

La *governance* della politica sanitaria in Europa tra decentramento e ri-accentramento: alcuni casi a confronto

Franca Maino

ABSTRACT

The article analyses the health care reforms carried out by several European countries during last 20 years; it specifically focuses on the process of decentralization concerning political, financial and organizational competences. In the first section, the concept of health care decentralization is discussed; then the different health care systems of Norway, Sweden, UK and Spain will be compared, confronting their recent reforms and the balance between decentralization and re-centralization in their health care systems. In particular, the article addresses two main questions: the first one concerns the impact of such national reforms on intergovernmental relations, especially those between the State and the regions; the second questions relates instead to the impact of reforms on the organization and delivery of health care services. What comes out, in conclusion, is that differences in efficiency, quality and equity could depend on specific governance mixes of decentralization and re-centralization.

KEY WORDS • Health care reforms • Decentralization • Re-centralization • Health care regionalization

1

Introduzione

Negli ultimi trent'anni si è sviluppato un ampio dibattito sui processi di decentramento sanitario. Le posizioni favorevoli al decentramento di questo settore di *policy* partono dall'ipotesi che sistemi sanitari decentrati possano assicurare il raggiungimento di una maggiore efficienza, efficacia ed innovazione nonché una più elevata partecipazione dei cittadini ai processi di produzione di salute. Dal dibattito si è passati alle sperimentazioni e molti paesi hanno introdotto soluzioni diverse di decentramento e di coinvolgimento dei livelli inferiori di governo nella definizione e

poi attuazione delle politiche sanitarie, dando luogo a veri e propri processi di regionalizzazione dei servizi sanitari. Negli ultimi anni, tuttavia, sembra aver ripreso fiato un dibattito che si interroga più a fondo sulla bontà del decentramento e sull'utilità di ri-accentrare in capo al governo nazionale almeno alcune competenze, senza necessariamente privare di responsabilità i governi sub-nazionali. Di conseguenza, alcuni paesi hanno sperimentato forme di ri-accentramento delle competenze di *policy*. Al di là delle diverse soluzioni adottate in termini di decentramento e al di là delle diverse combinazioni possibili di decentramento politico, fiscale e amministrativo, in tempi di risorse scarse e di crescita della domanda di cura ed assistenza (nonché di attenzione all'aspetto della qualità), il tema dei rapporti tra livelli decisionali continua a venire esplorato per interrogarsi sulle opzioni praticabili per tenere sotto controllo i costi e, allo stesso tempo, intervenire sull'efficienza del sistema.

Questo articolo mira ad illustrare quanto avvenuto in alcuni paesi che, sebbene in periodi diversi, hanno sperimentato un forte coinvolgimento del livello intermedio di governo nella gestione della politica sanitaria. I paesi presi in considerazione sono la Norvegia, la Svezia, il Regno Unito e la Spagna. Sono tutti paesi con sistemi sanitari nazionali¹, pur appartenendo a famiglie di welfare differenti. Riprendendo la classificazione di Ferrera (1993 e 1998), i primi due appartengono ai sistemi di welfare universalistici tipici dell'area scandinava; il Regno Unito appartiene alla famiglia dei welfare state anglosassoni; la Spagna rappresenta invece il modello sud-europeo di protezione sociale. Inoltre si è scelto di prendere in considerazione quei paesi in cui i poteri decisionali, organizzativi e fiscali sono stati trasferiti a un livello di governo *meso* dotato di competenze di tipo politico-amministrativo, mentre non è stato considerato il decentramento funzionale caratteristico dei sistemi sanitari di tipo assicurativo.

La scelta di questi casi si giustifica alla luce del fatto che si tratta di paesi che prima o poi hanno sperimentato un processo di decentramento. Due di questi (Norvegia e Svezia) hanno recentemente approvato riforme volte a ri-accentrare le competenze sanitarie. Il Regno Unito ha invece sperimentato un processo di decentramento tardivo che sta producendo una grande differenziazione in un sistema sanitario tradizionalmente centralizzato e molto uniforme. In Spagna il decentramento ha per lungo tempo riguardato solo poche Comunità autonome e solo

1. I sistemi sanitari nazionali sono sistemi pubblici, finanziati principalmente attraverso la fiscalità generale, che assicurano a tutti i cittadini una ampia gamma di servizi sanitari gratuiti o semi-gratuiti. Questo modello, nella sua versione pura, eroga direttamente la maggior parte delle prestazioni e dei servizi avvalendosi di strutture di proprietà del servizio sanitario e da personale da esso dipendente.

nell'ultimo decennio è stato esteso a tutto il territorio contribuendo ad un rafforzamento istituzionale anche di quelle Comunità che tradizionalmente avevano goduto di scarsa autonomia politico-istituzionale e finanziaria.

Attraverso questa analisi si possono quindi comprendere meglio le diverse configurazioni che la *governance* sanitaria può assumere nei diversi contesti e cogliere la grande variabilità dei fenomeni ricompresi dalla dimensione decentramento-accentramento. Dopo aver illustrato più dettagliatamente – facendo riferimento all'ampia letteratura sul tema – che cosa si intende per decentramento sanitario, si passa all'analisi dei quattro casi, ovvero Norvegia, Svezia, Gran Bretagna e Spagna. Lo scopo è quello di descrivere l'assetto complessivo del modello di intervento sanitario; il ruolo del livello intermedio di governo all'interno di questo assetto (sotto il profilo regolativo, finanziario e gestionale); i cambiamenti intervenuti nel corso del tempo che hanno riattribuito le competenze ai due livelli di governo contribuendo o ad un ulteriore decentramento o, viceversa, ad un processo di ri-accentramento in capo al governo centrale, cercando di coglierne le ragioni. Il paragrafo conclusivo cerca di riportare ad un quadro unitario la lettura che si è data delle trasformazioni in atto in tema di accentramento/decentramento/ri-accentramento e sanità e di mettere a confronto i casi trattati.

2

Il decentramento sanitario

In campo sanitario il decentramento non costituisce una novità dell'ultimo decennio. Nei sistemi sanitari europei (in particolare nei paesi con un servizio sanitario nazionale) è possibile identificare almeno due fasi nei processi di decentramento (Ferrera 2005; Rico e León 2005). La prima si è svolta a partire dagli anni Settanta e ha visto i paesi scandinavi trasferire funzioni e competenze ai livelli sub-nazionali di governo: da un lato le contee in Svezia e Norvegia e dall'altro le municipalità in Danimarca e Finlandia. La seconda fase, invece, ha inizio negli anni Novanta e appare maggiormente ispirata da obiettivi di efficienza economica e di responsabilizzazione finanziaria degli enti pubblici sub-nazionali, spesso anche con finalità, non dichiarate dal livello statale, di *blame avoidance* (Waver 1986), ovvero di attribuzione di responsabilità per evitare di essere riconosciuti come responsabili di «tagli» alla spesa sanitaria e di razionalizzazioni dei sistemi in quanto tali.

Inoltre non va dimenticato che il dibattito sull'utilità o meno del decentramento (in generale ma soprattutto con riferimento al settore sanitario) deve tenere conto del fatto che, da un lato, il concetto appare ab-

bastanza vago e, per certi versi, ambiguo, visto che sotto questo termine possono essere raggruppate scelte abbastanza differenti fra loro e, dall'altro, non vi sono risultati scientifici tali che permettano con certezza di affermare la superiorità, in termini di efficienza, efficacia e partecipazione, di sistemi decentrati rispetto a quelli più centralizzati (Maino e Pavolini 2008).

La letteratura che si è occupata di questi temi ha quanto meno individuato i principali obiettivi che sono alla base dei processi di decentramento in sanità (Bankauskaite 2005): contenimento dei costi grazie alla riduzione dei livelli di burocrazia e alla maggiore conoscenza, da parte dei decisori locali rispetto a quelli nazionali, dei bisogni del territorio e contemporaneamente dell'offerta di prestazioni e servizi; efficienza allocativa grazie alla maggiore capacità delle amministrazioni decentrate di far coincidere la domanda con le risposte dei servizi, così come di avvicinare, direttamente ed indirettamente, i beneficiari degli interventi a coloro che li programmano e li gestiscono; partecipazione da parte delle comunità locali e dei cittadini alla costruzione del proprio sistema sanitario; maggiore integrazione tra il settore sanitario e quello socio-assistenziale per rispondere in modo più efficace alla sfida derivante dai processi di invecchiamento e di diffusione di malattie croniche, sfida che investe entrambi i settori e che va affrontata in modo sinergico.

In termini generali, con decentramento ci si riferisce a diversi tipi di cambiamento istituzionale che comportano un trasferimento di poteri e competenze da un livello superiore di una struttura gerarchica, ad esempio lo stato, ad uno o più livelli inferiori dotati di un certo grado di autonomia (Sharpe 1988; Dente 1989). Una prima distinzione riguarda il modo in cui i poteri vengono trasferiti. Sotto questo aspetto sono tre le forme possibili di decentramento: la deconcentrazione, la delega e la devoluzione di poteri (Mills 1990). Inoltre è rilevante distinguere sulla base delle competenze che vengono trasferite: legate al finanziamento o di tipo gestionale. Saltman e Bankauskaite (2006) hanno proposto di distinguere tra decentramento politico (o devoluzione), decentramento fiscale e decentramento amministrativo. Nel primo caso si trasferisce ad organi di governo politico sub-nazionale il potere di decidere e governare la sanità; nel secondo caso si trasferisce il potere di definire i criteri per incamerare e spendere le risorse finanziarie; nel caso del decentramento amministrativo il passaggio di poteri avviene fra apparati burocratici più centralizzati e apparati burocratici periferici e ha a che fare con le competenze attribuite all'apparato burocratico e quindi il ruolo svolto dai funzionari amministrativi nella gestione delle politiche pubbliche. In questo caso il decentramento può assumere forme differenti a seconda che il soggetto beneficiario della delega sia *pubblico* o *privato*.

Ritornando al modo di trasferimento dei poteri, si ha una *deconcentrazione* di funzioni (o decentramento burocratico) quando si trasferiscono solo competenze di tipo amministrativo e gestionale ed il livello inferiore si attiene all'applicazione di decisioni prese a livello centrale. Nella deconcentrazione l'autorità delegante può in qualsiasi momento revocare la delega di autorità all'organo a cui l'ha trasferita. A sua volta l'organo delegato gode di una autonomia limitata, che gli permette solo di scegliere gli strumenti operativi per raggiungere gli obiettivi fissati a livello superiore. Si tratta in genere di trasferimenti alla cosiddetta amministrazione periferica di uno stato rappresentata da uffici ed organi distribuiti sul territorio nazionale ma dipendenti dai ministeri centrali. Un esempio di deconcentrazione di competenze sanitarie è rappresentato dalla riorganizzazione del sistema sanitario inglese nel 1974. In quell'occasione vennero create autorità sanitarie distrettuali e di area (*District e Area Health Authorities*) con il compito di gestire una rete di strutture ospedaliere e sanitarie di base fino a quel momento frammentata. Con quella riforma la responsabilità del *National Health Service* ha continuato a risiedere nel Dipartimento di Sanità e Sicurezza Sociale (*Department of Health and Social Security*), e pertanto è stata decentrata solo l'autorità amministrativa e non quella politica. La successiva riforma del 1982 ha rimosso le *Area Health Authorities* e rafforzato ulteriormente i poteri e le competenze del livello distrettuale, senza tuttavia che venisse intaccata la struttura altamente accentratrice del *National Health Service* (Klein 1989). Anche in occasione della riforma del 1991 si è a lungo discusso se l'obiettivo del governo fosse quello di decentrare (nel senso di deconcentrazione) o se fosse quello di accentrare ulteriormente le competenze a livello centrale.

Se si trasferiscono funzioni di tipo amministrativo-gestionale (come nella deconcentrazione) ma ad organizzazioni che non dipendono strettamente, o hanno un grado minore di dipendenza, dalle strutture amministrative attraverso cui il governo centrale esercita la propria azione, siamo invece in presenza di una *delega* di poteri e funzioni. A ricevere la delega sono in genere enti pubblici (i cosiddetti enti parastatali) incaricati di svolgere funzioni specifiche. In questo caso vi sono vincoli minori rispetto alla deconcentrazione ma maggiori rispetto alla devoluzione. I governi centrali possono mostrarsi disponibili alla delega dei poteri per evitare l'inefficienza della gestione diretta da parte delle strutture centrali e la crescita dei costi, oltre che per godere dei vantaggi di una struttura più flessibile.

Quando si trasferiscono anche poteri di decisione e di programmazione, insieme ad un grado più o meno consistente di autonomia finanziaria, siamo di fronte ad una *devoluzione* di poteri. La devoluzione implica un livello considerevole di responsabilità politica e finanziaria da parte

dei livelli di governo inferiori, per quanto variabile da caso a caso. Siamo quindi in presenza di istituzioni largamente indipendenti dal governo centrale e non di unità amministrative subordinate come nei due casi precedenti. La responsabilità politica discende in generale dall'elezione diretta dei politici locali da parte dei cittadini², mentre quella finanziaria deriva dalla possibilità di imporre tasse o tributi a livello locale. Vi possono essere comunque casi in cui ad una piena responsabilità politica non corrisponde una altrettanto piena responsabilità finanziaria. Questo si verifica in quei paesi in cui prevale un sistema di finanza derivata per cui la maggior parte delle risorse è trasferita dal centro. In questo caso il decentramento politico è almeno in parte limitato dalla mancata autonomia sul versante fiscale.

Per quanto finanziariamente autonomo un livello di governo decentrato debba e possa essere, infatti, le sue risorse non saranno mai sufficienti per coprire l'intero ammontare di spesa. Si rende quindi necessario finanziare la politica sanitaria con anche un contributo che proviene dal governo centrale. Il finanziamento dei servizi offerti localmente, come quelli sanitari, solleva quindi il problema di carattere generale di stabilire i tributi (imposte generali, imposte di scopo, contributi e tasse) con cui finanziare sia i trasferimenti destinati ai livelli standardizzati e uniformi che la spesa destinata alla fornitura dei livelli *sovra-standard*. In linea di principio, la fiscalità generale dello stato dovrebbe provvedere al fabbisogno relativo ai livelli standard e non vi sarebbe quindi la necessità di individuare tributi con caratteristiche specifiche. Se non che, trattandosi di finanziamenti rivolti all'erogazione di servizi specifici, è più coerente ricorrere ad imposte di scopo come i contributi sanitari che solo nominalmente possono essere definiti tributi regionali. Al secondo fabbisogno deve invece provvedere un sistema di tributi propri che devono avere alcuni requisiti (Petretto 1998): essere «visibili» in modo da favorire la responsabilizzazione delle autorità di fronte agli elettori regionali, fornire un gettito sufficiente a garantire margini significativi di autonomia, gravare su basi imponibili che limitino al massimo i fenomeni dell'esportazione e della competizione fiscale. Pertanto la base imponibile regionale deve essere il meno possibile mobile e distribuita sul territorio nel modo meno diseguale possibile. Il fatto che il governo centrale finanzia in maniera maggiore o minore la sanità può costituire un vincolo alla spesa e alle scelte gestionali dei livelli inferiori che ricevono i trasferimenti. La questione del finanziamento cela quindi un grande potenziale di conflitto nei rapporti tra il centro e le periferie, le seconde interessate a non subire

2. Il decentramento politico o devoluzione presuppone, oltre all'elettività delle cariche, anche la presenza di un territorio delimitato sui cui gli eletti esercitano i loro poteri (Dente 1989).

costrizioni da parte del primo ma, allo stesso tempo, bisognose di ricevere i sussidi.

Non va dimenticato, infine, che il problema del finanziamento si lega strettamente con quello della perequazione tra stati nei sistemi federali e tra regioni nei sistemi unitari. A questo proposito il governo centrale è chiamato a svolgere un importante ruolo perequativo volto a ridurre le differenze tra le diverse unità sub-nazionali³. Due sono sostanzialmente i tipi di perequazione attuabili: quella verticale e quella orizzontale. La prima si basa sulla costituzione di un fondo a livello centrale che lo Stato gestisce direttamente trasferendo sussidi agli enti decentrati che necessitano di risorse. Con la perequazione orizzontale i trasferimenti vanno dagli enti locali «ricchi» a quelli «poveri» e sono il frutto di una libera contrattazione tra le parti. Il primo sistema è, rispetto al secondo, maggiormente sottoposto ai rischi insiti nella rinegoziazione e nella discrezionalità dello stato nella definizione dei sussidi, assecondando *ex-post* le esigenze delle regioni più deboli. In caso di perequazione orizzontale le regioni ricche si potrebbero opporre invece ad una espansione a posteriori del fondo perequativo. Il secondo tipo di perequazione offre i vantaggi maggiori quando sono azzerati i trasferimenti a destinazione vincolata per il finanziamento di servizi di interesse nazionale per i quali la contrattazione tra regioni non può funzionare. Nel caso della perequazione orizzontale si rende inoltre necessaria una sede istituzionale in cui gli enti sub-nazionali gestiscano consensualmente il meccanismo dei trasferimenti.

3

Processi di regionalizzazione e politiche sanitarie

I processi di decentramento hanno fatto sì che nei paesi europei i governi regionali iniziassero a sperimentare un notevole rafforzamento istituzionale, assumendo un ruolo sempre più centrale nei processi di formulazione ed implementazione delle politiche pubbliche. Una crescente domanda di autonomia ed una diffusa mobilitazione territoriale hanno contemporaneamente portato ad ampliare i poteri regionali e a sviluppare modalità di partecipazione delle regioni al *policy-making* sia nazionale che europeo (Baldi 2003). A partire dagli anni Sessanta erano state le politiche socio-economiche dello «stato del benessere» (crescita economica, occupazione, previdenza, sanità, eccetera) a rendere necessaria sia la de-

3. Attraverso il controllo sul finanziamento, lo stato assolve anche il compito di mantenere nazionale l'assistenza sanitaria rinsaldando il legame di solidarietà sociale che è stato alla base della nascita e del consolidamento dei sistemi nazionali di protezione sociale.

finizione di politiche nazionali in grado di perseguire obiettivi di crescita generale, di garantire standard minimi e di salvaguardare l'eguaglianza nelle prestazioni erogate ai cittadini, sia la formulazione di politiche locali, declinate a seconda delle specificità regionali, finalizzate a rispondere in modo mirato alle esigenze della cittadinanza a livello sub-nazionale. Il centro era diventato così dipendente dai livelli periferici di governo per quanto riguardava l'erogazione dei servizi e l'attuazione delle politiche nazionali e ne erano risultate modificate le relazioni intergovernative: da gerarchiche a relazioni basate sulla collaborazione.

A partire dagli anni Ottanta la crisi dei sistemi di welfare è venuta a rafforzare questa tendenza. Il risanamento dei conti pubblici ha favorito il processo di decentramento e l'introduzione di politiche di responsabilizzazione fiscale delle periferie parallelamente alla riorganizzazione degli apparati centrali. Il centralismo e la centralizzazione, che avevano caratterizzato lo sviluppo dei welfare state negli anni Sessanta hanno lasciato il posto ad una domanda di autonomia e devoluzione, come risposta alla fase di crisi e ai fallimenti del centro (Dente 1997). La devoluzione di competenze si è concentrata per lo più nei settori dello sviluppo economico, dell'occupazione, dei trasporti, dell'istruzione pubblica e della cultura, della sanità, della assistenza sociale e si è coniugata con l'attribuzione di crescenti poteri fiscali e di ordinamento locale alle periferie.

Il neo-regionalismo, oltre che per il riconoscimento di maggiori poteri, si caratterizza per lo sviluppo di canali politici e istituzionali che permettono alle regioni di prendere parte al *policy-making* nazionale. Si tratta in particolare dell'emergere di strutture di cooperazione e concertazione intergovernativa. Tali strutture mirano a garantire lo scambio di informazioni tra livelli di governo e a definire accordi di programma per raccordare le reciproche sfere di attività, coordinare le interdipendenze e promuovere interventi congiunti nei settori di responsabilità comune, predisporre meccanismi di concertazione in base ai principi di partenariato e sussidiarietà europei. A queste strutture si affiancano anche nuove forme di rappresentanza, tra cui le attività di *lobbying*. A queste ultime le regioni fanno soprattutto ricorso nei loro rapporti con il livello comunitario nel tentativo di aggirare i governi nazionali al fine di veicolare i loro interessi particolaristici a Bruxelles.

La letteratura che ha studiato il neoregionalismo ha anche messo in luce come si tratti, in larga misura, di un fenomeno di attivismo e protagonismo che si sviluppa nella periferia e procede verso l'alto nella misura in cui le regioni riescono a promuovere istanze presso i governi centrali e a negoziare provvedimenti che le riguardano. Le protagoniste sono quindi le regioni che dialogano con i governi nazionali ma che sono pronte a scavalcarli per interagire direttamente con le istituzioni comunitarie dove

necessario ed opportuno. Ed è proprio l'attivismo delle periferie che distingue il neoregionalismo dal regionalismo storico: quest'ultimo era avviato dallo stato centrale che mirava a ricomporre le diversità territoriali nel quadro di politiche unitarie (Baldi 2003). Il neo-regionalismo si sviluppa invece in seguito a pressioni che provengono dal basso e mira a valorizzare la diversità e le propensioni all'autonomia.

Il fatto che il processo di integrazione europea abbia aperto degli spazi per il coinvolgimento dei governi sub-nazionali, chiamati a dare attuazione alle politiche e alle direttive europee, contribuisce a rendere ancora più necessaria la cooperazione tra le regioni e i governi centrali. Non a caso a partire dagli anni Novanta le conferenze intergovernative conoscono una fase di espansione e di istituzionalizzazione divenendo sedi importanti per la concertazione e la presa di decisioni. I governi regionali, investiti della responsabilità gestionale dei fondi strutturali e divenuti interlocutori privilegiati dell'Unione Europea nel rapporto con il territorio, rafforzano la loro posizione istituzionale sia nei confronti del governo centrale che nei confronti dei governi locali, svolgendo una funzione di raccordo di tipo verticale.

Queste dinamiche sono state favorite, da un lato, dall'idea che livelli di governo sub-nazionali più responsabili fiscalmente potessero contribuire a contenere i costi di un settore sottoposto a forti pressioni espansive e, dall'altro lato, dalla grande visibilità pubblica della sanità. Mentre i governi centrali hanno via via considerato la politica sanitaria una questione sempre più divisiva e onerosa sotto il profilo finanziario e organizzativo-gestionale (e quindi potenziale fonte di impopolarità tra i cittadini), i livelli sub-nazionali di governo si sono al contrario mostrati sempre più attratti dalle opportunità di guadagnare consensi attraverso la differenziazione di regole e programmi sanitari. Da questo punto di vista l'Unione Europea ha giocato un ruolo importante e di stimolo. Essa ha costretto i paesi membri a fare i conti con il contenimento della spesa pubblica e quindi ad adottare delle strategie che, attraverso il decentramento, coinvolgessero anche i livelli inferiori di governo. Il processo di integrazione europea ha anche favorito la diffusione di prassi di collaborazione tra livelli istituzionali di governo nella forma di patti o accordi siglati tra il governo centrale e i governi regionali.

Il riformismo sanitario degli anni Novanta ha quindi significato una fase di maggiore «protagonismo» del centro che ha dovuto disegnare e portare a compimento le riforme. In particolare, in alcuni paesi il processo di managerializzazione della sanità pubblica è stato affiancato da una riduzione dell'accentramento burocratico e dal trasferimento di responsabilità sanitarie ai livelli amministrativi inferiori, dando luogo ad un processo di progressivo rafforzamento dei livelli inferiori di governo che va

sotto il nome di «regionalizzazione della sanità» (Maino 1999 e 2001). In molti paesi i livelli sub-nazionali erano già coinvolti nella gestione della sanità. Con gli anni Novanta, in una fase di crisi economico-finanziaria, competenze amministrative ma soprattutto finanziarie sono state trasferite in modo più chiaro che in passato al livello regionale anche al fine di scaricare ai livelli inferiori di governo. Se la regionalizzazione ha significato oneri finanziari maggiori per il livello *meso*, essa ha anche offerto alle regioni la possibilità di dare attuazione al processo di managerializzazione della sanità. La regionalizzazione inoltre ha chiamato le regioni a prendere decisioni importanti in merito alle sfide e alle soluzioni da adottare.

4

Processi di ri-accentramento nella sanità norvegese

La Norvegia si è caratterizzata, sin dalla fine degli anni Sessanta, per un sistema sanitario altamente decentrato, sebbene – a differenza degli altri paesi scandinavi – le funzioni di finanziamento e di erogazione delle prestazioni siano sempre state separate e in particolare il centro abbia mantenuto il potere di decidere in merito alle risorse e ai criteri del loro trasferimento alle contee. Dal 1967 alle municipalità sono state attribuite le responsabilità per la programmazione, l'erogazione e il finanziamento della medicina di base e dell'assistenza per anziani favorendo una forte integrazione con il settore socio-assistenziale. Due anni dopo, nel 1969, la responsabilità amministrativa degli ospedali venne decentrata dal livello centrale alle contee.

Nel 2002, tuttavia, questo paese (nuovamente in controtendenza rispetto ai paesi scandinavi ma anche al resto dei paesi europei) ha approvato una riforma del proprio servizio sanitario che ha trasferito dalle contee al governo centrale il potere decisionale in materia di organizzazione e gestione degli ospedali. Le ragioni principali di questo ri-accentramento hanno a che fare con l'obiettivo di accrescere l'efficienza degli ospedali norvegesi, di ridurre le lunghe liste di attesa e di uniformare l'offerta di servizi sul territorio (Axelsson *et al.* 2007).

La riforma sanitaria del 2002, oltre ad aver tolto la proprietà degli ospedali alle contee trasferendola allo stato, ha sostituito le 19 contee con 5 ampie «regioni sanitarie» guidate da comitati nominati dal Ministero della Salute. Il compito di queste strutture sanitarie è quello di coordinare la politica sanitaria sul territorio e acquistare servizi per conto dei cittadini. Contemporaneamente, agli ospedali è stata attribuita una maggiore autonomia e la responsabilità di gestione delle strutture ospedaliere con un approccio ispirato ai principi della concorrenza amministrata.

L'autorità centrale ha quindi ottenuto il compito di allocare il budget,

definire gli standard sanitari, monitorare e valutare i risultati ottenuti dalle strutture sanitarie sul territorio. Le autorità sanitarie regionali sono invece ritenute responsabili per la programmazione e l'erogazione dei servizi e delle prestazioni nella loro area di competenza. La nuova distribuzione di compiti e responsabilità tra i due livelli di governo ha sollevato tuttavia nuove tensioni tra centro e periferia. In particolare il livello *meso* – dopo più di un trentennio di autonomia decisionale e organizzativa – ha considerato le decisioni e gli interventi del centro alla stregua di veri e propri «atti di intrusione» (Mosca 2006).

Quali fattori spiegano il processo di ri-accentramento della sanità norvegese? Come ha sottolineato Moller Pedersen (2002) un ampio e acceso dibattito sulla proprietà degli ospedali (se dovesse spettare al centro o alle contee) era in atto sin dagli anni Ottanta. Questo dibattito faceva leva sul fatto che gli ospedali non fossero in grado di gestire in maniera efficace l'offerta di servizi producendo lunghe liste di attesa, tassi di produttività decrescente, disservizi per i cittadini. In aggiunta la gestione degli ospedali da parte delle contee aveva prodotto livelli elevati di differenziazione nell'offerta di prestazioni e servizi mettendo in discussione il principio dell'equità territoriale. Il ri-accentramento sanitario è quindi interpretabile come la risposta a questi problemi nel tentativo, attraverso il controllo decisionale unito a quello finanziario da parte del centro e attraverso la creazione delle cinque strutture sanitarie regionali, di produrre economie di scala dal punto di vista della gestione economica del sistema sanitario e di ridurre la conflittualità tra stato e contee. In realtà su quest'ultimo fronte la riforma sembra per ora avere più che altro spostato le tensioni dalle contee alle nuove strutture sanitarie regionali che in realtà, viste le loro dimensioni potrebbero rappresentare un attore più forte e maggiormente in grado di opporsi al governo centrale. Oggetto del contendere è la definizione dell'esatta distribuzione di responsabilità tra stati e «regioni sanitarie» (Maino e Pavolini 2008). Le autorità regionali accusano il centro di interferire in decisioni importanti quali ad esempio la chiusura o la riconversione di unità o dipartimenti ospedalieri e di voler rafforzare gli strumenti di monitoraggio della performance sanitaria introducendo anche forme di sanzioni per quelle strutture che ottengono risultati non adeguati. Il centro, a sua volta, accusa le regioni sanitarie di attribuire la responsabilità relativa alla qualità dei servizi alle restrizioni finanziarie decise dal governo centrale.

L'aspetto interessante nel caso norvegese è il fatto che il ri-accentramento è stato di natura politica e fiscale ed ha contribuito a saldare nelle mani del governo centrale il potere decisionale e il controllo del sistema di finanziamento della sanità, scardinando quindi un sistema sanitario fortemente decentrato che faceva perno sul ruolo delle contee

(e delle municipalità per quanto riguarda la medicina di base). Contemporaneamente però si è assistito ad un processo di decentramento amministrativo che ha portato alla costituzione delle autorità sanitarie regionali con il compito di programmare e gestire la politica della salute sul territorio. Questo secondo processo ha anche coinciso con l'introduzione di strumenti di concorrenza amministrata fino a quel momento poco presenti nel sistema sanitario norvegese rispetto a quanto avvenuto in Svezia (ma anche nel resto della penisola scandinava).

5

Il sistema sanitario svedese e il ruolo delle contee

Dalla fine degli anni Ottanta ad oggi, il servizio sanitario svedese ha conosciuto una graduale trasformazione finalizzata al contenimento dei costi e al miglioramento dell'efficienza del sistema. Il cambiamento ha coinvolto direttamente i diversi livelli di governo e ha implicato – negli anni Novanta – un ulteriore decentramento delle competenze in capo alle contee. Tale decentramento non è stato tuttavia in grado di porre rimedio ad alcuni problemi di gestione dei servizi e di ridurre le liste di attesa⁴ mentre ha contribuito ad accrescere la differenziazione nell'offerta di servizi e prestazioni tra le diverse contee e a far emergere problemi di coordinamento tra le strutture sanitarie diffuse sul territorio. Per questa ragione, a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, il governo centrale ha provato – riuscendoci sinora solo in misura limitata – a rafforzare il suo controllo sulla gestione del sistema sanitario (Maino *et al.* 2007).

Le riforme sanitarie degli anni Novanta, improntate ai principi della *managed competition* e volte a favorire la libertà di scelta e l'introduzione di un regime concorrenziale (Maino 2001) si sono quindi intrecciate con i processi di rafforzamento delle contee da attuarsi attraverso il decentramento sanitario sia di tipo politico che di tipo fiscale. Conseguenza delle riforme sanitarie introdotte tra il 1992 e il 1995 è stata la valorizzazione di un modello organizzativo che facesse riferimento ad autorità di dimensioni regionali trasformando le contee da centri di decentramento amministrativo ad unità di decentramento decisionale.

Più concretamente, nel sistema sanitario svedese è stata realizzata la separazione delle responsabilità di finanziamento e di gestione delle strutture di assistenza sanitaria che prima erano entrambe affidate ai consigli di contea, non consentendo l'esercizio di un'effettiva autonomia decisionale dal momento che acquirente e produttore di servizi coincideva-

4. A partire dal 2005, infatti, il sistema sanitario svedese si è impegnato a rispettare la formula «0-7-90-90» per la fissazione dei tempi massimi di attesa (sul punto si rimanda a Toth 2009, pp. 102-104).

no. La separazione dei ruoli di finanziamento e di produzione si è realizzata mediante l'istituzione di unità di acquisto indipendenti dai centri di cura, a loro volta dotati di maggiore autonomia. Questo disegno di riforma si è completato con l'introduzione di meccanismi di compenso a prestazione e l'attribuzione agli utenti della possibilità di scelta delle strutture sanitarie (Maino 2001).

Il nuovo assetto del sistema sanitario svedese che si è delineato nel corso degli anni Novanta è la risultante dell'interazione di due forze di cambiamento di segno opposto: la prima, con un orientamento *top-down*, ha avuto come fulcro il livello centrale ed è stata rappresentata da un progetto di riforma governativo⁵; la seconda, di tipo *bottom-up*, ha avuto origine a livello decentrato e si è concretizzata in una serie di sperimentazioni e di misure innovative introdotte autonomamente da alcune contee. Tra il 1992 ed il 1995, ad esempio, dodici contee su ventisei avevano adottato strumenti per favorire la competizione tra acquirenti e produttori di prestazioni (Anell 1995; Bruce e Jonsson 1996). Dal 1993, inoltre, nelle contee di Stoccolma, Dala, Bohus e Orebro la fornitura di servizi ospedalieri di breve degenza veniva finanziata sulla base di accordi contrattuali con gli acquirenti mentre le restanti contee avevano scelto di continuare ad adottare metodi tradizionali di finanziamento e controllo⁶.

Molti studiosi si sono interrogati sulle cause che hanno portato le contee ad assumere un ruolo di primo piano nel processo di riforma della sanità svedese. Di fronte all'accelerazione della crescita della spesa nel corso degli anni Ottanta il governo aveva imposto ai consigli di contea un limite all'espansione dei servizi sanitari pari al 2% annuo mettendo – secondo Diderichsen (1993) – in una situazione difficile la *leadership* locale (responsabile per i servizi), schiacciata tra le restrizioni economiche imposte dall'alto, la crescita della spesa determinata dai medici e infine le richieste dell'utenza. Inoltre, nello stesso periodo, i consigli di contea erano stati oggetto di critiche per il loro duplice ruolo: sia responsabili del finanziamento dei servizi sanitari che responsabili della produzione delle prestazioni sanitarie. Occupare una posizione tanto scomoda aveva favorito la reazione dell'élite locale di alcune contee che avevano quindi scelto la

5. Una Commissione parlamentare (*Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care*, conosciuta come HSU 2000) fu istituita nel 1992 con l'incarico di stimare le risorse necessarie al funzionamento del sistema sanitario fino al 2000 e di individuare le modalità di finanziamento più idonee.

6. Secondo Diderichsen (1993) il fatto che nella prima metà degli anni Novanta solo alcune contee abbiano scelto di introdurre meccanismi di concorrenza amministrata non è dipeso tanto dal colore politico dei consigli di contea quanto dalle difficoltà finanziarie, che avevano fatto sì che alcune contee fossero prive delle risorse per procedere nella riforma del sistema sanitario regionale.

strada dell'aziendalizzazione per risollevarne le sorti dei loro servizi sanitari.

L'aziendalizzazione ha quindi comportato sia la separazione tra acquirenti e produttori che la de-politicizzazione degli organi preposti alla gestione sanitaria al fine di superare le contraddizioni e le sovrapposizioni di ruolo degli organi politici. Questo duplice obiettivo è stato, secondo Anell (1995), raggiunto in modo diverso nelle varie contee. Alcune hanno concentrato l'attività politica a livello di consiglio di contea e abolito i comitati politici degli ospedali e dei centri sanitari di base, favorendo in questo modo la creazione di un unico grande acquirente di contea. Altre hanno cercato di sviluppare una rete di numerosi piccoli acquirenti a livello locale. Anche in questo caso i comitati politici hanno cessato di essere responsabili per la gestione degli ospedali. Dato che il governo svedese ha posto dei tetti all'innalzamento ulteriormente del gettito fiscale locale, alle contee non è rimasto che continuare (o intraprendere, nel caso delle contee ritardatarie) il processo di aziendalizzazione, dovendo anche scegliere se aumentare il coinvolgimento finanziario dei cittadini o se incoraggiare lo sviluppo del settore privato.

Il caso svedese risulta interessante per due ragioni. In primo luogo, la Svezia ha sostanzialmente sfruttato la struttura decentrata di cui disponeva per introdurre meccanismi di concorrenza nella gestione sanitaria, facendo assumere al livello intermedio un ruolo di primo piano nell'effettiva riorganizzazione del sistema sanitario a fini di contenimento della spesa sanitaria e di razionalizzazione dell'offerta. In secondo luogo, la peculiarità dell'approccio di riforma svedese consiste nella decisione di sfruttare le caratteristiche di decentramento del sistema per sperimentare contemporaneamente opzioni alternative di organizzazione sanitaria e di qui trarre indicazioni sulle effettive possibilità di implementazione su scala più ampia (Maino 2001).

In Svezia quindi la questione delle relazioni tra centro e periferia e l'attribuzione delle responsabilità in campo sanitario hanno continuato ad essere temi particolarmente rilevanti e al centro dell'agenda politica. Per fronteggiarli, nel 2003 il governo ha istituito una commissione *ad hoc* con il compito di rivedere l'intero sistema di competenze e la divisione di compiti e responsabilità in campo sanitario. Parallelamente si sono levate numerose voci a favore di uno svuotamento delle competenze delle contee in materia sanitaria. Fino ad oggi questo non si è verificato, tuttavia anche in Svezia ci si sta interrogando su soluzioni che (così come è avvenuto in Norvegia ed è stato discusso nella sezione precedente) riportino il potere in capo al governo centrale.

6

Riforme sanitarie e devolution in Gran Bretagna

Nel corso di questi ultimi due decenni il National Health Service (NHS) britannico è stato oggetto di numerose e incisive riforme che tuttavia non hanno mai messo in discussione i capisaldi del modello sanitario universalistico e solo nell'ultimo decennio hanno modificato il sistema di responsabilità tra governo centrale e governi sub-nazionali. La Gran Bretagna, infatti, solo dalla fine degli anni Novanta ha imboccato la strada del decentramento politico (senza tuttavia coniugarlo con misure di decentramento fiscale). Seguendo quindi la prospettiva funzionale proposta da Saltman e Bankauskaite (2006) possiamo interpretare molti aspetti delle riforme sanitarie in termini di decentramento amministrativo e affermare che con il processo di *devolution* inaugurato da Blair nel 1997 si sia data attuazione al decentramento politico in campo sanitario.

La stagione delle riforme ha avuto con il *NHS and Community Care Act* del 1990, approvato dall'allora primo ministro Margaret Thatcher, che introduce il cosiddetto «mercato interno», ovvero la separazione delle responsabilità di acquisto da quelle di produzione ed erogazione dei servizi. Queste funzioni in precedenza erano svolte dalle *District Health Authorities* (DHAs) che fungevano da offerenti monopolistici dei servizi sanitari. Con la riforma le DHAs vennero trasformate in sponsor ed acquirenti dei servizi per conto della popolazione residente nel loro territorio. Ai produttori operanti sia nel settore pubblico che in quello privato spettava invece l'erogazione dei servizi che poi potevano essere acquistati selettivamente dai manager delle *Health Authorities* in base al criterio del «*better value for money*», vale a dire in base al miglior rapporto costi-efficacia. Le relazioni tra acquirenti e produttori erano di tipo contrattuale e le dinamiche di tipo mercantile e competitivo (Maino 2001). Il finanziamento rimaneva fiscale, ma cambiavano i criteri in base ai quali doveva avvenire la distribuzione sul territorio: non più con riferimento ai livelli di offerta ma su base capitaria. La riforma prevedeva cambiamenti anche a livello di medicina di base. In particolare vennero introdotti dei bilanci (*practice budgets*) per gli studi di medicina generale (*GP fundholders*) che operando con più di 9.000 pazienti erano disposti a produrre o ad acquistare direttamente per i propri assistiti un insieme definito di servizi (ambulatoriali, diagnostici, e ospedalieri).

Molti osservatori hanno sostenuto che il mercato interno introdotto con la riforma del 1990 non sia stato in grado di perseguire gli obiettivi di controllo e riduzione della spesa a cui mirava (Saltman e von Otter 1995). La riforma Thatcher, presentata all'opinione pubblica come lo strumento per decentrare il processo decisionale al livello più basso pos-

sibile e rafforzare il potere di scelta dei cittadini, ha contribuito in realtà ad accentrare ulteriormente il sistema sanitario piuttosto che decentrarne le competenze ai livelli inferiori (Paton 1993; Giaimo e Manow 1997). Tutte le funzioni di programmazione e indirizzo, infatti, vennero affidate al Ministero della Sanità e in nessun modo la legislazione sanitaria del 1990 ha comportato un rafforzamento del processo democratico ai livelli inferiori di governo. Obiettivo del governo Thatcher e del successivo governo Major era quello di trasferire le logiche mercantili dentro il settore pubblico e quindi di attuare un decentramento di tipo amministrativo ridefinendo il quadro degli attori del HNS, senza tuttavia accrescere i poteri decisionali della periferia.

Per evitare i rischi di privatizzazione e per valorizzare il ruolo dei medici di famiglia e dell'assistenza sanitaria di base, il governo laburista di Blair ha messo a punto un programma di riforma, in attuazione dall'aprile 1997, che prevedeva lo smantellamento del sistema di mercato interno e l'abolizione del *fundholding*.

Si è trattato in primo luogo di riorganizzare i *Trusts*, ovvero le aziende pubbliche che erogano i servizi ospedalieri e territoriali. Il direttore generale viene affiancato da un consiglio di amministrazione, in cui sono presenti anche rappresentanti delle autorità locali, e da un consiglio dei sanitari, responsabile della gestione clinica dell'organizzazione. Compito delle aziende non è più solo quello di far quadrare i conti bensì quello di assicurare la qualità dei servizi. Rimane in vigore la distinzione tra *Health Authorities* (livello della programmazione) e *Trusts* (livello della produzione di servizi), ma il concetto di mercato interno è sostituito da quello di integrazione-cooperazione e lo strumento del contratto, tipico del rapporto tra acquirenti e produttori, è sostituito da quello di accordo di programma. In secondo luogo la riforma sancisce lo smantellamento del sistema del *fundholding*. L'assistenza sanitaria di base passa quindi ad essere gestita dai *Primary Care Groups* (PCGs), di cui devono fare parte tutti i medici di famiglia e tutto il personale operante nel settore delle cure primarie. Anche i *Primary Care Groups* possono diventare soggetti autonomi nell'amministrazione del bilancio e nel processo di committenza delle *Health Authorities* e diventare aziende produttrici di servizi di base (*Primary Care Trusts*). I *Primary Care Groups* ricevono dalle autorità sanitarie un finanziamento (budget unico) con il quale erogare le prestazioni di assistenza primaria e commissionare i servizi alle aziende ospedaliere e territoriali. Questi cambiamenti dovevano portare, nell'intenzione del governo laburista, ad un assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario no-

7. Queste proposte di riforma, apparse per la prima volta nel 1995 come manifesto programmatico del partito laburista, sono diventate nel 1997 un libro bianco dal titolo *The New NHS. Modern, Dependable*.

tevolmente semplificato rispetto a quello scaturito dalla riforma Thatcher, sostituendo la contrattazione con la concertazione tra *Health Authorities, Primary Care Groups, Trusts* e *Local Authorities*.

Di conseguenza, le riforme volute da Blair prevedevano un maggiore coinvolgimento a livello di programmazione delle autorità locali, i cui rappresentanti venivano chiamati a far parte degli organi di gestione delle nuove strutture sanitarie. Se a questo si unisce la grande autonomia e responsabilità attribuita ai *Primary Care Groups* e *Trusts*, l'assenza di qualsiasi forma di intervento centrale sul razionamento e sull'impiego delle risorse, e la definizione delle priorità da parte delle strutture gestionali periferiche, si può ipotizzare, al contrario dell'accentramento amministrativo perseguito dalla riforma del 1990, un rafforzamento dei livelli inferiori di governo, in questo caso quello più quello municipale che non quello *meso*.

A queste misure va aggiunto il fatto che il processo di devolution iniziato nel 1997 da Blair ha portato all'attribuzione, anche se in forma asimmetrica, di maggiore autonomia ai territori della Scozia, del Galles e dell'Irlanda del Nord. Questo ha avuto delle implicazioni importanti per il settore sanitario, soprattutto nel caso della Scozia che ha così ottenuto poteri legislativi in campo sanitario e qualche margine di discrezionalità sul versante fiscale. La conseguenza è che oggi il Regno Unito ha di fatto quattro sistemi sanitari differenti e politicamente autonomi. Il processo di devoluzione ha favorito la differenziazione in seno a un sistema sanitario che è sempre stato considerato tra i più centralizzati d'Europa. Blair ha realizzato un progetto di devoluzione di poteri dagli organi dell'amministrazione centrale a istituzioni, appositamente costituite, rappresentative delle comunità Nord irlandese, scozzese e gallese in quanto direttamente elette dai cittadini di tali comunità⁸. La *devolution* britannica ha assunto un profilo fortemente asimmetrico, adattandosi alle diverse realtà

8. Nella ricostruzione di Bianchi (2003) in merito al contenuto dei diversi accordi devolutivi, il *Belfast Agreement* del 1998 e il *Northern Ireland* del 1998 hanno dato luogo ad una versione della *devolution* che «abbina l'autogoverno – la facoltà per la *Northern Ireland Assembly* di legiferare, in linea di principio, su tutte le materie non esplicitamente riservate al Parlamento del Regno Unito, pur nella cornice di un confine mobile di competenze variabili a seconda del clima politico nordirlandese – con il principio del potere condiviso e ripartito (*sharing power*) fra le due comunità locali (protestanti unionisti e cattolici nazionalisti) secondo i dettami della cosiddetta democrazia consociativa». Lo *Scotland Act* del 1998 ha riconosciuto prerogative legislative ed esecutive, rispettivamente, allo *Scottish Parliament* e allo *Scottish Executive* ed ha attribuito al Parlamento scozzese il potere d'incidere sull'ammontare dell'esazione fiscale, in aumento o in diminuzione, nel limite del 3% del prelievo totale operato sui contribuenti scozzesi. Infine, il *Government of Wales Act* del 1998 ha creato la *National Assembly for Wales*, investendo tale organo rappresentativo dei soli poteri esecutivi sino a quel momento espletati dal *Welsh Office*.

presenti nel contesto politico britannico (Baldi 2006) e ha prodotto scelte di politica pubblica differenti in vari settori, tra cui proprio quello della sanità. Secondo Greer (2008a, 22) questo è avvenuto in seguito a scelte da parte dei governi dei quattro territori i quali hanno deliberatamente scelto di poter decidere di materia sanitaria in modo differente.

Greer (2008b) ha analizzato più a fondo le differenze tra i quattro sistemi sanitari e ne ha messo in luce le caratteristiche. Nel caso della Scozia, oltre a garantire uno schema universale e gratuito di assistenza di lungo-degenza agli anziani, sono state progressivamente abolite le divisioni tra acquirenti e fornitori ed il sistema sanitario è stato integrato in 14 strutture sanitarie geograficamente distinte tra loro ma relativamente omogenee dal punto di vista organizzativo. Questo ha anche significato l'eliminazione di quegli strumenti manageriali alla base del funzionamento delle aziende sanitarie e così cruciali per il processo di managerializzazione della politica sanitaria degli anni Novanta. Di fatto si è consumato in questi dieci anni uno scontro di potere tra i medici e i manager a capo delle strutture sanitarie e ad uscirne vincitori sono stati i primi, rivalutando la dimensione clinica rispetto a quello manageriale nella gestione della politica sanitaria.

Nel caso del Galles, invece, più che puntare alla riorganizzazione del sistema sanitario il governo si è dato come obiettivo l'intervento sulle determinanti dello stato di salute della popolazione. Questa strategia presupponeva un forte coinvolgimento della comunità locale. Non a caso, infatti, a partire dal 2003 ad essere riorganizzati non sono stati gli Hospital Trust ma piuttosto le strutture di assistenza di base (Primary Care), fatte confluire in 22 Unità sanitarie locali, coincidenti con i 22 governi locali esistenti sul territorio del Galles. Tuttavia lo scoglio principale che questa strategia si è trovata ad affrontare ha riguardato il fatto che le Unità sanitarie locali erano condizionate nella gestione della politica sanitaria dai vincoli imposti, da un lato, dalle decisioni prese in altri settori di *policy* e, dall'altro, dai vincoli di spesa e di bilancio derivanti dal fatto che le risorse sanitarie in Gran Bretagna sono ancora fortemente centralizzate nonostante il processo di devoluzione e comunque regolamentate dalla «formula Barnett» che non tiene conto delle differenziazione nei bisogni per l'allocazione delle risorse economiche. Dal 2007 il governo di coalizione guidato dal partito laburista e dal partito Plaid Cymru ha anche decretato la definitiva abolizione del mercato interno e l'intenzione di adottare un sistema sanitario molto simile al modello scozzese (Greer 2008b).

L'Irlanda del Nord è il paese che ha sfruttato meno i poteri ottenuti attraverso il processo di devoluzione per la semplice ragione che i problemi legati al consolidamento del processo di pace hanno catalizzato tutto l'impegno del governo facendo passare in secondo piano le que-

stioni di politica pubblica e quindi anche la gestione della politica sanitaria (Greer 2008b). Da questo punto di vista è quindi possibile distinguere tra una prima fase in cui si assiste a timidi tentativi di regolamentare il settore sanitario ed una seconda – che prende avvio dal 2005-2006 – in cui il governo inglese interviene direttamente nella riorganizzazione del sistema sanitario nord-irlandese favorendo l'adozione delle stesse misure approvate in Inghilterra per riportare sotto controllo la spesa sanitaria.

In Inghilterra, invece, Blair si è trovato costretto a ritornare sui propri passi e a rivedere le proprie intenzioni e dopo una parziale abolizione del mercato interno ha ben presto fatto nuovamente ricorso alla politica dei target e a strumenti di tipo manageriale, entrambi volti a favorire maggiore competizione tra i fornitori di prestazioni e servizi. Inoltre Connolly, Mays e Bevan (2009) hanno sottolineato – a sostegno della tesi della grande differenziazione che si va producendo tra i quattro sistemi sanitari del Regno Unito – che l'aumento senza precedenti del finanziamento pubblico del NHS voluto da Blair a partire dal 2003 non ha in nessun modo riguardato la Scozia, il Galles e l'Irlanda del Nord. Come sappiamo (Klein 2006) tale finanziamento (pari al 7,5% annuo in termini reali) si è tradotto in una vera e propria «pioggia» di risorse che ha consentito la costruzione di nuovi ospedali e ambulatori, generosi investimenti in nuove tecnologie e attrezzature e in un massiccio aumento del personale sanitario. Il fatto che non abbia avuto eguali negli altri tre territori ha contribuito ad accrescere la differenziazione nell'offerta di prestazioni e servizi.

Molti degli studi che negli ultimi anni si sono occupati del processo di devoluzione nel settore sanitario britannico hanno messo in luce che esso ha rappresentato una grande opportunità di rafforzamento istituzionale per i territori coinvolti ma ha portato con sé anche qualche rischio di dissoluzione di istituzioni importanti per la stabilità del sistema politico nel suo complesso. Nel caso specifico, il rischio è che venga in qualche modo meno il carattere nazionale del servizio sanitario per lasciare spazio a servizi sanitari differenti all'interno delle quattro comunità che compongono il Regno Unito. Certamente l'accentramento delle competenze di natura finanziaria in capo al governo centrale sembra per ora preservare la stabilità del NHS ma questo non significa che nei prossimi anni proprio la politica sanitaria non possa diventare il cuneo di *policy* atto ad alimentare il processo di devoluzione ora in corso.

7

La regionalizzazione del sistema sanitario spagnolo

La Spagna si è tradizionalmente caratterizzata per un elevato grado di decentramento che è stato e continua ad essere un fattore decisivo nella formulazione e implementazione delle politiche pubbliche e in particolare della politica sanitaria. Il processo di riforma del sistema sanitario spagnolo viene avviato nel 1986 con l'approvazione della *Ley General de Sanidad*, alla base della quale troviamo i principi classici di ogni servizio sanitario nazionale: l'universalità di accesso e il finanziamento attraverso la fiscalità generale. Quella del 1986 è una riforma fortemente ispirata al decentramento, col trasferimento delle competenze dal livello centrale, rappresentato dall'Istituto nazionale di sanità (*Insalud*), alle Comunità autonome.

Il processo di decentramento, tuttavia rimane per oltre un decennio largamente incompleto: solo sette Comunità autonome (pari al 62% della popolazione totale) su 17 hanno acquisito da subito la totale autonomia nell'amministrazione e nella gestione dei servizi sanitari. Le rimanenti dieci erano responsabili della programmazione ma i loro servizi sanitari venivano gestiti direttamente da *Insalud* e dipendevano dal trasferimento di risorse dal governo centrale. Questo significa che in Spagna vi era una significativa differenziazione tra quelle Comunità che avevano il potere e gli strumenti per procedere alla costituzione di sistemi sanitari regionali e le rimanenti che invece erano tenute a recepire le decisioni prese a livello centrale. Dall'inizio degli anni Ottanta, infatti, il governo centrale era andato progressivamente trasferendo alle Comunità autonome la responsabilità delle spesa sanitaria e del reperimento delle risorse finanziarie⁹ (Cabiedes e Guillen 1997). Così facendo aveva favorito la differenziazione territoriale sia a livello organizzativo sia a livello dell'offerta di prestazioni e servizi sanitari, contribuendo a rendere più complesse le relazioni tra stato e regioni e tra le stesse Comunità autonome.

Ad esempio, per quanto riguarda il sistema di finanziamento vi erano (e tuttora permangono) differenze rilevanti anche tra le sette regioni che godevano di totale autonomia in materia sanitaria. Il Paese Basco e la Navarra, a differenza delle altre cinque Comunità autonome, applicano un regime particolare (regime *foral*) secondo il quale esse non dipendono dai trasferimenti centrali ma possono riscuotere direttamente le imposte principali con cui finanziare l'assistenza sanitaria e sono tenute a restituire

9. Questo processo è iniziato nel 1981 con il trasferimento delle competenze in ambito sanitario alla Catalogna. È proseguito con il trasferimento delle medesime competenze all'Andalusia (1984), al Paese Basco e alla Valencia (1987), alla Galizia e alla Navarra (1990), alle Isole Canarie (1994).

re al governo la somma corrispondente ai servizi statali forniti sul loro territorio (Cabiedes e Guillen 1997). Tutte le altre regioni godono di un «regime comune» di ripartizione delle risorse ma differiscono per il grado di autonomia, senza contare che spesso i criteri di finanziamento applicati risultano differenti da quanto stabilito dalla normativa. Nel 1996, dodici delle quindici Comunità autonome con regime comune hanno stipulato un accordo con il governo centrale (allora guidato dal *Partido popular*) in base al quale il 30% delle imposte sul reddito deve essere riscosso direttamente dalle Comunità, che possono fissare aliquote contributive differenti da quelle fissate dal governo centrale. Alcune Comunità, in particolare quelle governate dal partito socialista, ritenendosi penalizzate da questo accordo, hanno presentato ricorso alla Corte Costituzionale sostenendo che in esso vengono messi in discussione i principi della Costituzione. Le regioni su cui grava maggiormente il peso del finanziamento sanitario hanno ingaggiato uno scontro con il governo centrale e hanno fatto ricorso alla Corte Costituzionale per evitare che i costi sanitari derivanti da decisioni prese a livello centrale ricadano esclusivamente sul livello di governo regionale. La conseguenza è stata che nel 2002 è stata approvata una legge che attribuisce piena autonomia anche alle restanti dieci Comunità autonome sancendo così un'ampia indipendenza del livello sub-nazionale nella gestione della politica sanitaria spagnola (Mosca 2006).

Il progressivo decentramento politico e fiscale ha prodotto conseguenze importanti sull'evoluzione della politica sanitaria spagnola. Partendo da una situazione di forte asimmetria, che non solo contrapponeva le Comunità autonome al centro ma permetteva soltanto a poche regioni di decidere in modo autonomo in materia sanitaria, si è passati ad una situazione in cui tutte le Comunità hanno ottenuto una elevata autonomia decisionale e fiscale. Questo ha contribuito a rendere più simili le condizioni di partenza e soprattutto ha contribuito ad un rafforzamento istituzionale delle Comunità autonome. Il processo di devoluzione dei poteri legislativi, gestionali e finanziari ha inoltre fortemente arricchito la capacità di innovazione delle singole Comunità autonome. Regioni come i Paesi Baschi, la Navarra e la Catalogna si sono messe in luce per la loro azione anticipatrice rispetto al governo centrale e per il fatto di aver costituito un punto di riferimento per le riforme successivamente introdotte nel resto delle regioni spagnole.

La Comunità catalana è, ad esempio, diventata la regione leader nel processo di managerializzazione della sanità. La Catalogna ha approvato nel 1991 delle misure che miravano alla razionalizzazione della spesa sanitaria ed introducevano meccanismi di concorrenza amministrata, ponendosi all'avanguardia non solo rispetto alle altre Comunità ma anche

rispetto al modello sanitario nazionale spagnolo (Maino 2001). In particolare la Catalogna in questi anni si è proposta come un interessante laboratorio d'innovazioni nel campo dell'assistenza primaria. Sono state create, ad esempio, delle società di professionisti sanitari (medici generali, pediatri, odontoiatri, infermieri, ostetriche) che non solo gestiscono il budget per la produzione di servizi di assistenza primaria, assegnato dal committente pubblico sulla base di una quota capitolaria, ma anche un budget di acquisto per le attività specialistiche ambulatoriali e anche per alcune selezionate attività ospedaliere. Queste società di professionisti operano quindi non solo come produttori di cure primarie, ma anche come committenti per una parte delle cure secondarie.

Il protagonismo in campo sanitario di alcune Comunità autonome sembra preservare – almeno nell'immediato – la possibilità che si possa realizzare qualche forma di ri-accentramento delle competenze sanitarie in capo al governo centrale. Regioni come la Catalogna e i Paesi Baschi non sarebbero disposte a rinunciare tanto alla *politics* quanto alla *policy* sanitaria perché entrambe hanno aiutato a legittimare e rafforzare le due Comunità. Del resto le competenze anche in campo finanziario ormai acquisite da tutte le Comunità autonome appaiono anch'esse un elemento che mette al sicuro il decentramento sanitario e il processo di regionalizzazione della sanità consolidatesi in questo ultimo decennio.

8

Considerazioni conclusive

Sono ormai due decenni che il tema del rinnovamento dei sistemi sanitari è al centro del dibattito politico e scientifico nelle principali democrazie occidentali. La ricerca di soluzioni che permettano di coniugare finalità diverse come efficacia, efficienza, qualità delle prestazioni, contenimento dei costi, equità, libertà di scelta hanno spinto molti paesi a ridefinire le funzioni dei diversi livelli di governo, trasferendo compiti e responsabilità tradizionalmente detenuti dal governo centrale ai livelli inferiori di governo. Negli ultimi anni, tuttavia, sembrano manifestarsi anche segnali di ri-accentramento. L'esperienza dei paesi considerati in questo articolo ci permette di proporre alcune considerazioni sui differenti percorsi intrapresi in questo processo di decentramento/ri-accentramento dei sistemi sanitari.

I sistemi sanitari nazionali si sono caratterizzati, rispetto ai sistemi di tipo assicurativo (Maino e Pavolini 2008), per maggiori e più incisivi interventi sul fronte della ridefinizione dei rapporti tra centro e periferia e all'interno di questo modello è possibile individuare combinazioni diverse di decentramento politico, amministrativo e fiscale. La Svezia sembra

essersi distinta per un percorso lineare di decentramento sia politico-fiscale che amministrativo, che ha visto le contee sempre più protagoniste nella gestione della politica sanitaria. Tuttavia, negli ultimi anni il governo centrale ha cominciato a valutare soluzioni che favoriscano un rafforzamento del centro guardando con interesse anche a quanto avvenuto nella vicina Norvegia. Sebbene finora le contee siano state restie a cedere poteri in campo sanitario, questo potrebbe avvenire in futuro, anche di fronte all'esigenza di tenere sotto controllo la spesa sanitaria in una fase di recessione economica e di crisi dei sistemi di welfare. Particolarmente interessante è il caso della Norvegia che, prima tra i paesi europei, ha intrapreso un percorso di ri-accentramento politico trasferendo dalle contee al governo, competenze importanti riguardanti la gestione del settore ospedaliero. La Gran Bretagna ha, invece, continuato a caratterizzarsi per un marcato accentramento fiscale nelle mani del governo centrale ma ha fatto seguire ad un decennio di riforme all'insegna della concorrenza prima e della cooperazione poi una lunga stagione di devoluzione del sistema sanitario. Con Blair si sono sperimentate forme di *devolution* mentre in termini di decentramento amministrativo sono state inaugurate soluzioni innovative (si pensi alla riforma Thatcher ma anche alle misure adottate durante i due governi Blair) che successivamente sono state introdotte anche da altri paesi. La Spagna, sin dalla metà degli anni Ottanta, ha imboccato un percorso di forte decentramento sia politico che amministrativo. Nell'ultimo decennio, poi, ha continuato a rafforzare il ruolo delle Comunità autonome, anche attraverso il ricorso a misure di decentramento fiscale. In questo modo, dalla fine degli anni Novanta, è stato favorito per tutte le Comunità autonome (e quindi non solo per quelle poche che potevano vantare una lunga tradizione di autonomia dal governo centrale) un rafforzamento istituzionale del livello *meso* di governo.

L'analisi di questi casi sembra mostrare che laddove il decentramento sanitario indebolisce le funzioni di finanziamento, monitoraggio e controllo del centro, favorendo una crescita della differenziazione tra sistemi sanitari regionali, questo porta i governi centrali a sperimentare soluzioni di ri-accentramento di alcune competenze, allo scopo di tenere sotto controllo la spesa e ridurre il rischio di disuguaglianze. In quest'ottica si inquadrano l'esperienza della Norvegia e i tentativi di ri-accentramento della Svezia, due paesi che hanno iniziato a decentrare i loro sistemi sanitari dalla fine degli anni Sessanta. Il Regno Unito e la Spagna, che possono vantare un processo di decentramento più recente (rispettivamente di uno e due decenni), si trovano al contrario ora a sperimentare una situazione in cui proprio la sanità può costituire uno strumento di rafforzamento istituzionale dei livelli di governo sub-nazionali; non a caso, nel settore sanitario, si va strutturando una situazione di forte differenziazio-

ne. Potrebbe quindi darsi che in futuro anche Regno Unito e Spagna si trovino a ripensare le scelte compiute in questi anni nella direzione di qualche forma di ri-accentramento sanitario.

Oggi la sanità riveste una posizione particolarmente rilevante nell'articolazione dei sistemi di welfare per almeno due ragioni: da un lato, essa svolge un ruolo delicato nel garantire la salute dei cittadini, dall'altro lato il modello di finanziamento e organizzazione dell'assistenza sanitaria rappresenta un caso esemplificativo rispetto alle altre materie che potrebbero in futuro essere devolute ai livelli inferiori di governo. Infatti, il modello di organizzazione sanitaria dei paesi che hanno sperimentato il decentramento è attualmente, e sarà in futuro, determinato dall'azione congiunta dei due governi, quello centrale e quello regionale. Allo stato in genere spetta la determinazione e il monitoraggio dei livelli standard delle prestazioni, la legislazione-quadro e la garanzia ultima che a ciascuna area del paese arrivino risorse sufficienti per garantire l'offerta delle prestazioni cosiddette essenziali. Alle regioni compete la gestione e l'organizzazione dei servizi, la legislazione di dettaglio e, purché autonomamente finanziati, la possibilità di offrire servizi addizionali rispetto a quelli standard nazionali.

Che due o più livelli di governo interagiscano nella definizione delle politiche è del tutto normale, specie quando si tratta di materie così fondanti l'identità nazionale come la sanità. Del resto, non c'è paese, federale o meno, in cui questo non avvenga. Tuttavia, il fatto stesso che questa interazione esista solleva numerosi punti di criticità che quanto meno accomunano i paesi con sistemi sanitari nazionali. In primo luogo, vi è un problema di coordinamento (tra stato e governi sub-nazionali, ma anche tra le stesse contee o regioni). In secondo luogo, esiste un rischio latente di irresponsabilità finanziaria. Infatti, poiché su queste materie la responsabilità politica, in quanto congiunta, non è ben definita, esiste la possibilità che ciascun livello di governo tenda a scaricare sull'altro responsabilità e oneri finanziari. I risultati possono essere: conflittualità intergovernativa, aumento dei debiti locali ed esplosione della spesa sanitaria pubblica. Fenomeni che, a fasi alterne, si sono presentati (o che rischiano di emergere) nei paesi qui considerati. L'esperienza di questi paesi mette in luce che, al di là delle diverse soluzioni adottate in termini di decentramento, in tempi di risorse scarse e di crescita della domanda di cura ed assistenza (nonché di attenzione all'aspetto della qualità) il tema dei rapporti tra livelli decisionali è sempre più importante e la sua salienza è destinata a rimanere alta. Quanto sta avvenendo nei paesi analizzati in questo contributo mostra che esistono molte tensioni tra governo centrale e governi regionali per l'attribuzione della responsabilità finanziarie e gestionali della politica sanitaria. Il tema della definizione dei confini del

welfare, insomma, rimane al centro dell'agenda politica e la strategia decentramento/ri-accentramento continua ad essere considerata una strada praticabile per tenere sotto controllo i costi e allo stesso tempo intervenire sull'efficienza del sistema.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Anell A. (1995), *Implementing Planned Markets in Health Services: The Swedish Case*, in R.B. Saltman – C. von Otter (a cura di), *Implementing Planned Markets in Health Care*, Philadelphia, Open University Press, pp. 209-226.
- Axelsson R. – Marchildon G. – Repullo-Labrador J. (2007), *Effects of Decentralization on Managerial Dimensions of Health Systems*, in R.B. Saltman – V. Bankauskaite – K. Vrangbaek (a cura di), *Decentralization in Health Care*, Philadelphia, Open University Press, pp. 141-166.
- Baldi B. (2003), *Stato e territorio. Federalismo e decentramento nelle democrazie contemporanee*, Roma-Bari, Laterza.
- (2006), *Regioni e federalismo. L'Italia e l'Europa*, Bologna, Clueb.
- Bankauskaite V. (2005), *Health Care Needs and Tools in Health Care Decentralization in Europe*, paper presentato alla ESPANet Conference di Friburgo, 22-24 settembre.
- Bianchi D.G. (2003), *Devolution britannica, devoluzione italiana: analogie nelle differenze*, in «Stato e Mercato», 69, pp. 471-495.
- Bruce A. – Jonsson E. (1996), *Competition in the Provision of Health Care. The Experience of the US, Sweden and Britain*, Aldershot, Arena.
- Cabiedes L. – Guillen A. (1997), *L'impatto del decentramento dell'assistenza sanitaria in Spagna: meccanismi finanziari e innovazione organizzativa*, in «L'Assistenza Sociale», n. 1-2, pp. 45-60.
- Connolly S. – Mays N. – Bevan G. (2009), *The Impact of Devolution on the Health Care Systems in the UK*, paper presentato al 18th Meeting of the European Health Policy Group on Governance of Healthcare Systems, Università di Bologna, 23-24 aprile.
- Dente B. (1989), *Il governo locale*, in G. Freddi (a cura di), *Scienza dell'amministrazione e politiche pubbliche*, Roma, Nuova Italia Scientifica, pp. 123-169.
- (1997), *Sub-National Government in the Long Italian Transition*, in M. Bull e M. Rhodes (a cura di), *Crisis and Transition in Italian Politics*, London, Routledge, pp. 176-193.
- Diderichsen F. (1993), *Market Reforms in Swedish Health Care: A Threat to or a Salvation for the Universalistic Welfare State?*, in «International Journal of Health Services», 23, 1, pp. 185-188.
- Ferrera M. (1993), *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, Il Mulino.
- (1998), *Le trappole del welfare*, Bologna, Il Mulino.
- (2005), *The Boundaries of Welfare*, Oxford, Oxford University Press.

- Giaimo S. – Manow P. (1997), *Institutions and Ideas into Politics: Health Care Reform in Britain and Germany*, in C. Altenstetter – J.W. Björkman (a cura di), *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, London, Macmillan, pp. 175-202.
- Greer S. (2008a), *Devolution and Health Policy in the UK*, in «Eurohealth», vol. 14, n. 4, pp. 22-24.
- (2008b), *Devolution and Divergence in UK Health Policies*, in «British Medical Journal», vol. 337, 15 December 2008.
- Klein R. (1989), *The Politics of the National Health Service*, London, Longman.
- (2006), *The New Politics of NHS*, Oxford, Radcliffe.
- Maino F. (1999), *La regionalizzazione della sanità italiana negli anni novanta*, in «Il Politico», n. 4, pp. 583-621.
- (2001), *La politica sanitaria*, Bologna, Il Mulino.
- Maino F. – Blomqvist P. – Bertinato L. – Bohigas Santasusagna L. – Urbanos Garrido R.M. – Shishkin S. (2007), *Effects of Decentralization and Recentralization on Political Dimensions of Health Systems*, in R.B. Saltman – V. Bankauskaite – K. Vrangbaek (a cura di), *Decentralization in Health Care*, Open University Press/McGraw-Hill, pp. 120-140.
- Maino F. – Pavolini E. (2008), *Il welfare sanitario in Europa tra decentramento e riaccentramento*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», 3, pp. 79-96.
- Mills A. (a cura di) (1990), *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*, Geneva, World Health Organization.
- Møller Pedersen K. (2002), *Reforming Decentralized Integrated Health Care Systems: Theory and the Case of the Norwegian Reform*, University of Oslo, HERO Working Paper n. 7.
- Mosca I. (2006), *Is Decentralization the Real Solution? A Three Country Study*, in «Health Policy», vol. 77, pp. 113-120.
- Paton C. (1993), *Devolution and Centralism in the National Health Service*, in «Social Policy and Administration», vol. 27, n. 2, pp. 83-108.
- Petretto A. (1998), *La sanità tra riforma del welfare state e federalismo fiscale*, in M. Trabucchi – F. Vanara (a cura di), *Rapporto sanità '98. Priorità e finanziamento del Servizio sanitario nazionale: le fragilità*, Bologna, Il Mulino, pp. 393-424.
- Rico A. – Leon S. (2005), *Health Care Devolution in Europe. Trends and Prospects*, Working paper n. 1, Oslo, HORN.
- Saltman R.B. – Bankauskaite V. (2006), *Conceptualizing Decentralization in European Health Systems: A Functional Perspective*, in «Health Economics, Policy and Law», n. 1, pp. 127-147.
- Saltman R.B. – von Otter C. (a cura di) (1995), *Implementing Planned Markets in Health Care*, Philadelphia, Open University Press.
- Sharpe L.J. (1988), *The Growth and Decentralisation of the Modern Democratic State*, in «European Journal of Political Research», vol. 16, n. 4, pp. 365-380.
- Toth F. (2009), *Le politiche sanitarie. Modelli a confronto*, Bari, Laterza.
- Waver K. (1986), *The Politics of Solidarity and the Changing Boundaries of the Welfare States*, in «European Political Science», vol. 5, n. 3, pp. 377-394.

FRANCA MAINO è ricercatrice presso il Dipartimento di Studi del Lavoro e del Welfare dell'Università degli Studi di Milano. I suoi interessi di ricerca riguardano le trasformazioni della politica sanitaria in Italia e in Europa e le riforme della pubblica amministrazione con particolare attenzione ai settori di politica sociale. Tra le sue pubblicazioni più recenti: *Il sistema sanitario italiano tra contenimento della spesa, malasania e politicizzazione*, in A. Bull – G. Baldini (a cura di), *Politica in Italia. I fatti dell'anno e le interpretazioni. Edizione 2009*, Bologna, Il Mulino, 2009; *Ageing and the Italian Welfare State*, in A. Walker – C. Aspalter (a cura di), *Securing the Future for Old-Age in Europe*, Hong Kong, Casa Verde Publishing, 2008 (con I. Madama); *Governance scolastica e differenziazione regionale della scuola secondaria italiana*, in M. Bratti – D. Checchi – A. Filippin (a cura di), *Da dove vengono le competenze degli studenti?*, Bologna, Il Mulino, 2007 (con I. Madama).
INDIRIZZO: Università di Milano – Dipartimento di Studi del Lavoro e del Welfare – Via Conservatorio, 7 – 20120 Milano.

[e-mail: franca.maino@unimi.it]