

Il welfare sanitario in Europa tra decentramento e ri-accentramento

Franca Maino, Emmanuele Pavolini

L'articolo presenta il quadro relativo agli assetti istituzionali delle politiche sanitarie adottati in vari paesi dell'Europa occidentale.

La sanità pubblica è infatti uno dei terreni principali in cui i processi di decentramento sono stati, nel tempo, più marcati e dibattuti. Lo studio mostra come non sia possibile individuare una tendenza e un timing comuni a tutti

i paesi occidentali. Il tipo di modello adottato (assicurativo o basato su di un sistema sanitario nazionale), così come l'appartenenza a differenti «famiglie» di welfare (scandinava, anglosassone, continentale o mediterranea), influenzano il percorso compiuto negli ultimi decenni dai vari sistemi sanitari pubblici in termini di decentramento e, in alcuni casi, di riaccentramento.

1. Introduzione

Negli ultimi decenni i processi di decentramento nei sistemi sanitari europei sono stati al centro di un acceso e rilevante dibattito, che ha visto spesso prevalere opinioni positive circa la bontà del decentramento stesso e di relative forme di federalismo. Come sostengono Saltman e colleghi (2007), ciò può essere in buona parte attribuibile all'ipotesi che forme di decentramento e di governo a livello sub-nazionale possano assicurare il raggiungimento di una molteplicità di obiettivi in sanità, dall'efficienza all'efficacia, all'innovazione e, non ultima, alla maggiore partecipazione democratica dei cittadini alla produzione della salute. In realtà il dibattito appare viziato da una serie di difficoltà non irrilevanti: da un lato, il concetto di decentramento dal livello nazionale a quello regionale-locale appare abbastanza vago e, per certi versi, ambiguo, visto che sotto questo termine possono essere raggruppate scelte abbastanza differenti fra loro; dall'altro, non vi sono risultati scientifici tali che permettano con certezza di affermare la superiorità, in termini di efficienza, efficacia e partecipazione, di sistemi decentrati/regionalizzati rispetto a quelli più centralizzati. Occorre comunque ricordare come il decentramento in sanità non co-

stituisca una novità degli ultimi anni. Nei sistemi sanitari europei e, in particolare, nei servizi sanitari nazionali è possibile identificare almeno due fasi di decentramento (Rico e León, 2005; Ferrera, 2005). La prima si è svolta prevalentemente negli anni '70-80, con un ruolo di battistrada giocato dai paesi scandinavi, nei quali in alcuni casi i fruitori principali dei processi di decentramento sono stati i livelli di governo intermedio, quali le Contee (Norvegia, Svezia), in altri le Municipalità (Finlandia, Danimarca). Ferrera (2005) ipotizza che questa prima fase di decentramento si sia ispirata a motivazioni di tipo funzionale (il «sovraccarico» di competenze statali a seguito dell'espansione dei programmi di welfare nei «trenta anni gloriosi» del dopoguerra), a processi specifici di carattere politico-istituzionale (in Italia e Spagna le rispettive costituzioni prevedevano l'implementazione, anche per la sanità, di processi di regionalizzazione del sistema) o a richieste di maggiore democrazia e partecipazione dal basso nelle decisioni attinenti il welfare sanitario.

Se quindi la prima fase dei processi di decentramento politico è ispirata a principi funzionali e di partecipazione, la seconda fase, che invece prende l'avvio negli anni novanta, appare molto più ispirata da obiettivi di efficienza economica e di responsabilizzazione finanziaria degli enti pubblici sub-nazionali, spesso anche con finalità, non dichiarate dal livello statale, di *blame avoidance* (Weaver, 1986), e cioè di attribuzione di responsabilità per evitare di essere riconosciuti come responsabili di «tagli» e di razionalizzazioni alla spesa sanitaria¹.

Complessivamente sono individuabili i seguenti obiettivi/ragioni (teoriche) alla base dei processi di decentramento in sanità (Bankauskaite, 2005):

- ♦ *contenimento dei costi*, grazie alla riduzione dei livelli di burocrazia e alla maggiore conoscenza, da parte dei decisori locali rispetto a quelli statali/nazionali, del sistema di offerta e dei bisogni del territorio;
- ♦ *efficienza allocativa*, grazie alla maggiore capacità per le amministrazioni decentralizzate di far coincidere bisogni con risposte dei servizi,

¹ Naturalmente fra obiettivi e loro realizzazione spesso vi è un forte divario. Il caso italiano è paradigmatico di tale situazione: se il passaggio ad un sistema più regionalizzato in sanità doveva avere anche obiettivi di *blame avoidance* in un'ottica di razionalizzazione e di tagli alla spesa sanitaria, i risultati ad oltre un decennio di distanza non sono stati certo incoraggianti sotto tale profilo.

così come di avvicinare, direttamente e indirettamente, i beneficiari degli interventi a coloro che li programmano e li gestiscono;

- ♦ *partecipazione* da parte delle comunità locali e dei cittadini alla costruzione del proprio sistema sanitario;
- ♦ *integrazione socio-sanitaria*, una delle principali sfide per i paesi occidentali in cui i processi di invecchiamento e di diffusione di malattie croniche sono imponenti, per favorire un rapporto più diretto e allo stesso livello con i servizi sociali, in genere decentrati più della sanità.

Se i processi di decentramento sono avvenuti in buona parte d'Europa e sono stati ispirati dalle ragioni appena riportate (o almeno da alcune di esse), le caratteristiche assunte da tale fenomeno sono in parte differenti. Come già ricordato, al concetto di decentramento in realtà possiamo ricondurre processi abbastanza diversi fra loro. A tal proposito, Saltman e Bankauskaite (2006), in un recente saggio dedicato proprio al fenomeno qui studiato, propongono di distinguere tra decentramento politico (o devoluzione), decentramento fiscale e decentramento amministrativo. Nel primo caso si trasferisce ad organi di governo politico sub-nazionale il potere di decidere e governare la sanità; nel secondo caso si trasferisce il potere di definire le risorse finanziarie e i criteri per incamerare e spendere tali risorse; nel caso del decentramento amministrativo il passaggio di poteri avviene fra apparati burocratici più centralizzati e apparati burocratici periferici. In questo caso il decentramento può assumere forme differenti a seconda che il soggetto beneficiario della delega sia *pubblico* o *privato*.

Rispetto al quadro appena illustrato, il presente lavoro si pone l'obiettivo di illustrare quanto avvenuto nei principali paesi europei. Ben sapendo che le decisioni di decentramento, così come altre attinenti la riforma di sistemi di welfare complessi, come quelli sanitari, sono influenzate e prendono forma a partire dagli assetti istituzionali preesistenti, si è deciso di analizzare paesi appartenenti alle differenti «famiglie» o «regimi» di welfare europeo (Ferrera, 2005): scandinavo, anglosassone, continentale e mediterraneo. È chiaro che una prima distinzione rilevante fra queste «famiglie» è quella che passa fra modelli sanitari basati sul meccanismo assicurativo, tipici dell'Europa continentale, e modelli con sistemi sanitari nazionali (presenti nell'area anglo-scandinava e nell'Europa meridionale), anche se con le dovute differenze interne.

Lo schema di analisi, comune a tutti gli studi di caso, è stato il seguente: una presentazione dell'assetto complessivo del modello di in-

tervento sanitario; il ruolo regionale all'interno di questo assetto (sotto il profilo regolativo, finanziario e gestionale); i mutamenti intervenuti nel corso del tempo all'interno di tale ruolo regionale, cercando di coglierne le ragioni.

I prossimi due paragrafi sono dedicati l'uno ai modelli assicurativi (Germania e Francia) e l'altro ai servizi sanitari nazionali (Gran Bretagna, Spagna e Norvegia), mentre il paragrafo conclusivo cerca di riportare ad un quadro unitario la lettura che si è data delle trasformazioni in atto in tema di regioni e sanità.

2. Processi di decentramento e riforme nei sistemi sanitari assicurativi

2.1 La Francia

Nel modello tradizionalmente centralista della Francia, il ruolo pubblico, sia in termini di finanziamento che di gestione degli interventi, veniva fondamentalmente assicurato dal livello nazionale, che poco delegava o lasciava spazi ai singoli territori. A partire dagli anni novanta il quadro appena delineato assume tratti in parte differenti, a seguito fondamentalmente dei crescenti costi finanziari (e relativi deficit) del sistema sanitario assicurativo, facendone derivare un doppio movimento verso una maggiore centralizzazione della spesa e un maggiore decentramento nella gestione degli interventi (Axelson e al., 2007; Sandier e al., 2004).

A partire dal 1996 un emendamento alla Costituzione permette al Parlamento francese di fissare obiettivi sanitari, indicando anche, in relazione a tali obiettivi, le necessità finanziarie per raggiungerli. Questo passaggio è appunto interpretabile come un parziale processo di ri-centralizzazione pubblica del sistema sanitario, con lo Stato che assume un ruolo più diretto e forte nelle modalità di finanziamento e, soprattutto, di spesa sanitaria.

Ugualmente, a partire dal 1996, il sistema di offerta ospedaliera, in buona parte centrato attorno agli ospedali pubblici, finanziati tramite le casse malattia, ha registrato alcuni mutamenti rilevanti, perlomeno nelle intenzioni: sono state infatti create 22 «Agenzie sanitarie ospedaliere» (Aso), per pianificare e coordinare meglio, a livello appunto regionale, l'offerta degli ospedali pubblici, con obiettivi di monitoraggio e controllo della spesa e delle performance. La normativa degli anni '90 prevede che queste Aso siano responsabili, da un lato, dell'allo-

cazione delle risorse finanziarie ai singoli ospedali e, dall'altro, dell'effettiva capacità degli ospedali e del sistema ospedaliero di raggiungere gli obiettivi di programmazione e di intervento, fissati a livello regionale. A partire dal 1999 tali Aso hanno ricevuto maggiori poteri anche nel controllo degli ospedali privati: tale incremento nei poteri regolativi è coinciso con l'introduzione del sistema dei Drg (Diagnosis-related group – raggruppamenti omogenei di diagnosi) per i pagamenti nella sanità ospedaliera.

Tale processo di regionalizzazione (debole, come vedremo), sta sortendo anche un altro effetto rilevante, favorendo maggiori processi di integrazione socio-sanitaria, visto che le Aso hanno proprio, fra i compiti statutari, anche funzioni di coordinamento e integrazione socio-sanitaria, in un'ottica di continuità assistenziale. Negli stessi anni sono stati istituiti anche dei «consigli di amministrazione» delle casse malattia a livello regionale, quali organi di governo per migliorare il coordinamento e il controllo della spesa sanitaria.

Accanto a ragioni di contenimento dei deficit finanziari, il processo di regionalizzazione sembra spinto anche da una seconda ragione (Imai e al., 2000): una distribuzione dei fornitori privati abbastanza disomogenea sul territorio, che, nel tempo, ha favorito alcune aree e danneggiato altre, creando forti disparità nell'accesso ai servizi, sia ospedalieri che territoriali.

Le trasformazioni nel settore dell'offerta di prestazioni sanitarie sono interpretabili, utilizzando la terminologia proposta nell'introduzione, in termini di decentramento amministrativo più che di «devoluzione», visto che hanno comportato fondamentalmente la creazione di nuovi livelli di burocrazia con compiti tecnici, di coordinamento e di supervisione del sistema sanitario delegati dal livello nazionale: è importante ricordare come i direttori delle Aso siano nominati dal Consiglio dei ministri e rispondano direttamente al ministro della Sanità e non ai territori di cui fanno parte. I risultati di tale processo di decentramento amministrativo a livello regionale appaiono però più robusti in teoria e più incerti nella pratica, per due ordini di motivi: uno più specificatamente relativo alla sanità e uno più generale, relativo all'assetto istituzionale generale dello Stato francese.

Da un lato i principali attori, soprattutto privati, ma anche il Ministero della Sanità, continuano in buona parte a rapportarsi e ad esercitare forme di influenza a livello nazionale, più che regionale (Axelson e al., 2007): essendo i direttori delle Aso nominati a livello nazionale, e non locale, è chiaro che eventuali difficoltà fra tali direttori e gli altri attori

a livello locale tendano ad essere riportate a livello centrale. Inoltre, pur avendo le Aso poteri teoricamente simili a quelli di «acquirenti» di prestazioni ospedaliere, in realtà la loro capacità di agire in maniera forte è limitata dalla presenza di attori, quali ad esempio le assicurazioni di malattia, che, ormai strutturate su una storia decennale, riescono più facilmente a far prevalere il proprio peso nelle decisioni a livello locale (Imai e al., 2000).

Dall'altro, come sottolineato in un recente studio dell'Ocse (2007), essendo tradizionalmente la Francia un sistema fortemente centralizzato, i processi di decentramento, che hanno interessato alcuni dei principali settori dell'organizzazione pubblica, sono stati portati avanti in maniera non sempre armonica e hanno risentito di spinte in senso contrario (centralistico): spesso il risultato è stato quello di adottare scelte che, con difficoltà, riescono ad avere un impatto sulla reale redistribuzione dei poteri fra centro e periferia.

2.2 La Germania

Pur condividendo i tratti essenziali del modello sanitario basato sulle assicurazioni obbligatorie, la Germania presenta storicamente una impostazione all'opposto di quella francese per quanto riguarda la delega di responsabilità ai livelli sub-nazionali: il sistema sanitario tedesco è infatti di tipo federale e vede nelle 16 Regioni (*Länder*) gli attori pubblici centrali dei processi di regolazione fra fornitori (ospedali pubblici e privati, erogatori privati di servizi ambulatoriali), e finanziatori (le casse).

Il sistema tedesco, utilizzando la tipologia impiegata nell'introduzione, appare un sistema in cui tradizionalmente si è verificato, sin dal dopoguerra, un processo di forte «devoluzione», anche se, come fa notare uno studio dell'Eohcs (2000), in realtà la situazione risulta leggermente più complessa: a prima vista, visto il rilevante potere del livello *meso* in sanità, il modello tedesco appare uno in cui lo Stato federale ha devoluto in maniera forte responsabilità di governance al livello sub-nazionale; tenendo però presente che, formalmente, sono stati i *Länder* a costituire la Repubblica federale, sotto certi punti di vista si potrebbe quasi affermare che sono stati questi a trasferire alcune responsabilità in campo sanitario allo Stato centrale e non il contrario.

Il dato comunque di fondo è che il sistema sanitario tedesco appare centrato attorno al livello regionale: l'intero modello si fonda su forme di co-decisione fra Stato federale e Regioni, con una ulteriore delega

di potere alle «casce malattia», all'interno di un modello fortemente neo-corporativista.

Il governo federale si occupa di assicurare un livello di intervento su tutto il territorio che risulti equo e sufficientemente integrato e ampio, fissando le norme per la fornitura di servizi e il relativo finanziamento (anche in termini di diritti e doveri degli assicurati, funzionamento degli schemi assicurativi, ecc.). Tali compiti vengono assolti anche tramite un modello di concertazione di tipo neo-corporativo con le parti sociali, le associazioni di rappresentanza delle casce malattia e i rappresentanti dei vari tipi di fornitori di prestazioni sanitarie (associazioni mediche, di ospedali pubblici e privati, ecc.).

Il livello regionale è responsabile invece del mantenimento della infrastruttura ospedaliera, tramite la predisposizione e il finanziamento di «Piani ospedalieri»: tali finanziamenti sono concessi indipendentemente dalla proprietà, pubblica o privata, delle strutture di cura, sulla base delle priorità che ogni *Land* si è dato nel proprio «Piano». In questa ottica non va dimenticato come le Regioni, in quanto tali, siano raramente proprietarie di ospedali pubblici, mentre questi ultimi appartengono più spesso ai Comuni (Busse e Riesberg, 2004). Inoltre le Regioni sono responsabili formalmente delle attività di prevenzione e di salute pubblica, attività che, in molte realtà, sono state poi delegate a livello di governo sub-regionale. Infine i *Länder* hanno compiti di tipo formativo/professionale rispetto ad una serie di profili di lavoratori sanitari.

Fra tutti i paesi qui analizzati, la Germania è l'unico in cui, a fronte di profondi mutamenti introdotti nell'assetto istituzionale, finanziario e gestionale del sistema sanitario, non si sono avuti praticamente mutamenti nei rapporti e nella divisione dei ruoli fra centro (federale) e periferia (regionale). Dal 1988 in poi, a seguito dei crescenti problemi finanziari e di spesa che iniziavano ad assillare il modello sanitario tedesco, si sono infatti succedute molteplici riforme che hanno toccato il funzionamento delle casce malattia, i rapporti con i fornitori (anche quelli ambulatoriali), il livello e il modello di concorrenza, i criteri di finanziamento e di rimborso, e così via, ma praticamente non è stato mai messo in discussione il modello federale e il ruolo delle Regioni, se non in minima parte: la sola riforma delle strutture ospedaliere del 1993 aveva infatti previsto che la responsabilità regionale per gli investimenti, come in precedenza, rimanesse in capo ai *Länder* per gli interventi più rilevanti (costruzioni delle strutture e investimenti in tecnologia medica), mentre era stato introdotto un co-finanziamento da

parte delle casse malattia per le spese di manutenzione e riparazione ordinaria.

Non deve sorprendere il fatto che, rispetto agli altri paesi considerati in questo lavoro, la Germania non abbia mutato il modello di rapporti in sanità fra centro e periferia. Le ragioni sono fondamentalmente due: il modello tedesco è quello più decentrato (devoluto) in maniera forte fra quelli studiati; l'assetto istituzionale in sanità è in realtà specchio di modelli di relazioni più generali all'interno dello Stato tedesco e pertanto sarebbe difficile prevedere un mutamento di tali assetti in sanità (tramite forme differenti di decentramento o, all'opposto, di recupero di compiti del livello federale) senza andare ad intaccare l'architettura istituzionale generale della Repubblica federale.

3. Processi di decentramento e riforme nei sistemi sanitari nazionali

3.1 La Gran Bretagna

Nel corso di questi ultimi due decenni il *National health service* (Nhs) è stato oggetto di numerose e incisive riforme che tuttavia non hanno mai messo in discussione i capisaldi del modello sanitario universalistico e solo in piccola parte modificato il sistema di responsabilità tra livello centrale e periferia. Sicuramente la Gran Bretagna solo in piccola parte e solo dalla fine degli anni novanta ha imboccato la strada del decentramento politico (senza del resto coniugarlo con forme di decentramento fiscale). Seguendo invece la prospettiva funzionale proposta da Saltman e Bankauskaite (2006) possiamo interpretare molti aspetti delle riforme sanitarie inglesi in termini di decentramento amministrativo.

La stagione delle riforme prende avvio con il *Nhs and Community Care Act* del 1990, approvato dall'allora Governo Thatcher, che introduce il cosiddetto «mercato interno», ovvero la separazione delle responsabilità di acquisto da quelle di produzione ed erogazione dei servizi. Queste funzioni in precedenza erano svolte dalle *District health authorities* (Dha) che fungevano da offerenti monopolistici dei servizi sanitari. Con la riforma le Dha vennero trasformate in sponsor e acquirenti dei servizi per conto della popolazione residente nel loro territorio. Ai produttori operanti sia nel settore pubblico che in quello privato spettava, invece, l'erogazione dei servizi che poi potevano essere acquistati selettivamente dai manager delle *Health authorities* in base al

criterio del «*better value for money*», vale a dire in base al miglior rapporto costi-efficacia. Le relazioni tra acquirenti e produttori erano di tipo contrattuale e le dinamiche di tipo mercantile e competitivo (Maino, 2001). Il finanziamento rimaneva fiscale, ma cambiavano i criteri in base ai quali doveva avvenire la distribuzione sul territorio: non più con riferimento ai livelli di offerta ma su base capitaria. La riforma prevedeva cambiamenti anche a livello di medicina di base. In particolare vennero introdotti dei bilanci (*practice budgets*) per gli studi di medicina generale (*Gp fundholders*) che operando con più di 9.000 pazienti erano disposti a produrre o ad acquistare direttamente per i propri assistiti un insieme definito di servizi (ambulatoriali, diagnostici, e ospedalieri).

Molti osservatori hanno ritenuto che il mercato interno introdotto con la riforma del 1990 non abbia raggiunto gli obiettivi di controllo e riduzione della spesa a cui mirava (cfr. Saltman e von Otter, 1995). Certo è che il governo laburista di Blair ha messo a punto un programma di riforma, in attuazione dall'aprile 1999, che prevedeva lo smantellamento del sistema di mercato interno per evitare ogni rischio di privatizzazione e l'abolizione del *fundholding* al fine di valorizzare il ruolo dei medici di famiglia e dell'assistenza sanitaria di base².

Si trattava, in primo luogo, di riorganizzare i *Trusts*, ovvero le aziende pubbliche che erogano i servizi ospedalieri e territoriali. Il direttore generale viene affiancato da un consiglio di amministrazione, in cui sono presenti anche rappresentanti delle autorità locali, e da un consiglio dei sanitari, responsabile della gestione clinica dell'organizzazione. Compito delle aziende non è più solo quello di far quadrare i conti bensì quello di assicurare la qualità dei servizi. Rimane in vigore la distinzione tra *Health authorities* e *Trusts*, tra livello della programmazione e livello della produzione di servizi, ma il concetto di mercato interno è sostituito da quello di integrazione-concertazione e lo strumento del contratto, tipico del rapporto tra acquirenti e produttori, è sostituito da quello di accordo di programma. In secondo luogo la riforma sancisce lo smantellamento del sistema del *fundholding*. L'assistenza sanitaria di base passa quindi ad essere gestita dai *Primary care groups* (Pcg), di cui devono fare parte tutti i medici di famiglia e tutto il personale operante nel settore delle cure primarie. Anche i *Primary care groups* posso-

² Queste proposte di riforma, apparse per la prima volta nel 1995 come manifesto programmatico del partito, sono diventate nel 1997 un Libro bianco dal titolo *The New Nhs. Modern, Dependable*.

no diventare soggetti autonomi nell'amministrazione del bilancio e nel processo di committenza delle *Health authorities* e diventare aziende produttrici di servizi di base (*Primary care trusts*). I *Primary care groups* ricevono dalle autorità sanitarie un finanziamento (budget unico) con il quale erogare le prestazioni di assistenza primaria e commissionare i servizi alle aziende ospedaliere e territoriali. Questi cambiamenti dovevano portare, nell'intenzione del governo laburista, ad un assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario notevolmente semplificato rispetto a quello scaturito dalla riforma Thatcher, sostituendo la contrattazione con la concertazione tra *Health authorities*, *Primary care groups*, *Trusts* e *Local authorities*.

Ma che legame c'è tra queste riforme e il decentramento? La Riforma Thatcher era stata presentata all'opinione pubblica come lo strumento per decentrare il processo decisionale al livello più basso possibile e rafforzare il potere di scelta dei cittadini. In realtà tale riforma ha contribuito ad accentrare ulteriormente il sistema sanitario piuttosto che decentrarne le competenze ai livelli inferiori (Paton, 1993; Giaimo e Manow, 1997). Infatti, tutte le funzioni di programmazione e indirizzo vengono affidate al Ministero della Sanità e in nessun modo essa ha comportato un rafforzamento del processo democratico ai livelli inferiori di governo. Obiettivo dei Governi Thatcher e successivamente Major era quello di trasferire le logiche mercantili dentro il settore pubblico e quindi di attuare un decentramento di tipo amministrativo ridefinendo il quadro degli attori del Nhs, senza tuttavia accrescere i poteri decisionali della periferia.

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

Infine va anche menzionato il fatto che il processo di devolution iniziato nel 1997 da Blair ha portato all'attribuzione (anche se in forma asimmetrica) di maggiore autonomia ai territori della Scozia, del Galles e dell'Irlanda del Nord. Questo ha avuto anche delle implicazioni

per il settore sanitario e soprattutto nel caso della Scozia che ha così ottenuto poteri legislativi in campo sanitario e qualche margine di discrezionalità sul versante fiscale. Lo *Scotland Act* del 1998 ha, infatti, attribuito al Parlamento scozzese il potere d'incidere sull'ammontare dell'esazione fiscale, in aumento o in diminuzione, nel limite del 3% del prelevamento totale operato sui contribuenti scozzesi.

3.2 La Spagna

La Spagna si è tradizionalmente caratterizzata per un elevato grado di decentramento che è stato e continua ad essere un fattore decisivo nella formulazione e implementazione delle politiche pubbliche e in particolare della politica sanitaria.

Per quanto riguarda il rapporto tra sanità e decentramento, fino alla seconda metà degli anni '90 in Spagna sette Comunità autonome (pari al 62% della popolazione totale) erano responsabili della programmazione, dell'organizzazione e della gestione dei loro sistemi sanitari, mentre le rimanenti dieci erano responsabili della programmazione ma i loro servizi sanitari erano gestiti direttamente dall'Istituto nazionale di sanità (*Insalud*) e dipendevano dal trasferimento di risorse dal centro. Questo significa che in Spagna vi era una grande differenza tra quelle Comunità che avevano il potere e gli strumenti per procedere alla costituzione di sistemi sanitari regionali e le rimanenti che invece erano tenute a recepire le regole stabilite a livello centrale. Dall'inizio degli anni ottanta, infatti, il governo centrale era andato progressivamente trasferendo alle Comunità autonome la responsabilità della spesa sanitaria e del reperimento di risorse finanziarie³ (Cabiedes e Guillen, 1997). Così facendo aveva favorito la differenziazione territoriale sia a livello organizzativo sia a livello dei trattamenti sanitari, contribuendo a rendere più complesse le relazioni tra Stato e Regioni e tra Comunità autonome stesse.

Ad esempio, per quanto riguarda il sistema di finanziamento vi erano (e tuttora permangono) differenze rilevanti anche tra le sette regioni che godevano di totale autonomia in materia sanitaria. I Paesi Baschi e la Navarra, a differenza delle altre cinque Comunità autonome, appli-

³ Questo processo è iniziato nel 1981 con il trasferimento delle competenze in ambito sanitario alla Catalogna. È proseguito con il trasferimento delle medesime competenze rispettivamente all'Andalusia (1984), ai Paesi Baschi e alla Valencia (1987), alla Galizia e alla Navarra (1990), alle Isole Canarie (1994).

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

Il decentramento politico e fiscale ha prodotto conseguenze significative sull'evoluzione della politica sanitaria spagnola. Innanzitutto il processo di devoluzione dei poteri legislativi, gestionali e finanziari ha fortemente arricchito la capacità di innovazione delle singole Comunità autonome. Regioni come i Paesi Baschi, la Navarra e la Catalogna si sono messe in luce per la loro azione anticipatrice rispetto al governo centrale. In particolare la Comunità catalana è presto diventata la Regione leader nel processo di aziendalizzazione della sanità. La Catalogna ha approvato nel 1994 delle misure che miravano alla razionalizzazione della spesa sanitaria e introducevano meccanismi di concorrenza amministrata, ponendosi all'avanguardia non solo rispetto alle altre Comunità ma anche rispetto al modello sanitario nazionale spagnolo (cfr. Maino, 2001).

3.3 La Norvegia

La Norvegia si caratterizza, sin dagli anni settanta, per un sistema sanitario altamente decentrato, sebbene – a differenza degli altri paesi scandinavi – le funzioni di finanziamento e di erogazione delle prestazioni vengano sempre mantenute separate e in particolare il centro detenga il potere di decidere in merito alle risorse e ai criteri di trasferimento alle contee. Nel 2002, tuttavia, questo paese (nuovamente in controtendenza rispetto ai paesi scandinavi ma anche al resto dei paesi europei) approva una riforma del proprio servizio sanitario che trasferisce al governo centrale il potere decisionale in materia di organizzazione e gestione degli ospedali.

Infatti la riforma del 2002 toglie la proprietà degli ospedali alle contee e la trasferisce allo Stato e sostituisce le 19 Contee con 5 ampie Regioni sanitarie guidate da Comitati nominati dal Ministero della Salute. Il compito di queste strutture sanitarie è quello di coordinare la politica sanitaria sul territorio e acquistare servizi per conto dei cittadini. Contemporaneamente, agli ospedali viene attribuita una maggiore autonomia e la responsabilità di gestione delle strutture ospedaliere con un approccio ispirato ai principi della concorrenza amministrata. L'autorità centrale ha quindi il compito di allocare il budget, definire gli standard sanitari, monitorare e valutare i risultati ottenuti dalle strutture sanitarie sul territorio. Le autorità sanitarie regionali sono invece responsabili per la programmazione e l'erogazione dei servizi e delle prestazioni nella loro area di competenza. La nuova distribuzione di compiti e responsabilità tra i due livelli di governo ha sollevato tuttavia nuove tensioni tra centro e periferia. In particolare il livello *meso* – dopo più di un trentennio di autonomia decisionale e organizzativa – considera le decisioni e gli interventi del centro alla stregua di veri e propri «atti di intrusione» (Mosca, 2006).

Quali fattori spiegano il processo di riaccentramento della sanità norvegese? Come ha sottolineato Møller Pedersen (2002) un ampio e acceso dibattito sulla proprietà degli ospedali (se dovesse spettare al centro o alle Contee) era in atto sin dagli anni ottanta. Questo dibattito faceva leva sul fatto che gli ospedali non fossero in grado di gestire in maniera efficace l'offerta di servizi producendo lunghe liste di attesa, tassi di produttività decrescente, disservizi per i cittadini. In aggiunta la gestione degli ospedali da parte delle Contee aveva prodotto livelli elevati di differenziazione nell'offerta di prestazioni e servizi mettendo in discussione il principio dell'equità territoriale. Il riaccen-

tramento è quindi interpretabile come la risposta a questi problemi nel tentativo, attraverso il controllo decisionale unito a quello finanziario da parte del centro e attraverso la creazione delle 5 strutture sanitarie regionali, di produrre economie di scala dal punto di vista delle gestione economica del sistema sanitario e ridurre la conflittualità tra Stato e Contee. In realtà su quest'ultimo fronte la riforma sembra per ora avere più che altro spostato le tensioni dalle Contee alle nuove strutture sanitarie regionali. Oggetto del contendere è la definizione dell'esatta distribuzione di responsabilità tra Stati e «Regioni sanitarie». Le autorità regionali accusano il centro di interferire in decisioni importanti quali ad esempio la chiusura o la riconversione di unità o di dipartimenti ospedalieri. Il centro, a sua volta, accusa le Regioni di attribuire la responsabilità relativa alla qualità dei servizi alle restrizioni finanziarie decise dal governo centrale.

Ciò che è interessante nel caso norvegese è il fatto che il riaccentramento è stato di natura politica e ha contribuito a saldare nelle mani del governo centrale il potere decisionale e il controllo del sistema di finanziamento della sanità, scardinando quindi un sistema sanitario fortemente decentrato che faceva perno sul ruolo delle Contee. Contemporaneamente però si è assistito ad un processo di decentramento amministrativo che ha portato alla costituzione delle autorità sanitarie regionali con il compito di programmare e gestire la politica della salute sul territorio. Questo secondo processo ha anche coinciso con l'introduzione di strumenti di concorrenza amministrata prima meno presenti nel sistema sanitario norvegese.

4. Considerazioni conclusive

Sono ormai due decenni che il tema del rinnovamento dei sistemi sanitari è al centro del dibattito politico e scientifico nelle principali democrazie occidentali. La ricerca di soluzioni che permettano di coniugare finalità diverse come efficacia, efficienza, qualità delle prestazioni, contenimento dei costi, equità, libertà di scelta hanno spinto molti paesi a ridefinire le funzioni dei diversi livelli di governo, trasferendo compiti e responsabilità tradizionalmente detenuti dal governo centrale ai livelli inferiori di governo. Negli ultimi anni, tuttavia, sembrano emergere anche segnali di riaccentramento, ovvero di rafforzamento dei governi centrali con i governi sub-nazionali. L'esperienza dei paesi considerati in questo articolo ci permette di proporre alcune

considerazioni sui differenti percorsi intrapresi in questo processo di decentramento/riaccentramento dei sistemi sanitari.

I modelli sanitari basati su assicurazioni sociali hanno fatto registrare nel corso degli ultimi decenni una minore variazione nei loro assetti istituzionali e gestionali, in riferimento specificatamente al livello di decentramento del sistema e di regionalizzazione. Pur avendo discusso e affrontato in buona parte gli stessi dilemmi e le stesse difficoltà dei sistemi sanitari nazionali, in termini di efficienza, efficacia e partecipazione, in Germania e Francia il tema del decentramento, quale strategia specifica per incidere sul più generale funzionamento del sistema sanitario, è risultato meno centrale nei dibattiti e nelle scelte di policy.

Le ragioni per questa differenza rispetto ai sistemi sanitari nazionali sono molteplici e, innanzitutto sono riferibili alla struttura istituzionale stessa dei sistemi assicurativi, in cui un ruolo gestionale e di finanziamento rilevante è in mano a soggetti privati, quali le «case/assicurazioni di malattia».

Nei vari sistemi sanitari assicurativi alcuni tratti sono comuni: esiste una divisione netta dei compiti fra finanziamento del sistema e gestione degli interventi. Il finanziatore principale del sistema è l'insieme delle assicurazioni malattia, basate su principi bismarkiani: organismi autonomi, co-gestiti da sindacati e associazioni imprenditoriali, finanziati tramite contributi. L'assicurazione è organizzata attorno a differenti schemi di copertura, legati alla posizione occupazionale. Sotto il profilo della gestione il sistema vede la compresenza, nel settore ospedaliero, di una molteplicità di fornitori, sia pubblici che privati, mentre il settore ambulatoriale è praticamente tutto privato. Il ruolo del settore pubblico si è tradizionalmente esercitato da un lato, per quanto riguarda il finanziamento, nelle funzioni di supporto, di controllo e di supervisione del sistema assicurativo; dall'altro, per ciò che concerne l'erogazione degli interventi, nel coordinamento e nella gestione degli ospedali pubblici, così come di altri servizi relativi alla salute pubblica, allo sviluppo tecnologico e alla regolazione del settore farmaceutico.

Dato questo quadro generale degli assetti istituzionali, i due principali paesi europei (Francia e Germania) caratterizzati da un tale modello assicurativo si differenziano però per vari aspetti, uno dei quali è proprio il ruolo dei governi regionali e il sistema di rapporti centro-periferia. Come abbiamo visto nel secondo paragrafo il sistema federale tedesco di fatto definisce i ruoli e le funzioni dello Stato e dei

Länder nella gestione delle politiche pubbliche e quindi anche della sanità. Tale assetto non è stato né messo in discussione né modificato e le riforme hanno riguardato altri ambiti del sistema sanitario. La Francia, invece, ha intrapreso un processo di regionalizzazione del proprio sistema sanitario che tuttavia è apparso da subito alquanto modesto e ancora una volta pilotato dal centro, ovvero privo di un reale coinvolgimento degli attori istituzionali periferici.

I sistemi sanitari nazionali sono sistemi pubblici, finanziati principalmente dalla fiscalità generale, che garantiscono a tutti i cittadini un'ampia gamma di prestazioni sanitarie gratuite o semi-gratuite. Nella versione più pura di questo modello, la maggior parte delle prestazioni e dei servizi sono erogati direttamente da strutture di proprietà del Servizio sanitario e da personale da esso dipendente.

I sistemi sanitari nazionali si sono caratterizzati, rispetto ai sistemi di tipo assicurativo, per maggiori e più incisivi interventi sul fronte della ridefinizione dei rapporti tra centro e periferia e all'interno di questo modello è possibile individuare mix diversi di decentramento politico, amministrativo e fiscale. Da un lato il Regno Unito ha continuato a caratterizzarsi per un marcato accentramento fiscale e politico del proprio sistema sanitario. Solo con il Governo Blair si sono sperimentate forme di devolution mentre in termini di decentramento amministrativo questo paese ha inaugurato soluzioni innovative che successivamente sono state adottate in altri contesti. Dall'altro lato la Spagna, sin dalla metà degli anni ottanta, ha imboccato un percorso di forte decentramento sia politico che amministrativo. Nell'ultimo decennio, poi, ha continuato a rafforzare il ruolo delle Comunità autonome, anche attraverso il ricorso a misure di decentramento fiscale. Infine è particolarmente interessante, nel panorama dei paesi scandinavi, il caso della Norvegia che prima tra i paesi europei ha intrapreso un percorso di riaccentramento politico trasferendo dalle contee al governo centrale competenze importanti riguardanti la gestione del settore ospedaliero.

L'esperienza di questi paesi (per quanto nel caso tedesco solo in piccola parte) mette in luce che – al di là delle diverse soluzioni adottate in termini di decentramento e al di là dei diversi mix possibili di decentramento politico, fiscale e amministrativo che possono scaturire e che sono periodicamente oggetto di revisione – in tempi di risorse scarse e di crescita della domanda di cura e assistenza (nonché di attenzione all'aspetto della qualità) il tema dei rapporti tra livelli decisionali è sempre più importante e la sua salienza è destinata a rimanere alta. Quanto sta avvenendo in paesi come la Norvegia e la Spagna (ma

considerazioni simili potrebbero essere fatte anche per gli altri paesi scandinavi o per l'Italia) mostrano che esistono molte tensioni tra governo centrale e governi regionali e che vi è un reciproco tentativo di attribuire la responsabilità per il finanziamento e la gestione della politica sanitaria. Insomma, il tema della definizione dei confini del welfare rimane al centro dell'agenda politica e la strategia decentramento/accentramento continua ad essere considerata una strada praticabile per tenere sotto controllo i costi e allo stesso tempo intervenire sull'efficienza del sistema.

Riferimenti bibliografici

- Axelsson R., Marchildon G. e Repullo-Labrador J., 2007, *Effects of Decentralization on Managerial Dimensions of Health Systems*, in Saltman R. e al. (a cura di), *Decentralization in Health Care*, European observatory on health systems and policies, Londra, pp. 141-166.
- Bankauskaite V., 2005, *Health care needs and tools in health care decentralization in Europe*, paper presentato ESPAnet Conference, Fribourg (CH), 22-24 settembre.
- Busse R. e Riesberg A., 2004, *Health Care Systems in Transition: Germany*, World health organization regional office for Europe on behalf of the European observatory on health systems and policies, Copenhagen.
- Cabiedes L. e Guillen A., 1997, *L'impatto del decentramento dell'assistenza sanitaria in Spagna: meccanismi finanziari e innovazione organizzativa*, «L'Assistenza Sociale», n. 1-2, pp. 45-60.
- Eohcs - European observatory on health care systems, 2000, *Health Care Systems in Transition: Germany*, European Observatory on Health Systems and Policies, Londra.
- Ferrera M., 2005, *The Boundaries of Welfare*, Oxford University Press, Oxford.
- Gaiimo S. e Manow P., 1997, *Institutions and Ideas into Politics: Health Care Reform in Britain and Germany*, in Altenstetter C. e Björkman J.W. (a cura di), *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, Macmillan, Londra, pp. 175-202.
- Imai Y., Jacobzone S. e Lenain P., 2000, *The Changing Health System in France*, Oecd, Parigi.
- Maino F., 2001, *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- Møller Pedersen K., 2002, *Reforming Decentralized Integrated Health Care Systems: Theory and the Case of the Norwegian Reform*, University of Oslo, Hero Working Paper n. 7.
- Mosca I., 2006, *Is Decentralization the Real Solution? A Three Country Study*, «Health Policy», vol. 77, pp. 113-120.

- Ocse, 2007, *Economic Survey of France, 2007*, Ocse, Parigi.
- Paton C., 1993, *Devolution and Centralism in the National Health Service*, «Social Policy and Administration», vol. 27, n. 2, pp. 83-108.
- Rico A. e Leon S., 2005, *Health Care Devolution in Europe. Trends and Prospects*, Horn Working Paper n. 1, Horn, Oslo.
- Sandier S., Paris V. e Polton D., 2004, *Health Care Systems in Transition: France*, Who Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Saltman R. e Bankauskaite V., 2006, *Conceptualizing Decentralization in European Health Systems: A Functional Perspective*, «Health Economics, Policy and Law», n. 1, pp. 127-147.
- Saltman R., Bankauskaite V. e Vrangbaek (a cura di), 2007, *Decentralization in Health Care*, European Observatory on Health Systems and Policies, Londra.
- Saltman R.B. e von Otter C. (a cura di), 1995, *Implementing Planned Markets in Health Care*, Open University Press, Philadelphia.
- Vrangboek V., 2007, *Health Care Needs and Tools in Health Care Decentralization in Europe*, paper presentato alla Conferenza Espanet, 22-24 settembre, Friburgo (Ch).
- Weaver K., 1986, *The Politics of Solidarity and the Changing Boundaries of the Welfare State*, in «European Political Science», vol. 5, n. 3, pp. 77-394.