

ENZA CARUSO NERINA DIRINDIN

PER LA SANITÀ UN DECENNIO DI CONTRADDIZIONI E PROVE
TECNICHE DI STABILITÀ

1. *Introduzione*

Il decennio appena trascorso potrebbe essere definito, per quel che riguarda la sanità pubblica, il decennio delle contraddizioni: *inconsistente* dal punto di vista delle politiche sanitarie e *mordente* dal punto di vista della finanza sanitaria.

Dopo gli anni novanta, interessati da ben due riforme e contraddistinti dall'introduzione di rilevanti innovazioni (basti pensare all'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali o al sistema di remunerazione a prestazione), il primo decennio del XXI secolo è contrassegnato da enormi fragilità sul piano della capacità di innovare e rendere efficaci le politiche sanitarie (da cui la possibile *inconsistenza*), mentre, sul piano della finanza sanitaria, è segnato dal morso dei guardiani della spesa che con la stretta sulla liquidità e con i piani di rientro tentano (spesso invano) di afferrare la dinamica dei costi e i disavanzi delle regioni «canaglia».

Un decennio che, dal punto di vista delle politiche per la salute, è scivolato via senza grandi cambiamenti, senza sussulti e novità rilevanti, nonostante le prospettive federaliste e gli annunci di rivolgimenti; un decennio che ha sperimentato le difficoltà tecniche e politiche della traduzione delle enunciazioni normative in atti concreti e ha di fatto rinunciato a dare effettiva applicazione ai principi di risanamento e decentramento più volte evocati. Per la verità, la leggerezza (nel senso di mancanza di reale consistenza) delle politiche sanitarie ha potuto svilupparsi nel corso degli anni senza grandi problemi proprio perché il sistema sanitario poggiava su una solida riforma (quella del 1999) che aveva definito regole chiare e obiettivi precisi. Non si è trattato quindi di un decennio di confusione e disordine, bensì di un decennio di ordinaria

□ *Università di Perugia; Università di Torino.*

amministrazione. E il settore sanitario, primo all'interno della pubblica amministrazione ad avviare sin dagli anni '90 processi di ammodernamento e responsabilizzazione (che, per quanto imperfetti, hanno generato una diffusa attenzione nei confronti della qualità dei servizi e dei costi di produzione), ha superato quasi indenne l'inconsistenza dell'ultimo decennio grazie ai fattori endogeni di vitalità e crescita professionale propri del comparto, peraltro presenti in maniera differenziata nelle diverse parti del Paese.

Tutto bene allora? Certamente no. Nel decennio passato, la sanità non solo si è limitata a mantenere o consolidare le posizioni raggiunte, ma per alcuni aspetti è anche arretrata.

Innanzitutto il consolidamento ha riguardato anche le posizioni meno sviluppate; anzi, proprio le realtà storicamente più deboli hanno, di fatto e salvo rare eccezioni, visto acuire le loro difficoltà, sul piano finanziario così come su quello dell'assistenza erogata. E l'avvio nella seconda metà del decennio dei piani di rientro ha prodotto, più che effettivi percorsi di risanamento, maggiore consapevolezza della dimensione dei problemi. D'altro canto, sembra difficile che problemi sorti a livello locale per l'accumularsi nel corso dei decenni di debolezze (della politica, dell'apparato tecnico e più in generale del contesto socio-economico) possano essere affrontati confidando nel rapido recupero a livello locale della capacità di contrastare i rilevanti interessi che nel frattempo si sono consolidati.

Proprio l'esperienza clinica insegna infatti che quando una patologia acuta diventa cronica necessita di trattamenti diversi e ulteriori rispetto a quelli efficaci in fase acuta; inoltre è noto che spesso la cronicità deve essere affrontata prevedendo il coinvolgimento dell'intero nucleo familiare dell'ammalato, compresi i componenti non colpiti dalla patologia, i quali possono avere un ruolo fondamentale nel contrastare i fattori di rischio, prevenire le complicanze e, soprattutto, aumentare la *compliance* nei confronti del trattamento. Fuor di metafora, il problema delle regioni in difficoltà (perché spendono troppo rispetto a quanto erogano) non dovrebbe essere considerato un problema delle singole regioni, da affrontare a livello locale, ma più propriamente un problema dell'intero Paese, che l'intero Paese ha interesse ad aggredire.

Inoltre, il decennio non ha affrontato alcune questioni sulle quali avrebbe potuto e dovuto scommettere, quali l'integrazione della sanità con il sociale (anche alla luce della riforma approvata proprio all'inizio del secolo, l. 328/2000) e il problema della non autosufficienza. Può sembrare paradossale, ma il futuro del servizio sanitario nazionale è in gran parte legato allo sviluppo dei servizi sociali, in termini sia di sostenibilità economica (per la costosa funzione di supplenza inevitabilmente svolta dalla sanità in assenza di una rete di servizi assistenziali) sia di sostenibilità culturale (in ragione della crescente insoddisfazione per la carenza di percorsi personalizzati, in grado di affrontare i bisogni complessivi della persona, anziché limitarsi ad erogare singoli specifici trattamenti). Ma, per una complessa serie di ragioni, i servizi sociali non sono in grado di essere ambiziosi e alzare la voce. Per questo la sanità dovrebbe fare propria la richiesta di più attenzione nei confronti delle politiche sociali (in particolare di quelle integrate con la sanità stessa), nell'interesse di entrambi i settori e, innanzi tutto, nell'interesse delle persone. Su questo fronte il decennio è passato pressoché invano, salvo gli interventi che autonomamente le singole regioni hanno programmato e finanziato, ma in assenza di una politica nazionale.

Più in generale, nell'ultimo decennio il nostro Paese non ha saputo avviare strategie in linea con i più recenti approcci scientifici raccomandati dagli organismi internazionali che indicano nel coinvolgimento intersettoriale di tutte le politiche (*Health for all, health in all policies*) e nel superamento del gap fra dichiarazioni di principio e implementazione pratica la strada obbligata per produrre reali guadagni di salute per la popolazione.

Altrettanto invano sembra essere passato il decennio con riguardo al federalismo fiscale, introdotto in embrione con il d.lgs. 56/2000 e poi inserito nella riforma costituzionale del 2001, ma mai attuato. Sin dagli anni '90, in relazione alle difficoltà della finanza pubblica, il livello centrale programma di trasferire, a favore dei livelli decentrati di governo, parte delle competenze e della leva fiscale, nella convinzione che ciò avrebbe promosso comportamenti più responsabili. Da notare, che paradossalmente in Italia il federalismo fiscale prende avvio da una

necessità del centro¹, più che da una rivendicazione della periferia. Ma serviranno ben otto anni per dare il via all'attuazione della riforma in senso federalista sancita dalla Costituzione riformata, con la legge delega n. 42 del 2009, e ne serviranno altri cinque per la predisposizione dei decreti attuativi. Ne risulta un federalismo che, tanto evocato quanto rinviato, potrà iniziare a vedere la luce solo verso la metà del decennio appena iniziato.

Nel frattempo, la spinta al decentramento delle responsabilità politiche, gestionali e finanziarie ha coinvolto direttamente la sanità, tanto che il Ssn potrebbe essere considerato a pieno titolo il vero banco di prova del federalismo. Nel corso del decennio non sono tuttavia mancati continui tentativi da parte del Governo centrale volti a riacquisire le leve del comando, con atteggiamenti contraddittori che hanno sempre generato una secca e unanime reazione da parte delle regioni. Ne è risultato un mix di federalismo enunciato e neo-centralismo praticato, difficilmente riconducibile a una chiara strategia di governo e solo in parte giustificato dalle difficoltà della finanza pubblica.

Con riferimento alla finanza sanitaria, il decennio appare al contrario caratterizzato da un filo conduttore molto chiaro: il deciso tentativo da parte del Ministero dell'economia di tenere sotto controllo la dinamica della spesa, in particolare nelle regioni storicamente in disavanzo, attraverso una serie di azioni che hanno lasciato i segni sulla cassa e sulla competenza dei bilanci regionali.

Nel corso del decennio, gli interventi messi a punto dal Ministero dell'economia hanno prodotto un importante risultato: hanno fatto emergere in tutta la sua gravità il divario fra il nord e il sud del Paese. Un problema noto da tempo, e non solo nel settore sanitario, ma spesso sottaciuto. Si tratta di un iceberg (ancora ora) in gran parte sommerso, sul quale sono stati puntati i riflettori delle verifiche ministeriali, con il risultato di renderlo più chiaro nelle sue dimensioni, ma non ancora meno pericoloso. E ciò non solo per ovvie ragioni di tempo (un iceberg di origine glaciale non può sciogliersi in poco tempo), ma soprattutto perché, di fatto, la morsa dei guardiani della finanza ha contribuito ad aumentare (anziché a

¹ Ne è conferma l'affermazione contenuta nel Dpef 1999-2001, secondo la quale «il Governo centrale trova a volte difficoltà nel rendere i comportamenti degli enti decentrati compatibili con gli obiettivi fissati a livello nazionale» [Ministero dell'economia 1998].

ridurre) i divari. Infatti, l'effetto positivo nei confronti delle regioni più avanzate (incentivate a evitare penalizzazioni sempre più rilevanti), non è stato sufficientemente controbilanciato da un analogo effetto positivo sulle regioni in difficoltà (incapaci di innescare una reale inversione di tendenza). L'esperienza insegna che più i divari da colmare sono rilevanti, più il futuro è pesantemente condizionato dal passato e le dinamiche sono difficilmente modificabili. La cronica assenza di programmazione, il consolidarsi di interessi economici, l'utilizzo della sanità a fini politici, il diffondersi di fenomeni di illegalità, l'abitudine a prescindere dalle regole, sono tutti fattori che hanno spinto le regioni più deboli lungo sentieri difficili da abbandonare perché profondamente segnati dalle carenze accumulate [Dirindin 2010].

Resta un'ultima questione. Come detto, il decennio ha prodotto una maggiore consapevolezza delle dimensioni del divario fra nord e sud del Paese. Il che è fondamentale per iniziare ad affrontare il problema, ma non è sufficiente per avviarlo a soluzione. In assenza di strumenti adeguati, la frattura potrebbe stabilizzarsi e il carattere nazionale del servizio sanitario indebolirsi. Nei prossimi anni potrebbero innescarsi processi di cambiamento capaci di ridurre gradualmente le differenze o, al contrario, potrebbe prevalere un atteggiamento di (più o meno) rassegnata accettazione dello status quo. E al momento, a parere di chi scrive, non sembra possibile escludere alcun scenario.

Il presente lavoro analizza sinteticamente le politiche sanitarie sviluppate nel corso dell'ultimo decennio, tentando di ricostruire le dinamiche che più hanno inciso nella finanza pubblica e nella performance complessiva del servizio sanitario nazionale.

Il paragrafo 2 si propone di analizzare il sistema sanitario del nostro Paese alla luce dell'evoluzione nei principali paesi europei. L'obiettivo è verificare le analogie e le differenze delle tendenze in atto, in particolare con riguardo alle dinamiche della spesa e al processo di decentramento delle responsabilità. Il paragrafo 3 analizza i contenuti dei patti sottoscritti nel corso del decennio e descrive il susseguirsi di vincoli e adempimenti che, in un crescendo di incentivi e sanzioni, hanno costretto le regioni entro percorsi più consapevoli e hanno aperto la strada a meccanismi selettivi di ripiano dei disavanzi pregressi. Il paragrafo 4 affronta il problema delle

regioni in profondo rosso e analizza gli strumenti messi in atto con i piani di rientro, mentre il paragrafo 5 si sofferma sulle nuove regole di allineamento al patto di stabilità sanitario previste dal nuovo Patto per la salute 2010-2011 e sulle sfide messe in campo con la legge delega sul federalismo fiscale in tema di standardizzazione dei fabbisogni e di monitoraggio dei diritti di cittadinanza. Il paragrafo 6 infine riporta alcune conclusioni di carattere generale.

2. *Sistemi sanitari a confronto: la superiorità dei sistemi tax funded e la tendenza al ri-accentramento*

Il primo decennio del nuovo secolo si apre con il riconoscimento da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità [WHO 2000] della qualità del sistema sanitario italiano: su 191 paesi, l'Italia si colloca al secondo posto (dopo la Francia) nella graduatoria in base alla performance complessiva (in termini di risultati raggiunti date le risorse impiegate) e al terzo posto per livelli di salute. Un risultato che, per quanto condizionato anche da fattori estranei al funzionamento del sistema sanitario, ha contribuito a chiudere con più serenità un decennio, gli anni '90, denso di polemiche nei confronti della sostenibilità della sanità pubblica.

La classica contrapposizione fra pubblico e privato, nel finanziamento e nella produzione delle prestazioni sanitarie, è stata infatti al centro del dibattito politico e tecnico della fine del millennio, ed è stata ricomposta solo dopo l'approvazione della riforma del 1999, che ha confermato il carattere *pubblico* del servizio sanitario, pur non escludendo forme integrative di assistenza e prevedendo il ricorso a produttori privati, previo accreditamento e accordi contrattuali.

Diverso il ragionamento con riguardo al carattere *nazionale* del servizio sanitario, rispetto al quale la definizione dei livelli essenziali di assistenza (come previsto dalla nuova Costituzione) e l'attuazione del federalismo fiscale potrebbero produrre importanti cambiamenti.

Carattere *pubblico* e carattere *nazionale* del servizio sanitario costituiscono quindi i due temi sui quali si è concentrato il dibattito politico e tecnico degli ultimi anni. Appare quindi utile analizzare il percorso

sviluppato recentemente nel nostro Paese, rispetto all'evoluzione nei principali paesi europei.

L'analisi è condotta confrontando i sistemi sanitari nazionali, cosiddetti *tax-funded* alla Beveridge, con i sistemi *Social health insurance*, Shi, alla Bismarck.

Sotto il profilo del finanziamento, è largamente noto che i sistemi sanitari nazionali *tax-funded* sono meno costosi dei sistemi di assicurazione finanziati prevalentemente con la contribuzione sociale che grava sul costo del lavoro, i quali a loro volta appaiono meno costosi dei sistemi privati di assicurazione strutturati sui rischi.

La fig.1 riporta l'evoluzione della spesa totale per la tutela della salute nei diversi sistemi sanitari rispetto al Pil. Risulta evidente che l'ammontare complessivo di risorse destinate ai servizi sanitari è più contenuto nei paesi dotati di coperture universalistiche finanziate con la fiscalità generale (la fig. 1 riporta la media dei paesi scandinavi e, separatamente, il dato dell'Italia e del Regno Unito) rispetto ai paesi con Shi; e ciò avviene senza alcun pregiudizio per la salute della popolazione, la quale è spesso migliore nei paesi con minore spesa.

fig. 1 (trend % spesa sanitaria totale rispetto al Pil)

Nonostante la superiorità, almeno dal punto di vista del livello e della dinamica della spesa, dei sistemi sanitari *tax-funded*, sempre più frequentemente si guarda con attenzione alla possibile transizione verso i sistemi *Social health insurance*, in quanto potenzialmente in grado di alleggerire le pressioni sulla spesa pubblica e allo stesso tempo liberare spazio per possibili riforme fiscali. Anche in Italia, il dibattito sul possibile sviluppo dei fondi integrativi fa riferimento a sistemi di finanziamento di tipo contributivo, su base categoriale o territoriale, simili a quelli dei modelli Shi.

In generale, a favore dei sistemi di assicurazioni sociali si sottolinea la relazione diretta tra contributi sociali (versati dagli assicurati) e benefici ricevuti (attraverso i servizi sanitari garantiti), il che favorirebbe una

maggior disponibilità a pagare dei cittadini, soprattutto in presenza di una domanda crescente. Diversamente, nei sistemi *tax-funded* il legame fra prelievo fiscale e spesa sanitaria sarebbe meno evidente e di conseguenza meno robusto, *ceteris paribus*, il sostegno al prelievo, in particolare quando la pressione fiscale è elevata e la spesa sanitaria crescente.

In realtà, le evidenze internazionali mostrano che il livello di contribuzione sociale che grava sul costo del lavoro è piuttosto elevato, in ragione della necessità di sussidiare il settore dei lavoratori autonomi (normalmente a più bassa contribuzione) e di finanziare la copertura di chi non fa parte della forza lavoro. L'evidenza mostra inoltre come, ad esempio in Germania [Wagstaff 2007, 2009], l'elusione e l'evasione contributiva rappresentino un vero e proprio «tallone di Achille» che minaccia la competitività del sistema economico. La copertura integrale della popolazione, garantita nei sistemi più evoluti di assicurazioni sociali, richiede inoltre continui interventi a carico della fiscalità generale a copertura della spesa sanitaria in eccesso rispetto al prelievo contributivo, con conseguenti distorsioni in altri settori della spesa pubblica.

Sotto il profilo redistributivo, di equità verticale, il finanziamento mediante contributi sociali che gravano sul costo del lavoro ha spesso natura regressiva (per la presenza di tetti contributivi oltre i quali l'aliquota si azzera) mentre il finanziamento *tax-funded* ha natura (più o meno) progressiva.

Argomenti a favore della transizione dai modelli *tax-funded* ai modelli di assicurazione sociale fanno inoltre riferimento alla esigenza di ampliare le prestazioni garantite, ridurre la spesa *out of pocket* e promuovere la qualità dei servizi. Tali posizioni sembrano in realtà rispecchiare, come ben argomentato da Wagstaff [2007], quel sentimento di frustrazione provato dai più abbienti, insoddisfatti dei «limitati» ed «uniformi» (ma probabilmente più appropriati) servizi sanitari offerti all'interno dei programmi pubblici, tanto da indurli a pensare a coperture assicurative, pur sempre sociali, ma in grado di garantire maggiore libertà di scelta della struttura e del professionista cui rivolgersi. Il grande merito dei sistemi basati sulla fiscalità generale sta invece proprio nella copertura universale e uniforme della popolazione, contrastando le pressioni sulla spesa prodotte

dalla elevata domanda di prestazioni specialistiche dei più abbienti².

Un altro aspetto da considerare riguarda il controllo della spesa a livello macro. Le migliori performance dei sistemi sanitari *tax-funded* sono riconducibili alla maggiore capacità di un sistema integrato di costringere la fornitura di prestazioni entro budget di spesa prefissati e di controllarne l'appropriatezza. Il che si verifica soprattutto quando il servizio pubblico è soggetto a vincoli di bilancio stringenti. Diversamente, i sistemi assicurativi sociali alla Bismarck, dominati dal modello contrattuale, con fondi assicurativi e fornitori in competizione tra loro e consumatori liberi di scegliere secondo le loro preferenze, riescono meno facilmente a controllare la dinamica della spesa complessiva.

Un ulteriore aspetto riguarda i possibili esiti di un mercato competitivo in presenza di un pluralità di fondi assicurativo-sociali. In Germania la competizione si è espressa in una vera e propria «frammentazione» in tutti i settori di cura tra loro poco coordinati che, unita a quella della produzione, ha fatto emergere problemi di bassa qualità dell'offerta oltre che di efficienza allocativa. Non a caso il governo federale ha messo a punto interventi volti a favorire una maggiore integrazione del sistema: si veda, ad esempio, la previsione di un'unica aliquota contributiva, volta a limitare la competizione e ristabilire il controllo sulla spesa; la concentrazione del prelievo contributivo in un unico fondo centralizzato, destinato a finanziare per quota capitaria ponderata i diversi fondi assicurativi; l'introduzione del modello *gatekeeping* centrato sul medico di famiglia e sulle cure primarie in specifici centri, in qualche modo simili al modello italiano delle case della salute [Lisac *et al.* 2008].

I processi di riorganizzazione dei diversi modelli sanitari devono essere valutati includendo un'ulteriore e fondamentale chiave di lettura: le responsabilità dei diversi livelli di governo sulla *governance* dei sistemi sanitari. Se gli anni novanta sono stati gli anni della fiducia nella competizione e nel progressivo decentramento delle responsabilità, il primo decennio del nuovo millennio sembra caratterizzarsi per un'inversione di tendenza, verso una maggiore integrazione delle attività di cura e un

² Per esempio, in Austria il fondo assicurativo più costoso spende, in termini di spesa sanitaria pro-capite, il 63% in più del fondo assicurativo più economico, il che favorisce un aumento non sempre appropriato dei consumi [Koettl 2008].

progressivo ri-accentramento del controllo politico e fiscale dei sistemi sanitari.

Lo spostamento della *governance* sanitaria verso l'alto è trasversale a tutti i paesi scandinavi (dove il decentramento politico è sempre stato molto forte): in Norvegia nel 2002 le responsabilità politiche, amministrative e manageriali degli ospedali sono state trasferite al governo nazionale; in Danimarca nel 2006 gran parte delle responsabilità delle politiche sanitarie sono state riaccentrate; in Svezia è in atto un processo di accorpamento delle regioni responsabili degli ospedali e delle cure primarie; in Finlandia i distretti responsabili dell'assistenza ospedaliera sono stati ridotti e così pure le municipalità responsabili delle cure primarie e dei servizi di cura domiciliari [Saltman 2007].

Nel Regno Unito, mentre la riforma del 1999 ha devoluto le competenze politiche in materia sanitaria ai quattro paesi che ne fanno parte, in ciascuno di essi si osserva un progressivo accorpamento degli organismi di gestione delle cure. In Inghilterra per esempio i 192 distretti sanitari sono confluiti gradualmente in 10 *Strategic health authorities* che hanno il compito di monitorare le performance di 152 *Primary care trust* e di ospedali resi sempre più autonomi. Nel 2004 è stato introdotto un nuovo sistema di remunerazione nazionale delle prestazioni (*Health care resource groups*) che mira ad eliminare l'incentivo a competere per i pazienti più profittevoli. In Scozia, data la forte diffidenza della popolazione nei confronti della competizione, si punta su un modello sempre più integrato e pianificato che riaccentra le competenze sotto gli *Health boards* (la riorganizzazione e la ricentralizzazione delle cure specialistiche ne costituiscono un esempio): l'obiettivo condiviso è prevenire piuttosto che curare [McDaid e Oliver 2008].

Per quanto sia ancora prematuro trarre delle conclusioni, è evidente che una nuova tendenza alla centralizzazione della *governance* sanitaria sta diffondendosi in Europa, mentre, secondo gli analisti internazionali, l'Italia e la Spagna stanno ancora proseguendo nel percorso di decentramento politico e fiscale. Ma è poi così vero?

3. *Il patto di stabilità sanitario tra vincoli e adempimenti*

Quando nel 1978 con la l. 833 l'Italia abbandona il modello delle assicurazioni sociali alla Bismarck, per abbracciare il modello dei sistemi pubblici integrati alla Beveridge, i debiti degli enti mutualistici soppressi vengono inevitabilmente a ricadere sul bilancio dello Stato. La responsabilità finanziaria del nuovo sistema viene centralizzata, con la creazione del fondo sanitario nazionale, mentre la responsabilità della gestione viene affidata alle regioni e alle unità sanitarie locali.

Successivamente, sulla scia delle riforme inglesi e sotto la spinta della richiesta di maggiore autonomia da parte delle regioni, anche nel nostro Paese il *mainstream* (decentramento, competizione e contrattualismo) che attraversa il vecchio continente viene sostenuto a gran voce. Con i d.lgs. 502/92 e 517/93 si procede alla riorganizzazione del Ssn promuovendo la separazione delle funzioni di tutela della salute (affidate alle aziende sanitarie locali) dalle funzioni di produzione delle prestazioni sanitarie (affidate a erogatori pubblici e privati): la sanità pubblica inizia così a parlare il linguaggio delle aziende e concentra l'attenzione sulla micro-efficienza produttiva. Ben presto però ci si accorge che l'efficienza operativa non basta, anzi mette a rischio la qualità dei servizi e sono necessari strumenti di governo dei volumi di attività e della spesa complessiva. Il d.lgs. 299/99 introduce la nozione di livelli essenziali di assistenza e specifica che la loro individuazione deve avvenire contestualmente alle risorse finanziarie destinate al Ssn, nel rispetto delle compatibilità definite per l'intero sistema di finanza pubblica. Un modello che richiede una forte capacità di programmazione a livello regionale, non sempre presente, soprattutto al sud.

Il quadro che ci restituisce la sanità italiana nell'ultimo decennio del ventesimo secolo è riportato nella fig. 2. Dopo aver raggiunto il suo massimo storico nel 1991, con un'incidenza sul Pil pari al 6,3%, la spesa per il Ssn subisce una drastica riduzione nei primi anni '90 raggiungendo nel 1995 il valore minimo del 5,1% sul Pil. La crescita riparte dal 1996, anche se nel 1999 in valori costanti (1990), sia la spesa che il finanziamento sono ancora inferiori a quelli osservati otto anni prima.

Fig. 2 (spesa e finanziamento 1990-1999 sul Pil)

Il contenimento della crescita della spesa sanitaria degli anni '90 è riconducibile più alla stretta dal lato del finanziamento (drasticamente ridotto nel triennio 1992-94 anche in lire correnti, in relazione alle priorità della finanza pubblica per entrare in Europa) che alla riorganizzazione del Ssn (attuata nella seconda metà del decennio, ovvero proprio in coincidenza con la ripresa della crescita della spesa). Alla fine degli anni '90, la maggiore autonomia così fortemente richiesta dalle regioni ed esercitata esclusivamente dal lato della spesa (e non anche da quello del finanziamento) lascia in eredità al Paese un «buco» di oltre 31 mila miliardi di vecchie lire, per ripianare i quali lo Stato ha dapprima disposto oltre 10 mila miliardi per la gestione stralcio dei disavanzi fino al 1994, e successivamente oltre 20 mila miliardi per il quinquennio 1995-1999 [Caruso 2001].

Sul finire degli anni '90, le ragioni della mancata responsabilizzazione si cercano quindi sul lato del finanziamento. Quando responsabilità politiche e fiscali non sono ben definite, un comportamento da *soft budget constraint* contraddistingue le aspettative dei livelli sub centrali di governo, certi del *bail out* governativo.

Con l'obiettivo di riallineare le responsabilità del finanziamento con quelle della spesa, il nuovo secolo si apre con il d.lgs. 56/2000, che sopprime i trasferimenti vincolati dal fondo sanitario nazionale, e altri trasferimenti minori, e li sostituisce con una compartecipazione regionale all'iva. Al decreto 56 si sovrappone nel 2001 l'affrettata riforma del Titolo V della Costituzione che introduce il federalismo fiscale, riordina la ripartizione delle competenze fra i diversi livelli di governo, prescrive le regole da seguire per la copertura della spesa degli enti decentrati e la perequazione dei residui fiscali. La sanità, che rientra tra i «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali», diventa materia di competenza concorrente tra lo Stato e le regioni.

Il quadro che emerge, solo apparentemente chiaro, viene messo in discussione in occasione della prima ripartizione della compartecipazione iva che scatena la protesta delle regioni del mezzogiorno resesi conto delle

penalizzazioni che il d. lgs. 56/2000 fa ricadere su di esse³.

Le difficoltà incontrate nelle sedi istituzionali nell'affrontare la questione dei trasferimenti soppressi trasforma così una fase che avrebbe dovuto essere contraddistinta dalla progressiva responsabilizzazione degli enti decentrati in una fase di transizione verso una *governance* politica via via sempre più ri-accentrata.

La fase inizia con l'accordo del 3 agosto 2000 siglato dal Governo di centro-sinistra che rivede al rialzo il fabbisogno indistinto della sanità. La finanziaria per il 2001 che lo recepisce, ne integra le risorse ed esclude la spesa sanitaria dalla disciplina del patto di stabilità interno. Non si tratta di un allentamento dei vincoli, ma solo l'inizio di un percorso che farà seguire alla sanità un canale proprio. A distanza di un anno, dopo la vittoria elettorale del centro-destra, interviene il secondo accordo, quello dell'8 agosto del 2001 che integra ulteriormente le risorse (portandole tendenzialmente al 6% del Pil) e fissa le responsabilità rispettivamente dello Stato e delle regioni nel nuovo quadro federalista della sanità pubblica italiana: spetta al Governo centrale definire i Lea e garantire risorse sufficienti per la loro copertura, mentre le regioni riceveranno l'integrazione del nuovo livello di finanziamento solo dopo la verifica, in un tavolo di monitoraggio, dell'effettiva erogazione dei Lea e del ripiano degli eventuali disavanzi.

Fissati i Lea con il d.p.c.m. del 29 novembre 2001, l'applicazione dell'accordo dell'8 agosto trova immediato riscontro nella legge finanziaria per il 2002: il mancato rispetto degli impegni assunti reciprocamente tra l'Esecutivo e le regioni comporta il ripristino per le regioni inadempienti del livello stabilito nell'accordo del 3 agosto 2000, come integrato dalla finanziaria 2001. E sarà questo il vero livello di finanziamento che riceveranno le regioni fino alla fine del 2004. Difatti, la prima fase della responsabilità finanziaria delle regioni si traduce in una grave «crisi di liquidità» del settore sanitario innescata da una molteplicità di cause concomitanti. In primo luogo, non si è voluto dar luogo alla disposizione del d.lgs. 56 che prevedeva il superamento del meccanismo delle

³ «Sono attribuite alle regioni a maggiore capacità fiscale risorse superiori a quelle necessarie a far fronte al loro fabbisogno sanitario, mentre alle regioni più povere, in via sistematica, sono attribuite risorse inferiori rispetto ad esso» [Pica 2004].

anticipazioni mensili in dodicesimi. In secondo luogo, tra le risorse erogate non sono state ricomprese le somme da perequare secondo il «pasticcio» della formula del d.lgs. 56, in mancanza di intese e conseguenti d.p.c.m. di riparto. In terzo luogo, i tempi per il monitoraggio dei Lea (ancora poco organizzato), ovvero i contenimenti di spesa imposti, hanno prolungato ulteriormente i tempi dei trasferimenti. Tutto ciò ha bloccato a lungo le risorse presso il Ministero dell'economia e delle finanze. Le difficoltà in termini di liquidità finanziaria che le regioni hanno affrontato in questa fase sono state poi aggravate dall'impossibilità di manovrare la propria leva fiscale.

La svolta arriva nel 2005, anno nel quale si affronta la crisi di liquidità delle regioni sotto una *governance* tutta centralista. Innanzitutto, si autorizzano anticipazioni in misura pari al 95% del fabbisogno sanitario. In secondo luogo, si sblocca il ricorso, in presenza di disavanzi sanitari, agli aumenti dell'addizionale regionale all'irpef e dell'aliquota dell'irap. In terzo luogo, lo Stato autorizza i primi 2 miliardi di euro per il ripiano dei disavanzi 2001-2003. Infine, il Governo centrale procede alla ridefinizione unilaterale del fabbisogno per il triennio 2005-2007 applicando la regola del tetto di crescita del 2% annuo (al pari di altri settori). Il 23 marzo 2005 viene firmata l'intesa che costituisce il nuovo «patto di stabilità sanitario». La sua particolarità, al di là dell'inasprimento dei vincoli, sta nel nuovo processo di finanziamento. In prima istanza, tutte le regioni percepiscono l'anticipazione del 95% del fabbisogno per cassa, ma solo le regioni adempienti e in equilibrio percepiscono il restante 5%. Il controllo degli adempimenti avviene in due tavoli di monitoraggio: il Tavolo tecnico di verifica presso il Mef e il Comitato Lea presso il Ministero della salute. In sostanza, scatta un meccanismo di penalizzazione delle regioni non in equilibrio o non in linea con gli obiettivi della programmazione nazionale che permette ai guardiani del bilancio di bloccare le erogazioni per cassa forzando l'adozione di un «piano di rientro» dai disavanzi dalla cui effettiva attuazione dipende l'erogazione delle risorse mancanti. Si tratta di un meccanismo che via via si è raffinato.

È d'altra parte in questa fase che le regioni riescono a mettersi d'accordo sul «pasticcio» della formula perequativa del d.lgs. 56,

modificandola⁴ e rallentandone lo sviluppo. L'accordo di Santa Trada, del 21 luglio 2005, sancisce la «provvisorietà» delle aliquote di compartecipazione iva del d.lgs. 56/2000 fino alla concreta attuazione dell'articolo 119 della Costituzione riformata; stabilisce inoltre che le risorse pregresse potranno essere finalmente sbloccate, mettendo fine alla crisi di liquidità attraversata dalle regioni. L'ultima manovra del Governo di centro-destra stanziava altri 2 miliardi a titolo di concorso al ripiano dei disavanzi degli anni 2002-2004 e un ulteriore miliardo a favore delle sole regioni in grave disavanzo, ovvero alle regioni che nel periodo 2001-2004 hanno registrato un disavanzo medio annuo superiore al 5% del finanziamento a condizione che sottoscrivano un piano di rientro. La manovra introduce infine un automatismo che fa scattare le aliquote irap e le addizionali irpef ai massimi livelli qualora entro fine maggio le regioni non provvedono alla copertura dei propri disavanzi.

Un crescendo quindi di incentivi e (soprattutto) penalizzazioni che segnano i comportamenti delle regioni nella seconda metà del decennio.

Dopo il risultato elettorale del 2006, il nuovo Esecutivo di centro-sinistra conferma la politica del rigore e apre la trattativa con le regioni nello spirito di leale collaborazione. Il 5 ottobre 2006 viene siglato il nuovo Patto per la salute, recepito nella finanziaria 2007, in cui si riprogramma il fabbisogno del Ssn per il periodo 2007-09, portandolo al 6,6% del Pil, e si prevede una revisione straordinaria dei Lea (ancora attesa). Per agevolare il funzionamento ordinario dei Ssr le anticipazioni vengono innalzate al 97%, ma solo per le regioni che chiudono in pareggio. Diversamente, per le regioni con elevati disavanzi si incentiva ulteriormente l'adozione dei piani di rientro e di riorganizzazione dei Ssr con l'istituzione di un fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per il 2007, 850 per il 2008 e 700 per il 2009. Finanziamenti selettivi quindi, cui potranno accedere solo le regioni in forte difficoltà, ai quali è associato un meccanismo sanzionatorio che va dall'aumento del prelievo fiscale anche oltre i massimi livelli di flessibilità, fino alla procedura di commissariamento in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi previsti nei piani.

⁴ Nel calcolo del parametro della capacità fiscale, dall'irap viene escluso il fondo di garanzia *ex lege* 549/95 istituito a suo tempo con le leggi Bassanini per compensare le regioni, rispetto alle previsioni, dai minori gettiti dell'irap e dell'addizionale regionale all'irpef.

Ma la situazione particolarmente critica di alcune regioni obbliga l'Esecutivo ad intraprendere anche a ritroso la strada del ripiano selettivo dei disavanzi, disponendo nel «salvadeficit» (d.l. 23/07) ulteriori 3 mld ancora a valere sul periodo 2001-2005. Successivamente, di fronte alla voragine scoperta con la lente di ingrandimento dei piani di rientro siglati nel 2007, il governo è costretto a stanziare a favore delle regioni in dissesto finanziario un ingente prestito per ristrutturare il loro debito in linea capitale che peserà sul saldo netto da finanziare del 2008 per 9,1 mld.

A chiusura del decennio, nel giugno 2008 con il ritorno del Governo di centro-destra arriva con il d.l. 112 la nuova manovra finanziaria anticipata (ancora una volta tutta centralista) che da un lato conferma il finanziamento previsto per il 2009 nel vigente Patto per la salute, dall'altro riprogramma il fabbisogno per il 2010 e il 2011 prevedendo un taglio, rispettivamente di 2 mld e 3 mld, rispetto al tendenziale. Ricomincia così la battaglia delle regioni per recuperare i fondi mancanti dal livello centrale di governo. Tanto è che con l'ultima finanziaria 2010 la manovra sulla sanità a conti fatti si è ridotta a 584 per il 2010 e a 1,3 mld per il 2011.

La gestione della sanità nel periodo 2000-2008 è sintetizzata nella fig. 3: la spesa e il finanziamento crescono, rispettivamente, del 55% e 52% in valori nominali, contro una crescita del Pil del 32%. Se si escludono gli anni di piena crisi di liquidità (2003-2005), l'aumento della spesa appare, in valori reali, molto contenuto e sembrerebbe riflettere le minori aspettative in termini di *bail out* governativo. In rapporto al Pil, tuttavia, solo nel 2003 i livelli di spesa e finanziamento tornano ai valori registrati nel 1992. La spesa dal 2005 tende infatti a stabilizzarsi intorno al 6,8% del Pil (si veda la tab. 1).

Fig. 3 e tab.1 circa qui

Concludendo, il decennio è contraddistinto da un susseguirsi di accordi e patti che, in un crescendo di vincoli e imposizioni, tentano di conciliare non solo le posizioni delle regioni con quelle del livello centrale, ma altresì

le esigenze delle regioni virtuose con quelle delle regioni in forte disavanzo. Nel complesso la dinamica della spesa sanitaria pubblica è relativamente contenuta, mentre i divari fra nord e sud del Paese diventano sempre più evidenti. L'avvio di meccanismi selettivi di ripiano dei disavanzi, a favore delle sole realtà in dissesto e dietro approvazione di un piano di rientro, segna l'inizio di una nuova fase, nella quale il ripiano dei disavanzi segue una strada diversa da quella del finanziamento ordinario della sanità. L'intero Paese sembra essere consapevole che i problemi di singole regioni possono trovare risposta solo a livello nazionale. Ma il risanamento tarda a iniziare e non è chiaro se è solo una questione di tempi (inevitabilmente lunghi) o anche di inadeguatezza degli strumenti messi in campo. Certo è che l'inversione di tendenza non potrà limitarsi ai saldi di bilancio.

4. *L'iceberg sommerso delle regioni in profondo rosso*

Con la complessa strumentazione del patto di stabilità sanitario il Governo centrale ha cercato di isolare le aree responsabili del cattivo funzionamento del sistema, ponendo fine alla regola endemica del *bail out* governativo a pioggia, e stringendo i vincoli di bilancio. Infatti, fino alla metà del decennio trascorso, l'aspettativa di ripiano dei disavanzi aveva spinto le regioni, anche quelle più eccellenti nella qualità delle cure, a chiudere i bilanci in disavanzo, per poter accedere alle risorse messe a disposizione a posteriori per le regioni in rosso.

Ma qual è il livello della spesa e del finanziamento pro capite nelle singole regioni? La tabella 2 mostra l'andamento della spesa e del finanziamento pro capite nell'ultimo decennio. Nel corso degli anni i divari, in termini di spesa, si sono ridotti: il rapporto tra le regioni che spendono di più e quelle che spendono di meno sono oggi prossimi a 1,4, contro valori pari a 1,5 riscontrati dieci anni fa.

tab. 2 circa qui spesa e finanziamento procapite

Anche i divari in termini di finanziamento pro capite si sono ridotti nel corso del decennio. Infatti, l'introduzione, alla fine degli anni novanta, della quota capitaria ponderata, con l'età della popolazione come principale fattore di *risk adjustment*, ha generato crescenti conflitti tra il nord e il sud del Paese (caratterizzati da un diverso indice di invecchiamento) che hanno portato alla progressiva attenuazione dei fattori di ponderazione e il ri-orientamento verso una quota capitaria grezza. Ma a prescindere dalla ponderazione, tutte le regioni chiudono i bilanci in disavanzo (con l'eccezione di alcune regioni a statuto speciale del nord).

Sin dall'intesa del 23 marzo 2005, il Governo tenta di superare l'incentivo perverso a chiudere in disavanzo: un bilancio in equilibrio permette infatti di beneficiare di un'anticipazione premiante; al contrario, non provvedere all'immediata copertura delle perdite innesca un processo di diffida che può portare fino al commissariamento con l'obbligatorietà di elevare le aliquote delle addizionali al massimo livello; peggio ancora, una disavanzo superiore al 5% del finanziamento ordinario fa scattare la trappola dei piani di rientro con perdita dell'autonomia gestionale.

I presupposti per l'avvio di percorsi effettivamente di rientro dai disavanzi sono definiti: l'automatismo sulla leva fiscale a copertura degli squilibri di bilancio è la pre-condizione per l'accesso al fondo transitorio a favore delle regioni in difficoltà (l'incentivo definito con la finanziaria 2007) e l'attuazione dei piani di rientro approvati dal Governo centrale è la *condicio sine qua non* per liberare le risorse precedentemente non assegnate a causa di inadempienze.

Nel 2007 ben sette regioni (Lazio, Campania, Liguria, Abruzzo, Molise, Sicilia e Sardegna⁵) sottoscrivono piani di rientro e iniziano così il processo di verifica sistematica degli atti regionali di spesa e di programmazione.

Dai tavoli di monitoraggio si scopre però che i disavanzi contabili certificati con i modelli CE non sono quelli veri. Fino a tutto il 2005 non tengono conto né dei disavanzi degli Irces (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) e dei Policlinici, né di tutte le coperture disposte dalle

⁵ Il piano di rientro della Sardegna è un caso *sui generis* in quanto regione a statuto speciale, uscita dal fondo sanitario, è tenuta a coprire i disavanzi esclusivamente con risorse proprie.

regioni con risorse afferenti ai loro bilanci. La voragine aperta costringe lo Stato centrale ad intervenire a favore di cinque regioni (Lazio, Campania, Sicilia, Abruzzo, Molise) dapprima con il «salvadeficit» (3 mld per i disavanzi cumulati nel periodo 2001-2005, di cui 2 destinati al Lazio) e successivamente con la liquidazione anticipata del debito transatto disponendo un prestito di 9,1 mld da restituire in rate trentennali.

Le nuove regole del gioco hanno sì permesso alle regioni più virtuose di uscire dalla crisi di liquidità, ma hanno fatto emergere la pesante situazione delle regioni in profondo rosso, ulteriormente aggravata dalla spirale di vincoli e adempimenti che rende difficile il recupero delle somme bloccate per inadempienze. Cosa ancor più grave: irresponsabilità nella ristrutturazione della spesa, spartizione di risorse verso lobby locali e veri e propri sistemi corruttivi caratterizzano quelle realtà dove la produzione privata di prestazioni gioca un ruolo dominante e dove più carente è la capacità di regolare i volumi di prestazioni, governare con appropriatezza i sistemi tariffari, riconvertire le strutture sanitarie, controllare gli appalti per gli acquisti di beni e servizi.

La situazione per talune regioni è più complessa di quanto si pensasse e soffre di una forte asimmetria informativa cui è necessario porre rimedio sorvegliando scrupolosamente sui piani di rientro, che come veri e propri «programmi di ristrutturazione industriale» devono andare ad incidere sui fattori di spesa sfuggiti al controllo dei sistemi sanitari regionali, i quali «si configurano come attività di carattere industriale, cui concorrono numerosi soggetti (...) portatori di interessi che possono essere tra loro in conflitto» [Massicci 2008].

Stato e regioni concertano quindi un maggior rigore e nel Patto per la salute recepito nella finanziaria 2007 impongono, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi tracciati nei piani, l'aumento delle addizionali «oltre» i livelli massimi e fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi. Ancora una volta il peso della cattiva gestione viene fatto ricadere sui cittadini contribuenti.

Passi indietro nell'applicazione della disciplina sanzionatoria si ravvisano nel 2008: ne sono espressione ad esempio le deroghe alle applicazioni oltre i massimi livelli delle addizionali, la liquidazione anticipata delle somme condizionate alla verifica degli adempimenti (nelle

situazioni di emergenza finanziaria), l'eliminazione dell'incompatibilità tra la figura del commissario *ad acta* e le cariche istituzionali nelle regioni interessate dai piani.

La tabella 3 dà conto dei disavanzi contabili delle regioni nell'arco di un decennio e del loro peso relativo rispetto al disavanzo complessivo del servizio sanitario nazionale.

tab. 3 circa qui

Si osservi come fino a tutto il 2006 nessuna regione era incentivata a chiudere in avanzo. Se si va indietro nel tempo una notevole quota dei disavanzi è attribuibile alle regioni ritenute più efficienti (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna) che non avevano nessun incentivo a pareggiare i conti in vista di ripiani futuri. Il quadro cambia radicalmente nell'ultimo biennio disponibile: il vantaggio offerto dalle anticipazioni premianti porta ben 9 regioni a chiudere in avanzo. E i disavanzi si concentrano sempre più nel mezzogiorno: nel 2008 il 45% del disavanzo complessivo è prodotto dal Lazio.

Nelle regioni sotto piani di rientro le risorse a copertura dei disavanzi continuano a provenire per lo più dalle risorse del fondo transitorio e dalla leva fiscale. Nel corso del 2008, l'adozione dei provvedimenti di ristrutturazione della spesa viene forzata in due regioni con il commissariamento: il Lazio, l'11 luglio, nella persona del Presidente della regione successivamente affiancato il 17 ottobre da un sub-commissario governativo, e l'Abruzzo, l'11 settembre, con un commissario *ad acta* di nomina centrale, a causa della distrazione di risorse dal fondo sanitario verso spese extrasanitarie.

Nel 2009 scoppia il «caso Calabria»: la regione è prima interessata da un processo di diffida, poi sottoposta a un *advisor* finanziario che verifica una voragine di 2,2 mld di debiti (di cui 1,8 riferiti al periodo 2001-2005) per coprire i quali beneficia di un'anticipazione di liquidità da parte dello Stato pari ad 1 mld (al pari di quanto avvenuto per le altre regioni). Il 17 dicembre è firmato il piano di rientro, scongiurando così per il momento

l'ipotesi di commissariamento.

Ad aprile 2009, in sede di monitoraggio dei piani di rientro, solo la Liguria è in linea con tutti gli adempimenti, il che le consente di accedere alle risorse bloccate nonché di ridurre le addizionali nei limiti dei risultati raggiunti. A favore del Lazio, grazie al recupero dei ritardi accumulati nell'attuazione del piano, sono sbloccate risorse pari a 1.690 mln (mentre altre sono ancora trattenute dal Mef per inadempienze). L'Abruzzo continua a non assicurare i ripiani dei disavanzi 2006/2007 e di conseguenza restano bloccate le risorse residue ancora da percepire. Analogamente, le verifiche di Molise e Campania danno esito negativo, tanto che sono attivate le procedure di aumento oltre i massimi livelli di irap e addizionale irpef e di commissariamento delle regioni. Quanto alla Sicilia, dati gli esiti negativi degli adempimenti, i tavoli di monitoraggio sostengono inizialmente la procedura di commissariamento, successivamente superata alla luce dei provvedimenti di riorganizzazione del sistema sanitario⁶ [Corte dei Conti 2009]. Nel luglio del 2009, alle regioni commissariate si aggiungono la Campania e il Molise.

Gli esiti del monitoraggio mettono in luce come tutte le regioni commissariate, insieme alla Sicilia, sono accomunate da carenze di programmazione e controllo, inaffidabilità delle procedure amministrativo contabili, incapacità di governo della spesa. In una parola, i valori contabilizzati nei CE non corrispondono ai dati gestionali di produzione. Si tratta di problematiche estremamente gravi che emergono proprio grazie ai controlli degli *advisor* inviati dallo Stato centrale, che sottolineano la necessità di ispezioni sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di una adeguata strutturazione dei sistemi informativi a livello locale, anche a costo della perdita di autonomia delle regioni.

Con la lente di ingrandimento dei piani di rientro (e degli accordi che li seguono) si sta dunque cercando di ridurre l'asimmetria informativa che caratterizza i due livelli di governo. Il pugno di ferro dei guardiani del bilancio in attuazione dei piani ha faticosamente innescato quel percorso di ristrutturazione della spesa e di riorganizzazione dei servizi sanitari, così tanto ritardato nel sud del Paese. Il prezzo pagato dal mezzogiorno è molto alto: la crisi di liquidità, per quanto attenuata, resta irrisolta e pesa sulle

⁶ La Sicilia ha approvato nel mese di settembre la riforma della sanità.

tasche dei cittadini, già fin troppo svantaggiati nell'accesso all'assistenza sanitaria.

5. *Conto di bilancio tra nuovo Patto per la salute e federalismo fiscale*

Si arriva così al nuovo Patto per la salute 2010-2011, siglato *in extremis* il 3 dicembre 2009 e definito dalle regioni, dopo trattative estenuanti, una ragionevole soluzione nonostante le resistenze del Governo all'aumento dei finanziamenti.

La tabella 4 dà conto del fabbisogno sanitario per il Ssn e della spesa sanitaria programmata. Il livello di finanziamento 2009-2011 definito nel d.l. 112/08 e s.m. e la spesa programmata prevista nel Dpef, che sconta le misure di contenimento dei costi (in particolare i risparmi previsti dai Piani di rientro), sono stati integrati dal decreto anticrisi (d.l. 78/09)⁷ con le risorse per la regolarizzazione degli immigrati. La finanziaria 2010, nel recepire il nuovo Patto, ha integrato il livello di finanziamento di 1,6 mld per il 2010 e 1,7 mld per il 2011, comprensivi di un incremento del fabbisogno rispettivamente di 584 mln e 419 mln per i due anni, delle risorse per il riconoscimento della vacanza contrattuale (466 mln per ciascun anno) e di ulteriori risorse da assicurare con provvedimenti successivi. Da sottolineare che solo i 584 mln e 419 mln si riflettono in un aumento della spesa programmata, mentre le restanti risorse sono già incluse nel programmatico e costituiscono una minore spesa per le regioni e una maggiore spesa per il bilancio dello Stato. Come conseguenza l'iniziale manovra di 2 mld per il 2010 e 3 mld per il 2011, tra le integrazioni del d.l. 112/08 e la nuova finanziaria, è ridotta a 584 mln e 1,3 mld.

tab. 4 circa qui

⁷ La riduzione del tetto della farmaceutica territoriale dal 14 al 13,3 per cento non incide sulla spesa in quanto le economie sono destinate ad alimentare un fondo per interventi nel settore sanitario dell'Abruzzo colpito dal terremoto.

Contenere la dinamica della spesa entro le compatibilità della finanza pubblica e al contempo assicurare più servizi e più qualità è una sfida non da poco: ma è su di essa che si regge la tenuta finanziaria del nostro sistema sanitario, soprattutto di fronte al federalismo approvato con la l. 42/09. Tenere fermo il timone che forza le azioni di ristrutturazione della spesa nelle regioni del mezzogiorno in profondo rosso rappresenta la prova decisiva per la salvaguardia dell'universalismo del Ssn.

Per questo il conto previsto nel Patto della salute è piuttosto salato: niente più fondino, maxi-aliquote e super-addizionali, stop ai trasferimenti erariali non obbligatori, commissariamento e una vera e propria ecatombe di poltrone espressione del fallimento politico nel governo della spesa. Una ricetta, sempre più economicistica, intesa ad irrobustire il meccanismo di responsabilizzazione, che insiste nel controllo della spesa farmaceutica, nella riduzione del personale e dei fondi della contrattazione integrativa, nella riorganizzazione delle strutture semplici e complesse di asl e ospedali, nella deospedalizzazione, nella revisione delle tariffe e nell'appropriatezza delle prestazioni⁸.

Il nuovo accordo continua ad essere premiante con i virtuosi (elevando la quota delle anticipazioni dal 97% al 98% a favore delle regioni adempienti negli ultimi 3 anni) e pressante con i maldestri (irrigidendo le sanzioni e forzando le misure correttive con il potere sostitutivo del commissariamento *ad acta*) (si veda tab. 5).

tab. 5 circa qui

Tutto il Patto si regge sul rafforzamento della politica dei controlli con l'istituzione di una nuova struttura tecnica paritetica di monitoraggio, la Stem, con obiettivi di valutazione dell'*efficienza* e dell'*appropriatezza* delle prestazioni, che si affianca al controllo degli adempimenti regionali ad opera del Tavolo tecnico e del Comitato Lea. Rafforzamento, da un lato,

⁸ Il Patto ridefinisce lo standard dei posti letto (4x1000ab.), innalza la regressione tariffaria giornaliera dal 30 al 40% per la riabilitazione ospedaliera superiore a 45 gg, e per il ricovero in lungodegenza superiore a 60 gg, integra la lista dei Drg al elevato indice di inappropriatezza.

del controllo sulla qualità delle procedure contabili e gestionali, data l'appurata inaffidabilità e il disordine nei conti di bilancio riscontrati dagli *advisor* inviati dal Governo nelle regioni sotto piani di rientro, e dall'altro delle procedure per la definizione dei costi standard, come elemento di responsabilità nella logica federalista. In altre parole, l'asimmetria informativa nel governo della spesa di cui soffre il livello centrale rispetto alle regioni, e di queste ultime rispetto alle aziende sanitarie, necessita di essere ridotta spingendo l'acceleratore delle verifiche e del rigore.

Patto per la salute 2010-2012 e l. 42/09 sono in effetti l'uno lo specchio dell'altra. La legge delega sul federalismo fiscale lega infatti la perequazione dei fabbisogni di spesa ai costi di fornitura «in condizioni di efficienza e appropriatezza». Più precisamente però, è proprio la nuova legge sul federalismo che guarda per i prossimi cinque anni alla politica sanitaria riaccentrata dell'ultimo decennio, fondando la sua ragione d'essere su un articolato sistema di incentivi e sanzioni in funzione del raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica da verificare in sede di monitoraggio, il luogo cioè dell'accertamento della convergenza dei costi e fabbisogni standard tra i livelli inferiori di governo e della convergenza degli obiettivi di servizio legati ai Lep. Analogamente a quanto già oggi avviene in sanità con i piani di rientro, lo scostamento dai *targets* attiva il così detto «Piano di convergenza» volto ad accertarne le cause e a stabilire le azioni correttive da intraprendere per allinearsi ai Lep. Il terreno per l'attuazione della legge delega è in effetti già stato arato in sanità e l'esperienza sperimentata nel settore costituisce un modello di riferimento.

La doppia sfida della legge delega sta proprio nella standardizzazione dei fabbisogni di spesa e dei costi di produzione dei servizi da un lato, e nel monitoraggio dei diritti esigibili dall'altro. Fabbisogni e costi standard disegnano il criterio per comparare e valutare l'efficienza e l'efficacia dell'intervento pubblico e necessitano di informazioni in grado di separare *inefficienze* da *preferenze locali e fattori esogeni*. Da questo punto di vista, la sanità possiede una base informativa in continuo miglioramento che favorisce la quantificazione dei costi e agevola l'analisi dell'efficienza nell'offerta delle prestazioni.

E poiché la legge delega e il Patto della salute sono l'una lo specchio dell'altro, quest'ultimo non tralascia, nell'ambito della nuova Stem, l'avvio

di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa: azioni tutte strutturate sugli aspetti economici. Ma che fine ha fatto la valutazione della qualità delle cure (le performance del sistema) sulla quale molti paesi europei si sono già attivati? Se si escludono alcuni primi tentativi da parte di singole regioni, il decennio si chiude con un rafforzamento della morsa dei guardiani della spesa e una inconsistenza delle politiche nazionali per la salute.

6. *Qualità delle cure e bisogno di maggiore integrazione*

Iniziato con un importante riconoscimento da parte dell'Oms nei confronti del sistema sanitario italiano, il primo decennio del nuovo secolo si chiude con otto regioni vincolate da Piani di rientro, di cui quattro commissariate, e profondi divari nell'assistenza erogata nelle diverse parti del Paese.

Che cosa abbia prodotto un cambiamento così rilevante? In realtà più che di un cambiamento si tratta (almeno in parte) di una emersione; il decennio appena trascorso ha infatti semplicemente fatto emergere una situazione da tempo nota e tollerata: il profondo divario fra nord e sud del Paese, nelle dimensioni e nella qualità della spesa pubblica e, nello specifico, di quella sanitaria.

Il quesito si sposta quindi sulle cause della recente emersione e sugli strumenti che l'hanno resa possibile, oltre che – ovviamente – sulle soluzioni ipotizzate.

Fra i fattori che possono aver contribuito a far emergere l'iceberg dei divari fra nord e sud del Paese pare utile richiamare la svolta federalista di inizio secolo (che ha legittimato comportamenti di contrapposizione fra le diverse parti della penisola e di intolleranza nei confronti delle inefficienze) e il perdurare della crisi della finanza pubblica (che ha reso meno sopportabile il peso dei continui disavanzi sanitari). Ha inoltre giocato un ruolo importante la messa a punto da parte del Ministero dell'economia di strumenti di monitoraggio sempre più mordenti, che hanno documentato situazioni di grave dissesto. Ne è risultata una progressiva attenzione al rientro dagli eccessi di spesa e alla copertura dei disavanzi progressivi,

peraltro non accompagnata da un'analoga attenzione al superamento delle diseguaglianze in termini di assistenza garantita.

In effetti, il progressivo affinamento del sistema di premi e sanzioni sembra aver contribuito ad attenuare, negli ultimi anni, l'incentivo perverso che a lungo aveva spinto le regioni, anche le più virtuose, a chiudere i bilanci in disavanzo: l'aumento delle anticipazioni di cassa (in caso di bilanci in equilibrio) e il timore di sanzioni fiscali e politiche (in caso di disavanzo) sembrano aver contribuito all'adozione di comportamenti un po' più disciplinati. Ma il fattore determinante sembra essere stato la modifica delle aspettative di ripiano ex post da parte del Governo centrale. Sulle aspettative hanno influito la percezione di una crisi finanziaria sempre più grave (che lascia pochi spazi all'ottimismo), ma soprattutto l'istituzione di un meccanismo di finanziamento integrativo riservato esclusivamente alle regioni in profondo rosso, ovvero alle regioni segnate dal marchio del cattivo governo (anziché destinato indistintamente, come per il passato, a tutte le regioni). Il che è senza dubbio un importante passo avanti, ma a ben vedere presenta almeno due inconvenienti.

Primo, rischia di non essere sufficientemente stringente nei confronti delle regioni in forte disavanzo, che continuano ad avere aspettative di ripiano a carico del bilancio dello Stato, aspettative razionali in presenza di un fondo straordinario a loro riservato, ancorché dichiarato transitorio e ad esaurimento. Con conseguente minor impegno sul piano della riqualificazione dei servizi, vero tallone di Achille delle regioni più arretrate, che continuano con rivendicazioni lamentose a richiedere soprattutto maggiori finanziamenti e non anche maggiore rigore nel rispetto dei diritti dei cittadini ad un'assistenza di qualità.

Secondo, rischia di rendere conveniente, soprattutto in caso di alternanza della maggioranza politica al governo della regione, l'avvio di procedure di riconoscimento di gravi disavanzi, con lo scopo di essere ammessi ai finanziamenti straordinari riservati alle regioni in rosso e con il vantaggio di smorzare le tensioni e la fatica che inevitabilmente una politica di rigore comporta per l'esecutivo. L'esperienza insegna infatti che tra contenziosi con i fornitori, ritardi negli adeguamenti delle tariffe e dei rinnovi contrattuali, conguagli sulla mobilità interregionale, lunghe controversie con i Policlinici e gli Irccs, accantonamenti provvisori e

accertamenti delle entrate, valutazione delle scorte e contestazioni degli addebiti (e non si tratta che di alcuni esempi, per non parlare degli artifici contabili e dei comportamenti illeciti), i bilanci della sanità presentano margini di flessibilità che, per quanto in gran parte fisiologici, consentono a una nuova amministrazione di sovrastimare i disavanzi pregressi, di precostituirsi margini politici di negoziazione e di denunciare punti di partenza meno sfidanti o comunque più facilmente migliorabili.

Nonostante i progressi compiuti, il problema resta quindi di non facile soluzione. Molto dipende dalla fermezza con la quale il Governo nazionale e l'insieme delle regioni decideranno di percorrere la strada della responsabilizzazione. Il che, in un periodo di ristrettezze economiche, dipende dalla volontà di salvaguardare, anche a costo di importanti sacrifici, il carattere nazionale e pubblico del servizio sanitario. E *il manifesto del nuovo welfare*, contenuto nel libro bianco del ministro pro tempore Sacconi, che propone l'alleanza tra mercato e solidarietà e si sostanzia in un robusto welfare negoziale, non costituisce certo motivo di ottimismo. Né è motivo di fiducia l'inconsistenza della politica sanitaria nazionale, frutto di un Ministero della salute ripiegato su se stesso, che si è per lo più limitato a prendere atto delle gravi carenze di alcune realtà territoriali e non ha saputo svolgere il ruolo di guardiano dei livelli essenziali di assistenza. E così i vincoli di bilancio si sono sostituiti agli obiettivi di salute, l'uso privato della sanità pubblica ha soppiantato la centralità dei fini sociali, e la programmazione nazionale fondata sui bisogni della collettività è divenuta l'eccezione piuttosto che la regola.

Resta un'ultima considerazione.

Il d.m 17.12.2008 per la *governance* del settore socio-sanitario ha previsto l'attivazione di nuovi flussi informativi, che hanno recepito il lavoro della Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei Lea per il riordino delle prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari con appropriate classificazioni e standard qualificanti. I nuovi flussi incentrati sui volumi di offerta appaiono un'utile opportunità per quantificare la spesa, tanto che il nuovo Patto per la salute afferma che la valorizzazione delle prestazioni in essi registrate dovrà coincidere con i valori riportati per l'assistenza residenziale e domiciliare nei modelli ministeriali di rilevazione dei livelli di assistenza, LA. Un importante passo avanti sul

terreno della integrazione socio-sanitaria e del riconoscimento delle cure extraospedaliere, ma soprattutto per la condivisione delle informazioni. In questa direzione, di condivisione delle informazioni, si orientano sia la legge delega sul federalismo fiscale sia la nuova legge di contabilità e finanza pubblica, quando rilanciano l'armonizzazione delle codifiche di bilancio.

Concludendo, tra passi avanti e passi indietro, la sanità dell'ultimo decennio appare incerta e contraddittoria, impegnata in prove tecniche di stabilità per ora solo avviate e sulle quali il prossimo decennio dovrà esercitarsi con inusuale fermezza.

Riferimenti bibliografici

Caruso, E.

2001 *Spesa, finanziamento e disavanzi nella sanità: la dinamica delle regioni*, Politiche Sanitarie, vol. 2, n. 2.

Corte dei Conti

2009 *Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni*, Roma.

Dirindin, N.

2009 *Federalismo fiscale: rischio o opportunità?*, Politiche sanitarie, vol. 10, n. 4, p. 202-208.

Docteur, E., H. Oxley

2003 *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD Health Working Papers.

Lisac M., K. Blum, S. Schlette

2008 *Changing Long-established Structures for More Competition and Stronger Coordination – Health Care Reform in Germany in the New*

Millennium, in Health Systems and Health Reform in Europe, Intereconomics, p.184-189.

Koettl, J.

2008 *Yardstick competition among multiple non-competing health insurance funds: the case of Austria*, World Bank, Washington, D.C.

Massicci, F.

2008 *Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro*, in Monitor, n.22, Age.na.s, Roma.

McDaid, D., A. Oliver

2008 *A Comparative Analysis of Health System Reform across England and Scotland*, in Health Systems and Health Reform in Europe, Intereconomics, p.195-200.

Pica, F.

2004 *Nota di riflessione per l'Alta Commissione*, mimeo.

Saltman, R. B.

2007 *Decentralisation, re-centralisation and future European health policy*, European Journal of Public Health, Vol. 18, n. 2, p.104-106.

Wagstaff, A.

2007 *Social Health Insurance Reexamined*, World Bank Policy Research Working Paper 4111, Washington, D.C.

Wagstaff, A.

2009 *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health System- Evidence from Oecd*, World Bank Policy Research Working Paper 4821, Washington, D.C.

World Health Organization,

2000 *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, WHO, Geneva, 2000.