

# IHPB

## ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

### CENTRALIZZAZIONE O REGIONALIZZAZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE?

#### AUTORI

**Simone Fanelli**

**Antonello Zangrandi**

*Dipartimento di Economia – Università degli Studi  
di Parma*

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), fin dalla sua istituzione nel 1978 (Legge 23 dicembre 1978, n. 833), è stato caratterizzato da una serie di riforme che ne hanno modificato in maniera sostanziale il funzionamento. Tuttavia, nel tempo, i principi ispiratori di universalità, solidarietà ed equità del servizio non si sono modificati, ma rafforzati, e i conseguenti processi di cambiamento avviati sono tutti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi fondamentali del sistema sanitario, considerati diritti imprescindibili per i cittadini.

Le molteplici norme, che si sono susseguite con cadenza quasi decennale, sono state ispirate da vari principi che negli anni si sono affermati.

Le prime riforme miravano a creare una maggiore autonomia e una certa distanza dalla politica (1988 e 1992); successivamente, invece, il focus si è spostato sulla necessità di definire una maggiore chiarezza nelle modalità erogative e una chiara responsabilità delle Regioni (1998-2001), incidendo in maniera significativa sui modelli di *governance*, sui modelli organizzativi, sui sistemi di finanziamento, sui processi di assegnazione delle responsabilità ed altri ancora.

Nel lungo processo di riforma, un elemento pare ri-

corrente nella strategia innovatrice del legislatore: decentramento dei poteri decisionali e delle conseguenti responsabilità in ambito sanitario dallo Stato centrale alle Regioni. Infatti, la “regionalizzazione” in Sanità, così come è definito in letteratura il sistematico passaggio di competenze dal livello di governo centrale a quello locale (Mapelli 2000; Neri 2009; Tognetti Bordogna 2010; Vicarelli 2003), parte da lontano.

Le Regioni, fin dalla loro nascita (1970), hanno sempre avuto competenze rilevanti in questa materia, a dimostrazione i forti impatti in termini di assorbimento di risorse che da sempre caratterizzano i bilanci regionali (dal 60 al 75%)<sup>1</sup>. Tuttavia, è a partire dagli anni '90 che il processo di regionalizzazione registra un'accelerazione importante in questo senso (D. Lgs. 502/92; D. Lgs. 517/93; D. Lgs. 229/99), fino ad arrivare alla Legge Costituzionale n. 3 del 2001 (Riforma del Titolo V) che ha sancito il definitivo passaggio della responsabilità su alcune tematiche strategiche (tra cui la Sanità) da competenza esclusiva del Governo centrale a materia a “legislazione concorrente”<sup>2</sup> tra Stato e Regioni. La Riforma del Titolo V ha di fatto affidato alle Regioni il controllo sui temi di natura sanitaria, lasciando al Governo centrale una funzione di indirizzo che si manifesta, in regime ordinario, attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le Regioni, chiamate a stabilire l'assetto organizzativo e regolativo dei propri servizi sanitari, hanno quindi generato dei sistemi propri con differenze anche molto evidenti sia nella costruzione del modello

di offerta sanitaria che nelle modalità di risposta ai bisogni della popolazione. Il risultato è un sistema nazionale apparentemente unitario e uniforme, ma sostanzialmente caratterizzato da un grande variabilità regionale di modelli assistenziali, tanto che pare più corretto riferirsi a 21 Sistemi Sanitari Regionali (SSR).

La scelta di affidare la gestione della sanità a livello regionale trova la sua spiegazione sia a livello politico che tecnico. Innanzitutto, il dibattito di questi anni è stato tutto rivolto alla responsabilizzazione delle Regioni sul piano economico e sulla capacità di innovazione. È vero infatti che fino al 2000 le risorse destinate alla sanità erano insufficienti e che le Regioni spendevano ben oltre la loro disponibilità, ben sapendo che alla fine lo Stato avrebbe in qualche modo finanziato il deficit. Poi, con la riforma del Titolo V e dell'assegnazione delle materie alla legislazione concorrente alle Regioni nei primi anni del nuovo millennio, si inizia a realizzare una delle politiche forti in quegli anni: la scelta di evolvere il sistema repubblicano italiano verso un modello marcatamente più federale.

Molti studiosi hanno affrontato il tema del decentramento, evidenziando – a livello teorico – i riflessi positivi che una tale scelta potesse avere sull'intero sistema: migliore efficienza nell'erogazione dei servizi e nella soddisfazione dei bisogni; migliore capacità di programmazione; maggiore integrazione socio-sanitaria; contenimento dei costi (Saltman et al., 2007; Pavolini e Vicarelli, 2012).

Il Governo centrale ha però dovuto

mantenere un controllo forte sull'impatto economico della gestione regionale della sanità, perché gli elevati livelli di spesa sanitaria e i deficit delle Regioni in quest'ambito compromettevano l'equilibrio economico-finanziario a livello di sistema Paese, pregiudicando il rispetto dei vincoli europei (rapporto tra deficit e PIL inferiore al 3%). Tali necessità hanno portato lo Stato ad avvalersi di strumenti che, pur mantenendo la responsabilità in capo alle Regioni, assicurassero un controllo sui saldi economico-finanziari dei singoli SSR. In questo senso, il ruolo del Governo centrale si è sviluppato soprattutto con la collaborazione e sotto la supervisione del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) che svolge alcuni dei compiti cruciali in materia di controllo della spesa sanitaria. In particolare, il MEF è responsabile dell'equilibrio generale del settore sanitario anno per anno con la responsabilità diretta nella copertura dell'eventuale deficit sanitario contratto dalle singole Regioni.

È altresì compito del MEF redigere, al presentarsi di particolari situazioni definite dalla normativa vigente (in particolare, lo sfioramento della soglia di deficit regionali), i c.d. "Piani di Rientro"<sup>3</sup>. Ad oggi, le Regioni che sono monitorate dal Ministero in quanto soggette a piano di rientro sono: Abruzzo (dal 2007), Calabria (dal 2009), Campania (dal 2007), Lazio (dal 2007), Molise (dal 2007), Piemonte (dal 2010), Puglia (dal 2010) e Sicilia (dal 2007). Due regioni invece sono state sottoposte in passato al regime di Piano di Rientro e hanno completato il percorso di risanamento: Liguria (dal

2007 al 2009) e Sardegna (dal 2007 al 2009).

Lo strumento del Piano di Rientro quindi è utilizzato in ultima istanza dal Governo con una duplice funzione: porre rimedio a situazioni di deficit ormai avanzato per il quale non si ritiene che la Regione possa autonomamente sviluppare un percorso di rientro; assicurare nelle Regioni interessate che siano comunque garantiti i LEA a tutti i cittadini.

Il piano prevede inoltre, almeno formalmente, un commissariamento della Regione sui temi della sanità; tuttavia, quello che nella sostanza accade è che il Governo elabora di concerto con il MEF e con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) un percorso di rientro per le singole Regioni identificate, assegnando la responsabilità dell'implementazione del percorso ad un commissario *ad acta* che, nella quasi totalità dei casi, coincide con il Presidente della Regione in carica al momento del commissariamento. Il Commissario, che svolge un ruolo di coordinamento strategico del piano, viene affiancato da uno o più sub-commissari, nominati dal Governo centrale, che svolgono compiti più operativi di monitoraggio e controllo dell'implementazione delle azioni di miglioramento da mettere in atto.

Al problema della necessità di un controllo più stringente sui costi, si aggiunge il diverso livello di qualità del servizio che le varie Regioni assicurano ai propri cittadini, compromettendo l'obiettivo più generale del SSN di garantire un elevato standard del servizio su tutto il territorio nazionale. In questo contesto, i diversi SSR han-

<sup>1</sup> Oggi, a seguito del processo di regionalizzazione questo dato è divenuto ancora più rilevante (circa l'80%).

<sup>2</sup> Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza (Art. 117 della Costituzione).

no dimostrato che non necessariamente sia determinante la struttura organizzativa del modello per l'ottenimento del risultato in termini di salute percepita dai cittadini.

Infatti, sistemi regionali che hanno sviluppato una tendenza alla competizione tra il settore pubblico e il settore privato (es. Lombardia) e sistemi che invece hanno riconosciuto la centralità dell'attore pubblico nel governo del sistema (es. Emilia-Romagna) hanno raggiunto allo stesso modo risultati molto positivi sia in ottica di equilibrio economico che di outcome di salute. Questi primi quindici anni di evoluzione dei SSR hanno di fatto evidenziato come non vi siano elementi ostativi di natura organizzativa al raggiungimento di risultati positivi sotto tutti i punti di vista. Pertanto, risulta difficile individuare "il modello perfetto", ossia quello che possa andare bene per tutti. Molte Regioni si sono dimostrate abili e capaci a definire un sistema che meglio si adattasse alle proprie esigenze e a quelle delle propria comunità di riferimento, effettuando scelte che tengono conto anche della propria storia e delle caratteristiche socio-economiche del territorio.

Tuttavia, a queste, si affiancano esperienze di Regioni che hanno mal governato la propria politica sanitaria sino al punto di rientrare nei meccanismi del Governo di monitoraggio e controllo ove non di definizione di Piani di rientro. Proprio un'analisi del MEF (Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria 2014) sembra avere identificato all'interno delle Regioni soggette a piano di rientro alcuni driver critici che, a prescindere dal modello regio-

nale sviluppato, sembrano essere legati a comuni inefficienze di gestione.

L'analisi sviluppata ha dimostrato come il monte risorse disponibile non fosse un elemento decisivo nel peggioramento dell'output di salute regionale; infatti, tutte le Regioni soggette a piano di rientro hanno registrato contestualmente alla riduzione del disavanzo e, quindi, attraverso un utilizzo più efficiente delle risorse, anche un miglioramento dei LEA.

Quanto finora detto sposta il tema della discussione da aspetti di natura economico-finanziaria ad aspetti più legati al management delle organizzazioni sanitarie e dei sistemi regionali. La semplificazione che i modelli di SSR con risultati meno positivi pagassero una carenza se non addirittura un'insufficienza di risorse viene così smontata dai dati stessi forniti dai Ministeri.

La fotografia odierna dei sistemi sanitari regionali rispecchia pertanto la complessità e la diversità che il territorio nazionale ha sempre manifestato in ogni aspetto della propria vita socio-economica. Le Regioni, infatti, adeguandosi alle esigenze dei territori e alle caratteristiche socio-culturali dell'ambiente di riferimento, sono in grado di definire modelli praticamente ad hoc, ma che difficilmente possono essere esportati nella loro totalità e complessità all'esterno del contesto in cui sono evoluti.

Per questo motivo, non possono che nascere dubbi davanti a un eventuale ritorno al passato, con una gestione accentrata del sistema sanitario in un'ottica di superamento degli squilibri territoriali nelle condizio-

ni socio-sanitarie del Paese. I dubbi sono alimentati dal fatto che l'attuale SSN, seppur con le sue criticità e aspetti migliorabili, è considerato tra i migliori al mondo, mentre non si può dire lo stesso di altri servizi gestiti a livello accentrato (es. istruzione, giustizia). Allo stesso tempo, il divario tra la performance in ambito sanitario tra le Regioni (soprattutto tra nord e sud) era già significativo anche prima che il processo di regionalizzazione avesse inizio (Toth, 2014).

Alla luce di tutto questo, fermo restando la necessità di continuare a garantire a tutti i cittadini un sistema sanitario efficiente ed efficace, le principali domande che policy maker e operatori dovrebbero porsi sono altre.

Come far coesistere sistemi regionali così diversi? È davvero necessario ripensare al sistema sanitario in un'ottica di ri-accentramento dei poteri, e con quali conseguenze?

In caso contrario quali meccanismi di sussidiarietà orizzontale o verticale immaginare per mantenere un sistema che, almeno nelle idee originarie del Legislatore, vada verso un modello di federalismo concertativo?

In conclusione, allora, quali considerazioni si possono trarre? Innanzitutto, occorre sempre ricordare che le politiche devono trovare realtà pronte a riceverle. Gli ospedali, le aziende sanitarie e tutte le altre strutture sanitarie devono essere in grado di tradurre le linee politiche in risultati, siano questi centrali o regionali.

Forse appare necessario investire su questo aspetto: far maturare una maggiore consapevolezza organizzativa delle aziende. Una politica nazio-

<sup>3</sup> Il Piano di Rientro, che trova nella Legge 23 dicembre 1998, n. 448 (art. 28, co. 11 e 12) il suo fondamento normativo, è lo strumento pensato dal Legislatore per il risanamento e il contenimento dei disavanzi sanitari regionali. Le Regioni in disavanzo devono: a) procedere alla ricognizione delle cause di tale situazione ed elaborare un programma, al massimo di durata triennale, per la riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del loro servizio sanitario; b) stipulare un accordo con i Ministeri della Salute e dell'Economia, per individuare gli interventi necessari per ripristinare l'equilibrio economico, tenendo conto di una serie di parametri fra cui il rispetto dei LEA.

nale in questa direzione sicuramente potrebbe essere utile se si traduce in contratti di lavoro, in norme quadro orientate a generare una maggiore capacità organizzativa, una maggiore responsabilità.

In molti casi, poi, il centralismo si è tradotto in burocrazia, ossia in norme lontane dalla realtà, e in indicazioni che non considerano per nulla gli specifici contesti. I tagli lineari alla sanità, così come in tanti altri settori pubblici, tipici di una politica centralistica, non sono stati sicuramente un esempio di lungimiranza, ma hanno evidenziato, al contrario, un'incapacità di dare indicazioni coerenti con i bisogni e con le situazioni di fatto.

Esiste poi un terzo aspetto significativo: alcune Regioni hanno dimensioni

molto ridotte e parlare di politiche regionali in quel caso appare assolutamente irragionevole.

Infine, è necessario fare una riflessione sul tema del commissariamento.

Non vi è dubbio infatti che sia indispensabile che costi e qualità nel settore sanitario siano di un livello accettabile e che, nel caso questi non siano monitorati e perseguiti in maniera adeguata, il commissariamento delle aziende prima e delle Regioni poi sia assolutamente determinante. Su questo, però, occorre essere in grado di generare una politica – questa volta, sì, nazionale – che sia intransigente, prevedendo, quando le risorse economiche siano utilizzate in maniera inefficiente o la qualità del servizio risulta carente, di intervenire a livello di

ente sanitario e di Regione, al fine di ristabilire un equilibrio con un piano di azioni forte e determinato.

Il Servizio Sanitario Nazionale merita di essere sostenuto e sviluppato, occorre decentrare le responsabilità e accentrare gli interventi straordinari per riportare la sanità pubblica in equilibrio economico e in grado di produrre prestazioni di qualità.

Tutte le referenze bibliografiche relative a questo lavoro sono pubblicate nella sezione del nostro sito [www.altis-ops.it](http://www.altis-ops.it) dedicata a Italian Health Policy Brief.

## Italian Health Policy Brief

Anno V - N° 4 - 2015

### *Direttore Responsabile*

Stefano Del Missier

### *Direttore Editoriale*

Marcello Portesi

## Editore



Altis Omnia Pharma Service S.r.l.  
Viale Sarca, 223  
20126 Milano

### *Contatti redazione*

Tel. +39 02 49538300  
[info@altis-ops.it](mailto:info@altis-ops.it)

[www.altis-ops.it](http://www.altis-ops.it)

## *Comitato degli esperti:*

Pier Luigi Canonico  
Achille Caputi  
Claudio Cricelli  
Carlo Favaretti  
Renato Lauro  
Nello Martini  
Antonio Nicolucci  
Patrizio Piacentini  
Annarosa Racca  
Walter Ricciardi  
Francesco Rossi  
Mario Sorrentino  
Federico Spandonaro  
Ketty Vaccaro  
Stefano Vella