

NOTA 5/2006

Competitività
Regolazione
Mercati

CERM



Finanza Pubblica & Riforme

L'ITALIA "OSTAGGIO" DI UN PATTO CHE SPACCA

la gestione della spesa farmaceutica emblema dei nodi cruciali di finanza pubblica

F. PAMMOLLI e N. C. SALERNO

SOMMARIO

L'attuale configurazione del Patto di Stabilità Interno, basato principalmente su vincoli esogeni ed arbitrari, non supportati dal coordinamento dei programmi di politica economica né microfondati nelle responsabilità dei singoli (operatori pubblici e privati), si dimostra sempre più fonte di contrapposizione e rottura:

- tra Stato e Regioni;
- nei rapporti tra Regione e Regione;
- tra sfera pubblica e sfera privata della società, cioè tra Istituzioni di governo da un lato e sistema produttivo e cittadini dall'altro.

Per le loro caratteristiche, il sistema sanitario e, in maniera particolare, quello farmaceutico rappresentano il primo ambito in cui queste spaccature hanno raggiunto proporzioni significative e preoccupanti. Ma gli effetti negativi non sono limitati a questi due comparti; coinvolgono ad ampio spettro tutte le Istituzioni che partecipano alla formazione delle scelte pubbliche e alla gestione della spesa pubblica.

Gli abbattimenti dei prezzi dei farmaci rimborsabili per controbilanciare, almeno in parte, una spesa sanitaria in continua crescita altro non sono se non la manifestazione settoriale di una pratica più generale, necessaria quando viene a mancare il controllo della spesa: la tendenza ad aumentare la pressione fiscale, in tutte le forme, dirette ed indirette, in cui questo può avvenire.

Il Patto di Stabilità Interno sta producendo questi risultati:

- una continua tendenza ad estrarre risorse dal bilancio dello Stato da parte degli Enti decentrati senza possibilità di valutare efficienza/efficacia degli utilizzi (al di là di e indipendentemente da qualunque valutazione si possa avere sul dimensionamento ottimale del *welfare system* e della spesa pubblica; il punto non è questo!);
- e, laddove è possibile, la tendenza ad alleggerire la contrapposizione Stato-Regioni (Stato - Enti decentrati) spostando risorse dal privato al pubblico (al di là di e indipendentemente da qualunque valutazione si possa avere sul reciproco dimensionamento di pubblico e privato nell'economia).

Sono due conseguenze ben note nella letteratura economica che approfondisce la dinamica delle relazioni fiscali tra livelli di governo soggette alla cosiddetta "*sindrome dei soft budget constraint*".

Le vicende recenti della spesa farmaceutica sono emblematiche di queste tensioni. Esse dovrebbero essere valutate attentamente, per correggere questa vera e propria involuzione sistemica, prima che essa arrivi ad interessare nelle medesime proporzioni gli altri ambiti della spesa pubblica.

E' urgente superare l'attuale Patto che, così come individua arbitrariamente e semplicisticamente vincoli e proporzioni bilancistiche, ne fa altrettante "frontiere" tra Istituzioni e tra operatori pubblici e privati; una balcanizzazione del sistema politico-sociale-economico da cui bisogna affrancarsi il prima possibile.

INDICE

Introduzione	
La spesa sanitaria	4
<i>La dinamica crescente sul PIL</i>	4
<i>Stato "contro" Regioni</i>	5
La spesa farmaceutica territoriale	6
<i>La dinamica in diminuzione sul PIL</i>	6
<i>Pubblico "contro" Privato</i>	6
<i>L'istituzionalizzazione del conflitto</i>	7
Dal comparto di spesa al sistema economico	8
<i>Il pericolo di una escalation insostenibile</i>	8
<i>Superare il Patto che spacca!</i>	10
Alcuni riferimenti alla letteratura	11

La spesa sanitaria (mediamente il 75-80% dei bilanci regionali) costituisce il banco di prova del federalismo. Per questo motivo, gli effetti che l'attuale Patto di Stabilità Interno ("PSI") sta producendo nel sistema sanitario dovrebbero essere attentamente analizzati e trasposti a livello dei conti pubblici complessivi. Infatti, nel comparto della spesa sanitaria e farmaceutica i limiti dell'attuale PSI trovano una chiara esemplificazione e producono dei risultati particolarmente negativi.

Nella parte sanitaria, il PSI fissa tre tetti percentuali di spesa massima: sulla sanitaria complessiva, sulla farmaceutica territoriale e sulla farmaceutica complessiva (inclusa l'ospedaliera). Da quando i tre tetti sono stati adottati, nella media nazionale non sono mai stati rispettati. Per sviluppare un'analisi sul fallimento del loro obiettivo primo (il contenimento della spesa) e sugli altri effetti, indesiderati ma non di secondaria importanza, che invece il PSI ha prodotto, è necessario operare una distinzione tra le vicende recenti della spesa sanitaria e quelle sua componente farmaceutica. Da questa distinzione di base derivano considerazioni importanti estendibili al complesso delle Istituzioni federaliste e a tutti gli ambiti di spesa pubblica.

1. LA SPESA SANITARIA

1.1 La dinamica crescente sul PIL

Nonostante l'Accordo dell'8 Agosto 2001 fissasse al 6% il livello cui doveva attestarsi l'incidenza sul PIL della spesa a carico dello Stato, quel tetto è stato da subito violato. Si è invece assistito ad un "rincorrersi" di finanziamenti a programma e spesa a consuntivo che ha portato la spesa sanitaria complessiva 6,2 al 6,5% del PIL tra il 2001 e il 2004, e la corrispondente quota a carico dello Stato dal 5,9 al 6,3%. Hanno partecipato a questo *trend* anche le due ultime Finanziarie, con quella per il 2005 che aveva ritentato una programmazione triennale, subito smentita dalla successiva che ha rivisto al rialzo lo stanziamento a carico dello Stato per il 2006 per oltre 1 miliardo di Euro). Nonostante questa integrazione, le Regioni lamentano ancora un sottofinanziamento dei LEA per il 2006 per circa 5 miliardi di Euro (lo 0,35% del PIL del 2005!).

Un *trend* che, su base annuale, ha un ordine di grandezza ben superiore rispetto a quello riconducibile all'impatto della sola demografia nel lungo periodo (al 2050!; *cf.* ultimo aggiornamento del Programma di Stabilità). E' la dimostrazione che la sola fissazione di un "muro" tra conti dello Stato e conti delle Regioni non è sufficiente affinché il sistema sanitario divenga automaticamente in grado di bilanciare adeguatezza delle prestazioni e sostenibilità finanziaria. Un *target* finanziario non collegato a politiche settoriali strutturali, né microfondato nelle caratteristiche reali del sistema e nelle scelte dei suoi attori, diviene facilmente debole *ex-post*, e lo Stato non può sottrarsi dallo stanziare risorse crescenti. E' un fenomeno noto in letteratura come "sindrome dei *soft budget constraint*". A lungo andare, prende corpo una vera e propria "deriva" di spesa poiché nessun centro di decisione e gestione è sufficientemente e realisticamente responsabilizzato nell'ottimizzazione dei risultati.

1.2 Stato "contro" Regioni

Se il tetto di spesa è fallito proprio nel suo obiettivo dichiarato (il contenimento della spesa), esso ha, purtroppo, prodotto un altro esito: la contrapposizione tra Stato e Regioni e, per via indiretta, tra Regione e Regione. Mancando una vera e propria sede di coordinamento della programmazione di politica economica (il futuro Senato Federale? la Conferenza Stato-Regioni?), e rimanendo dipendenti da una regola rigida ed arbitraria, il *new deal* federalista del sistema sanitario ha vissuto sinora principalmente nell'atto della "quadratura dei conti", con le parti a "rinfacciarsi" il rispettivo obiettivo, quasi che la sanità avesse natura dicotomica: lo Stato a spingere per il contenimento del suo finanziamento, le Regioni a reclamare risorse adeguate per rendere effettivi i LEA sul loro territorio.

E' in questa visione "discontinua" del sistema sanitario, avallata dal Patto basato sui tetti (le soglie rappresentano *tout court* discontinuità), che hanno origine:

- l'estenuante *bargaining* prima per il dimensionamento del finanziamento statale (l'ex FSN) e poi per la sua suddivisione tra le Regioni;
- il contenzioso Stato-Regioni che rimane aperto per diversi anni e che si conclude con sanatorie al rialzo (la *softness* dei tetti, perché la sanità non può "fallire" o interrompere la sua attività)¹;
- le minacce di penalizzazioni future in caso di mancato ripiano dei *deficit* che, però, mancando punti di riferimenti per attribuire responsabilità specifiche di scelta/gestione, inevitabilmente soffrono anch'esse della sindrome della *softness*;
- la sovrapposizione degli interventi di *policy* delle Regioni che, paradossalmente, anche quando positivi ma attuati disordinatamente, finiscono con il rendere ancor meno trasparenti e logici quelli che poi lo Stato è costretto ad adottare nell'urgenza di contenere la spesa².

Lungo questa strada, Stato e Regioni si troveranno ad interagire sempre più come "nemici" e il loro rapporto non solo determinerà il fallimento economico della gestione sanitaria, ma anche il fallimento politico delle istituzioni federaliste *in fieri*.

vincoli di bilancio e dinamiche di spesa	2001	2002	2003	2004	
<i>spesa sanitaria dello Stato/PIL</i>	5,9%	6,16%	6,24%	6,3%	} target PSI 6% (Accordo Stato-Regioni 2001)
<i>spesa sanitaria complessiva/PIL</i>	6,2%	6,3%	6,3%	6,5%	
<i>spesa farmaceutica territoriale/PIL</i>	0,95%	0,94%	0,86%	0,89%	
<i>spesa farmaceutica territoriale/ finanziamento a carico dello Stato a consuntivo</i>		15,20%	13,78%	14,17%	} target PSI 13%
<i>spesa farmaceutica territoriale/ programma di finanziamento a carico dello Stato del 2001</i>		15,65%	14,22%	14,87%	

fonte: elaborazione CERM su dati Relazione Generale Situazione Economica Paese

¹ La Finanziaria per il 2005 ha contenuto una sanatoria per il periodo 2001-2003 per 1,5 miliardi di Euro; la Finanziaria per il 2006 prefigura un'altra sanatoria per il periodo 2002-2004 per 2 miliardi di Euro. Addirittura due anni (2002 e 2003) sono interessati da due sanatorie consecutive.

² E' un problema che tocca direttamente i flussi perequativi interregionali.

2. LA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

2.1 La dinamica sul PIL in diminuzione

All'interno della spesa sanitaria, la farmaceutica territoriale denota un andamento completamente diverso: la sua incidenza sul PIL è in diminuzione dal 2001 al 2004 di 6 centesimi di punto percentuale; un ammontare significativo, se si considera che:

- l'incidenza della voce di spesa è sempre inferiore al punto percentuale (0,95% nel 2001);
- il dato del 2004 non può contemplare gli effetti né dell'abbattimento generalizzato dei prezzi dei farmaci attuato con la Legge n. 202 del 2 Agosto 2004, né di quello attuato con la revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale 2005 (la Relazione Generale Situazione Paese cui si fa riferimento è stata chiusa prima)³.

I dati evidenziano anche un altro aspetto di rilievo: nonostante il tetto di spesa sia stato puntualmente sfiorato (sia prima che dopo le sanatorie Stato-Regioni), l'incidenza sul PIL è in diminuzione.

Non ci si può esimere, quindi, da alcuni interrogativi:

- innanzitutto, a che cosa serve un *target* che, oltre ai motivi di critica già esposti, anche quando fallito è compatibile con dinamiche "virtuose"? come può svolgere la funzione di obiettivo intermedio?;
- e poi, come si spiega il differente andamento della spesa farmaceutica rispetto alla sanitaria?;
- infine, che risorse compongono il "gap" tra obiettivo intermedio fallito e obiettivo finale raggiunto (la piena stabilizzazione sul PIL)?

Le risposte hanno tutte a che vedere con la profonda asimmetria con cui il PSI tratta, nel comparto farmaceutico, la sfera pubblica e quella privata, l'operatore pubblico e l'operatore privato, gettando i germi di un'altra contrapposizione: dopo quella Stato-Regioni, quella tra Istituzioni e imprese o, più in generale, tra Istituzioni e settore produttivo.

2.2 Pubblico "contro" Privato

Proseguendo una prassi emersa negli anni Novanta durante il risanamento per l'ingresso nell'Euro, dal 1999 (anno di avvio del PSI) ad oggi si sono susseguiti numerosi interventi di abbattimento generalizzato dei prezzi dei farmaci rimborsabili, come *extrema ratio* per il controllo della dinamica di spesa farmaceutica.

Se si analizza l'evoluzione del quadro normativo⁴, risulta chiara una vera e propria *escalation* nel ricorso a questo strumento invasivo del mercato:

- l'incremento nel tempo della percentuale di abbattimento;
- la reiterazione degli interventi temporanei sino alla loro trasformazione in definitivi;

³ Entrambi i provvedimenti hanno mirato al riassorbimento della sovrappesa per farmaci del 2004 attribuibile alle imprese. La quota dello sfioramento dei tetti della farmaceutica attribuibile alle imprese è fissata in maniera arbitraria al 60 per cento: un vero e proprio "tetto nel tetto". Cfr. Legge n. 326 del 24 Novembre 2003.

⁴ In dettaglio su "Il sistema farmaceutico alla ricerca di regole intelligenti", di prossima apparizione su www.cermlab.it.

- la dilatazione del perimetro di applicazione, dagli *off-patent*, a tutti i rimborsati, a tutti i rimborsabili (inclusi quelli non commercializzati effettivamente attraverso il SSN);
- l'allargamento del canale di distribuzione, dal solo territoriale via farmacie sino ad includere anche la distribuzione diretta via ospedali;
- il passaggio dagli abbattimenti *ex-post* (a ripiano dello sfondamento dei tetti) agli abbattimenti *ex-ante* sulla base di dati previsionali, con successivi aggiustamenti a consuntivo;
- il riferimento prima ai soli prezzi *ex-factory*, poi in qualche circostanza a quelli al consumo, infine contestualmente sia agli uni che agli altri.

Si potrebbe a ragione supporre che, in mancanza di *enforceability* per i tetti di spesa previsti dal PSI, gli sforamenti vengano addossati *tout court* a tutti i produttori, senza distinguo tra causanti di spesa e tipologia di farmaco. Da questo punto di vista, gli interventi drastici sui prezzi sarebbero una facile soluzione alla sindrome dei *soft budget constraint* delle Regioni.

L'osservazione appena esposta trova conferma in quella letteratura economica⁵ che, occupandosi della "sindrome", mostra come, in presenza di vincoli di bilancio costantemente sforati, il rispetto delle compatibilità economiche venga a ricadere inevitabilmente sugli operatori che non possono sottrarsi (avviene una sorta di "salvataggio" dell'inadempiente a carico dei virtuosi).

Dopo la tendenza a contrapporre Stato e Regioni, il PSI si presta quindi ad un altro effetto indesiderato, che trova nel comparto della farmaceutica una espressione particolarmente cruda: la tendenza a contrapporre operatori pubblici (le Istituzioni di governo e le Regioni) e operatori privati (i produttori). Per i primi, la mancanza di una *governance* moderna e completa favorisce un'irresponsabilità nella spesa che non può che essere assecondata *ex-post*; per i secondi, la necessità di reperire risorse reali per ripristinare di anno in anno l'equilibrio dei conti pubblici, si traduce inevitabilmente in un taglio generalizzato dei prezzi.

2.3 L'istituzionalizzazione del conflitto

La Legge n. 266/2003 ha addirittura istituzionalizzato la pratica di abbattimento dei prezzi (prima di allora evenienza straordinaria anche se ripetuta), con l'assegnazione formale all'AIFA del compito di valutare annualmente o semestralmente le variazioni di prezzo, anche temporanee, da richiedere sui farmaci in qualunque modo impiegati nel SSN, al fine di riassorbire il superamento dei tetti di spesa.

Se si analizzano gli interventi dell'AIFA dal 2003 ad oggi⁶, si può intravedere come questa istituzionalizzazione corrisponda nella pratica alla adozione di un intervento correttivo dei prezzi sulla base dei dati preventivi (è successo sia a Giugno del 2004 che a Dicembre 2005), seguito da una revisione del prontuario farmaceutico che completa l'intervento sulla base dei dati consuntivi (è successo con la revisione del 2003 e con quella del 2005). Il ruolo dell'AIFA e quello del prontuario stanno così assumendo connotazioni sempre meno tecnico-scientifiche e sempre più fiscali, anche questa una distorsione riconducibile alla struttura per tetti del PSI.

⁵ Cfr. J. Kornai, E. Maskin, G. Roland, "Understanding the soft budget constraint", Journal of Economic Literature, vol. XLI, pp. 1095-1136, December 2003; G. Pisano, "Intergovernmental relations and fiscal discipline: between commons and soft budget constraints", International Monetary Fund working paper, May 2001; J. Robinson, R. Torvik, "A political economy theory of the soft budget constraint", NBER working paper n. 12.133, March 2006.

⁶ In dettaglio su "Il sistema farmaceutico alla ricerca di regole intelligenti", di prossima apparizione su www.cermlab.it.

Un'altra dimostrazione dell'"elevazione a sistema" della prassi di abbattimento dei prezzi viene dalla Legge n. 326/2003, che ha suddiviso in proporzioni fisse il ripiano degli sfondamenti dei tetti sulla farmaceutica: 40 per cento alle Regioni e 60 alle imprese, indipendentemente da qualsiasi considerazione sui fondamentali di settore/mercato e sui comportamenti individuali. Con la differenza che, mentre il 60 per cento delle imprese diviene effettivo (dopo l'investitura dell'AIFA più che mai), il 40 delle Regioni si perde facilmente nei meandri delle precarie istituzioni federaliste, anch'esso soggetto al rischio della sindrome dei *soft budget constraint*. E il permanere dello sfioramento del tetto sulla farmaceutica territoriale, anche dopo l'abbattimento dei prezzi dei farmaci, dimostra proprio questo: che la rimanente parte, che dovrebbe essere a carico delle Regioni, finisce nelle "sabbie mobili" delle vacillanti istituzioni federaliste.

3. DAL COMPARTO DI SPESA AL SISTEMA ECONOMICO

3.1 Il pericolo di una escalation insostenibile

Perché la facile soluzione degli abbattimenti generalizzati dei prezzi si è materializzata soltanto nella farmaceutica, conducendo addirittura ad un sovracontrollo della dinamica di spesa, non soltanto stabilizzata ma addirittura in diminuzione tra il 2001 e il 2004 in termini di PIL? Perché non anche in altri comparti della sanitaria?

Probabilmente, in ossequio a quello che la letteratura descrive e prevede, perché si tratta della componente di spesa più facilmente comprimibile con effetti nell'immediato⁷:

- l'abbattimento dei prezzi si traduce *tout court* in una minore voce di spesa nel bilancio pubblico;
- gli operatori privati non possono sottrarsi, differentemente da quello che accadrebbe, per esempio, se fossero richiesti tagli delle tariffe dei DRG a carico delle Regioni (si ricadrebbe nella *softness*);
- i farmaci costituiscono la maggior parte delle *commodities* utilizzate dal sistema sanitario;
- la spesa per il personale non può (per ovvi motivi) essere diminuita nel breve-medio periodo;
- agire sui prezzi delle apparecchiature acquistate in conto capitale dalle ASL e dalla Aziende Ospedaliere presenterebbe numerose difficoltà di natura economico-giuridica⁸;
- applicare abbattimenti su altre voci di spesa significherebbe, nella maggior parte dei casi, andare ad intaccare entrate delle ASL e delle Aziende Ospedaliere (ricadendo ancora nella *softness*).

⁷ Cfr. P. Giarda *et alii*, "Elementi per una politica di governo della spesa pubblica", pagina 29, Fondazione Rodolfo De Benedetti, 2005.

⁸ Rappresenterebbe una violazione ancor più palese della certezza del diritto e della libertà individuale. Se gli abbattimenti dei prezzi dei farmaci rimborsabili si collocano almeno all'interno di un rapporto di fornitura costante e continuativa, in cui il SSN funge da "acquirente unico", gli abbattimenti dei prezzi di altri beni, soprattutto quelli di investimento che hanno per natura una frequenza di acquisto bassa, sarebbero una profonda violazione delle regole di mercato (un vero e proprio intervento pianificatorio).

Insomma, gli interventi sui prezzi dei farmaci garantiscono immediatezza e capienza, nel senso che producono risparmi certi ed effettivi, cioè non soggetti alla sindrome dei *soft budget constraint*, perché per gli operatori privati il vincolo di bilancio è *hard* e le imprese possono eventualmente fallire.

Attenzione! Perché questo travaso di risorse dal privato al pubblico, dalle imprese alle Istituzioni di governo non può durare *ad infinitum*. Così facendo, si estraggono risorse in maniera indistinta da un settore produttivo, per finanziare l'inefficienza/inefficacia del sistema di governo⁹. Sinora questo fenomeno è rimasto circoscritto alla farmaceutica, che è stato il comparto della spesa sanitaria che ha contribuito al contenimento della spesa all'interno di una dinamica complessiva crescente; ci si dovrebbe, a questo proposito, domandare a quale livello di incidenza sul PIL la spesa sanitaria sarebbe giunta se negli anni scorsi non fosse stato costantemente perseguito questo spostamento massivo di risorse.

Sino a quando non si risolveranno i nodi strutturali della *governance* federalista, è presumibile che la "deriva" della spesa sanitaria continui (non cambiano i fattori negativi sinteticamente descritti). Non è pensabile che il volano degli abbattimenti dei prezzi dei farmaci possa costantemente ripristinare temporanee compatibilità di bilancio. Se non si cambia, prima o poi il novero degli interventi drastici è destinato ad ampliarsi, con modalità che presenteranno sotto altre forme quello stesso contrasto tra pubblico e privato che si è evidenziato in precedenza:

- contrazione dei LEA per insufficienza di risorse;
- innalzamento generalizzato dei *copayment*;
- innalzamento della pressione fiscale, nazionale e regionale, per reperire risorse aggiuntive¹⁰.

In effetti, se si riflette, l'abbattimento generalizzato dei prezzi altro non è che una forma di inasprimento della pressione fiscale, che per adesso ha interessato in maniera più intensa il settore produttivo (pur in un quadro disorganico, non sono mancate scelte di adozione di *copayment* e variazioni di aliquote impositive), ma che di fronte all'inasprirsi delle compatibilità di bilancio è destinata a coinvolgere un numero crescente di operatori privati, ivi inclusi i cittadini utenti della sanità.

E poiché il PSI ha innalzato a sistema la logica dei tetti bilancistici anche al di fuori della sanità e della farmaceutica, gli effetti negativi evidenziati sinora avranno sicura ripercussione su tutto il sistema istituzionale e in tutti gli ambiti della spesa pubblica. Una dimostrazione recente può essere rintracciata nella fallimentare applicazione della "regola del 2%" della Finanziaria 2005, rafforzata senza miglior esito dalla Finanziaria per il 2006. Nonostante l'applicazione di tetti sempre più stringenti sulle spese, i Comuni lamentano già la mancanza di oltre 2,4 miliardi di Euro nel 2006 (oltre lo 0,15% del PIL del 2005; *cfr.* Sole 24 Ore 23.4.2006). Dove saranno reperite queste risorse?

⁹ Una forma di signoraggio, una vera e propria rendita che si crea quando le Istituzioni dotate della facoltà di legiferare e regolamentare sono malfunzionanti.

¹⁰ Le due ultime Finanziarie prevedono un automatico innalzamento al tetto massimo consentito dell'addizionale IRE e dell'addizionale IRAP per sanare gli eventuali disavanzi sanitari regionali (se non interviene la Regione, è prevista la figura di un commissario statale *ad acta*). In mancanza di un sistema di *governance* in grado di assegnare responsabilità politiche e finanziarie specifiche, credibili e sostenibili, previsioni normative di questo genere non riescono a debellare la sindrome dei *soft budget constraint*.

3.2 Superare il Patto che spacca!

In conclusione, proprio nel pieno fervore del dibattito sul federalismo, il Patto di Stabilità Interno si sta rivelando sempre più un elemento di contrapposizione e rottura, soprattutto all'interno del comparto farmaceutico:

- prima tra Stato e Regioni, fissando arbitrariamente tetti di spesa che non possono in alcun modo sostituire il coordinamento della politica economica strutturale, ma che diventano veri e propri "pomi della discordia";
- poi tra istituzioni pubbliche e operatori privati, con la prassi di ricercare anno per anno la "quadratura dei conti" abbattendo in maniera indistinta ed indiscriminata i prezzi dei farmaci.

La prima contrapposizione si risolve in una latente irresponsabilità di spesa che rende facilmente *soft* i vincoli di bilancio e le richieste di ripiano. La seconda si risolve in un vero e proprio scontro tra sfera pubblica e sfera privata, in cui la prima obbliga la seconda a pagare l'inefficienza/inefficacia di governo, senza riconoscimento delle responsabilità individuali (che pure possono esserci) e delle reali dinamiche di settore/mercato¹¹.

Quello che sta avvenendo in sanità e farmaceutica è anticipatore di quanto avverrà nei prossimi anni negli altri ambiti di finanza pubblica, se non si completano con solerzia le Istituzioni federaliste e non si avvia un processo di riforme strutturali coordinate Stato-Regioni che permetta di superare la "logica dei tetti". Infatti, le peculiarità del sistema sanitario e farmaceutico (diretto interessamento di diritti costituzionali, complessità gestionale, asimmetrie informative di vario ordine, separazione pagatore-prescrittore-utente, peso delle sue voci di spesa nei bilanci delle Regioni, etc.) hanno fatto sì che gli effetti distorsivi del PSI si manifestassero, e continuino a manifestarsi, soprattutto in questi comparti. Ma poiché attori e fattori determinanti rimangono gli stessi o quantomeno rimangono simili, è l'intera gestione dei conti pubblici ad essere in pericolo, come dimostrato dalla fallimentare applicazione dei vincoli di spesa tentata con le due ultime Finanziarie.

Si dovrebbe, paradossalmente, "far tesoro" di quanto sta accadendo in sanità e soprattutto in farmaceutica, per risolvere i nodi cruciali dell'assetto istituzionale prima che la stessa *escalation* si diffonda con le medesime proporzioni in tutti i conti pubblici. In mancanza di un profondo processo riformista, l'Italia è destinata ad incamminarsi su un sentiero fatto di:

- continua levitazione di spesa con livelli bassi di efficienza/efficacia/adeguatezza,
- controbilanciata, finché questa impalcatura resiste, da livelli crescenti di pressione fiscale (e gli abbattimenti dei prezzi altro non sono se non una indiretta forma impositiva).

Nel lungo periodo (non troppo lungo!), il primo fenomeno conduce al fallimento delle Istituzioni federaliste e della finanza pubblica, l'altro alla dissoluzione del tessuto produttivo (sia capitale fisico che capitale umano). Bisogna cambiare subito!

4 Maggio 2006

¹¹ Per apprezzare quest'ultimo punto si consideri che il Prontuario Farmaceutico Nazionale 2005, proprio all'atto di applicare l'abbattimento generalizzato dei prezzi per completare il riassorbimento della sovrappesa del 2004, contestualmente riconosceva che: "Dall'analisi dell'andamento della spesa nel primo semestre 2004 risulta evidente come l'incremento rispetto al 2003 sia dovuto essenzialmente ad un aumento dei consumi (+7,3 per cento), inteso come incremento delle prescrizioni, ed in parte all'effetto mix, ossia la sostituzione di farmaci a basso costo con prodotti a prezzo più elevato (+2,4 per cento)."

attribuzione dell'incremento di spesa farmaceutica a carico del SSN – primo semestre 2004	
effetto consumi	7,3 %
effetto mix (scelta del farmaco tra equivalenti)	2,4 %
effetto prezzo	0,0%

Alcuni riferimenti alla letteratura

Giarda P. *et alii*, *"Elementi per una politica di governo della spesa pubblica"*, Fondazione Rodolfo De Benedetti, 2005

Kornai J., E. Maskin, G. Roland, *"Understanding the soft budget constraint"*, Journal of Economic Literature, vol. XLI, December 2003

Parlato S., *"Il Patto di Stabilità Interno in un Paese con aspirazioni federaliste"*, Associazione Reforme, Ottobre 2005

Pisauro G., *"Intergovernmental relations and fiscal discipline: between commons and soft budget constraints"*, International Monetary Fund working paper, May 2001

Robinson J., R. Torvik, *"A political economy theory of the soft budget constraint"*, NBER working paper n. 12.133, March 2006

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

Competitività
Regolazione
Mercati

CERM

CERM pubblica

Note, Quaderni e Rapporti



nell'ambito delle Aree Tematiche:

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