanno

nella direzione di modificare le aliquote contributive commisurate a redditi che erano già assoggettati, nel precedente regime, al contributo sociale di malattia e quelle che vanno, invece, nella direzione di un ampliamento della base imponibile a cui detto tributo è commisurato e hanno dunque l'effetto di introdurre l'obbligo del pagamento dei contributi di malattia su tipi di reddito che ne erano precedentemente esonerati.

Per quanto concerne le disposizioni contenute nell'articolo 31 che vanno nella prima delle direzioni indicate (e cioè quella di modificare, a parità di base imponibile, le aliquote dei contributi malattia) va ricordato, innanzi tutto, che i regimi contributivi precedentemente in vigore erano molto differenziati fra loro in funzione della natura del reddito e, anche, del settore in cui il reddito veniva prodotto.

Ad esempio, per i redditi di lavoro dipendente le aliquote complessive (a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori e comprensive, così come le nuove aliquote stabilite dalla finanziaria, della quota aggiuntiva introdotta con il decreto n.264/74 per l'estinzione dei debiti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri) erano così differenziate per settore: per gli operai e gli impiegati dell'industria erano rispettivamente il 12.61% e il 12.58%; per i dirigenti d'azienda, il 7.45%; per i giornalisti, il 12%; per i professionisti e gli artisti del settore dello spettacolo, il 13.33%; per gli operai dell'agricoltura, il 3.67%; per gli impiegati del medesimo settore, il 9.15%; e così via.

Per quanto riguarda i redditi da lavoro dipendente, dunque, si può dire che le nuove aliquote contributive introdotte dalla finanziaria per il 1986 (10.95%, di cui 9.60% a carico del datore di lavoro), oltre ad eliminare le discriminazioni esistenti nel

trattamento dei redditi da lavoro dipendente, riducono anche, in molti settori, l'incidenza dei contributi di malattia. Ciò vale, soprattutto, data l'introduzione di massimali oltre ai quali l'aliquota si riduce al 4% (per poi annullarsi, per scaglioni di reddito eccedenti i 100 milioni), per i redditi da lavoro dipendente di maggiori dimensioni.

Per i redditi dei lavoratori autonomi, invece, (artigiani, commercianti, liberi professionisti, etc.) e per quelli percepiti dai cittadini che non erano tenuti all'iscrizione ad alcun istituto mutualistico (un capitalista "puro", ad esempio) si può dire che le nuove disposizioni introdotte con la finanziaria tendono, in linea generale, ad aggravare il peso dei contributi malattia rispetto a quanto disposto dalla precedente normativa. Si ricorda, infatti, che quest'ultima prevedeva:

- per artigiani, commercianti, liberi professionisti e coltivatori diretti, il versamento di una quota annua fissa e di una quota in percentuale del reddito. Per il 1985, ad esempio, il contributo fisso era pari a: 337.900 lire per gli artigiani, 353.259 per i commercianti, 228.186 per i coltivatori diretti e 380.385 per i liberi professionisti. La quota in percentuale del reddito era: il 4% del reddito di impresa dichiarato a fini Irpef per l'anno 1984 per artigiani e commercianti, il 4% del reddito professionale (dichiarato sempre per l'anno precedente) per avvocati, notai, etc., il 35% del reddito agrario (ridotto al 20% nel caso di aziende agricole ubicate in territori montani) per i coltivatori diretti;

- per i cittadini che, non essendo iscritti ad alcun istituto mutualistico erano soggetti a contribuzione ai sensi dell'art.63 della legge n.833/78 (e successive modificazioni), era previsto un contributo in percentuale del reddito ad aliquota

del 5.5%.

Per tutti questi contribuenti, dunque, ma soprattutto per quelli con redditi medi (data l'introduzione dei massimali che rende il contributo regressivo rispetto al reddito) l'unificazione al 7.5% del contributo per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale tenderà a comportare maggiori oneri rispetto al passato.

In linea generale, osservando le disposizioni contenute nell'articolo 31 dal punto di vista delle modifiche apportate alle aliquote contributive sembra possibile concludere che la nuova normativa introdotta con la legge finanziaria per il 1986 va nella direzione di uniformare il regime contributivo dei diversi tipi di reddito e tende ad elevare i contributi di malattia dovuti sui redditi non da lavoro dipendente, soprattutto se inferiori a 40 milioni.

Si può ancora osservare, a questo proposito, che nell'intenzione del governo le aliquote avrebbero dovuto essere più elevate di quanto disposto nel testo finale della finanziaria: il contributo dovuto per le prestazioni del Servizio sanitario era fissato, infatti, nella misura del 9% e il cosiddetto "contributo di solidarietà" dovuto sugli scaglioni di reddito inferiori a 100 milioni e superiori (nel testo governativo) a 30 milioni era fissato nella misura del 6.75% (di cui, nel caso di redditi da lavoro dipendente, il 6.50% a carico del datore di lavoro).

Le maggiori novità introdotte con l'art.31 della finanziaria per il 1986 riguardano, tuttavia, le disposizioni che modificano la base imponibile a cui è commisurato il nuovo contributo per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale rispetto a quella che era adottata, nella precedente legislazione, per i contributi

sociali di malattia.

Ricordiamo, ancora un volta, cosa recita, a questo proposito, il tanto discusso ottavo comma dell'art.31: il contributo dovuto per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale da lavoratori autonomi, dipendenti e pensionati è commisurato "al reddito complessivo ai fini dell'Irpef per l'anno precedente a quello cui il contributo si riferisce, con esclusione dei redditi già assoggettati a contribuzione per le prestazioni del servizio sanitario nazionale e dei redditi da pensione. I redditi dominicali e agrari, dei fabbricati e di capitale concorrono per la parte eccedente, complessivamente, i 4 milioni di lire".

In parole povere ciò significa, ad esempio, che:

- un contribuente che percepisce, oltre a redditi di lavoro dipendente o di pensione, anche redditi di lavoro autonomo o derivanti da prestazioni professionali, anche occasionali, dovrà d'ora in avanti versare su detti redditi, un contributo pari al 7.5% dei medesimi, ridotto al 4% per gli scaglioni di reddito (riferiti all'imponibile complessivo) compresi fra i 40 e i 100 milioni (nessun contributo è dovuto sulla parte di reddito eccedente detto ammontare);

- tutti coloro che nel precedente regime pagavano in base al solo reddito percepito in funzione del lavoro prestato (lavoratori dipendenti, liberi professionisti, etc.) nonché i pensionati sono tenuti, in base alle nuove disposizioni contenute nella finanziaria, a versare il contributo previsto per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale anche sui redditi derivanti dal possesso di fabbricati, terreni e capitale (purchè detti redditi concorrano a determinare l'imponibile Irpef e siano superiori a 4 milioni di lire).

L'effetto di questa normativa è dunque quello di assoggettare

al pagamento del contributo per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale redditi che precedentemente ne erano esonerati (i redditi da lavoro autonomo percepiti da un lavoratore dipendente o da un titolare di pensione e i redditi provenienti da terreni, fabbricati e capitale, che nella precedente normativa erano soggetti a contribuzione solo nel caso in cui fossero gli unici redditi posseduti dal cittadino). In questo senso è corretto parlare, come si è fatto, della introduzione di una nuova imposta che presenta, di fatto, le seguenti caratteristiche:

- è prelevata per le prestazioni del servizio sanitario nazionale (il gettito tuttavia affluisce all'Inps e, indi, tramite apposito versamento in tesoreria, al bilancio dello Stato);

- è commisurata sostanzialmente all'imponibile Irpef e dunque, per quanto riguarda i redditi da capitale tassa di fatto solo i redditi azionari, in quanto gli altri redditi da capitale sono soggetti a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o sono esenti;

- è deducibile dallo stesso imponibile Irpef (il contributo versato può essere portato in detrazione in sede di dichiarazione personale dei redditi nell'anno successivo al versamento);

- è regressiva rispetto al reddito e cioè decresce, in percentuale, all'aumentare dell'imponibile Irpef e ciò in virtù sia dei massimali contributivi, sia della deducibilità concessa dall'imponibile Irpef stesso.

Come si ricorderà, la polemica su questa nuova imposta non si è sviluppata al momento della presentazione della finanziaria (che già la prevedeva) bensì in seguito alla decisione (dello stesso Governo) di includere nella definizione dell'imponibile a cui

commisurare il contributo per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale i redditi da terreni, fabbricati e capitale. La motivazione avanzata, dal Governo, a sostegno di questa decisione era che se non si fossero inclusi detti redditi nell'imponibile a cui commisurare il contributo per il Servizio sanitario nazionale (così come era fatto nel testo della finanziaria presentato dal Governo alle Camere) si sarebbero potute creare discriminazioni difficilmente giustificabili sul piano dell'equità. Ad esempio, "tra due cittadini entrambi con rendite di 100 milioni" avrebbe pagato "molto di più quello che non aveva altri redditi rispetto a quello che aveva in più una pensione al minimo o una attività commerciale o professionale in quanto pagava solo su quest'ultimo reddito" [10].

Se l'osservazione appena riportata può essere, per molti aspetti, condivisa, è tuttavia innegabile che l'impianto complessivo dell'art. 31 suscita non poche perplessità.

Innanzitutto, perchè va nella direzione di elevare i contributi sociali e, come è stato osservato, "data la struttura complessiva del prelievo fiscale e parafiscale in Italia, l'ultima cosa di cui si sentiva il bisogno era un aumento generale dei contributi sociali, che non potrà non avere effetti negativi sui costi di produzione di ogni tipo, sulla propensione all'evasione fiscale e contributiva, sugli incentivi al lavoro, ecc." [11].

In secondo luogo, perchè le disposizioni contenute nell'art. 31 della finanziaria introducono una profonda modifica nel sistema contributivo di malattia previgente: la base imponibile a cui è commisurato il contributo per il Servizio sanitario nazionale non è più, come si è detto, il reddito percepito in funzione dell'attività lavorativa svolta, bensì un indice di capacità

contributiva molto simile a quello adottato per il calcolo dell'Irpef. Ciò tende a configurare sempre più i contributi sociali di malattia come una forma generale di prelievo. Ma allora, che senso hanno i massimali? Non sarebbe stato più opportuno discutere l'intera materia "fuori" dalla sede della finanziaria (semmai parallelamente al decreto che modifica le aliquote Irpef, al fine di potere esaminare gli effetti che deriveranno dall'affiancamento alla "nuova Irpef" di una imposta regressiva come è quella "sulla salute")? Ancora, se l'obiettivo del Governo era quello di far pagare i contributi in relazione alla capacità contributiva, perchè si è adottato come imponibile un concetto di reddito che esclude, praticamente -ad eccezione dei redditi derivanti dal possesso di titoli azionari- tutti gli altri redditi da capitale (interessi obbligazionari, sui depositi bancari, su Bot e Cct, etc.) sicchè questi ultimi, oltre ad essere esenti dall'imposta progressiva sul reddito sono esenti anche da quella regressiva "sulla salute"?

Conclusioni

Nelle pagine precedenti si è mostrato che il "governo" del Servizio sanitario nazionale -largamente delegato, anche per il 1986, alle disposizioni contenute nella legge finanziaria (o nel disegno di legge)- non presenta alcuna soluzione di continuità con le politiche adottate nel passato.

Così come, negli anni trascorsi dall'istituzione del Servizio sanitario, la preoccupazione, da parte delle autorità centrali, è stata quella di contenere i trasferimenti in uscita dal bilancio dello stato per il finanziamento dei servizi sanitari, per il 1986 detti trasferimenti sono rigidamente mantenuti entro il tasso di inflazione programmato (ancorchè sia noto che ciò non

sarà sufficiente a coprire l'effettivo fabbisogno delle Usl).

Così come nel ripartire il Fondo sanitario fra le regioni si è oscillato, nel passato, fra l'adozione del criterio della "spesa storica" e l'adozione di un criterio di riequilibrio "pro capite", le medesime ambiguità emergono nelle procedure adottate (seppure in via provvisoria) per la ripartizione del Fondo sanitario nell'anno in corso.

Così come si è fatto uso, in passato, dello strumento dei tickets, il medesimo strumento viene impiegato estesamente, con la finanziaria 1986, ancorchè sia noto che esso costituisce uno strumento "improprio" per il finanziamento della spesa sanitaria.

Come se ciò non bastasse, si elevano i contributi di malattia (ma non era obiettivo della legge 833/78 procedere ad una graduale fiscalizzazione dei medesimi?) e si introduce una nuova imposta, dalle caratteristiche a dir poco "peculiari", per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

In estrema sintesi, ci pare di poter dire che la logica di fondo che sottende l'intervento delle autorità in materia sanitaria è la seguente.

Data l'impossibilità (o l'incapacità?) di intervenire sui meccanismi che determinano la spesa sanitaria si tenta con le "entrate" di rincorrere le "uscite" e ci si limita ad esercitare il controllo sugli stanziamenti in uscita dal bilancio dello stato e cioè sulla dimensione del Fondo sanitario nazionale. Che quest'ultimo divenga poi (diversamente da quanto voluto con la legge di riforma sanitaria) sempre meno indicativo delle dimensioni effettivamente assunte dalla spesa sanitaria non sembra destare particolari preoccupazioni nelle autorità preposte al "governo" del servizio sanitario nazionale. Per queste, l'obiettivo prioritario sembra essere quello di contenere il

fabbisogno pubblico e principalmente quello dello stato, trasferendo parte degli oneri connessi al finanziamento della sanità pubblica sui cittadini (principalmente attraverso l'inasprimento dei tickets) sia sugli enti periferici a cui si concede, di fatto, come unica possibilità per evitare di ricorrere a forme più o meno "sommerse" di indebitamento quella di inasprire ulteriormente la quota di finanziamento della spesa sanitaria posta a carico del cittadino o quella di erogare in forma indiretta (o addirittura sospendere) alcune prestazioni sanitarie.

Note

[1] Senato della Repubblica, Documento approvato a conclusione dell'Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 23.12.1978 n.833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, 12^a Commissione Permanente (Igiene e Sanità), seduta del 2.8.1984, p.9

[2] In particolare, si dispone che l'accreditamento delle quote trimestrali del Fondo sanitario non avvenga più a favore delle tesorerie regionali, come previsto dalla normativa precedente (cfr. l'art.8 della legge n.33/80), bensì a favore di conti correnti infruttiferi, da cui le sezioni di tesoreria provinciale dello stato provvedono poi a prelevare le quote spettanti alle Unità sanitarie, accreditandole ad apposite contabilità speciali (infruttifere) intestate alle Usl medesime. Questa norma fa evidentemente parte di quel processo di "centralizzazione" dei flussi finanziari pubblici presso la Tesoreria centrale dello stato che si è concluso, come è noto, con la approvazione della legge sulla Tesoreria Unica (n.720/84).

[3] Tra queste si ricordano: la disposizione contenuta nell'art.29, II comma, n.1, successivamente dichiarata incostituzionale (con sentenza della Corte n.245 del 5.11.1984), con cui si prevedeva l'obbligo per le regioni di far fronte agli oneri per ripianare i disavanzi delle Unità sanitarie con prelievi dal Fondo comune di cui all'art. 8 della legge 281/70; l'aumento dei contributi di malattia per lavoratori autonomi e liberi professionisti, disciplinato dall'art. 33; il "tetto" posto, dall'art. 32, alla spesa farmaceutica (si ricorda che detto limite fu superato, a consuntivo, del 40% circa).

[4] Ad esempio, secondo il disegno di legge finanziaria il parametro relativo al tasso di spedalizzazione è pari a 150 per

mille abitanti e la durata media di degenza non deve superare i dieci giorni; la legge n.595/85, invece, assegna ai medesimi parametri i seguenti valori: 160 per mille e undici giorni.

[5] Cfr. Sistema Informativo Sanitario, Flussi informativi delle Unità sanitarie locali - Anno 1984, Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Sanità, Roma, ottobre 1985.

[6] Senato della Repubblica, Documento approvato..., cit., p.11

[7] Salvemini, M. T., La L. 468: elementi per un primo bilancio, Note di attualità sulla finanza pubblica, Econpubblica, Documenti di ricerca, giugno 1983, p. 27.

[8] Per quanto riguarda il ticket sui farmaci introdotto con la legge n.484/78 era previsto un rimborso forfettario di 10.000 lire per i titolari di pensione sociale.

[9] Musgrave, R. A., The Theory of Public Finance, McGraw-Hill, 1959, p.15.

[10] Ministro del Tesoro, "Nota Ufficiale sul significato dell'emendamento sostitutivo dell'art.31 della legge finanziaria", Sole-24 Ore, 5.2.1986.

[11] Visco, U., "Ho votato contro, ma non capisco le proteste", Sole-24 Ore, 5.2.1986.