

**Studio sugli effetti della riduzione/abolizione dell'Irap**

## **1. Premessa**

La possibile bocciatura dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (Irap) da parte della Commissione Europea, in quanto giudicata un doppio d'imposta, ha riaperto un dibattito in realtà mai esaurito.

Gli aspetti che vengono maggiormente affrontati riguardano, inevitabilmente, le conseguenze fiscali e di politica economica che seguirebbero l'eventuale abolizione del tributo da parte del Governo oppure della Commissione Europea.

L'Associazione Nuovo Welfare vuole inserirsi all'interno del presente dibattito fornendo alcuni dati significativi sull'attuale gettito garantito dall'Irap e sulle conseguenze finanziarie derivanti da una sua progressiva riduzione o abolizione.

Offrendo tale contributo, l'Associazione non intende certamente esprimere giudizi di merito inerenti l'opportunità di mantenere in vita o meno un'imposta messa in discussione dalla Corte Europea. Piuttosto essa mira ad affrontare la questione delle ripercussioni, inevitabili, sul sistema di welfare, sollevando il problema delle scelte da porre in essere per impedire che ad una riduzione delle tasse corrisponda una drastica riduzione dei servizi.

## **2. Cos'è l'Irap**

L'Imposta Regionale sulle Attività Produttive è stata introdotta nel 1997, con effetti sui redditi del 1998, come tributo regionale per il finanziamento della spesa sanitaria. Il presupposto su cui si basa è quello dell'esercizio abituale di un'attività diretta alla produzione o allo scambio di beni e alla prestazione di servizi. I soggetti colpiti dall'imposta sono: imprenditori individuali, società, enti commerciali e non commerciali, esercenti arti e professioni, Amministrazioni pubbliche, enti e società non residenti per la parte del valore aggiunto prodotta sul territorio nazionale. La sua base imponibile è costituita dal valore aggiunto netto prodotto nel territorio italiano.

Contestualmente all'introduzione dell'Irap vennero aboliti i contributi sanitari, la tassa sulla salute, l'imposta patrimoniale sulle imprese, la tassa di concessione governativa sulla partita Iva, l'Ilor, l'Iciap.

Inizialmente gran parte del gettito dell'Irap, unitamente all'Addizionale Regionale Irpef, era vincolato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'adozione di questa misura aveva tra gli altri il compito di unificare il finanziamento del SSN divenuto universale, eliminando così i contributi sanitari (tributo che grava esclusivamente su un insieme circoscritto di soggetti: i lavoratori) e la cosiddetta "tassa sulla salute" (prelievo principalmente finalizzato per la contribuzione al SSN da parte dei lavoratori autonomi e dei percettori di reddito di impresa). Successivamente il vincolo di destinazione al finanziamento della sanità venne abolito.

### **3. Il dibattito attuale sull'Irap**

Il 17 marzo 2005 sono state depositate le conclusioni dell'avvocato generale della Corte, Francis Jacobs, che bocciano l'Irap in quanto incompatibile con l'articolo 33 della sesta direttiva comunitaria in materia di Iva. La parola definitiva spetta comunque alla Commissione Europea. Va ricordato che quest'ultima si espresse formalmente in modo favorevole all'Irap, quando fu interpellata dal Governo italiano, prima dell'introduzione dell'imposta.

Il dibattito attuale si concentra principalmente sulla scelta delle imposte più adatte a sostituire la precedente. I nuovi tributi dovrebbero infatti:

- garantire un'opportuna copertura finanziaria (nel 2003 il gettito dell'Irap è stato di 33.590 milioni di euro di cui 24.320 pagate dalle aziende private e 9.260 dalle Amministrazioni pubbliche);
- rispecchiare le principali caratteristiche di un'imposta, come l'efficienza, l'equità, la base imponibile, i soggetti passivi, ecc.;

- garantire alle Regioni quel gettito e quell'autonomia tributaria prevista dalla riforma del titolo V della Costituzione.

Le soluzioni che vengono avanzate a seguito del superamento dell'Irap sono molteplici: dal ritorno ai contributi sanitari, all'introduzione di un'imposta capitaria, ad un aumento delle imposte dirette o indirette.

Quale sia la soluzione che venga adottata bisognerà comunque continuare a garantire quelle peculiarità del tributo precedentemente ricordate.

#### **4. Il finanziamento del welfare**

Inizialmente verrà affrontato l'aspetto legato al SSN. In tabella 1 sono riportati i dati relativi al finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale attribuibili all'Irap e all'Addizionale Regionale Irpef per l'anno 2003 su base regionale. E' utile ricordare che, rispetto al momento dell'introduzione delle due imposte, le Regioni attualmente non hanno più il vincolo di mandato di finanziamento del SSN. Nonostante l'assenza di tale vincolo il gettito garantito dall'Irap e dall'Addizionale Regionale Irpef viene ancora utilizzato per finanziare il SSN.

**Tabella 1:** *Finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale da Irap e Addizionale Regionale Irpef<sup>1</sup>*

Regioni	Stima <i>mln euro</i>	procapite <i>euro</i>
Piemonte	2.963,809	691
Valle d'Aosta	82,664	686
Lombardia	8.752,602	960
Bolzano-Bozen	360,450	775
Trento	325,306	681
Veneto	3.286,405	724
Friuli-V. Giulia	774,568	652
Liguria	834,552	515
Emilia-Romagna	3.160,798	788
Toscana	2.249,500	634
Umbria	382,177	455
Marche	821,336	559
Lazio	3.726,157	703
Abruzzo	479,011	374
Molise	46,603	142
Campania	1.424,980	246
Puglia	950,753	233
Basilicata	68,182	113
Calabria	184,381	90
Sicilia	1.507,865	297
Sardegna	599,525	364
<b>ITALIA</b>	<b>32.981,623</b>	<b>570</b>

*Fonte:* Ministero dell'economia e delle finanze.

I dati stimati risultano dalle relative delibere CIPE di assegnazione.

Come si può osservare l'unione delle due imposte garantisce un finanziamento procapite, su base nazionale, di 570 euro. Bisogna evidenziare come gli importi varino da Regione a Regione, da un massimo di 960 euro in Lombardia ad un minimo di 90 euro in Calabria, differenza questa da attribuire alla sperequazione presente sul territorio nazionale<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Il valore procapite indica l'ammontare che ciascun cittadino riceve, potenzialmente, dal gettito garantito al Sistema Sanitario Nazionale dall'Irap e dall'Addizionale Regionale Irpef.

<sup>2</sup> Si ricorda che la base imponibile è per l'Irap il valore aggiunto netto prodotto e per l'Addizionale Regionale Irpef la somma dei redditi del soggetto passivo.

Non soffermandoci sul problema della sperequazione, che richiederebbe un'analisi a sé stante, è utile osservare invece in tabella 2<sup>3</sup> come si ridurrebbe drasticamente il finanziamento procapite qualora l'Irap subisse una riduzione di 12 miliardi (ipotesi più volte avanzata dalla compagine Governativa) oppure venisse totalmente abolita lasciando così il solo finanziamento a carico dell'Addizionale Regionale Irpef<sup>4</sup>.

**Tabella 2:** Stima procapite Finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale da Irap e Addizionale Regionale Irpef<sup>5</sup>

Regioni	Importi procapite	
	Riduzione 12	Abolizione
	mld euro <i>euro</i>	totale <i>euro</i>
Piemonte	440	129
Valle d'Aosta	436	128
Lombardia	610	179
<i>Bolzano-Bozen</i>	493	145
<i>Trento</i>	433	127
Veneto	460	135
Friuli-V. Giulia	415	122
Liguria	328	96
Emilia-Romagna	502	147
Toscana	403	119
Umbria	289	85
Marche	356	105
Lazio	447	131
Abruzzo	238	70
Molise	91	27
Campania	157	46
Puglia	148	43
Basilicata	72	21
Calabria	57	17
Sicilia	189	56
Sardegna	231	68
<b>ITALIA</b>	<b>363</b>	<b>107</b>

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare.

<sup>3</sup> I valori in tabella 2 sono stati ottenuti effettuando alcune ipotesi di carattere generale, necessarie a sopperire la carenza di informazione inerente le entrate tributarie, fondamentale per effettuare delle stime più rigorose.

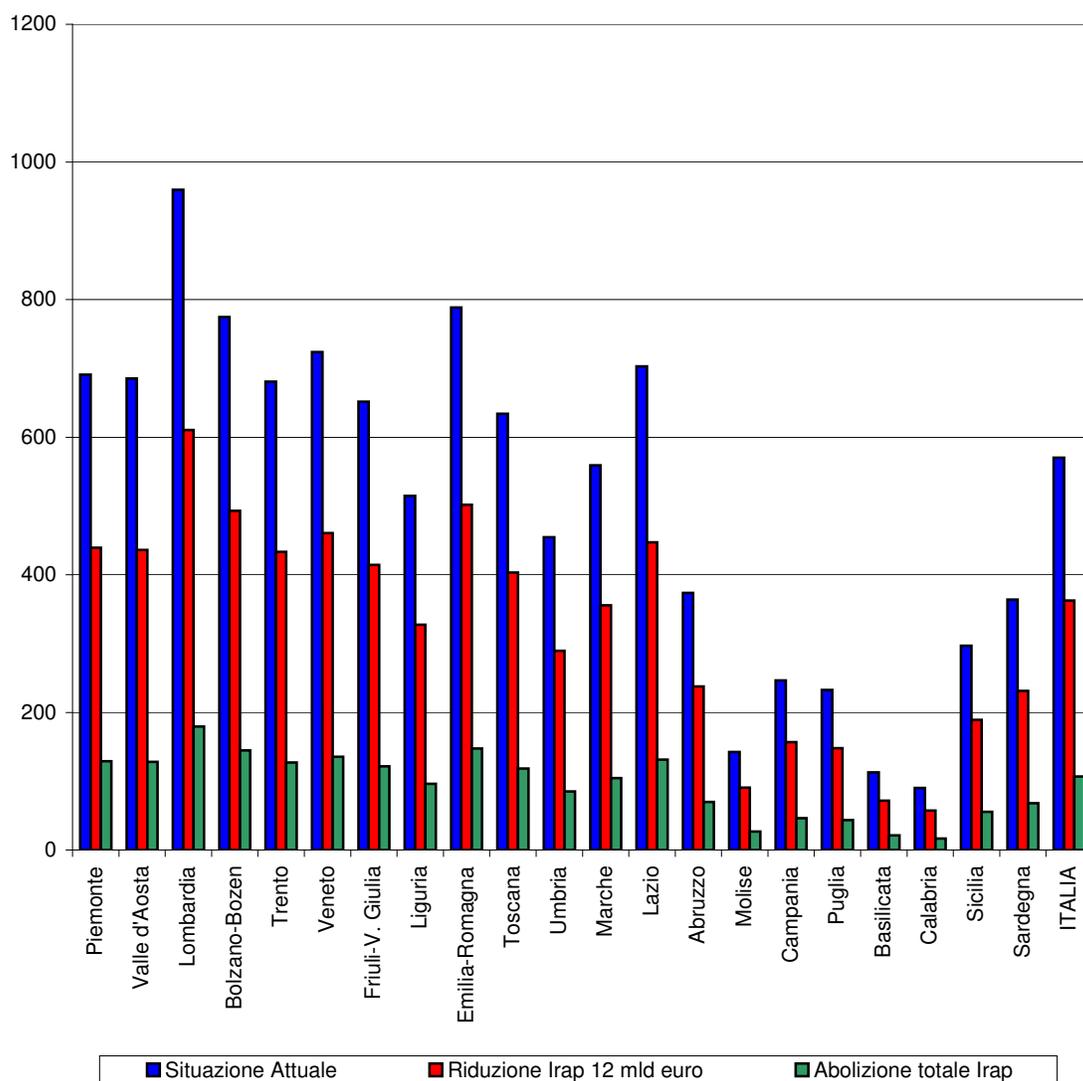
<sup>4</sup> Nel 2003 il gettito dell'Addizionale Regionale Irpef ammonta a poco più di 6 miliardi di euro.

<sup>5</sup> Il valore procapite indica l'ammontare che ciascun cittadino riceve, potenzialmente, dal gettito garantito al Sistema Sanitario Nazionale dall'Irap e dall'Addizionale Regionale Irpef in caso di riduzione o abolizione dell'Irap.

Nel caso di un taglio di 12 miliardi di euro l'ammontare procapite su base nazionale si ridurrebbe da 570 euro a 363, fino a raggiungere i 107 euro nel caso dell'abolizione totale dell'Irap.

In Figura 1 possiamo osservare la rappresentazione grafica dei dati riportati in Tabella 2.

**Figura 1: Finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale da Irap e Addizionale Regionale Irpef procapite**



Un secondo aspetto che va considerato riguarda l'autonomia in merito all'Irap, di cui godono le Regioni a statuto ordinario dal 2001. Infatti queste possono variare l'aliquota, in aumento o in riduzione, dell'uno per cento, rispetto all'aliquota media del 4,25%, e possono operare tale differenziazione anche rispetto ai settori e alle categorie di contribuenti. Va precisato però che questa autonomia è durata per un breve periodo, perché con la Legge finanziaria per il 2003 i margini di azione sono stati drasticamente ridotti, fino ad essere completamente bloccati dalle ultime due Leggi finanziarie.

Nonostante questa ridottissima possibilità di manovra molte Regioni hanno previsto gli incrementi dell'aliquota Irap in settori finanziariamente forti, come quello bancario, finanziario e assicurativo, recuperando così le risorse per finanziare una riduzione di aliquota (in alcuni casi azzerata) per settori più "meritevoli", come le Onlus, gli organismi non governativi e le cooperative sociali.

Gli aspetti affrontati, se pur brevemente, mostrano come una revisione dell'Irap carente di opportune riflessioni possa non solo creare effetti negativi sul più immediato lato tributario, ma ripercuotesi anche su settori come quello del welfare apparentemente non correlati.

Questo implica necessariamente un'attenzione particolare a qualsiasi tipo di proposta venga avanzata. A fronte di imponenti riduzioni di imposte bisogna sempre verificare che non seguano imponenti riduzioni dei servizi.

*A cura di Roberto Fantozzi*