

Crisi economica, politiche di austerità e relazioni integovernative nel SSN. Dalla regionalizzazione al federalismo differenziato?

Stefano Neri e Anna Mori, Università degli Studi di Milano

Questo saggio apre la sezione di questo numero della rivista, dedicata all'analisi dell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) negli anni della crisi, focalizzando l'attenzione su due tematiche fondamentali; il lavoro si divide corripodentemente in due parti, cui seguono alcune considerazioni conclusive. Prima di tutto si procede ad una ricostruzione del quadro economico e finanziario del SSN negli anni della crisi, descrivendo sinteticamente le politiche di austerità messe in atto nel settore sanitario. Successivamente, l'attenzione si sposterà sulle relazioni tra i diversi livelli di governo che presiedono alla definizione delle politiche sanitarie e alla gestione del SSN: la crisi finanziaria, le modalità di risposta alla crisi e di adozione delle politiche di austerità hanno infatti avuti effetti rilevanti su tali relazioni contribuendo a determinare un mutamento nella *governance* del SSN, che appare lontano dall'essere concluso.

1. Il Servizio Sanitario Nazionale nella crisi: il quadro economico e finanziario

L'Italia è stata uno dei paesi dell'Unione Europea maggiormente colpiti dalla recessione iniziata nel 2008. La prolungata fase di crisi economica presenta un andamento altalenante, caratterizzato da due picchi (vedi tab. 1): la fase di relativa crescita che ha caratterizzato l'economia italiana nei primi anni 2000, assai limitata dal 2001 al 2005 (con un tasso medio di crescita dello 0,9%, eguale a quello del singolo anno 2005) e un po' più sostenuta nei due anni seguenti, ha subito un brusco arresto nel 2008 e 2009, quando il PIL italiano è diminuito rispettivamente dell'1,1 e del 5,5%. Nei due anni successivi si è avuta una ripresa complessivamente debole e nel 2012 la crisi si è riacutizzata, con un crollo del 2,8% del PIL, seguito da un'ulteriore diminuzione dell'1,7% nel 2013. Dal 2014 il trend di crescita del PIL è stato molto lieve (+0,1 nel 2014, +1 nel 2015, +0,9% nel 2016), al punto da non aver ancora recuperato nel 2016 il livello del 2001 (dati Eurostat 2017). Nel 2017 i dati dei primi trimestri sembrano indicare l'avvio di una ripresa più sostenuta, da confermare e consolidare.

TAB 1. *Tasso di crescita del PIL – variazione percentuale sull'anno precedente*

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0,9	2	1,5	-1,1	-5,5	1,7	0,6	-2,8	-1,7	0,1	1	0,9

Fonte: Eurostat 2017 – *National accounts and GDP dataset*

La recessione ha avuto un impatto molto forte sul rapporto tra PIL e debito pubblico. Se infatti tale rapporto si è sempre attestato su valori superiori al 100% dal 1991-1992, risultando tra i più alti in Europa, dopo l'avvio della crisi economica è progressivamente aumentato arrivando vicino al 130% del PIL nel 2013 e superando anche questo livello negli anni successivi, con una tendenza a stabilizzarsi (vedi tab. 2).

TAB 2. *Debito pubblico in Italia – Percentuale del PIL*

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
102,4	112,5	115,4	116,5	123,4	129	131,8	132,1	132,6

Fonte: Eurostat 2017 - *General government gross debt dataset*

Al di là dei dati, la crisi finanziaria è divenuta particolarmente grave nel 2011-12, in quanto accompagnata dalla percezione diffusa, da parte dei mercati e delle istituzioni europee, che il governo italiano non fosse più in grado di affrontare la situazione e di riportare il debito sotto controllo (Jones 2012). Come noto, ne è derivata una vera e propria crisi del debito sovrano, espressa dall'incremento molto sostenuto dei tassi di interesse sui titoli di Stato pubblici e del differenziale di rendimento rispetto ai titoli di Stato tedeschi. Dal punto di vista politico, la crisi è sfociata nell'autunno del 2011 nella fine del governo Berlusconi, sostituito da un esecutivo tecnico guidato da Mario Monti.

In un quadro di protratta crisi finanziaria e di mancanza di fiducia da parte del contesto internazionale, nonché di prolungata stagnazione e recessione, si sono rese necessarie severe misure per controllare il disavanzo di bilancio, ridurre le spese e aumentare le entrate pubbliche. In alcuni settori tali misure sono state accompagnate da riforme strutturali, come nel caso delle pensioni e, negli anni più recenti, del mercato del lavoro e della pubblica amministrazione, mentre ciò non è avvenuto nella sanità (però su questo cfr. Neri *et al.* 2017).

Le politiche di austerità, sui cui dettagli ci si soffermerà oltre, hanno avuto come obiettivi cruciali le spese per la pubblica amministrazione, ivi inclusi i costi di personale, fin dal primo «pacchetto» approvato nel 2008 (d.l. 112/2008). Gli interventi hanno riguardato tutto il settore pubblico, seppure con diversa intensità (Bordogna e Neri 2014), coinvolgendo pienamente anche il settore sanitario.

Nella sanità l'effetto complessivo delle misure e dei pacchetti che si sono susseguiti dal 2008 è stato di ricalibrare verso il basso i livelli di spesa già inferiori rispetto ai valori medi registrati nei principali paesi dell'Europa Occidentale, in linea con gli altri paesi dell'Europa mediterranea (in particolare Spagna e Portogallo). In Italia la spesa sanitaria complessiva infatti si attesta, nel 2015-16, intorno al 9% del PIL (+0,8-0,9% rispetto al 2007), 2 punti in meno rispetto a Francia, Germania e Svezia che tradizionalmente hanno una spesa superiore alla nostra, ma anche un punto

in meno rispetto al Regno Unito che nel 2007 aveva una spesa sanitaria complessiva inferiore alla nostra (Oecd database).

Se consideriamo la sola spesa pubblica, il quadro non cambia. In termini di PIL, la spesa pubblica è minore rispetto ai principali paesi europei (tab. 3). Ciò è dovuto al fatto che, partendo da un valore pre-crisi di 6,3% (2007), in Italia la spesa pubblica sul PIL non è cresciuta nemmeno di mezzo punto percentuale nel decennio successivo (6,7% nel 2016), nonostante l'aumento della domanda di servizi inevitabile con una popolazione in costante invecchiamento, che presenta la quota più alta di ultrasessantacinquenni in Europa (22% nel 2016; dati Eurostat) e l'incremento dei costi dovuti all'applicazione delle nuove tecnologie nelle prestazioni diagnostico-terapeutiche. Parimenti, l'Italia rappresenta l'unico paese in cui la quota di spesa pubblica pro-capite per i servizi sanitari decresce, seppur di poco, nell'arco temporale della crisi, mentre aumenta stabilmente nei principali paesi europei (tab. 3).

TAB 3. *Livelli di spesa pubblica corrente per la sanità*

	Quota del PIL (%)			Quota pro-capite (dollari USA 2010)			Crescita della spesa pro-capite (%)
	2000	2007	2016	2000	2007	2016	2007-2016
Italia	5,5	6,3	6,7	1.949,21	2.366,4	2.247,6	-5.0
Francia	7,5	7,8	8,7	2.572,5	2.900,6	3.222,4	+11.1
Germania	7,8	7,6	9,5	2.814,1	3.034,9	4.103,7	+35.2
Regno Unito	4,8	6,1	7,7	1.552,6	2.302,2	2.976,7	+29.3
Svezia	6,3	6,6	9,2	2.267,4	2.824,8	4.188,4	+48.3

Fonte: *OECD Health Care Online database*

Un assetto istituzionale e organizzativo come il servizio sanitario nazionale aiuta a contenere la spesa, in quanto possiede capacità di programmazione e controllo superiori agli altri tipi di sistema sanitario. Tuttavia i livelli tradizionalmente bassi di spesa nel nostro paese rispetto ad altri pure dotati dello stesso assetto come la Svezia, i paesi scandinavi e anche il Regno Unito, si spiegano in buona parte con la persistente necessità di contenere le voci principali della spesa pubblica dato l'elevato livello del debito. Questa situazione è stata aggravata dalle misure di austerità prese dopo l'esplosione della crisi.

Al contempo la quota di spesa sanitaria privata sul PIL, da sempre elevata in Italia (come negli altri paesi dell'Europa mediterranea) rispetto a quanto ci si aspetterebbe in un servizio sanitario nazionale, è cresciuta ulteriormente arrivando a rappresentare un quarto della spesa sanitaria complessiva (25% nel 2016). Come mostra la tab. 4, all'interno della spesa privata nel caso italiano

è molto elevata la componente *out-of-pocket* (tra parentesi nella tabella), aumentata di un punto percentuale tra il 2007 e il 2016. Tra i principali paesi europei è il Regno Unito ad avere avuto una dinamica simile a quella italiana, mentre altri paesi hanno manifestato tendenze differenti.

TAB 4. *Spesa sanitaria privata complessiva e out-of-pocket (tra parentesi) in % della spesa sanitaria complessiva*

	2007	2016	Diff 2016-2007
Italia	22,5 (21,7)	25,0 (22,7)	2,5 (1,0)
Francia	21,3 (7,4)	21,2 (6,8*)	-0,1 (0,6)
Germania	23,9 (14,2)	15,4 (12,4)	-8,5 (-1,8)
Regno Unito	18,6 (10,8)	20,8 (14,8*)	2,2 (4,0)
Svezia	18,1 (16,9)	16,1 (14,9)	-2,0 (-2,0)

* = dato relativo al 2015

Fonte: *OECD Health Care Online database*

Come si può vedere, però, la crescita della spesa sanitaria privata in Italia durante la crisi è dovuta alla componente assicurativa ancor più che alla componente *out-of-pocket*. A questo riguardo, una delle trasformazioni più recenti che ha avuto luogo in Italia in relazione alla spesa sanitaria privata è la diffusione di fondi sanitari integrativi rivolti ai lavoratori e alle loro famiglie, introdotti o rilanciati dalla contrattazione collettiva nazionale o da iniziative unilaterali delle aziende (Neri 2012). Quasi inesistenti alla fine degli anni '90, i fondi sanitari integrativi sono rapidamente aumentati nell'ultimo decennio, in particolare a partire dalla metà del 2000, arrivando a coprire il 35% del totale dei lavoratori dipendenti. Questa soglia è particolarmente elevata se confrontata con il ruolo più marginale che tali programmi assicurativi svolgono nell'assistenza sanitaria in altri paesi europei (Natali e Pavolini 2014). La crescente diffusione dei fondi sanitari integrativi a carattere professionale è dovuta in prima battuta a dinamiche inerenti il sistema di relazioni industriali negli anni della crisi, ma è anche rivelatrice dello stato di salute e della copertura del SSN italiano: finanziando in misura sempre maggiore la fornitura di servizi sanitari di base, quali diagnostica e cura specializzate che dovrebbero essere coperte dal SSN, si evince come questi fondi stiano spesso operando in sostituzione dei servizi del SSN, piuttosto che a complemento di questi ultimi, come era invece previsto dalla normativa (Pavolini *et al.* 2013).

2. Le politiche di austerità nel SSN

All'interno di un indirizzo generale volto al ridimensionamento della spesa pubblica e del peso del settore pubblico nell'economia, le politiche di austerità rivolte al SSN hanno avuto come obiettivo principale quello del contenimento e del controllo della spesa sanitaria pubblica, se non proprio

della sua riduzione, in un contesto in cui la spesa sanitaria (pubblica o privata) è destinata a crescere nel medio-lungo termine, per le ragioni che abbiamo già ricordato.

Il controllo della spesa sanitaria pubblica è stato perseguito innanzitutto mediante aumenti estremamente contenuti e, in qualche caso, riduzioni del livello di finanziamento o, meglio del “fabbisogno nazionale standard” del SSN, attribuito dai governi centrali alle Regioni per finanziare i Livelli Essenziali di Assistenza, da garantire su tutto il territorio nazionale. I valori assoluti e gli incrementi annuali percentuali del finanziamento confermano una stagnazione negli stanziamenti del governo centrale a partire dal 2010, con aumenti generalmente molto ridotti ma anche riduzioni rispetto all’anno precedente, nel 2013 e nel 2015 (tab. 5). Si potrebbe obiettare che nel corso degli anni 2000 gli incrementi erano stati più consistenti, andando dal 3,5% del 2004 all’8,5% del 2005, ma va ricordato che il contenimento degli stanziamenti attribuiti negli ultimi sette anni va ad incidere su un livello della spesa assai basso in termini comparati.

TAB 5. *Finanziamento del fabbisogno nazionale standard del SSN*

	Finanziamento (in miliardi di euro)	Variazione % sull’anno precedente
2007	97,6	-
2008	101,4	4,0
2009	104,5	3,0
2010	105,6	1,1
2011	106,9	1,3
2012	108,0	1,0
2013	107,0	-0,9
2014	109,9	2,7
2015	109,7	-0,2
2016	111	1,2
2017	113	1,8

Fonte: Conferenza Stato-Regioni (su dati Rgs)

Il livello di finanziamento annuale del fabbisogno nazionale standard viene determinato nelle leggi di stabilità. Esso ha alle spalle una negoziazione tra Stato e Regioni sancita nelle Intese Stato-regioni o nei Patti per la Salute, ma il Parlamento e il governo centrale possono rideterminare tale livello, come è accaduto di fatto quasi sempre dopo l’inizio della crisi con riduzioni dei fondi originariamente pattuiti.

Oltre al contenimento del fabbisogno nazionale standard, le politiche di austerità si sono rivolte al controllo di specifiche fonti di spesa derivanti dall’acquisizione dei fattori produttivi. Gli interventi principali sono stati avviati nel 2009 (d.l. 39/2009) e 2010 (d.l. 78/2010) e sono cresciuti di intensità negli anni successivi, fino a culminare nella cosiddetta “*Spending Review*” sulla pubblica

amministrazione, promossa dal governo Monti con il d.l. 95/2012, convertito nella legge 131/2012. Le misure di austerità sono poi proseguite grosso modo fino ad oggi, seppure con minore intensità. Sono stati così perseguiti obiettivi quali:

1) la razionalizzazione della spesa farmaceutica, soprattutto quella territoriale o convenzionata. In questo senso hanno operato le diverse revisioni attuate sui tetti di spesa della farmaceutica nazionale, che è passato complessivamente dal 16,4% del totale del finanziamento del SSN nel 2008 al 14,85% del 2017. All'interno di questa quota, nello stesso periodo il tetto per la farmaceutica ospedaliera è passato dal 2% all'attuale 6,89% e quello per la farmaceutica convenzionata o territoriale dal 14% all'attuale 7,96% del totale del finanziamento del SSN (valori definiti dall'art. 1, co. 397-408 della legge 232/2016). Oltre al tetto sulla spesa farmaceutica, i principali interventi hanno riguardato riduzioni del prezzo per i farmaci equivalenti, delle quote di spettanza delle aziende farmaceutiche, dei grossisti e dei farmacisti sul prezzo di vendita dei farmaci, l'avvio di un processo ridefinizione del sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco, misure per la vendita dei farmaci innovativi;

2) la riduzione del tasso di ospedalizzazione, per il quale il d.l. 95/2012 fissa l'obiettivo di 160 ricoveri complessivi per 1.000 abitanti, di cui il 25% per il *day hospital*, fronte di un tasso che intorno al 2010 era calcolato sui 175-180 ricoveri per 1.000 abitanti. Lo stesso decreto prevede la riduzione dei posti letto da 4 a 3,7 per 1.000 abitanti, comprensivi di 0.7 posti letto per lungodegenza e acuzie. La riduzione è a carico delle strutture pubbliche per una quota non inferiore al 50%;

3) la ridefinizione, in senso complessivamente restrittivo, delle tariffe massime di riferimento per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera fornite dalle strutture ospedaliere al SSN e dei criteri da rispettare per la fissazione dei tariffari regionali (d.l. 95/2012; D.M. Ministero della Salute del 18 ottobre 2012);

4) la razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi. A questo riguardo a partire dal 2013 viene introdotto uno specifico tetto di spesa per i dispositivi medici, inizialmente fissato al 5,2 per cento del livello del finanziamento del SSN a carico dello Stato (d.l. 98/2011) poi ridefinito, dal decreto legge 95/2012 e dalla legge di stabilità per il 2013, al 4,8 per cento per il 2013 e, a decorrere dal 2014, al valore del 4,4 per cento. Nel 2012-13 viene disposta la riduzione del 5% (d.l. 95/2012) e poi del 10% (l. 228/2012) di tutti i contratti in essere di appalto e fornitura di beni e servizi stipulati da Aziende sanitarie del SSN. A queste drastiche misure si affiancano progressivamente strumenti di monitoraggio e controllo sulla stipulazione e l'attuazione dei contratti di acquisto;

5) l'aumento delle entrate mediante l'incremento delle compartecipazioni alla spesa per i cittadini, mediante introduzione o rimodulazione de ticket sul pronto soccorso, la specialistica ambulatoriale e la farmaceutica. In questo ambito la misura più discussa è il «superticket», ossia una compartecipazione alla spesa di 10 euro per ogni ricetta relativa a prestazioni di diagnostica e specialistica ambulatoriale, introdotta dalla legge 111/2011. Le Regioni hanno poi compiuto scelte diverse in merito al superticket, accogliendolo in modo indiscriminato, modulandolo in base al reddito o in qualche caso rifiutandolo.

A questi provvedimenti si aggiungono quelli indirizzati al controllo della spesa e del numero del personale, che sono di particolare rilievo per l'importanza delle risorse umane nel settore sanitario, caratterizzato dalla centralità del lavoro compiuto da professionisti dotati di elevate competenze, e autonomia nell'esercizio delle proprie mansioni. Nella sanità pubblica gli interventi sono stati di due tipi: disposizioni volte a ridurre gradualmente il numero dei dipendenti; misure destinate al contenimento delle retribuzioni del personale pubblico.

Sotto il primo profilo, alla fine del 2006 e, quindi, prima dell'inizio della crisi, la legge 265 (art. 1, co. 565) introduce nel SSN un tetto per la spesa di personale per il 2007, 2008 e 2009, pari al «corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell' 1,4 per cento», incluse le spese per il personale a tempo determinato, con rapporti di lavoro non standard e autonomo. Questa disposizione viene confermata per il triennio 2010-2012, stabilendo che il tetto di spesa vada considerato al netto degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al 2004 (l.191/2009). Gli stessi vincoli sono poi estesi anche al 2013-14 (d.l. 95/2012) e sono tuttora in vigore. Le Regioni sottoposte a piano di rientro devono invece applicare un blocco totale del *turn over* del personale sanitario fino alla fine dell'anno successivo a quello nel quale si attiva il piano, con possibilità di deroga a partire dal 2013.

Per rispettare il tetto, le Regioni possono adottare interventi di «razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera», sull'organizzazione interna delle strutture sanitarie, sui fondi della contrattazione integrativa o con specifiche misure sulla dirigenza sanitaria o sul personale del comparto. Se non rispettano il tetto, le Regioni sono giudicate comunque giudicate adempienti se assicurano l'equilibrio economico di bilancio, ma dal 2015 è stato reintrodotta l'obiettivo finale della riduzione dell'1,4% sulle spese del 2004.

Tra il 2007 e il 2015 il personale del SSN è passato da 682.197 a 653.352 unità, con una riduzione di 28.845 unità (-4,2%). Il calo risulterebbe più pronunciato (5,8%) se prendessimo come anno iniziale di riferimento il 2009, quando la dotazione di personale del SSN ammontava a 693.716 unità. La diminuzione del numero del personale negli anni della crisi è stata più forte in altri settori della pubblica amministrazione, come i ministeri o le regioni e autonomie locali, ma si tratta

comunque di un calo significativo, tenendo conto che la sanità italiana è sottodimensionata, in termini di personale, rispetto alla maggioranza dei paesi europei (Neri *et al.* 2017).

Vi è poi un secondo tipo di misure introdotte nel 2008 e rafforzate nel 2010-11, che riguardano il contenimento della dinamica salariale per i dipendenti pubblici (art. 557, l. 296/2006, modificato dal d.l. 78/2010), incluso il personale dipendente del SSN e quello convenzionato, a partire dai medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta (d.l. 98/2011, articolo 16, comma 2).

Dopo gli aumenti salariali molto moderati del biennio 2008-2009, pari alla metà dell'aumento stabilito nei rinnovi per i bienni 2004-05 e 2006-07 (ARAN 2011), il d.l. 78/2010 ha congelato le trattative per i rinnovi contrattuali per il biennio 2010-12. Interventi legislativi successivi hanno esteso il congelamento della contrattazione collettiva anche al 2013, 2014 e 2015 (d.l. 98/2011; l. 190/2014). La contrattazione collettiva a livello decentrato, invece, non è stata congelata ma soggetta a vincoli finanziari rigidi, tra cui il divieto di superare l'importo delle risorse utilizzate nel 2010. L'effetto complessivo di queste disposizioni è stato quello di bloccare i salari dei dipendenti del SSN e convenzionati sostanzialmente ai livelli del 2010.

Dopo che la Corte Costituzionale, con sentenza n. 178 del 23/7/2015, aveva dichiarato l'illegittimità «sopravvenuta» della sospensione della contrattazione collettiva per il personale delle amministrazioni pubbliche, il 30 novembre 2016 governo e sindacati hanno raggiunto un accordo per il rinnovo dei contratti del pubblico impiego, imperniato su aumenti medi in busta paga di 85 euro medi mensili destinati a circa 3,3 milioni di dipendenti pubblici, incluso tutto il comparto sanitario. La legge di stabilità 2016 (legge 208/2015) ha poi stanziato 300 milioni per i rinnovi contrattuali dei dipendenti pubblici. Inoltre per la sanità essa ha aperto la possibilità di indire concorsi straordinari per le nuove assunzioni di medici, infermieri e personale tecnico sanitario.

A queste misure, si affiancano poi gli specifici provvedimenti indirizzati alle Regioni in condizioni di elevato disavanzo nel settore sanitario e per questo sottoposte a piano di rientro, di cui però si tratterà nella seconda parte del saggio.

3. Le conseguenze della crisi finanziaria sulle relazioni inter-governative

La crisi economica e le politiche di austerità hanno favorito una parziale inversione di tendenza nell'evoluzione delle relazioni tra i diversi livelli di governo, rispetto ai decenni precedenti. La regionalizzazione sempre più ampia del sistema, in corso dagli anni novanta, ha lasciato il posto ad un insieme complesso di dinamiche caratterizzato, da un lato, da una riaffermazione del ruolo del governo centrale nelle politiche sanitarie di livello nazionale con un rilevante impatto sulla spesa, dall'altro, da una sostanziale (più che formale) differenziazione nei poteri e responsabilità tra le Regioni a statuto ordinario, a seconda che siano o meno soggette a piano di rientro dal debito

sanitario. Per comprendere queste dinamiche, è utile ricostruire le ragioni e i caratteri assunti dalla regionalizzazione del SSN a partire dalle riforme del 1992-93.

3.1 Il decentramento nel SSN: l'ascesa del regionalismo (1992-2008)

A differenza dei servizi sanitari nazionali di più antica costituzione, come quelli inglese o svedese, il SSN italiano ha sempre avuto un assetto decentrato, in coerenza con il dettato costituzionale. In una prima fase (1978-1992) i poteri e le responsabilità erano divisi tra Stato, Regioni ed enti locali. Con le riforme del '92-'93, invece, prende il via la regionalizzazione del SSN, introdotta assieme all'aziendalizzazione dai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993. Per quanto le loro linee di indirizzo traggano origine dal dibattito avviato dalla metà degli anni '80 sulla crisi del SSN (Vicarelli 1989), i decreti sono approvati nel pieno del terremoto politico e giudiziario successivo alle elezioni politiche del 1992 e all'esplosione di Tangentopoli, che aveva uno dei suoi epicentri nella sanità. A ciò occorre aggiungere anche il contesto di crisi economica e finanziaria, che aveva portato nel settembre dello stesso anno alla svalutazione della lira : era quindi necessario intervenire su un settore di spesa così importante come quello sanitario sia con misure urgenti di austerità (tagli, tetti di spesa, ticket, tasse), sia con provvedimenti strutturali di medio-lungo termine. A prescindere dall'emergenza contingente, questi ultimi vengono considerati parte del percorso di riforme necessario a consentire l'ingresso nell'euro da parte dell'Italia, rispettando i criteri di convergenza stabiliti nel Trattato di Maastricht che era stato siglato proprio nel 1992, a febbraio.

Come ha spiegato molto bene Maino (2001), in tale quadro la regionalizzazione è il risultato di una convergenza di obiettivi tra i *policy makers* operanti a livello nazionale e regionale. Da un lato, il governo centrale e il Parlamento, fortemente indeboliti da Tangentopoli e dal collasso del sistema politico della cosiddetta "Prima Repubblica" (1946-1992), erano più che disponibili a trasferire poteri e responsabilità nel momento in cui, presumibilmente, si sarebbe dovuto intraprendere una politica di austerità e di razionalizzazione della sanità per diversi anni. Il decentramento regionale viene così considerato un modo per condividere o allontanare dalla propria responsabilità decisioni fortemente impopolari.

Dall'altro lato, la regionalizzazione era considerata un'opportunità per gli amministratori regionali per rendere visibile e legittimare il loro livello di governo che, a differenza dei Comuni, era nato solo da alcuni decenni ed era percepito come distante e poco visibile dai cittadini (Maino e Neri 2011). In particolare l'attuazione dei decreti del 1992/93 dava la possibilità ai governi regionali di avviare politiche che consentivano l'affermazione di principi e valori di fondo (la fiducia nel pubblico o nel privato, nello Stato o nel mercato) distintivi e ben riconoscibili dai cittadini.

La regionalizzazione risponde non solo a criteri di razionalità politica, ma anche economica. Il

livello di governo regionale appare infatti il più adatto a garantire un compromesso accettabile tra le esigenze di conoscenza dei bisogni e della domanda di prestazioni sanitarie sul territorio e quelle di programmare in modo efficiente i servizi, contenendo i particolarismi locali che erano emersi in modo incontrollato nei decenni precedenti. Infatti la regionalizzazione del SSN intrapresa a partire dal 1992-93 si configura allo stesso tempo come un processo di decentramento dallo Stato alle Regioni e di accentramento dagli enti locali all'ente di governo intermedio. Inoltre, esiste la convinzione che una maggiore autonomia e responsabilizzazione delle Regioni avrebbe potuto spingere quelle meridionali a promuovere politiche atte a ridurre le diseguaglianze esistenti nella qualità e nell'accesso ai servizi, con maggiore efficacia di quanto fosse stato in grado di fare lo Stato centrale fino a quel momento (Mapelli 2012).

I poteri principali in materia di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari sono stati quindi attribuiti alle venti Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano. Le nuove strutture operative del SSN, le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Aziende Ospedaliere (AOSP), si configurano come enti strumentali delle Regioni, che ne nominano i vertici monocratici, i Direttori Generali. Questi prendono il posto dei precedenti organi collegiali di vertice, i Comitati di gestione, che erano nominati dai Comuni.

La regionalizzazione ha trovato poi sanzione costituzionale nella riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, confermata dalle bocciature dei successivi tentativi di riforma con i referendum del 2006 e del 2016. In base alla normativa vigente, lo Stato è incaricato di definire i «Livelli Essenziali di Assistenza» o LEA, ossia l'insieme delle prestazioni che devono essere fornite su tutto il territorio nazionale, e deve garantire le risorse economiche necessarie alla loro erogazione. Le Regioni e le Province Autonome devono assicurare le prestazioni comprese nei LEA, potendo poi decidere di estendere la copertura fornita ai propri cittadini a prestazioni e servizi ulteriori rispetto ai LEA, mediante l'utilizzo di risorse proprie.

Le Regioni dispongono di ampia libertà nell'organizzazione del proprio Servizio Sanitario Regionale. A partire dalla seconda metà degli anni novanta sono così emersi dei «modelli sanitari regionali», caratterizzati da assetti regolativi maggiormente improntati all'integrazione gerarchica, alla cooperazione o invece alla concorrenza tra i produttori di servizi (Neri 2008; 2009). Nella prima parte degli anni duemila queste differenze si sono, da una parte, attenuate per effetto della diffusione più o meno generalizzata di meccanismi di pianificazione e controllo dell'offerta specialistica come gli accordi di servizio e i tetti di spesa per singolo produttore, dall'altra parte sono aumentate in altri ambiti assistenziali come quello della medicina generale e dell'integrazione socio-sanitaria.

I poteri acquisiti nel governo del sistema sanitario si sono estesi in piccola parte alla materia fiscale, in un percorso che ha avuto, quali tappe principali, l'istituzione dell'addizionale regionale Irpef e dell'Irap nel 1998, l'approvazione del decreto 56/2000 e la riforma dell'art. 119 della Costituzione nel 2001. Le Regioni hanno così beneficiato di un certo grado di autonomia fiscale, anche se ristretta ad alcune imposte, alla possibilità di introdurre compartecipazioni alla spesa (soprattutto sui farmaci) e ad una variazione modesta – nei limiti fissati dallo Stato – dell'IVA e dell'IRPEF, per un complesso pari a meno del 10% dell'ammontare del bilancio regionale destinato alla spesa sanitaria. Nel 2009 il decentramento fiscale avrebbe potuto ampliarsi considerevolmente dopo l'approvazione della legge 42; tuttavia l'attuazione della legge è stata ostacolata da numerose difficoltà, fino a che la crisi finanziaria ha suggerito di rimandare a tempi migliori la concessione di una maggiore autonomia impositiva alle Regioni.

3.2 Le conseguenze della crisi finanziaria sul policy-making a livello nazionale

La ripartizione dei poteri emersa dal decennio 1992-2001 richiedeva un meccanismo permanente di confronto, negoziazione e, possibilmente cooperazione tra lo Stato e le Regioni per la definizione delle politiche sanitarie nazionali. Infatti, dopo il 2001 lo Stato di fatto non poteva approvare riforme strutturali come quelle degli anni novanta senza il consenso e il coinvolgimento delle Regioni, indispensabile per la fase di implementazione. Allo stesso modo, oltre ai LEA le Regioni dovevano comunque rispettare un quadro “minimo” di regole nazionali cui erano chiamate a dare attuazione in modo autonomo. Inoltre, lo Stato conservava poteri importanti di controllo delle risorse finanziarie, in particolare quelle destinate al finanziamento dei LEA, ossia il Fondo Sanitario Nazionale o, oggi, il fabbisogno nazionale standard del SSN.

A partire dalla fine degli anni novanta, quindi, la politica sanitaria nazionale, come quella di altri settori a forte decentramento, si è sviluppata prevalentemente mediante forme negoziate o congiunte di *policy-making*, che hanno il loro meccanismo principale nonché sede istituzionale in un sistema di Conferenze tra Stato e livelli di governo decentrati. Tra queste quella rilevante per la sanità è la Conferenza Stato-Regioni, istituita nel 1988 e poi rafforzata nel 1997 e nel 2003, affiancata dalla Conferenza delle Regioni in cui non è presente il governo centrale. Com'è noto, nella Conferenza Stato-Regioni le due parti sono rappresentate al massimo livello politico rispettivamente con il Presidente del Consiglio e i Ministri, da un lato, i Presidenti e gli Assessori regionali competenti per materia, dall'altro; esistono poi tavoli tecnici con i dirigenti delle due parti. La maggiorparte delle decisioni più rilevanti di politica sanitaria vengono così prese mediante “Accordi”, “Intese” o “Patti” deliberate dalla Conferenza Stato-Regioni e tradotte in legge dal Parlamento (Carpani 2006). Il ruolo della Conferenza Stato-Regioni è risultato centrale nel processo di responsabilizzazione

delle Regioni nel governo della spesa, divenuto un elemento cruciale per assicurare la tendenziale convergenza dell'Italia ai parametri di Maastricht, poi traslati nel Patto di Stabilità e Crescita europeo. In un assetto istituzionale decentrato quale quello degli anni duemila il coinvolgimento delle Regioni risulta indispensabile ed esso è avvenuto mediante atti siglati in Conferenza Stato-Regioni, tra cui spiccano gli Accordi Stato-Regioni del 3 agosto 2000 e dell'8 agosto 2001, l'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 e il primo "Patto per la salute" 2007-09, siglato nel 2006, cui poi ne seguiranno a crisi avviata altri due fino ad oggi (2010-12; 2014-16). L'Intesa del 2005 ha introdotto il meccanismo dei piani di rientro, sui cui torneremo per l'importanza acquisita negli anni della crisi.

Benché non vi siano stati mutamenti normativi che abbiano cambiato l'assetto dei poteri che abbiamo descritto, la crisi economica e finanziaria, in particolare dopo la crisi del debito sovrano del 2011-12, ha indebolito il ruolo delle Regioni nel *policy making* nazionale a favore di una maggiore importanza del ruolo esercitato dal governo centrale, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) e, indirettamente, dalle istituzioni europee. Non si tratta di una tendenza limitata alla sanità, ma in questo settore essa è forse più significativa in quanto il decentramento regionale era più esteso e consolidato che in altri ambiti. A fronte di tale mutamento, anche la Conferenza Stato-Regioni ha nella sostanza anche se non nella forma perso parte della sua centralità nella definizione delle politiche sanitarie nazionali, a favore di un'elaborazione più unilaterale che si svolge all'interno del governo centrale, in raccordo con l'Ue e la Bce.

Questo spostamento è cominciato prima della crisi, è cresciuto a partire dal 2008-09 ed è poi divenuto particolarmente evidente dopo l'esplosione della crisi del debito sovrano del 2011-12 (Marangoni e Tronconi 2015). La necessità di prendere urgentemente misure restrittive in grado di segnalare ai mercati internazionali e all'Ue la volontà e capacità del governo nazionale di riportare sotto controllo il debito pubblico hanno spinto ad approvare misure, contenute nelle leggi di stabilità e nei pacchetti di austerità adottati dai governi centrali, che in gran parte non erano state preventivamente concordate ma sostanzialmente nemmeno discusse con le Regioni, il Parlamento e gli interessi organizzati. La riduzione al minimo dello spazio per la discussione e la negoziazione è stata motivata con la mancanza di tempo e di alternative, a fronte degli impegni presi con l'Ue e del bisogno di rassicurare i mercati. In questo senso, giustificare l'assunzione di decisioni impopolari con l'esigenza dirimente di rispettare soverchianti vincoli esterni è stata una strategia molto efficace per evitare il negoziato utilizzando una combinazione tra *blame avoidance* e *credit claiming* (Bonoli e Natali 2012).

Queste dinamiche non si sono verificate solo in Italia, ma sono state comuni a tutti i paesi europei maggiormente colpiti dalla crisi finanziaria e del debito sovrano, vale a dire quelli dell'Europa

mediterranea e, in forma parzialmente differente, l'Irlanda (Sotiropoulos 2015). Tutti questi paesi infatti hanno dovuto adottare riforme strutturali e severe misure di austerità decise dal governo centrale, con l'intervento più o meno diretto dell'Ue e, a differenza di quanto avvenuto in Italia, in diverse realtà anche di altre istituzioni finanziarie internazionali come il Fmi (Grecia, Portogallo, Irlanda). In questo contesto, i governi nazionali e, al suo interno, i capi di governo e il ministro responsabile dell'economia e della finanza sono diventati garanti e responsabili di fronte alle istituzioni europee e internazionali dell'adozione degli interventi negoziati o, a seconda dei casi imposti da tali istituzioni in cambio di supporto finanziario diretto o indiretto. L'assunzione di tali interventi in tempi rapidi e con scarsi margini di modifica rispetto a quanto già definito e concordato in sede europea o internazionale ha in qualche modo determinato un'esclusione delle tradizioni negoziazioni con i Parlamenti, le autonomie locali e gli interessi organizzati.

Nel caso italiano, queste tendenze sono parse particolarmente evidenti in alcune riforme come quella delle pensioni di fine 2011 e nell'adozione dei pacchetti di austerità sulla spesa e il personale pubblico (Bordogna e Neri 2014). Nella sanità si è determinato uno spostamento del cuore del processo decisionale dalle complesse mediazioni tra governo centrale, Parlamento, Regioni e interessi organizzati alle relazioni verticistiche tra istituzioni europee e governo centrale, all'interno di cui spiccano il ruolo della Presidenza del Consiglio e del Ministero dell'Economia (Neri *et al.* 2017).

Il ruolo delle Regioni è risultato così fortemente indebolito nella definizione delle politiche sanitarie e, di conseguenza, anche quello della Conferenza Stato-Regioni, pur non essendoci stati cambiamenti nelle loro attribuzioni normative. Ciò è parso particolarmente evidente nel processo di determinazione del finanziamento annuale del fabbisogno standard nazionale del SSN. La definizione degli stanziamenti avviene infatti mediante una negoziazione tra Stato e Regioni, che sfocia in un atto pattizio, come i Patti per la Salute 2007-2009, 2010-12, 2014-16. Tuttavia a partire dal 2010 i finanziamenti concordati sono stati quasi sempre rivisti al ribasso dalle leggi di stabilità o da altri pacchetti di austerità, con decisioni assunte di fatto dal governo centrale e, in particolare, dal MEF e possibilità molto limitate o assenti di modifica da parte delle Regioni.

Secondo le informazioni raccolte in alcune interviste effettuate da uno degli autori di questo saggio con alcuni dirigenti e funzionari della Conferenza Stato-Regioni, il caso più eclatante è rappresentato dalla legge 228/2012, ossia la legge di stabilità per il 2013. In questa circostanza le Regioni hanno protestato a gran voce, ma inutilmente, per la diminuzione del finanziamento al SSN per il 2013 rispetto al 2012, sia in termini percentuali sia in termini reali (v. tab. 5).

Nel confronto tra le parti, è interessante notare che, secondo quanto emerge sia dalla lettura dei resoconti della stampa specializzata sia da alcune informazioni raccolte nelle interviste poc'anzi

menzionate, spesso il Ministero della Salute si è trovato a mediare tra MEF e Regioni, o anche a sostenere più o meno apertamente le istanze di queste ultime, in particolare nel caso si tratti di difendere incrementi di finanziamento precedentemente stabiliti (tipicamente con i Patti per la Salute).

L'indebolimento del ruolo delle Regioni nel *policy making* nazionale non deriva solo alle dinamiche politiche e istituzionali messe in moto dalla crisi finanziaria, ma in parte anche da una serie di scandali legati alla corruzione o ad usi impropri delle risorse pubbliche, di cui sono protagonisti amministratori e consiglieri regionali. Gli scandali, fatti emergere dalla stampa e più spesso dalla magistratura, sembrano riguardare non solo Regioni tradizionalmente poco efficienti e con servizi di basso livello ma anche Regioni "virtuose" sia in termini di bilancio che per la qualità dei servizi. Agli occhi dell'opinione pubblica, i politici regionali cominciano così ad apparire tra i maggiori rappresentanti di una "casta", quella della classe politica, incapace di amministrare la cosa pubblica in modo efficiente e dedita pressoché esclusivamente ai propri interessi particolari (Fuccillo 2010). Per un'istituzione "giovane" come quella regionale, introdotta solo nel 1970, questo fenomeno si traduce in una perdita di legittimazione piuttosto seria, al punto che anche nella stampa nazionale alcuni commentatori cominciano a chiedersi a che cosa servano le Regioni.

Dubbi sulla regionalizzazione o, quanto meno, sul modo in cui essa è stata realizzata cominciano a farsi strada anche tra gli addetti ai lavori, alla luce di alcuni saggi che evidenziano la persistenza se non l'aumento delle diseguaglianze territoriali, dopo vent'anni di regionalismo. Rispetto ai primi anni novanta infatti le diseguaglianze tra Nord e Sud nell'accesso e nella qualità dei servizi oltre che nell'efficienza gestionale risultano complessivamente aumentate invece che diminuite (Pavolini 2011; Pavolini e Vicarelli 2012; Toth 2014). Ciò appare vero nonostante nel tempo il SSN abbia compiuto un'importante azione di riduzione delle differenze territoriali nella spesa per i servizi sanitari (Mapelli 2012).

4. Nord e Sud fra maggiore autonomia e tutela centrale

La crisi economica e finanziaria ha certamente contribuito ad una parziale ma significativa ricentralizzazione del *policy making* nazionale, nelle forme descritte al paragrafo precedente. Tuttavia, la riaffermazione del ruolo dello Stato nella *governance* del nostro sistema sanitario era cominciata qualche anno prima dell'inizio della crisi e sempre in relazione a problematiche di tipo finanziario. Già alla metà degli anni duemila, infatti, era emersa chiaramente l'incapacità di alcune Regioni di mantenere in equilibrio finanziario il proprio Servizio Sanitario Regionale e di esercitare in modo responsabile i poteri di governo della spesa ad esse attribuiti. Dati gli impegni assunti in merito al contenimento del deficit e del debito pubblico con l'adesione al Patto di stabilità e crescita

dell'Ue, il governo centrale era chiamato ad intervenire per garantire il controllo della spesa sanitaria anche a livello regionale.

Le controversie tra Stato e Regioni sulle responsabilità dei disavanzi sanitari sono stati frequenti fin dalla nascita del SSN, ma gli impegni europei e la regionalizzazione del Sistema rendevano ora urgente la definizione di un meccanismo per affrontare il problema. La legge finanziaria per il 2005 (l. 311/2004) e, poi, soprattutto, l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (con aggiustamenti normativi successive) hanno così definito un meccanismo a più livelli per il monitoraggio della spesa sanitaria e il ripiano dei debiti.

In caso il disavanzo nella gestione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), che persista nel quarto trimestre dell'esercizio finanziario, superi del 7% (5% dal 2010) la somma rappresentata dalla quota regionale del finanziamento del fabbisogno nazionale e altre fonti ordinarie di finanziamento statale più le entrate proprie regionali, la Regione viene considerata in stato di disequilibrio economico e finanziario. L'accertamento del disavanzo eccessivo è compiuto dai tavoli tecnici e, dal 2011, dalla Struttura Tecnica di Monitoraggio (STEM), appositamente istituiti in sede di Conferenza Stato-Regioni. Il Presidente del Consiglio diffida allora la Regione ad adottare i provvedimenti necessari per assicurare il riequilibrio entro il 30 aprile dell'anno successivo.

Entro 30 giorni la Regione deve quindi approvare un piano di rientro dal disavanzo di gestione, che consiste in un programma di riorganizzazione e riqualificazione del SSR. Il piano deve essere poi valutato dalla STEM e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni rispettivamente entro i 30 e 45 giorni successivi all'approvazione regionale. Decorsi tali termini, in caso di riscontro positivo il Presidente del Consiglio approva il piano.

In caso di riscontro negativo o mancata presentazione del piano, il Presidente del Consiglio nomina il Presidente della Regione commissario *ad acta* per la predisposizione del piano e la sua attuazione, nonché per l'introduzione di una serie di interventi per il rientro dal disavanzo. Si tratta dell'aumento delle addizionali Irpef e delle maggiorazioni dell'Irap (fino al 2010 nei limiti della normativa vigente e poi in quote superiori), cui sono stati aggiunti, a partire dal 2011, il blocco del *turn over* del personale, il divieto delle spese e la sospensione dei trasferimenti erariali non obbligatori, la decadenza automatica di tutti i direttori generali, amministrativi e sanitari delle Aziende sanitarie e ospedaliere. Queste misure scattano automaticamente in caso di inerzia della Regione, entro 30 giorni dal commissariamento.

A seguito dell'approvazione del piano di rientro, il governo attribuisce il 40% delle risorse aggiuntive ritenute necessarie al ripiano del debito, che possono essere recuperate dal governo se la Regione non mette in atto gli interventi concordati. Il restante 60% è concesso dopo le verifiche dell'attuazione del piano, di cadenza trimestrale e annuale da parte della STEM e dei tavoli tecnici .

Dal 2012 (d.l. 158/2012 o Legge Balduzzi), qualora le verifiche positive accertino il raggiungimento anche parziale degli obiettivi del piano la Regione può ottenere la riduzione delle maggiorazioni sulle aliquote fiscali regionali e l'attenuazione del blocco del *turn over* sul personale e del divieto di effettuare spese non obbligatorie, in correlazione alla necessità di garantire i LEA.

Il meccanismo dei piani di rientro ha cominciato ad essere utilizzato nel 2007, quando è stato attivato, in ordine di tempo, per Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia e Sardegna. E' stato poi esteso a Calabria (2009), Piemonte e Puglia (2010). Tutte queste Regioni sono tuttora in piano di rientro, ad eccezione della Liguria, rientrata abbastanza rapidamente dallo stato di disavanzo eccessivo e della Sardegna, che ne è uscita subito, pur in stato di inadempienza, perchè dallo stesso 2007 provvede al finanziamento del suo SSR senza alcun apporto da parte dello Stato (l. 296/2006). Campania, Lazio, Molise e Calabria sono commissariate; l'Abruzzo lo è stata ma è uscita dallo stato di commissariamento nel 2015. Nel complesso dal 2005 al 2017 sono state coinvolte nel meccanismo del piano di rientro tutte le Regioni centro- meridionali esclusa la Basilicata e due Regioni del Nord che però non sono state commissariate.

Uno dei passaggi più delicate e discussi del meccanismo del piano di rientro dal disavanzo di gestione è la nomina del Commissario *ad acta*. Il ruolo di Commissario è stato attribuito allo stesso Presidente della Regione commissariata, finchè il Patto per la Salute 2014-16 ha disposto un divieto di proseguire con questa prassi. Il governo può nominare anche dei Subcommissari *ad acta*, scelti tra persone di comprovata competenza tecnica in ambito sanitario, per rafforzare la struttura di supporto al piano. La nomina dei subcommissari rivestiva particolare rilievo nel caso in cui il commissario fosse il Presidente della Regione.

Pur con differenze tra i singoli casi, il meccanismo dei piani di rientro è risultato molto efficace nel garantire una riduzione dei debiti sanitari delle Regioni. Tra il 2009 e il 2014, il disavanzo delle Regioni interessate è passato da 3,5 miliardi di euro a 275 milioni (Corte dei Conti 2016).

Tuttavia l'esperienza ha mostrato come, una volta avviato il procedimento dei piani, sia assai difficile uscirne. Questo pare dovuto sia alla presenza di *target* finanziari particolarmente impegnativi, sia alla presenza di obiettivi che esulano dagli aspetti meramente economici per andare a toccare dimensioni relative alla qualità e all'accesso ai servizi. In molti casi tali obiettivi appaiono non facili da soddisfare, a fronte di piani di rientro incentrati su una razionalizzazione dei servizi che comporta accorpamenti, tagli e restrizioni anche severe nell'offerta presente sul territorio.

Dal punto di vista delle relazioni tra i livelli di governo, il procedimento del piano di rientro ha fortemente limitato l'autonomia dei governi regionali nell'elaborazione delle politiche sanitarie, incluse quelle relative all'organizzazione e gestione dei servizi. Attraverso la STEM e il tavolo tecnico di attuazione del piano il governo centrale e, in particolare, i tecnici del MEF non solo

hanno esercitato una supervisione e monitoraggio penetranti sull'andamento dei SSR delle Regioni interessate, ma spesso si sono trovati a svolgere un vero e proprio ruolo propositivo nella definizione delle misure di riduzione del debito e ad esercitare una sorta di veto di fronte all'adozione di politiche che comportassero un aumento delle spese. Seppure la ripartizione formale dei poteri tra i livelli di governo non sia cambiata negli ultimi dieci anni, il decentramento regionale è risultato di fatto assai indebolito a favore di una crescita del ruolo regolativo dello Stato centrale, incarnato dal MEF più che dal Ministero della Salute.

Se la sanità meridionale e centro-meridionale è finita sotto tutela centrale negli anni della crisi, ciò non è avvenuto per le Regioni del Nord e Centro-Nord, tranne che in parte nei due casi già citati. Nelle altre Regioni settentrionali, la capacità di mantenere condizioni di equilibrio di bilancio o di disavanzo limitato ha consentito di consolidare e rafforzare l'autonomia delle politiche sanitarie regionali. Certamente le decisioni di politica sanitaria, assunte a livello nazionale in modo più unilaterale che nel passato, ispirate al contenimento della spesa rappresentano vincoli con cui gli amministratori regionali devono fare i conti anche al Nord, ma ciò non ha impedito alle Regioni "virtuose" di salvaguardare la propria autonomia nelle scelte relative all'organizzazione del sistema. Le riforme strutturali del sistema sanitario lombardo e di quello toscano adottate negli ultimi anni rappresentano due chiari esempi della chiara persistenza di poteri autonomi e immutati rispetto al passato nell'organizzazione e regolazione dei servizi, da parte delle Regioni non soggette a piani di rientro.

Inoltre, alcune di queste Regioni hanno richiesto "forme e condizioni particolari di autonomia" (art. 116, co. 3, Cost. It.), più simili a quelli delle Regioni a Statuto Speciale, sia in materia sanitaria che in altri settori, muovendo così verso un assetto dei poteri più chiaramente orientate in senso federale, limitatamente ai loro ambiti territoriali. Vanno in questa direzione sia i referendum consultivi convocati in Lombardia e Veneto il 22-23 ottobre 2017, sia la richiesta formale dell'Emilia-Romagna, espressa con un documento di indirizzo della Giunta regionale a settembre 2017, di aprire un tavolo negoziale con il governo centrale per ottenere un maggior grado di autonomia, secondo la procedura prevista dall'art. 116 della Costituzione.

Pur essendo ancora vaghi i contenuti in cui si dovrebbe esplicitare la maggiore autonomia che viene richiesta, è abbastanza chiaro che essa dovrebbe riguardare non solo la gestione delle risorse ma anche la capacità impositiva regionale, oggi molto limitata, compiendo un passo rilevante in direzione di una più compiuta responsabilizzazione delle Regioni.

Al di là dei giudizi di merito, queste iniziative politiche evidenziano un tentativo di rilancio dell'istituto regionale, di cui sono protagoniste alcune delle Regioni cosiddette "virtuose" che negli

anni della crisi, pur non immuni da scandali e difficoltà, sono state in grado di mantenere condizioni di equilibrio di bilancio e servizi sanitari di elevata qualità.

5. Verso un federalismo differenziato nel SSN?

La tendenza ad una sostanziale ricentralizzazione del processo decisionale nelle politiche sanitarie nazionali con rilevante impatto di spesa è legata alla necessità di rispettare i vincoli posti dal processo di integrazione europea e monetaria e dalla globalizzazione dei mercati internazionali, in una situazione di grave crisi finanziaria. Infatti tale condizione ha riportato in primo piano il ruolo dell'attore politico nazionale, in grado di partecipare ai processi decisionali di livello sovranazionale e di influire, con molti limiti ma più delle Regioni, sulle dinamiche economiche e finanziarie internazionali. In questo senso si può dire che la centralizzazione sia determinata in prima battuta da fattori esogeni al sistema sanitario, che hanno a che fare con i «vincoli esterni» (Ferrera e Gualmini 1999) al nostro sistema economico e di welfare, non nuovi ma dotati oggi di una coerenza sconosciuta in passato.

La riaffermazione del ruolo dello Stato centrale nel SSN dipende però anche da fattori di natura endogena al sistema sanitario. Spiccano a questo proposito i caratteri assunti dal decentramento del SSN, alla ricerca di un equilibrio tra esigenze contrapposte, quali l'equità e la solidarietà nazionale proprie di un sistema universalistico e l'autonomia regionale, quale valore necessario a promuovere l'efficienza e la rispondenza dei servizi ai bisogni della popolazione.

Come abbiamo descritto, l'assetto dei poteri emerso dopo gli anni novanta ha portato alla costruzione di un sistema di negoziazione e definizione congiunta delle politiche sanitarie tra il livello centrale e quello regionale di governo imperniato sulla Conferenza Stato-Regioni. Tale sistema ha però mostrato evidenti limiti in condizioni di crisi economica. La possibilità del governo centrale, più ancora che del Parlamento, di determinare in ultima istanza l'ammontare dei finanziamenti del SSN mediante la legislazione (leggi di stabilità e pacchetti di austerità) ha finito per affermare la prevalenza di questo livello di governo, evidenziando il sostanziale controllo esercitato sulle risorse finanziarie dal centro. Lo squilibrio nei poteri esercitati in questo ambito è accentuato anche dai forti limiti esistenti nell'autonomia impositiva regionale. Inoltre, elemento spesso sottovalutato, il controllo centrale non si limita alle risorse finanziarie ma si estende alla determinazione degli altri principali fattori produttivi del settore sanitario (lavoro, farmaci, attrezzature e dispositivi medici), come evidenziano le misure di austerità imposte dal governo in questi anni.

Queste tendenze non si sono limitate solo agli anni dell'emergenza finanziaria conseguente alla crisi del debito sovrano, ma si erano manifestate in parte già in precedenza e, in qualche modo, sembrano

continuare negli anni più recenti, favorite dal persistente stato di difficoltà della finanza pubblica dovuta al debito elevato. In questo senso, è possibile ipotizzare che continuino, magari in forma più attenuata, anche in condizioni di ripresa economica.

Alla riaffermazione del ruolo del governo centrale hanno contribuito altri fattori, quali l'incapacità conclamata di almeno metà delle Regioni di governare in modo efficiente il sistema sanitario nonché di garantire servizi di qualità adeguata e la crisi di legittimazione dell'istituto regionale. La vicenda dei piani di rientro e, allo stesso tempo, la richiesta di maggiore autonomia da parte di alcune Regioni del Nord ci portano ad affermare che il SSN non sta andando verso una semplice ricentralizzazione, almeno nella regolazione del sistema, ma piuttosto verso la ricerca di nuovi equilibri tra accentramento e decentramento.

L'ipotesi più probabile è che essi portino verso il superamento di un assetto uniforme dei poteri per le Regioni a statuto ordinario, in direzione di un sistema di poteri e responsabilità che è diverso a seconda delle condizioni delle singoli Regioni. Sul piano sostanziale, infatti, quanto accaduto negli ultimi dieci anni rappresenta un'evoluzione verso forme di decentramento o federalismo differenziato nel SSN. Nei prossimi anni il cambiamento potrebbe trovare un maggiore riconoscimento anche sul piano formale.

Se l'evoluzione verso un federalismo differenziato si consoliderà nei prossimi anni, occorrerà trovare meccanismi istituzionali e regolativi tali da garantire sia la soddisfazione delle esigenze di controllo della spesa sanitaria, che persistono anche in condizioni di crescita economica, sia la salvaguardia delle istanze e dei valori di equità e solidarietà, anche territoriale, alla base di un Servizio Sanitario Nazionale.

Riferimenti bibliografici

ARAN (2011), *Rapporto semestrale sulle retribuzioni dei dipendenti pubblici*, Roma, Servizio Studi Aran, <https://www.aranagenzia.it/attachments/article/2041/Rapporto%20Semestrale%201-2011.pdf> (accesso in data 6/10/2017)

Bonoli, G. e Natali, D. (a cura di) (2012), *The Politics of the New Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.

Bordogna, L. e Neri, S. (2014), *Austerity policies, social dialogue and public services, in Italian local government*, in «Transfer: European Review of Labour and Research», vol. 20, n. 3, p. 357-371.

Carpani, G. (2006), *La Conferenza Stato-regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi*, Bologna, Il Mulino.

- Corte dei Conti (2015), *Relazione sugli andamenti della finanza territoriale. Analisi dei flussi di cassa. Esercizio 2014*, vol. II,
http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/sez_autonomie/2015/delibera_25_2015_sezaut_appendice.pdf (accesso in data 6/10/2017)
- Corte dei Conti (2016), *Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica*,
http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2016/rapporto_coordinamento_finanza_pubblica_2016.pdf (accesso in data 9/10/2017)
- Ferrera, M. e Gualmini, E. (1999), *Salvati dall'Europa?*, Bologna, Il Mulino.
- Fuccillo, E. (2010), *La Casta delle Regioni*, Roma, Editori Riuniti.
- Jones, E. (2012), *Italy's sovereign debt crisis*, in «Survival: Global Politics and Strategy», vol. 54, n. 1, p. 83-110.
- Maino, F. (2001), *La politica sanitaria*, Bologna, Il Mulino.
- Maino, F. e Neri, S. (2011), *Explaining Welfare Reforms in Italy between Economy and Politics: External Constraints and Endogenous Dynamics*, in «Social Policy & Administration», vol. 45, n. 4, p. 445-64.
- Mapelli V. (2011), *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, Il Mulino, nuova edizione.
- MEF-Ragioneria generale dello Stato (2016), *Commento ai principali dati del conto annuale del periodo 2007-2015*,
<http://www.contoannuale.tesoro.it/cognos1022/samples/images/ANALISIDATI2007-2015.pdf>
(scaricato in data 10/10/2017)
- Marangoni, F. e Tronconi, F. (2014), *La rappresentanza degli interessi in parlamento*, in «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», vol. 9, n. 3, p. 557-588.
- Natali, D. e Pavolini, E. (2014), *Comparing (Voluntary) Occupational Welfare in the EU: Evidence from an international research study*, OSE Research Paper N.16, Bruxelles, European Social Observatory.
- Neri, S. (2008), *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, p. 97-114
- Neri, S. (2009), *Convergenza e divergenza nell'evoluzione recente dei servizi sanitari nazionali. Un confronto tra Regno Unito e Italia*, in «Stato e Mercato», vol. 87, n. 3, p. 357-86.
- Neri, S. (2012), *I fondi previdenziali e sanitari nel welfare aziendale*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», vol. 3, p. 129-44.

- Neri, S., Pavolini, E. e Vicarelli, G. (2017), *The Italian NHS in the era of austerity: is a 'gradual transformatio' taking place?*, paper presentato alla LSE International Health Policy Conference, 16-19 febbraio 2017, Londra.
- Pavolini, E. (a cura di) (2011), *Il cambiamento possibile. La Sanità in Sicilia fra Nord e Sud*, Roma, Donzelli.
- Pavolini, E. and Vicarelli, G. (2012), *Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS*, in «Current Sociology», vol. 60, n. 4, p. 472–488.
- Pavolini, E., Neri, S., Cecconi, S. e Fioretti, I. (2013), *Verso un sistema multi-pilastro in sanità? Luci e ombre nell'esperienza dei fondi sanitari*, in E. Pavolini, U. Ascoli e M.L. Mirabile (a cura di), *Tempi moderni. Il welfare nelle aziende in Italia*, Bologna, Il Mulino, p. 115-47.
- Sotiropoulos, D.A. (2015), *Southern European Governments and Public Bureaucracies in the Context of Economic Crisis*, in «European Journal of Social Security», n. 2, p. 226-245.
- Toth, F. (2014), *How health care regionalisation in Italy is widening the North-South gap*, in «Health Economics, Policy and Law», vol. 9, n. (3), p. 231-249