

## Temi di salute e politiche sociali: responsabilità nazionali e locali nella questione meridionale

**Enza Caruso, Nerina Dirindin**

RPS

*Il paper prende in esame il gap tra Nord e Sud Italia per quanto riguarda i servizi sanitari e sociali. Vengono in particolare analizzate le differenze di spesa, qualità e accesso ai servizi in seguito al processo di decentramento degli anni '90 che ha portato ad una maggiore responsabilità degli attori locali e ad un maggiore*

*controllo da parte del governo centrale. Si sostiene che il gap non sia stato colmato ma che al contrario abbiano avuto luogo involuzioni in tutto il paese. Il saggio conclude affermando che le disparità del Sud Italia siano una questione nazionale che deve essere affrontata con strumenti e politiche di un livello corrispondente.*

### *1. Introduzione*

L'Italia non è tutta uguale. Ogni territorio, ogni comunità ha una sua storia, un suo dialetto, un insieme di tradizioni e culture. Ogni territorio è un caso a sé; ma ciò è vero solo in parte. I confini non sono mai netti: le caratteristiche si modificano gradualmente a mano a mano che ci si sposta da un paese all'altro. Esiste una sorta di continuità fra i diversi paesi. I confini netti separano le amministrazioni dal punto di vista giuridico-istituzionale, ma non separano le culture e le tradizioni. Quando un paese è lungo, le sfumature sono numerose ed è possibile che territori molto lontani abbiano connotati anche molto diversi fra loro. Ma le possibili caratteristiche sono sempre le stesse, e sono presenti in tutti i territori; ciò che cambia è la dose presente in ogni comunità.

Il Nord e il Sud dell'Italia non hanno caratteristiche nettamente differenti: in entrambe le realtà convivono aspetti positivi e lati oscuri, pur con intensità differenti.

Non è scopo di queste note discutere le cause della prevalenza in alcuni territori di comportamenti più o meno virtuosi. Più semplicemente, ci si propone di illustrare e discutere alcune delle principali differenze che contraddistinguono le diverse realtà regionali nelle politiche sociali e sanitarie.

L'obiettivo è comprendere le dinamiche in atto, nella convinzione che, piuttosto che di «due Italie», siamo in presenza di un welfare nazionale in cui coesistono differenti realtà. Le differenze fra Nord e Sud del paese nelle politiche sanitarie e sociali confermano la natura duale del welfare nazionale, che in tempi di crisi è costretto a interrogarsi sulle responsabilità nazionali e locali della «questione meridionale» e sulle strategie per il superamento delle carenze di servizi in una larga parte proprie del Mezzogiorno.

## 2. *La natura duale del welfare*

Nei primi anni '90, seguendo il *mainstream* «decentramento-competizione-contrattualismo» anche il nostro paese procede alla riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale (Ssn) separando le funzioni di tutela della salute (affidate alle aziende sanitarie locali) da quelle di produzione delle prestazioni sanitarie (affidate a erogatori pubblici e privati). Rincorrendo il pensiero del *New public management*, con l'introduzione del linguaggio delle aziende si intraprende la strada della micro-efficienza produttiva. Nel Nord del paese, dove le capacità imprenditoriali sono più sviluppate, un nuovo modello gestionale della sanità si va configurando e la Lombardia che, prima tra tutte, introduce la competizione ne rappresenta il portavoce. Ma molto presto ci si accorge che la mera efficienza operativa mette a rischio la qualità dei servizi e la sostenibilità della spesa a livello macro.

Si rendono quindi necessari strumenti di governo dei volumi di attività e della spesa complessiva. Il d.lgs. 299/99 introduce la nozione di livelli essenziali di assistenza, che devono rispondere a criteri di equità, efficienza e appropriatezza delle cure, e specifica che la loro individuazione deve avvenire contestualmente alle risorse finanziarie destinate al Ssn, nel rispetto delle compatibilità definite per l'intero sistema di finanza pubblica. Un modello che richiede una forte capacità di programmazione a livello regionale, di cui è portavoce in primis l'Emilia-Romagna.

D'altro canto nel Meridione, una consistente produzione privata convenzionata con il Ssn, ancor oggi spesso in regime di accreditamento provvisorio, da sempre affianca un'insufficiente produzione pubblica. Al Sud, dove «tutto cambia per non cambiare niente», la nuova organizzazione della sanità è funzionale al suo modello di sviluppo economico, anzi ne rappresenta il nuovo vettore di estrapolazione di

quella rendita che nel periodo immediatamente precedente nutriva il blocco della Cassa del Mezzogiorno e, più in là nel tempo, qualificava quel blocco agrario che regnava sulle masse di contadini. Qualche passo indietro ci permette di descriverne le peculiarità.

### *3. La questione del riparto del fondo sanitario nazionale: aggiustamenti tecnici e diversa velocità di maturazione delle regioni*

Sul finire degli anni '90 il governo definisce nuovi criteri di riparto del fondo sanitario. Nel tentativo di riconoscere secondo equità i diversi bisogni delle singole realtà territoriali, al finanziamento storico viene sostituita una nuova metodologia che prevede la definizione di una quota capitaria ponderata in base alla struttura demografica della popolazione (per età e genere) come principale fattore di *risk adjustment*. I criteri previsti dalla legge 662/96 sono accolti con favore da tutte le regioni. Il primo passo verso il progressivo superamento del cosiddetto piè di lista è stato possibile grazie a una serie di fattori favorevoli: il progressivo aumento delle disponibilità finanziarie per il Ssn (dopo anni di pesanti restrizioni), la formula adottata (che agiva solo sui tassi di incremento del finanziamento delle singole regioni, evitando ogni riduzione rispetto all'anno precedente), la gradualità della formula di riparto (che prevedeva un percorso di avvicinamento ai nuovi criteri distribuito su tre anni), la consapevolezza degli avanzi registrati precedentemente da alcune regioni (che rendeva inaccettabile la richiesta di maggiori risorse da parte di quelle stesse regioni), le diffuse evidenze scientifiche circa la variabilità dei consumi sanitari per classe di età della popolazione. Hanno infine giocato un ruolo non marginale le diverse aspettative delle regioni rispetto ai ripiani a piè di lista da parte dello Stato. Da un lato, le regioni del Nord incominciavano ad essere consapevoli della necessità di un maggiore allineamento delle responsabilità di spesa con quelle di reperimento delle risorse e, rivendicando riforme di tipo federalistico, si preparavano a governare la spesa sanitaria e ad avere bilanci in regola. Dall'altro, le regioni del Sud, sulle quali pesavano le carenze nell'organizzazione dei servizi, continuavano a confidare sull'intervento *ex post* da parte del governo centrale. Di fatto la maturazione politica delle regioni italiane è avvenuta con tempi molto diversi.

Nel corso degli anni, i diversi tentativi dello Stato di imporre concretamente il rispetto dei vincoli di bilancio ha progressivamente reso più

RPS

Enza Caruso, Nerina Dirindin

consapevoli anche le regioni del Sud che la pratica dei ripiani dei disavanzi sanitari avrebbe potuto essere effettivamente abbandonata. Di qui la richiesta delle regioni con popolazione più giovane, in parte penalizzate dai criteri di riparto della fine degli anni '90, di rivedere la formula di riparto, attenuando il ruolo del fattore *età* e introducendo ulteriori fattori di *risk adjustment*.

Il decennio appena trascorso è stato infatti caratterizzato da una progressiva attenuazione dei fattori di ponderazione e dal ri-orientamento verso una quota capitaria grezza, frutto più che di criteri oggettivi di una vera e propria contrattazione politica tra le regioni, che non ha mancato di tener conto dei disavanzi prodotti. Il risultato è stato ottenuto attraverso la riduzione della quota di fabbisogno ripartita in base alla struttura per età della popolazione (prima applicata ad esempio su tutta l'assistenza ospedaliera e poi solo su una parte), giustificando di volta in volta le modifiche con motivazioni che di fatto hanno il solo scopo di andare incontro alle regioni più in difficoltà.

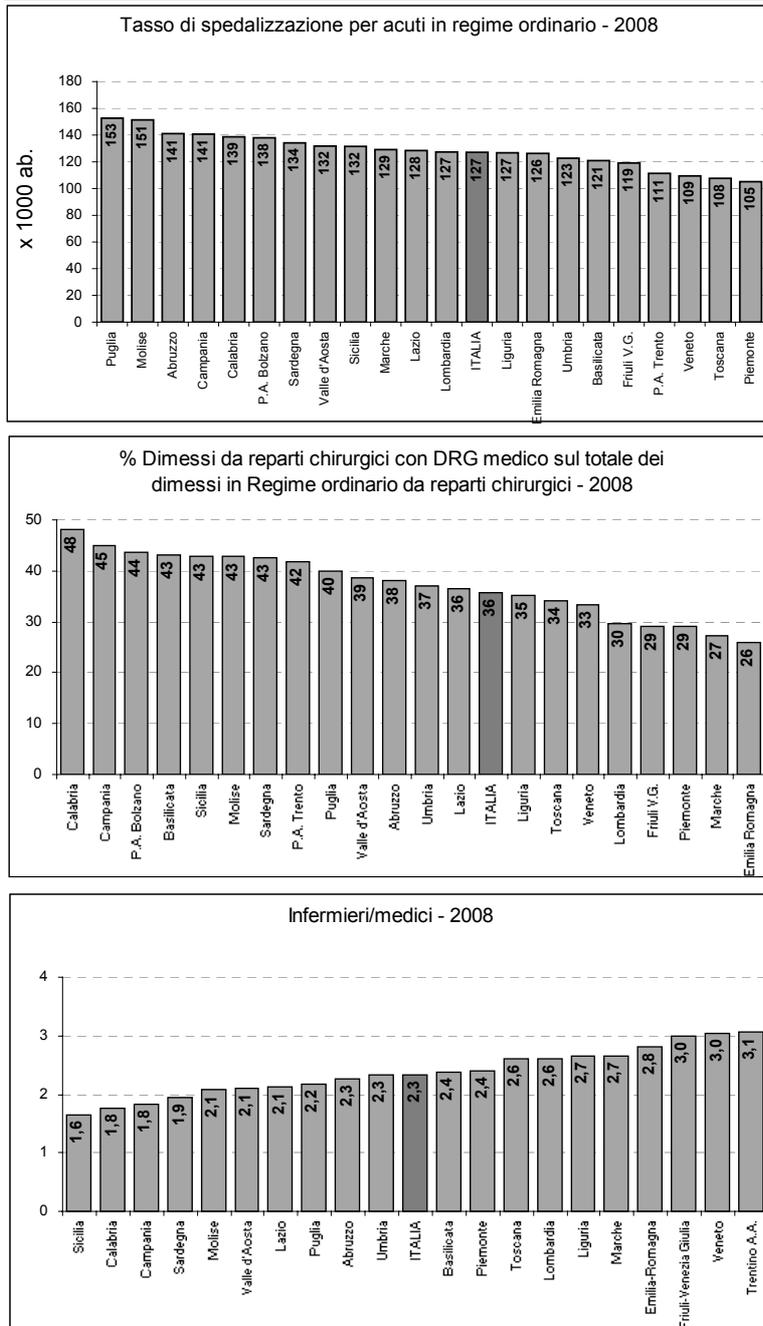
Attualmente, tralasciando le particolarità delle regioni a statuto speciale, le regioni a statuto ordinario del Centro-Nord possono contare su un finanziamento pro capite in media superiore dell'8% rispetto al Centro-Sud (in cui abbiamo incluso il Lazio) contro il 13% in più riscontrato dieci anni fa. Il Mezzogiorno continua a lamentare la non sufficiente considerazione degli indicatori di deprivazione economico-sociale, ma solo recentemente, dopo l'estensione dell'indagine Istat sul ricorso ai servizi sanitari, è possibile disporre di elaborazioni sul legame fra deprivazione, salute e servizi sanitari.

Non sono comunque queste le ragioni dell'esplosione del gravoso deficit e della pesante situazione debitoria che sta fortemente penalizzando i cittadini delle aree in maggiore difficoltà: ad una insoddisfacente tutela del loro diritto ai livelli essenziali di assistenza, si associa oggi il peso di un'accentuata pressione fiscale per il ripiano del «malgoverno». Nel Mezzogiorno infatti un'inadeguata e arretrata rete assistenziale, strutturata ancora secondo un modello ospedalocentrico, esprime tutta l'incapacità organizzativa (politica e dirigenziale) di allinearsi alla programmazione nazionale per garantire i servizi sanitari.

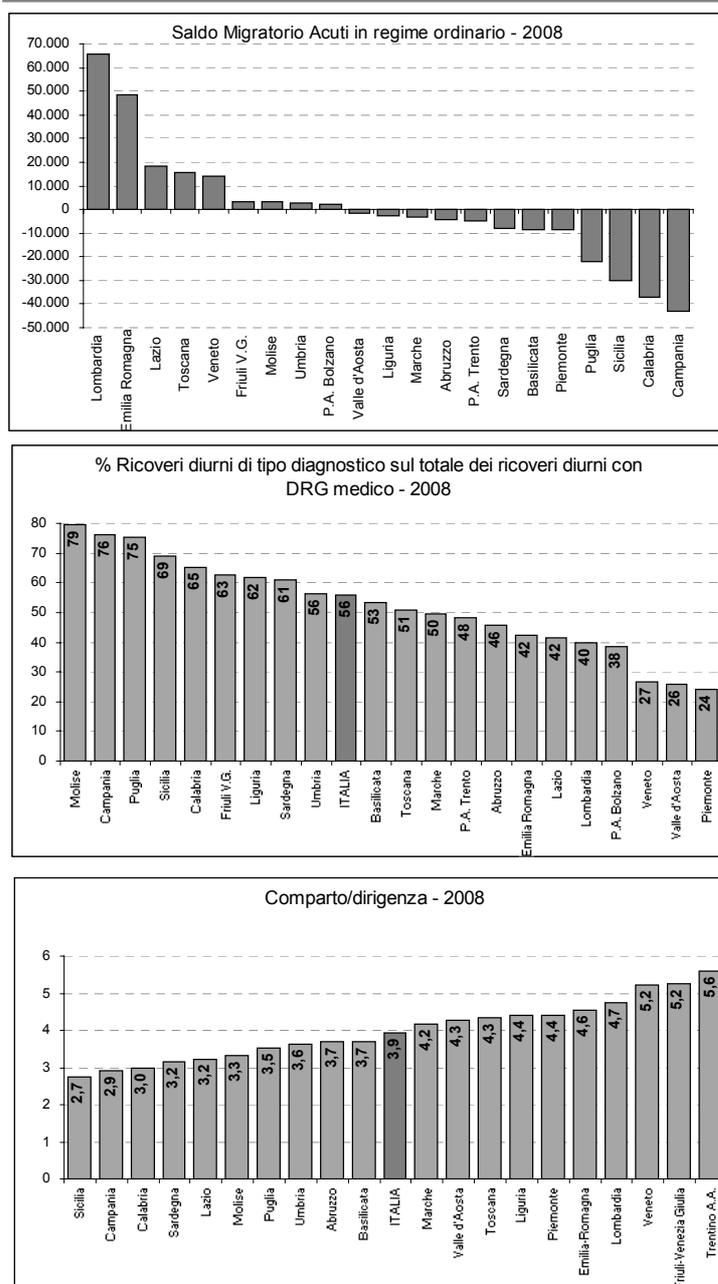
#### *4. I divari interregionali nella tutela della salute*

Gli indicatori di organizzazione e produzione di servizi sanitari e sociali ci illustrano il quadro delle due diverse parti dell'Italia. La figura 1

Figura 1 - Alcuni indicatori di assistenza ospedaliera



segue *Figura 1 - Alcuni indicatori di assistenza ospedaliera*



Fonte: Elaborazione su dati Banca dati Sdo, 2008 e Conto Annuale, 2008.

mette in risalto alcuni indicatori di assistenza ospedaliera. Nelle regioni meridionali, con l'eccezione della Basilicata, si concentra il più alto tasso di ospedalizzazione per acuti in regime di ricovero ordinario, generalmente caratterizzato da una complessità delle prestazioni inferiore a quella del Centro-Nord e indice della mancata attivazione di percorsi alternativi sul territorio; al Sud l'inappropriatezza delle cure e l'inefficienza nell'uso delle risorse è confermata dall'elevata incidenza dei dimessi dai reparti chirurgici con Drg medico e dalla diffusa pratica del ricovero diurno per finalità diagnostiche di tipo medico (erogabili più propriamente in regime ambulatoriale)<sup>1</sup>.

Nel contesto meridionale si conta il più basso rapporto infermieri/medici, con la Sicilia al valore minimo di 1,6 (solo la Basilicata ha un rapporto appena superiore alla media nazionale); nel Veneto il rapporto si raddoppia con tre infermieri per medico. Un esercito con pochi soldati e molti ufficiali caratterizza anche il rapporto fra il personale del comparto e la dirigenza: 2,7 addetti per dirigente in Sicilia, 2,9 in Campania, 3 in Calabria, contro 4,6 in Emilia Romagna, 5,2 in Veneto, 5,6 in Trentino.

Ad un cattivo controllo del budget, che privilegia *setting* assistenziali distorti nell'uso dell'ospedale e personale ad elevato costo, si associano inadeguatezze organizzative e scarsa fiducia nella qualità delle cure, testimoniate dall'elevato saldo migratorio passivo che contraddistingue il nostro Mezzogiorno.

Ma è soprattutto nel territorio che si esplica quella grave carenza di governo sanitario e sociale. La tabella 1 descrive in forma generica alcuni indicatori di contesto, di salute, di prevenzione e di cure territoriali, che mostrano le ineguaglianze esistenti fra i cittadini meridionali e il resto del paese. Al Sud, ad ulteriore conferma delle cattive performance socio-sanitarie, si registra in media la più bassa attesa di vita, con la Campania al primo posto (77,4 e 82,8 anni rispettivamente per gli uomini e per le donne), e il più alto tasso di mortalità infantile (in Calabria muoiono 5,4 bambini entro il primo anno di vita per mille nati vivi). Un minore indice di dipendenza anziani è accompagnato dai più bassi tassi di attività delle donne, su cui ricade, in assenza di un'adeguata rete di servizi, la responsabilità delle cure agli anziani.

<sup>1</sup> Su questi temi, approfondimenti sulla variabilità anche entro le regioni sono forniti dalle studio della Scuola Sant'Anna di Pisa (cfr. Senato della Repubblica, 2010; Ministero della Salute, 2010).

Tabella 1 - Alcuni indicatori di contesto, salute, prevenzione e assistenza di base (ultimo anno disponibile)

	Nord	Centro	Sud
<i>Indicatori di contesto</i>			
Indice di dipendenza anziani	32,3	32,7	26,5
Tasso attività femminile	43,9	41,2	28,4
Tasso disoccupazione femminile	4,7	7,2	14,9
Incidenza della povertà (persone)	5,9	7,2	24,9
<i>Indicatori di salute</i>			
Speranza di vita alla nascita (uomini)	78,7	79,1	78,2
Speranza di vita alla nascita (donne)	84,3	84,5	83,6
Tasso mortalità infantile x 1000 nati vivi	3,2	3,5	4,5
Tasso di disabilità std 6+	4,1	4,5	5,9
Tasso di disabilità std 65+	16,8	18,1	24,0
<i>Indicatori di prevenzione</i>			
% mammografia in assenza sintomi 40+	65,7	61,7	39,4
% pap-test in assenza sintomi 25+	74,8	71,5	46,7
% vaccinazioni influenza 65+	61,8	62,1	63,7
<i>Indicatori di assistenza di base</i>			
Tasso ambulatori e laboratori x 100.000 ab.	10,8	18,5	23,9
% ambulatori e laboratori pubblici sul totale	57,8	48,9	28,5
Tasso strutture sanitarie diagnostica strumentale x 100.000 ab.	4,5	5,7	5,9
% strutture sanitarie pubbl. diagnostica strumentale	56,8	50,6	44,6
Tasso strutture sanitarie attività di laboratorio x100.000 ab.	3,8	6,7	11,8
% strutture sanitarie pubbl. attività di laboratorio	57,0	33,8	21,2
<i>Indicatori assistenza domiciliare e residenziale</i>			
Tasso assistenza domiciliare integrata 65+ x 10.000 ab.	382,4	306,3	170,1
Pl residenziali x 10.000 ab.			
– Residenza assistenza anziani	15,9	15,0	8,0
– Residenza socio-sanitaria anziani	27,0	4,0	5,0
– Rsa	25,6	14,3	1,9
<i>Rapporto assistenti alla persona/personale medico-sanitario nelle residenze anziani x 1000 ospiti</i>			
– Residenza assistenza anziani	3,6	2,8	2,1
– Residenza socio-sanitaria anziani	3,0	2,2	1,8
– Rsa	2,3	1,8	1,0

Fonte: Istat, Health for All.

Scarsa al Sud l'attenzione alla prevenzione: gli *screening* per la prevenzione dei tumori femminili raggiungono ancora meno della metà della popolazione di riferimento, mentre la vaccinazione antinfluenzale per anziani, soprattutto per effetto degli incentivi regionali riservati ai medici di famiglia, è più diffusa nel Mezzogiorno rispetto al resto del paese (Senato della Repubblica, 2010). A completare il quadro delle cattive pratiche, si veda l'elevato tasso di ricorso al parto cesareo: tutte le regioni meridionali si collocano al di sopra della media nazionale; in Campania i tagli cesarei sono il 62%, contro il 23% del Friuli-Venezia Giulia. Si tratta di una questione organizzativa oltre che di remunerazione tariffaria.

I dati di spesa per l'assistenza specialistica (visite specialistiche, diagnostica di laboratorio e per immagini) indicano una media pro capite di 79 euro nel Mezzogiorno contro 58 euro nel Centro-Nord. A guardare la diffusione territoriale della rete laboratoristica in rapporto alla popolazione, al Sud operano più del doppio delle strutture del Nord e la percentuale di quelle pubbliche arriva appena al 28%. Un'organizzazione prevalentemente privata, confermata anche per le attività di diagnostica strumentale, sulla quale la governance regionale è poco presente, spesso in modo non estraneo a interessi locali e particolari.

A fronte di una sovra-dotazione di ambulatori e laboratori e di cliniche private, il Meridione si caratterizza per una sotto-dotazione di posti letto residenziali per anziani: a titolo di esempio ai 25 Pl nelle Rsa (Residenze sanitarie assistite) del Nord corrispondono circa 2 Pl nel Sud. Per le strutture residenziali meridionali si riconferma il basso rapporto tra personale di assistenza e personale medico-sanitario. Ad una forte carenza di strutture per la lungodegenza non corrisponde peraltro un'adeguata diffusione dell'assistenza domiciliare integrata: il tasso di copertura è infatti meno della metà di quello riscontrato nel Nord del paese, nonostante il più alto tasso di disabilità degli anziani. Il target del 3,5% della popolazione anziana, indicato nel Quadro strategico nazionale 2007-2013, è ancora molto distante nel meridione dove gli anziani che usufruiscono del servizio sono solo il 2% (Istat, 2010).

Nonostante i divari interregionali, il settore sanitario presenta livelli di organizzazione e sviluppo di gran lunga più elevati e uniformi del settore sociale. La presenza di livelli essenziali di assistenza, la determinazione del fabbisogno a livello complessivo e il suo riparto per quota capitaria (più o meno ponderata), sono elementi che fanno della sanità un settore che ha nel tempo contribuito a unire il paese, anche se molta strada deve essere ancora fatta nella direzione della convergenza.

RPS

Enza Caruso, Nerina Dirindin

### 5. Inadeguatezze nazionali e divari interregionali nelle politiche sociali

Nell'area delle politiche sociali la definizione di un fabbisogno macroeconomico non esiste e i livelli di sviluppo sono di gran lunga più differenziati delle politiche sanitarie. La tabella 2 raffronta per l'anno 2006 la distribuzione territoriale della spesa sanitaria complessiva, dei beneficiari dell'indennità di accompagnamento e della spesa sociale erogata a livello locale rilevata con l'*Indagine sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni* dell'Istat.

Tabella 2 - Spesa sanitaria, spesa sociale dei Comuni e beneficiari dell'indennità di accompagnamento a confronto (anno 2006)

	Rss Nord	Rso Nord	Rso Centro	Rso Sud	Rss Sud	Italia
Spesa sanità pro capite (1)	1.791	1.681	1.839	1.574	1.654	1.687
Spesa sociale pro capite dei Comuni (2)	223	121	115	44	86	101
% della spesa sociale impegnata nella spesa corrente dei Comuni	20,2	15,3	13,1	6,4	10,5	12,7
Beneficiari di indennità di accomp. x 1.000 ab.	27,2	27,3	33,7	35,9	34,8	31,5
– donne	18,5	18,1	21,7	21,9	21,0	20,0
– uomini	8,7	9,2	12,0	14,0	13,9	11,4
<i>Assistenza domiciliare per anziani</i>						
Spesa assistenza domiciliare anziani pro capite	29,2	10,4	7,4	3,9	9,7	8,9
% Spesa sociale per anziani impegnata in assistenza domiciliare	42,0	36,3	33,9	44,6	46,8	38,3
Composizione:						
% Ad-Sa	69,2	57,0	74,7	77,5	88,6	67,4
% Adi	3,7	11,6	16,0	12,2	4,8	10,5
% Voucher	15,6	21,7	2,3	0,6	4,7	13,5
<i>Assistenza residenziale per anziani</i>						
Spesa per assistenza residenziale pro capite (Comuni, Ssn, utenti)	89,1	37,3	18,7	2,3	8,5	24,1
% Spesa sociale per anziani dei Comuni impegnata nelle strutture residenziali	34,7	37,0	35,2	22,2	31,0	34,5
Composizione:						
% Spesa residenziale Comuni	27,2	28,5	40,9	84,4	75,4	33,3
% Spesa residenziale utenti	49,8	23,8	29,8	15,6	23,6	28,3
% Spesa residenziale Ssn	23,1	47,7	29,3	–	1,0	38,4

(1) Spesa sanitaria delle funzioni assistenziali sommate con i saldi della gestione straordinaria e con quelli dell'intramoenia.

(2) Spesa sociale al netto della compartecipazione degli utenti e del Ssn.

Fonte: Elaborazione su dati Ce-Sis, Istat, *Indagine sui Comuni 2006*.

La spesa sociale pro capite delle regioni a statuto ordinario (Rso) del Sud evidenzia uno scostamento rispetto alla media nazionale che tocca ben il 130% (un divario di gran lunga superiore a quello appena analizzato con riguardo alla spesa sanitaria); anche escludendo le particolarità delle regioni a statuto speciale (Rss), nel Centro-Nord si spende in media pro capite oltre due volte e mezzo in più rispetto al Sud; difatti, nel Mezzogiorno la quota di spesa corrente dei bilanci comunali dedicata al sociale raggiunge appena il 6% contro percentuali a due cifre nel resto del paese. Al contrario, nel Meridione si osserva una maggiore diffusione dell'indennità di accompagnamento: circa un terzo in più rispetto al Nord.

Le differenze territoriali nella spesa locale socio-assistenziale sono ancora più marcate se si entra nel merito delle aree di intervento. Ad esempio, per l'assistenza domiciliare agli anziani, un'area che assorbe oltre un terzo della spesa sociale, si spendono circa 4 euro pro capite nel Sud, contro 29 euro nelle Rss del Nord. Sul piano dell'assistenza residenziale agli anziani, i 2 euro pro capite del Mezzogiorno si scontrano contro gli 89 delle Rss del Nord e i 37 euro delle Rso del Nord. L'assistenza socio-sanitaria agli anziani ricade di fatto principalmente sui bilanci della sanità, come dimostrano gli alti tassi di ospedalizzazione.

Livelli e composizione della spesa sociale sono dunque molto diversificati, ma è evidente che nel Sud si spende poco, i Comuni non si associano, si privilegia l'assistenza domiciliare socio-assistenziale ma gli assegni di cura e i buoni servizio a sostegno del lavoro di cura (lasciato alla responsabilità delle famiglie, e delle donne in particolare) sono praticamente assenti, le strutture residenziali sono insufficienti e spesso non tutto il territorio è coperto dai servizi. Al Nord, invece, si spende di più, l'assistenza domiciliare si affianca a una notevole offerta di servizi residenziali, le famiglie ricevono sostegno nel lavoro di cura (l'80% dei beneficiari dei voucher sono concentrati in Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna) e le prestazioni sono diffuse sul territorio.

Il quadro della spesa sociale locale che risulta dall'indagine Istat è però parziale. Sfugge quella spesa che non passa per l'attività o l'intermediazione dei Comuni, quale quella collegata alle ex-Ipab (Bosi, Guerra e Silvestri, 2009). Si tratta di strutture che interessano in molte regioni più del 70% dell'offerta di servizi rivolti agli anziani, prevalentemente non autosufficienti (Ministero della Salute, 2006).

RPS

Enza Caruso, Nerina Dirindin

### 6. Il caso della finanza sanitaria: ripiani selettivi per la possibile ricomposizione del Patto Nord-Sud?

I dati sulla finanza regionale sanitaria mostrano una profonda e crescente divergenza tra le diverse aree del paese in termini di capacità di controllo della spesa sanitaria pubblica (fig. 2).

Nel 1999, quando lo squilibrio di bilancio rappresentava circa il 6% della spesa del Ssn, il peso della Lombardia sul deficit complessivo ammontava a circa l'11% preceduto solo da Lazio e Campania, che contribuivano rispettivamente per il 19 e il 14%. Nel 2009, secondo gli ultimi dati preconsuntivi pubblicati dal Ministero dell'Economia sulla *Relazione generale sulla situazione economica del paese*, il disavanzo sanitario rappresenta il 3% della spesa, ma è imputabile per il 42% al Lazio e per un'ulteriore 22% alla Campania. Sommando i disavanzi di tutte le regioni che ad oggi hanno presentato un piano di rientro si arriva al 90% dell'intero squilibrio finanziario (il 3% in capo alla Liguria e la restante parte al Mezzogiorno).

La spiegazione di questi risultati è nota. Fino alla metà del decennio appena trascorso nessuna regione era incentivata a rispettare i vincoli di bilancio, in vista di ripiani futuri. Per arrestare la produzione dei disavanzi nel tentativo di riallineare le responsabilità del finanziamento con quelle della spesa e di promuovere comportamenti disciplinati, sul finire degli anni '90 si dà avvio al federalismo fiscale con il d.lgs. 56/2000 che crea un certo disagio al Mezzogiorno, tanto che è presto messo in discussione in occasione della prima ripartizione della compartecipazione Iva in sostituzione dei trasferimenti soppressi (Fondo sanitario nazionale e altri trasferimenti minori). La protesta delle regioni del Mezzogiorno, resesi conto delle penalizzazioni che il pasticcio della formula perequativa fa ricadere su di esse, mette in discussione il Patto Nord-Sud, su cui si regge l'equilibrio del paese.

Le difficoltà incontrate nelle sedi istituzionali nell'affrontare la questione dei trasferimenti soppressi trasforma così una fase che avrebbe dovuto essere contraddistinta dalla progressiva responsabilizzazione degli enti decentrati in una fase di transizione verso una governance politica via via sempre più ri-accentrata in risposta al comportamento indisciplinato delle regioni, in particolare di quelle del Sud.

Dietro un crescendo di vincoli e adempimenti cui sono sottoposte le regioni, il Ministero dell'Economia mette a punto una serie di interventi per far emergere e isolare le aree responsabili dell'eccesso di spesa, ponendo fine alla regola endemica del *bail out* governativo a pioggia

Figura 2

e stringendo i vincoli di bilancio. A partire dall'intesa del 23 marzo 2005 cambiano infatti le regole del gioco: un bilancio in equilibrio permette di beneficiare di un'anticipazione premiante; al contrario, la mancata copertura dei disavanzi innesca un processo di diffida che può portare fino al commissariamento con l'obbligo di elevare le aliquote delle addizionali Irpef e delle maggiorazioni Irap anche oltre il massimo livello fino a copertura dell'intero squilibrio. Peggio ancora, un disavanzo sanitario superiore al 5% del finanziamento ordinario fa scattare la trappola dei piani di rientro con forte perdita dell'autonomia gestionale. Una trappola che, se si escludono Puglia e Basilicata, ha catturato l'intero Mezzogiorno incentivato nella predisposizione dei piani di rientro anche con l'istituzione del così detto «fondo», per complessivi 2.550 milioni nel triennio 2007-2009, come misura di accompagnamento verso la riqualificazione. Ma la situazione particolarmente critica di talune regioni (Lazio, Campania e Sicilia in primis) rende necessaria un'iniezione di liquidità con un ripiano selettivo dei disavanzi pregressi, dapprima con 3 miliardi disposti nel provvedimento «salvadeficit» (d.l. 23/2007) e successivamente con lo stanziamento a favore delle regioni in dissesto di un ingente prestito che pesa sul saldo netto da finanziare del 2008 per 9 miliardi, cui si aggiungerà un ulteriore miliardo nel 2010 per la Calabria (Caruso e Dirindin, 2010). Il bilancio attuale conta otto regioni sotto piano di rientro, di cui sette meridionali (con il Lazio) e quattro di esse commissariate.

È in questa logica di ripiano selettivo dei disavanzi che si ricompono il Patto Nord-Sud: il meccanismo premiante riservato alle regioni virtuose ne garantisce il comportamento disciplinato sul piano finanziario, allo stesso tempo però il rigore delle penalizzazioni che colpiscono il Mezzogiorno viene accettato sotto la condizione di un ennesimo intervento straordinario.

### *7. Responsabilità nazionali e locali nella questione meridionale*

Eppure le risorse per riorganizzare i servizi e superare i divari sono continuate ad affluire in abbondanza nel Mezzogiorno attraverso quella che Scalera e Zazzaro (2010) chiamano la «nuova politica regionale»: incentivi alle imprese, agli investimenti e all'occupazione, che oggi come ieri si sono rivelati fallimentari. A questi si somma l'85% dei fondi Fas e più in generale il 45% della spesa pubblica in conto

capitale riservati al Mezzogiorno. Ma tra la crisi della finanza pubblica e le enormi responsabilità sui deficit presenti e sui debiti passati, oggi le risorse Fas sono riallocate per la copertura degli interventi più disparati di spesa corrente. Tra questi, anche le minori entrate in sostituzione dell'abolizione dei ticket sulle prestazioni specialistiche e i rinnovi retributivi del pubblico impiego.

In questo contesto, l'aggravarsi delle disuguaglianze che ricadono sui cittadini del Meridione, a dispetto di diritti civili e sociali costituzionalmente tutelati, si riscontra per la gran parte dei servizi pubblici. Franco (2010) afferma che in molti comparti la spesa del Mezzogiorno è uguale se non addirittura superiore a quella del Centro-Nord: è il caso della giustizia, dell'istruzione e anche della sanità se si tiene conto della struttura della popolazione; ciò che fa la differenza è la qualità dei servizi, in media sempre peggiori rispetto al resto del paese.

Non si tratta però solo di una questione di qualità delle prestazioni. Sui temi della salute e delle politiche sociali, l'autonomia nell'allocazione delle risorse contribuisce a rendere più netti i divari qui sinteticamente descritti nel ben noto quadro statistico delle due Italie, spesso funzionale a chi desidera enfatizzare le differenze e favorire le divisioni. In realtà, «il Mezzogiorno è una grande disgregazione sociale» (Gramsci, 1930). In questa chiave necessita di essere letta e affrontata la «questione meridionale», facendo emergere le responsabilità tanto locali, di chi governa e chi è governato, quanto nazionali.

### *8. Le regioni imparano poco le une dalle altre*

Il punto che si intende approfondire riguarda la capacità delle realtà più efficienti di contaminare efficacemente quelle considerate meno sviluppate o la capacità di queste ultime di imparare dalle esperienze migliori. L'obiettivo è cercare di capire se stiamo superando i divari fra Nord e Sud del paese o se li stiamo consolidando.

Sotto questo profilo gli anni più recenti presentano non pochi motivi di preoccupazione. In alcuni casi i divari si sono ridotti, ma la velocità di recupero delle aree più arretrate è ancora molto modesta; in altri casi i divari sono diminuiti ma per effetto di un livellamento verso il basso, e non verso l'alto. Proprio in questi ultimi anni, infatti, si è assistito a una crescente legittimazione di comportamenti riprovevoli, spesso erroneamente ritenuti propri solo della parte meno sviluppata del nostro paese, che ha favorito la diffusione di atteggiamenti critica-

RPS

Enza Caruso, Nerina Dirindin

bili anche nelle aree più agiate del paese. La diffidenza nei confronti del diverso, il fastidio nei confronti delle regole, la promozione dell'interesse individuale rispetto al bene comune, la pratica della furbizia a danno della collettività, non sono che alcuni degli atteggiamenti recentemente osservati anche in realtà di norma considerate estranee a forme di incultura da sottosviluppo. Un altro esempio di contaminazione in senso perverso è l'ampliamento delle infiltrazioni della criminalità organizzata in settori o in aree precedentemente immuni, grazie alla diffusa esternalizzazione dei servizi, in parte resa inevitabile dai vincoli imposti alla spesa per il personale.

In un momento di grande difficoltà economica, i lati oscuri propri di alcune aree del Sud sembrano essere stati capaci di contaminare parte del resto del paese, più di quanto non sia avvenuto in senso opposto. Siamo forse vivendo un momento in cui i comportamenti *cattivi* sembrano scacciare quelli *buoni*.

Altre esperienze sembrano indurci a ritenere che i divari stiano aumentando. Si prenda il caso della sanità, dove la responsabilizzazione delle regioni sembra avere contribuito ad aumentare, anziché a ridurre, i divari. Infatti, l'effetto positivo nei confronti delle regioni virtuose, incentivate a evitare penalizzazioni sempre più rilevanti, non è stato sufficientemente controbilanciato da un analogo effetto positivo sulle regioni in difficoltà, incapaci di innescare una reale inversione di tendenza. L'esperienza insegna che tanto più i divari da colmare sono rilevanti, tanto più il futuro è condizionato dal passato e le dinamiche sono difficilmente modificabili. La cronica assenza di programmazione, il consolidarsi di interessi economici, l'utilizzo della sanità a fini politici, il diffondersi di fenomeni di illegalità, l'abitudine a prescindere dalle regole, sono tutti fattori che hanno spinto il Mezzogiorno lungo sentieri difficili da abbandonare perché profondamente segnati dalle carenze accumulate, determinando un blocco sanitario. Di qui una crescente polarizzazione delle posizioni, che finisce col rendere sempre più netta la differenza fra Nord e Sud del paese (Dirindin e Marchisio, 2009).

I sistemi di welfare regionali, così come li osserviamo oggi, sono infatti il risultato di un percorso di crescita e aggiustamento che si è sviluppato nel corso dei decenni e la cui realizzazione ha richiesto, e richiede, tempi lunghi. Ne è riprova la storia dei piani sanitari regionali, dalla quale appare evidente che le regioni che si sono dotate sin dai primi anni '80 di un quadro di programmazione e/o regolazione hanno evitato inerzie, improvvisazioni e interessi di parte causa del dissesto economico e organizzativo di molte regioni del Mezzogiorno.

Quanto alla capacità di apprendimento, le regioni imparano relativamente poco dai propri errori, così come imparano poco le une dalle altre. Difatti, nonostante i numerosi tentativi di affiancamento (gemellaggio o tutoraggio), il trasferimento delle buone pratiche da una regione ad un'altra ha prodotto effetti ancora piuttosto limitati. A questo proposito pare opportuno sottolineare che non sempre le varie forme di sostegno interregionale sono ispirate esclusivamente dal genuino desiderio di contribuire a superare ostacoli e resistenze; non sempre le alleanze sono disinteressate o esenti da condizionamenti. Una questione non sufficientemente esplicitata riguarda ad esempio come fare in modo che le regioni più efficienti, che beneficiano ampiamente della mobilità sanitaria attiva, siano realmente interessate a rendere meno dipendente il Sud dal Nord, quando questo imporrebbe loro una riduzione dell'offerta ospedaliera. Probabilmente è necessario che i piani di riorganizzazione delle regioni meridionali siano affiancati da un approfondimento delle ricadute sulle regioni del Nord in termini, ad esempio, di minore mobilità sanitaria, in modo che entrambe le aree del paese collaborino al superamento dei divari.

### *9. Il ruolo delle clientele e l'importanza delle regole*

In una situazione di grandi carenze nei sistemi di welfare, un ulteriore quesito riguarda le ragioni che spingono gli elettori a non sanzionare i politici che si sono dimostrati inadeguati. Il problema interessa l'intero paese, ma appare particolarmente importante nelle regioni del Mezzogiorno, dove l'assenza di buona amministrazione ha contribuito a sprecare le iniezioni di risorse finanziarie, con poco beneficio per la maggioranza della popolazione.

Senza alcuna pretesa di completezza, appare opportuno approfondire quel rapporto *clientelare* che lega il politico all'elettore e al burocrate, e che, soprattutto in realtà fragili dove i diritti non sono chiari, opera dietro alcuni presupposti di seguito sinteticamente schematizzati.

In occasione di una tornata elettorale, gli elettori esprimono le proprie preferenze sulla base della loro esperienza personale, confrontando i benefici e i costi che una data azione, passata o futura, può produrre nei loro confronti. La valutazione è effettuata dal punto di vista individuale, del singolo o della ristretta comunità di appartenenza, raramente dal punto di vista della collettività. In tale contesto, il politico agisce in modo da consolidare il legame con gli elettori, attraverso

RPS

Enza Caruso, Nerina Dirindin

l'erogazione di benefici personalissimi (ovvero rivolti a specifiche persone) e precari (il cui mantenimento dipende dalla conferma del politico che lo ha elargito o promesso). E così nascono le *clientele*. Il meccanismo delle clientele funziona se l'elettore percepisce lo stretto legame fra godimento di un beneficio ed elezione di un candidato. La credibilità della richiesta di voto da parte di un politico dipende infatti dall'esclusività dell'abbinamento: se sarò eletto avrai il beneficio, se non sarò eletto non lo avrai. Tutti i candidati hanno interesse a rispettare, una volta eletti, le regole del gioco, e quindi garantire il beneficio ma anche praticare le vendette nei confronti dei beneficiari di azioni messe in atto dai concorrenti.

Ma affinché questo sia possibile devono essere presenti alcune condizioni: regole non chiare e scarsa trasparenza per l'accesso ai benefici. Infatti, solo in questo caso l'elettore si considera destinatario delle attenzioni del politico e, quindi, in dovere di ricompensarlo e di contribuire alla sua elezione (per godere del beneficio).

Se al contrario l'elettore si rende conto che ha esercitato un diritto (non ha ricevuto un favore) non ha più alcun incentivo a votare il politico che gli ha promesso benefici. Qui nasce una questione delicata: elettori e politici possono essere considerati entrambi corresponsabili dell'esistenza delle clientele? L'elettore le cerca, perché immagina che sia l'unica chance a sua disposizione, e il politico le alimenta, perché ne ha bisogno per essere rieletto. Il gioco rischia di essere fatale: l'elettore che non le cerca, rischia di restare danneggiato fino a quando il comportamento prevalente è quello delle clientele. Il politico che le vuole scardinare, rischia di non essere eletto, fino a quando il comportamento prevalente è quello delle clientele.

È di questo comportamento prevalente che si sono alimentate le istituzioni locali. Una classe burocratica dirigenziale, piuttosto mediocre se non addirittura priva di quelle competenze tecniche necessarie a gestire le risorse pubbliche, incapace di tenere correttamente le scritture contabili, come hanno dimostrato le ispezioni degli *advisors* inviati dal Mef (Corte dei Conti, 2009) e che, complice dei politici di turno, non dice la verità sui conti pubblici quanto a debito pregresso e sommerso. In tal senso ritorna la figura prevalente dell'intellettuale meridionale, che Gramsci (1930) definiva quel piccolo borghese rurale «politicante, corrotto e sleale» con addosso «un abito di ipocrisia raffinata e una raffinatissima arte di ingannare».

In realtà, il meccanismo delle clientele è osservabile in tutto il paese, pur con diversa intensità: è la questione meridionale che diviene questione nazionale.

Ma qual è la massa critica oltre la quale il comportamento prevalente non è più quello delle clientele?

Lo strumento principale per allentare il sistema delle clientele è impedire la nascita di benefici personali e precari, regolamentando sempre e comunque l'accesso ai benefici (anche con regole imperfette e transitorie) e garantendone la più ampia trasparenza. Limitare la capacità dei politici di offrire, in occasione di una tornata elettorale, incentivi personali che diventano effettivi con la loro elezione contribuisce a migliorare la qualità del sistema democratico.

Regolazione e trasparenza sono presupposti essenziali per la convergenza del Mezzogiorno e per limitare il perpetuo ricatto dei blocchi di potere locali che nutre le amministrazioni pubbliche e gli elettori.

### Riferimenti bibliografici

- Bosi P., Guerra M.C. e Silvestri P., 2009, *Il finanziamento dei livelli essenziali per la non autosufficienza nella prospettiva del federalismo fiscale della L. 42/09*, in Progetto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Irs, Milano.
- Caruso E. e Dirindin N., 2010, *Sanità: un decennio di contraddizioni e prove tecniche di stabilità*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2010*, Il Mulino, Bologna.
- Corte dei Conti, 2009, *Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni*, Roma.
- Dirindin N. e Marchisio C., 2009, *Il Servizio sanitario nazionale: una sanità all'avanguardia ma non (ancora) integrata con il settore sociale*, in R. Balduzzi (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna.
- Gramsci A., 1930, *Alcuni temi della questione meridionale*, in F. De Felice e V. Parlato (a cura di), 2005, *La questione meridionale*, Editori Riuniti, Roma.
- Franco D., 2010, *Intervento in Dopo il rapporto Svimez 2009: una riflessione sulle condizioni per rilanciare la politica di sviluppo per il Sud*, Quaderno Svimez n. 24, Roma.
- Istat, 2009, *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni*, anno 2006, Roma.
- Istat, 2010, *Noi Italia, 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo*, Roma.
- Ministero della Salute, 2006, *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, Roma.
- Ministero della Salute, 2010, *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Primi indicatori ministeriali. Anno 2008*, a cura del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Roma.

RPS

Enza Caruso, Nerina Dirindin

Scalera D. e Zazzaro A., 2010, *L'economia del Mezzogiorno: nuova politica regionale, crisi globale e federalismo fiscale*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2010*, Il Mulino, Bologna.

Senato della Repubblica, 2010, *Atti della Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale*, Roma.

RPS