

Tempi moderni

Francesco Taroni

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna

Riassunto. Presentiamo in anteprima per i nostri lettori il capitolo conclusivo del libro di Francesco Taroni *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica*. Nel libro si ricostruisce il percorso delle politiche sanitarie nel nostro paese dagli anni Cinquanta all'inizio del nuovo secolo, considerando l'emergere di queste idee, i conflitti che esprimono e che hanno alimentato, i processi attraverso cui si sono imposte nell'agenda politica e sono state tradotte in legge o, viceversa, rigettate nonché le forme in cui sono state attuate, o non attuate, sullo sfondo dell'evoluzione delle altre istituzioni del welfare e del più generale contesto sociale, economico e politico del paese. Nel capitolo *Tempi moderni* l'attenzione si concentra sui cambiamenti più recenti, quelli dei primi anni del ventunesimo secolo.

Parole chiave. Federalismo, livelli essenziali di assistenza, riforme.

Abstract. In this paper we present to our readers a pre-release of the last chapter of the book written by Francesco Taroni – original title *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica* (*Health politics in Italy. The future of Nhs from an historical viewpoint*). The book retraces the health politics pathway in Italy from the fifties to the beginning of the new century. It considers the ideas that emerged, the conflicts that they express and that they nourished in the past, the processes through which they established themselves in the politics scope and through which they became laws or – vice versa – they were refused, and how they were applied – or not applied – in contrast to the evolution of the other welfare institutions and of the general Italian social, economic and political context. The chapter *Tempi moderni* (*Modern times*) is focused on the more recent changes, i.e. those occurred in the first years of the 21st century.

Key words. Devolution, essential healthcare services, reforms.

Il Servizio sanitario nazionale all'inizio del nuovo secolo

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) emergente dai turbolenti anni '90 si è presentato al nuovo secolo senza i (quasi) mercati che la retorica aveva inizialmente promesso e senza il ritorno alla gerarchia che molti avevano temuto. Lo sviluppo del processo di regionalizzazione ha spostato l'arena delle politiche sanitarie a livello regionale, ma il potere della borsa è rimasto saldamente a livello centrale, dove il Ministero dell'Economia e delle Finanze, malgrado l'asserita evoluzione verso il federalismo, ha continuato a determinare annualmente il 'fabbisogno' del Ssn.

Nel decennio 1990-1999 il Ssn ha contribuito al risanamento dei conti pubblici, che ha permesso l'aggancio dei parametri di Maastricht e l'ingresso nell'euro con una riduzione della spesa pubblica stimata in 32.000 miliardi di lire dell'epoca (Mapelli, 2000). Tuttavia, malgrado la spesa sanitaria complessiva abbia presentato caratteristiche virtuose rispetto a tutti i

principali paesi europei cui l'Italia ama generalmente confrontarsi e nonostante i provvedimenti assunti per irrigidire i vincoli di bilancio sulla spesa sanitaria delle Regioni iniziati con la riforma del 1992, il Ssn ha continuato per tutto il decennio ad accumulare disavanzi complessivamente stimati attorno al 5% del suo finanziamento (Caruso, 2001). I disavanzi hanno presentato i valori più elevati nel 1995, in corrispondenza della revisione contabile effettuata in previsione dell'avvio dell'aziendalizzazione, ma anche del livello più basso toccato dal Fondo sanitario nazionale, mostrando nel tempo la tendenza a concentrarsi in un numero ristretto di Regioni, particolarmente al sud. Il sistematico emergere di disavanzi rivela le difficoltà delle Regioni nel controllo della spesa sanitaria, ma è anche effetto della ripresa della strategia già adottata dallo Stato negli anni '80 di sottofinanziare *ex ante* il Ssn per integrarne il finanziamento *ex post*. La necessità delle Regioni di rinegoziare periodicamente il finanziamento aggiuntivo del loro disavanzo ha permesso allo Stato di riaffermare il potere della borsa

del governo centrale sulla crescente autonomia formalmente attribuita alle Regioni, poste in uno stato di permanente crisi finanziaria, riproponendo la strategia di ‘federalismo asimmetrico’ praticata nei primi anni ’80 (Buglione e France, 1983). La novità della strategia del governo centrale è stata l’imposizione di adempimenti sempre più stringenti per accedere al rifinanziamento, che hanno inizialmente interessato tutte le Regioni con i Patti per la salute inaugurati col Patto Giarda del 2000 (Toniolo, 2009), ma che si sono poi focalizzati con i Piani di rientro sulle singole Regioni dichiarate ‘in difficoltà’ (Tediosi et al, 2009).

L’elemento più rilevante delle nuove politiche sanitarie nazionali è stato il loro progressivo assorbimento nell’ambito delle politiche di bilancio nel contesto di relazioni dominate dal Ministro dell’Economia sia nei confronti delle Regioni che del Ministero della salute. La subordinazione delle politiche sanitarie agli obiettivi di finanza pubblica ha fatto da contrappasso al loro progressivo trasferimento nelle competenze di Regioni che hanno visto aumentare formalmente i propri poteri di organizzazione nella perdurante assenza di autonomia finanziaria nei confronti di un governo centrale che ha mantenuto la responsabilità del finanziamento *ex ante* e si è riservato sempre più ampie discrezionalità di intervento *ex post* sui disavanzi. Lo squilibrio verticale fra Stato e Regioni è stato ulteriormente aggravato dalla prolungata sospensione della possibilità per le Regioni di utilizzare anche la loro limitata autonomia di modulazione delle aliquote e delle sovrattasse regionali nell’inutile attesa delle conclusioni di una Commissione incaricata di formulare proposte per la revisione del disegno di federalismo fiscale. Le politiche sanitarie elaborate a livello nazionale si sono quindi principalmente configurate come il corollario organizzativo dei patti finanziari stabiliti fra Stato e Regioni aventi ad oggetto gli interventi per il rispetto dei tetti di spesa posti come condizione per ricevere i trasferimenti dallo Stato. Il governo ‘nazionale’ del Ssn è quindi progressivamente diventato il nesso delle relazioni fra lo Stato e le Regioni riguardo alle politiche di bilancio da applicare alla spesa sanitaria pubblica, con l’obiettivo di rendere più rigidi i vincoli ai bilanci regionali attraverso penalizzazioni finanziarie collegate all’accesso *ex ante* a sempre più consistenti quote del fondo sanitario appositamente accantonate ed *ex post* a fondi speciali per il ripiano dei disavanzi e/o il sostegno a piani di rientro.

A livello regionale, il controllo della spesa è stato perseguito attraverso i tradizionali meccanismi amministrativi di controllo del costo dei fattori ovvero utilizzando le nuove forme di regolazione emerse negli anni ’90, basate sull’accreditamento dei produttori e sul controllo della produzione attraverso accordi contrattuali che affrancavano le Aziende UsI

dal ruolo passivo di terzo pagante che prendeva semplicemente atto *ex post* delle implicazioni finanziarie di attività già svolte. Lo sviluppo, spesso all’interno della stessa Regione, di diverse modalità di ‘regolazione’ del sistema ha determinato la coesistenza di strumenti di coordinamento fra i soggetti del Ssn riconducibili al comando, alla competizione ed alle reti, realizzando una miscela non diversa da quella riscontrata nello stesso periodo nel Nhs inglese (Exworthy et al, 1999), che ha contribuito ad aumentare le differenze nella struttura, nell’organizzazione e nel funzionamento dei sistemi regionali.

L’aumento della complessità dell’organizzazione e del funzionamento del Ssn ha rafforzato la percezione di un approfondito divario nord-sud in termini di competenze, professionalità e strumenti di gestione che si è manifestato anche sul piano delle capacità di indirizzo politico e di gestione amministrativa della Regione oltretutto su quello della forma del processo di aziendalizzazione e dei rapporti fra Aziende UsI ed Aziende ospedaliere (Mapelli, 2007).

Le diverse configurazioni dei vari Ssr hanno comportato nuovi problemi di ‘armonizzazione’ in un Ssn che intendeva comunque mantenere il carattere ‘nazionale’ riguardo ai principi fondamentali dell’universalismo egualitario e dell’uniformità delle condizioni di accesso. La riforma Bindi aveva riconosciuto il carattere confederale ormai definitivamente acquisito dal Ssn indicando la necessità di una funzione nazionale di governo che favorisse la convergenza dello sviluppo dei sistemi territoriali di protezione e promozione della salute, centrata attorno al nuovo concetto dei livelli essenziali di assistenza (Lea). La successiva riforma del Titolo V della Costituzione, approvata nel 2001, ha consolidato le competenze regionali acquisite nel corso del decennio, bilanciandole con la costituzionalizzazione della competenza esclusiva statale nella “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali” da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale e con il vincolo del rispetto dei principi fondamentali del Ssn (Balduzzi, 2002). Il difficile equilibrio fra il potere della borsa rimasto saldamente nelle mani del governo centrale, le competenze esclusive dello Stato e l’estensione della potestà legislativa concorrente delle Regioni sull’intero campo della ‘tutela della salute’ rispetto all’angusta competenza sull’‘assistenza sanitaria e ospedaliera’ prevista dall’originario art. 117 della Costituzione restava però affidato al precario funzionamento del ‘sistema delle Conferenze’, che continua a rappresentare l’unica istituzione del federalismo presente nel sistema italiano (Carpani, 2006). Intanto a livello nazionale le politiche sanitarie del nuovo millennio erano principalmente focalizzate a liquidare gli istituti della riforma Bindi.

Debindizzare la sanità

La crisi del governo D'Alema e la sua sostituzione con il governo Amato in previsione delle elezioni politiche del 2001 ha determinato una svolta significativa anche nelle politiche sanitarie. L'imminenza delle elezioni politiche aveva accentuato l'attenzione all'ingombrante eredità della riforma Bindi, cui assieme alla riforma della scuola era stata addebitata la sconfitta del centrosinistra alle elezioni regionali della primavera del 2000 (Bindi, 2005, pp 122 e segg.) caratterizzando le priorità dell'ultimo governo di centrosinistra.

Un segno del tentativo di recuperare il consenso dei medici da parte del governo Amato è stato il conferimento dell'incarico di ministro ad un medico di grande notorietà ed autorevolezza, il professor Umberto Veronesi, il cui primo atto fu la nomina di una Commissione di sei saggi "con il compito di trovare le soluzioni più rapide ed adeguate per permettere di esercitare la libera professione all'interno dell'ospedale". Pur riconoscendo ufficialmente che "la riforma era ed è inevitabile in un contesto europeo che si muove nella stessa direzione", al neoministro la stampa del tempo attribuì atteggiamenti critici verso il disegno generale di una riforma che, comunque, non poteva essere esplicitamente rigettata *in toto* dal governo di Centrosinistra che si preparava alle elezioni. I rapporti con la maggiore organizzazione sindacale dei medici ospedalieri raggiunsero tuttavia un punto critico riguardo al piano di rinnovamento ospedaliero, il secondo elemento di spicco delle politiche di questo periodo, che venne affidato al genio architettonico di Enzo Piano. Alle affermazioni del Ministro Veronesi, che la metà degli ospedali italiani era inadeguata rispetto alle esigenze della medicina moderna, il sindacato dei medici ospedalieri rispose con durezza, definendole "dichiarazioni semplicistiche, allarmanti, finalizzate a favorire le case di cura private" (Zucchelli, 2009, p 183). Neppure l'abolizione dei ticket sulla farmaceutica con la legge finanziaria per il 2001 salvò il centrosinistra dalla sconfitta alle elezioni politiche del 2001, che videro la nascita del secondo governo Berlusconi che scelse come Ministro della sanità un altro medico illustre, il professor Girolamo Sirchia che assieme al professor Veronesi aveva promosso il *Manifesto Bianco* del 1985 e la *Lettera aperta* del 1992.

Se l'atteggiamento del Ministro Veronesi rispetto alla questione dell'esclusività di rapporto dei medici era stato "di imbarazzo", la politica di Sirchia fu "della negazione" dell'intera riforma (Vicarelli, 2005). Il Ministro Sirchia si proponeva di "porre fine alla illiberale macchina burocratica costruita dal precedente governo" con lo slogan di "debindizzare la sanità", che coglieva i due obiettivi di lasciare libero

campo al consolidamento dei modelli regionali di organizzazione emersi durante gli anni '90 e di abolire "gli odiosi ed ingiustificabili vincoli" posti all'autonomia dei medici, esemplificati dall'esclusività del rapporto di lavoro e dallo "strapotere" dei direttori generali verso cui riteneva fosse degenerato il processo di aziendalizzazione (Sirchia, in Giarelli, 2002). Il proposito di istituire nelle Aziende sanitarie un 'coordinatore clinico' nominato dal direttore generale, ma 'indicato' dalla componente medica non ebbe tuttavia fortuna malgrado le numerose versioni con cui venne proposto un disegno di legge intitolato "Principi fondamentali in materia di Ssn", che incontrò l'opposizione delle Regioni ed una tiepida accoglienza da parte delle stesse organizzazioni sindacali mediche. Anche l'obiettivo di conquistare l'adesione della classe medica ospedaliera attraverso la reversibilità dell'opzione del rapporto di lavoro dei medici dipendenti dal Ssn e la rimozione dell'impedimento all'accesso alla direzione di struttura per coloro che optavano per un rapporto di lavoro non esclusivo non si rivelò semplice da raggiungere. Il timore di perdere l'indennità di rapporto esclusivo che era stata ottenuta con il contratto di lavoro firmato dopo la riforma Bindi e alcuni incidenti di percorso, come la proposta di imporre una tassa di 5000 euro sui medici che optavano per la libera professione extramoenia o un decreto legge contro le truffe in sanità che metteva i medici in cattiva luce, resero difficile il rapporto con i principali sindacati medici, che giunsero a chiedere le dimissioni del Ministro. Il provvedimento che istituiva la reversibilità dell'opzione per il rapporto esclusivo venne infine approvato dopo reiterati tentativi e innumerevoli versioni con un emendamento alla legge 26 maggio 2004 n. 138 di conversione del decreto 81/2004, che recava il malaugurato titolo di "Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la sanità pubblica" (Carpani, 2004).

Sul piano istituzionale profondi cambiamenti erano annunciati nella funzione del ministero e nella 'grande politica' della salute. Il ministero, ripristinato in forma autonoma con la nuova e più moderna denominazione di Ministero della salute, mirava a ritagliarsi la funzione di "guardiano dei diritti dei cittadini", coerente con il nuovo contesto istituzionale di devoluzione alle Regioni dei poteri di organizzazione. Alla nuova funzione era ispirato il Piano sanitario nazionale 2002-2004, in cui il Ministero si poneva come "strumento di garanzia dell'eticità dei sistemi operativi", assumendo a riferimento i dieci principi etici di Tavistock, cui faceva riferimento anche la denominazione attribuita alla più importante delle sue direzioni generali, che aggiungeva la salvaguardia dei "principi etici di sistema" all'originaria preposizione ad una programmazione sanitaria sempre più compressa dalla regionalizzazione del Ssn.

L'elemento più innovativo del Piano consisteva nelle sue modalità di approvazione affidate ad un accordo fra Ministero e Regioni, presentato come lo strumento necessario per "avviare azioni concertate e coordinate che possono generare programmi specifici nella realizzazione di attività finalizzate a promuovere e tutelare lo stato di salute dei cittadini" (Psn 2002-2004, pag. 2). Dopo un'intensa negoziazione con le Regioni, i dieci obiettivi iniziali furono limitati a cinque linee di azione comune che comprendevano tutela della garanzia dei livelli essenziali di assistenza; promozione delle cure primarie; tutela della non autosufficienza; creazione di una rete di ospedali di eccellenza; sviluppo di programmi di prevenzione e di educazione sanitaria. In questo ambito un grande ed inaspettato successo fu l'approvazione a larghissima maggioranza nel 2003 di una rigorosa legge contro il fumo che entrò in vigore nel 2005 (Mele e Compagni, 2010). Il Ministro Sirchia riuscì in un'impresa tentata senza successo dal suo predecessore, il cui disegno di legge era stato affondato da un profluvio di emendamenti, configurando la legge come uno strumento a tutela dei non fumatori, riuscendo così a vincere le resistenze della forte lobby dei ristoratori e delle compagnie del tabacco.

La politica sanitaria del nuovo governo si prospettava ferma nei principi e flessibile negli strumenti, come recitava il primo Documento di programmazione economica e finanziaria (Dpef): "nel campo della sanità il governo, salvaguardando i principi universalistici e solidaristici del Servizio sanitario nazionale abbandonerà, nella logica della devoluzione, la pretesa di indicare modelli organizzativi rigidi da applicare su tutto il territorio" (Dpef 2002-2006, cap. III, pag. 10). L'eutanasia della riforma Bindi, iniziata con la mancata emanazione dei provvedimenti attuativi durante l'ultimo governo di centrosinistra, fu portata a termine con il recepimento del Patto Tremonti fra Stato e Regioni sancito l'8 agosto 2001 da parte della legge 405/2001 (il cosiddetto 'federalismo sanitario') che, fra l'altro, consolidava il pluralismo nei modelli di organizzazione dei Ssr, rimettendo alla competenza regionale la disciplina delle sperimentazioni gestionali e della costituzione delle Aziende ospedaliere. La disapplicazione della riforma del 1999 fu autorevolmente certificata dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 510/2002, che respingeva il ricorso avanzato dalle Regioni Lombardia, Veneto, Puglia e dalla Provincia Autonoma di Trento, dichiarando l'inammissibilità delle questioni sollevate per "sopravvenuta carenza di interesse dei ricorrenti". Prendendo atto della recente riforma del Titolo V della Costituzione, la Corte invitava piuttosto le Regioni ricorrenti "ad esercitare le attribuzioni di cui ritengono di essere titolari approvando una propria disciplina legislativa anche sostitutiva di quella stata-

le", desumendo autonomamente i principi fondamentali dalla legislazione vigente.

Le politiche di devoluzione verticale di poteri dal governo centrale alle Regioni si accompagnarono ad ipotesi di devoluzione 'orizzontale' di funzioni svolte direttamente dal Ssn a soggetti ed istituzioni della società civile. L'obiettivo di sviluppare un modello istituzionale di tutela sanitaria 'multipilastro' fu annunciato dal primo Dpef del secondo governo Berlusconi in connessione esplicita con le ipotesi di devoluzione allora in discussione: "con la devoluzione, acquistano nuove e vastissime chance di ingresso nella categoria della produzione di servizi alle persone (sanità, istruzione) tanto il mercato quanto il cosiddetto 'terzo settore': famiglie, volontariato, mutue, fondazioni, etc." (Dpef 2002-2006, Sintesi e conclusioni, pag. 3). Le prime enunciazioni programmatiche generali trovarono applicazione specifica nell'annuncio di un successivo Dpef, secondo cui "il governo intende rafforzare il sistema delle prestazioni socioassistenziali arricchendolo con l'introduzione, in via sperimentale, di strumenti assimilabili alle mutue". Il vago quanto infelice riferimento a "strumenti assimilabili alle mutue", che non avevano certo lasciato buoni ricordi nella parte più anziana dell'opinione pubblica, riprendeva proposte già discusse in Italia negli anni '80 e tentate dal decretone Amato del 1992, ricollegandosi sul piano internazionale al dibattito sull'evoluzione dei sistemi di welfare che tentavano di combinare Stato, mercato e comunità secondo la formula del *welfare-mix* e della *welfare community* o *welfare society*.

Malgrado alle intenzioni ripetutamente dichiarate non facesse seguito alcuna concreta iniziativa legislativa, esse contribuirono tuttavia a focalizzare nuovamente l'interesse sulla definizione dei Lea, visti ora come premessa e strumento per l'istituzione dei fondi integrativi secondo il classico modello Nera dei primi anni '90 (National Economic Research Associates, 1994), in cui la definizione dei livelli di assistenza garantiti dallo Stato attraverso il finanziamento pubblico determinava contestualmente lo spazio riservato all'espansione della finanza privata. La riproposizione di sistemi di copertura 'multipilastro' dei costi dell'assistenza sanitaria sul modello della riforma pensionistica avrebbe dovuto rompere il monopolio pubblico sul finanziamento dell'assistenza sanitaria e "rifunzionalizzare la spesa privata", costruendo un sistema sanitario ibrido in cui mutualità collettiva (il secondo pilastro) e assicurazioni individuali (il terzo pilastro), opportunamente incentivate fiscalmente, avrebbero dovuto integrare la copertura pubblica di livelli 'minimi' di assistenza finanziati dalla fiscalità generale. Al nuovo sistema tripartito erano attribuiti una varietà di obiettivi: attrarre nuove risorse finanziarie private per espande-

re la spesa sanitaria totale e ridurre quella pubblica; favorire l'emergere di forme organizzate della società civile per la gestione comunitaria di fondi territoriali secondo un nuovo modello di *welfare-mix* comunitario; promuovere la libertà di scelta del cittadino consumatore non solo del luogo di cura, ma anche del soggetto cui affidare la tutela della propria copertura assistenziale; migliorare l'efficienza della produzione e la diversificazione dell'offerta attraverso la competizione dal lato della domanda e dell'offerta delle prestazioni.

La molteplicità degli obiettivi del nuovo disegno istituzionale del Ssn permetteva di raccogliere attorno al progetto dei 'fondi integrativi' l'attenzione ed il consenso di un gran numero di soggetti e di interessi diversi. Le ragioni economiche del nuovo modello erano state sostenute da Giuliano Amato, allora Ministro del tesoro e successivo Presidente del consiglio, commentando criticamente la riforma Bindi poche settimane dopo la sua approvazione: "se c'è una cosa assennata che potremmo fare è quella di attirare finanziamenti non pubblici che siano all'altezza della domanda crescente di risorse che il settore esprime. Il settore sanitario, infatti, esprime una domanda crescente di risorse, mentre i bilanci pubblici offrono una dimensione decrescente di finanziamenti. Questo delta o lo riempie il capitale privato o è destinato a rimanere aperto. È un'esigenza che nessuno può negare" (Amato et al, 1999, pp 127-8). In anni successivi, le motivazioni economiche trovarono sostegno anche in una serie di riproposizioni da parte della Ragioneria Generale dello Stato di analisi catastrofiche dell'impatto dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa sanitaria pubblica condotte dall'Economic Policy Committee - Working Group on Aging (EPC-WGA) di Ecofin (Ragioneria Generale dello Stato, 2002). Altri enfatizzavano invece l'obiettivo di rompere il monopolio pubblico del finanziamento dell'assistenza sanitaria, che riproponeva l'obiettivo di "ripiegare indietro i confini dello Stato" già emerso negli anni '80 (Micossi e Paoli, 2002) ovvero di valorizzare l'iniziativa volontaria di organizzazioni della società civile di natura imprenditoriale o no-profit attraverso forme che ampliassero la libera scelta del cittadino evitando la necessità di ricorrere alla "intermediazione dei pubblici poteri" (Vittadini, 2002, XXIII).

Il concetto di 'livelli uniformi ed essenziali' di assistenza era stato originariamente introdotto dalla l. 229/99 per specificare le garanzie di tutela sanitaria che il Ssn avrebbe dovuto offrire ai cittadini secondo principi etici, epidemiologici ed economici. Il lungo ed inconcludente dibattito sui fondi integrativi aveva invece focalizzato l'attenzione su quanto avrebbe dovuto essere escluso dalla copertura del Ssn, che definiva, per sottrazione, l'ambito di operatività dei pro-

gettati secondo e terzo pilastro mutualistico ed assicurativo. L'attenzione al loro contenuto specifico riemerse nuovamente quando i Lea furono inseriti in un contesto di 'federalismo sanitario' come criterio di regolazione delle relazioni istituzionali fra governo centrale e governi regionali e come garanzia di uniformità di accesso a servizi e prestazioni uniformi per i cittadini di tutte le Regioni italiane (France, 2003).

I livelli essenziali di assistenza

La definizione esplicita delle garanzie che il Ssn deve assicurare a tutti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale secondo il nuovo concetto di Lea, definiti in base ai criteri di rispetto della dignità umana, efficacia clinica ed appropriatezza d'uso ed economicità costituisce il contenuto della riforma del 1999, che ha esercitato l'impatto più profondo e duraturo sulle politiche sanitarie con un modello che si è esteso anche agli altri settori delle relazioni fra lo Stato centrale ed i governi regionali, venendo poi ripreso nella riforma del Titolo V della Costituzione per qualificare le competenze esclusive dello Stato nella definizione dei "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117 Costituzione, lettera m). Non si tratta tuttavia di un concetto originale, in quanto già presente, con diversi significati, nelle altre due leggi fondamentali del Ssn.

Il concetto di livelli uniformi delle prestazioni formulato dalla l. 833/78 rispondeva all'obiettivo di rendere universale ed omogenea a livello territoriale l'assistenza differenziata offerta dai disciolti enti mutualistici attraverso "livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini", indipendentemente dai vincoli di bilancio, come sottolineava l'avverbio 'comunque'. Nel d.lgs. 502/92 i due principi fondamentali del Ssn dell'universalismo e dell'equità territoriale furono invece inequivocabilmente sovrastati dal prevalere dell'esigenza di garantire la compatibilità della spesa sanitaria con le risorse finanziarie disponibili. L'art. 1 prevedeva infatti che "i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono definiti nel rispetto degli obiettivi della programmazione socioeconomica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale e in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale".

Più esplicitamente, la lettera b) del comma 4 dello stesso articolo demandava al Piano sanitario nazionale la definizione dei "livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche dei dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione". La relazione il-

lustrativa riduceva i livelli di assistenza dal rango di diritti a quello di “obiettivi che il Ssn assume di conseguire” in base alle risorse disponibili, affermando il primato del vincolo di bilancio sulle garanzie offerte dal Ssn, ridotte da diritti esigibili ad obiettivi programmatici del Ssn dipendenti dall’entità del finanziamento complessivamente destinato al Ssn.

Il Psn 1998-2000 e il d.lgs. 229/99 segnarono quindi una profonda differenza rispetto all’approccio della riforma del 1992 su due diversi piani. In primo luogo, i livelli di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale in modo uniforme furono qualificati non come livelli ‘minimi’ bensì come ‘essenziali’ in quanto definiti da servizi e prestazioni selezionati secondo criteri di necessità, efficacia e appropriatezza d’uso. Inoltre la loro definizione avrebbe dovuto avvenire né a prescindere dalle risorse disponibili (come indicava la 833) né essere da queste condizionata (come aveva preteso il 502), ma avvenire contestualmente alla determinazione dell’ammontare delle risorse pubbliche destinate al Ssn (art. 1, c. 2). Operativamente Piano sanitario nazionale e d.lgs. 229/99 hanno configurato la selezione delle prestazioni da includere nei Lea come un processo di “selezione per sottrazione” dalle prestazioni attualmente rese (Charles et al, 1997), secondo un filtro logico articolato su tre livelli: i principi etici coerenti con valori fondanti del Ssn di universalismo, dignità della persona ed equità; le evidenze scientifiche rispetto all’efficacia delle prestazioni e alla loro necessità clinica; l’appropriatezza della loro utilizzazione relativamente alle caratteristiche cliniche del singolo paziente e all’efficienza tecnica rispetto alle altre forme di assistenza disponibili (Taroni, 2001). Risultano quindi escluse dalle prestazioni garantite dal Ssn quelle che non rispondono a tre diversi ordini di criteri: di pertinenza in quanto “non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Ssn”; di efficacia e appropriatezza, “in quanto l’efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate”; e di economicità, in quanto “in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio di economicità nell’impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell’assistenza”.

La prima e finora unica definizione dei Lea approvata nel 2001 (Dpcm 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”), successivamente integrata e modificata più volte, indica quattro categorie di prestazioni e di servizi sanitari inclusi (le liste ‘positive’) ed esclusi (le liste ‘negative’) dalla copertura del Ssn a carico del fondo sani-

tario. La lista ‘positiva’ consiste in un repertorio della legislazione vigente che include l’offerta assistenziale dei servizi del Ssn classificata entro i tre macrolivelli di assistenza individuati dal Psn 1998-2000 costituiti dalla prevenzione e dall’assistenza territoriale ed ospedaliera.

Il profilo delle prestazioni incluso nei diversi ‘macrolivelli di assistenza’ è descritto secondo criteri disomogenei, che adottano di volta in volta il punto di vista del servizio, la categoria dei suoi destinatari e/o la tipologia di prestazione (Arcà, 2003). La seconda e la terza lista (corrispondenti agli allegati 2A e 2B del decreto, tabelle 1 e 2) sono invece liste ‘negative’, che elencano rispettivamente prestazioni totalmente o parzialmente escluse dalla copertura del Ssn, in quanto erogabili soltanto in presenza di specifiche indicazioni cliniche, in applicazione del criterio di appropriatezza clinica. La terza lista (allegato 2C) ha invece valore indicativo, segnalando una serie di condizioni frequente causa di ricovero ospedaliero (espresse come una lista di 43 Drg) la cui assistenza in regime di ricovero è potenzialmente inappropriata dal punto di vista organizzativo, rispondendo quindi al criterio di selezione in base al principio di economicità relativa in presenza di forme di assistenza di eguale efficacia clinica (una discussio-

Tabella 1 - Lista ‘negativa’ dei Lea: prestazioni totalmente escluse (allegato 2A, Dpcm 29.11.2001)

- a. Chirurgia estetica non conseguente a incidenti, malattie o malformazioni congenite.
 - b. Circoncisione rituale maschile.
 - c. Medicine non convenzionali (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesiolgiche, fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate).
 - d. Vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorno all’estero.
 - e. Certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell’art. 31 del Dpr 270/2000 e dell’art. 28 del Dpr 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all’impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all’affidamento e all’adozione, rilascio patente, porto d’armi, etc).
 - f. Le seguenti prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia Nas, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o pressodepressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea. Su disposizione regionale la laserterapia antalgica, l’elettroterapia antalgica, l’ultrasuonoterapia e la mesoterapia possono essere incluse nella Lista delle prestazioni parzialmente escluse dai Lea.
-

Tabella 2 - Lista 'negativa' dei Lea: prestazioni parzialmente escluse in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche (allegato 2B Dpcm 29.11.2001)

- a. Assistenza odontoiatrica: limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al c. 5, art. 9 del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni.
- b. Densitometria ossea limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica;
- c. Medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, etc) ovvero a specifiche modalità di erogazione (per esempio, durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, etc) fatto salvo quanto previsto alla Lista di prestazioni totalmente escluse dai Lea, punto f);
- d. Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

ne puntuale dei criteri di formulazione delle liste è in Arcà, 2003 e in France, 2003, che esamina anche le nuove differenze interregionali. Per una considerazione aggiornata degli sviluppi più recenti, anche in rapporto ai documenti elaborati dalla "Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", Arcà, 2006). Al medesimo schema concettuale è stata ricondotta anche l'assistenza farmaceutica, mentre un approccio diverso è stato seguito per la selezione dei servizi socio-sanitari.

Per prestazioni qualificate ad elevata integrazione sanitaria come l'assistenza in residenze sanitarie assistenziali (Rsa), in case protette o a domicilio di pazienti anziani o comunque non autosufficienti, è stata semplicemente indicata la quota minima che deve essere obbligatoriamente coperta dal fondo sanitario rispetto a quella che può invece essere lasciata a carico del cittadino e/o del suo comune di residenza (Banchero, 2005). La componente delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria e sociale della definizione dei Lea risulta tuttavia ampiamente incompleta, rinviando presumibilmente alla definizione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria (Liveas) previsti dalla legge di riforma dell'assistenza approvata con la l. 328/2000, che costituisce lo strumento principale per l'integrazione fra assistenza sanitaria, di competenza dello Stato e delle Regioni attraverso le aziende sanitarie, e assistenza sociale, di competenza delle Regioni ed attuata dai Comuni.

La definizione dei Lea svolge quindi una duplice funzione sul piano istituzionale ed operativo. Da un lato i Lea costituiscono l'esplicitazione dei principi fondamentali dell'universalismo nell'accesso e della globalità di copertura assistenziale che devono essere riconosciuti a tutti i membri della comunità politi-

ca nazionale come diritti di cittadinanza. La loro definizione è una competenza esclusiva dello Stato e spetta alle Regioni garantirne l'offerta attraverso le Aziende sanitarie. Dall'altro lato, i Lea demarcano l'ambito dei servizi integrativi affidati alla responsabilità e alle disponibilità individuali e collettive, indicando i confini di un potenziale mercato delle prestazioni escluse dal finanziamento pubblico. In conseguenza dei criteri adottati per la definizione dei Lea, il campo di operatività delle forme integrative di assistenza sanitaria risulta quindi un disomogeneo coacervo di prestazioni di scarso interesse economico e di difficile gestione che comprende:

- a. prestazioni erogate da soggetti accreditati con il Ssn, ma positivamente escluse dai livelli di assistenza assicurati dal Ssn in quanto comprese nelle 'liste negative', come per esempio prestazioni di medicina non convenzionale, assistenza termale, assistenza odontoiatrica;
- b. prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, la cui copertura finanziaria prevede una compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, inclusa quella per prestazioni o condizioni di assistenza offerte dal Ssn nell'ambito dell'esercizio della libera professione intramoenia, limitatamente alla quota di spesa privata;
- c. prestazioni socio-sanitarie in forma residenziale, semiresidenziale o domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

Il motivo principale del mancato sviluppo dei fondi sanitari integrativi previsti dalla riforma Bindi non sembra quindi attribuibile alle insufficienti agevolazioni fiscali quanto piuttosto alla definizione del loro oggetto che, per essere economicamente interessante, avrebbe dovuto prevedere l'esclusione dalla copertura del Ssn di intere filiere produttive in settori a basso costo d'ingresso quali, per esempio, l'assistenza specialistica ambulatoriale, come era stato sollecitato dall'Antitrust durante la fase di elaborazione della riforma e precedentemente disposto dal 'decretone' Amato del settembre 1992.

Aspettando il federalismo?

L'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione, che ha segnato la prima fase del lungo e tortuoso processo ormai universalmente denominato col termine impreciso ma fortemente evocativo di devoluzione, costituisce l'elemento di maggior salienza politico-istituzionale del nuovo secolo e lo spartiacque nelle sue politiche sanitarie. Sul piano istituzionale, l'attuazione dello Stato Regionale Unitario (Paladin, 2008) previsto dall'art. 5 della Costituzione iniziata negli anni '70 ha collocato l'I-

talia fra il crescente numero di paesi non più unitari, ma non ancora federali (Roux, 2008). Anche in questo caso, la sanità è stata il principale ambito in cui si è espresso il tormentato processo di trasferimento di competenze amministrative e di poteri politici che si è sviluppato per ‘dissociazione’ ed in modo accidentale, fungendo da modello per gli altri settori. Sul piano politico ed amministrativo le politiche sanitarie sono già oggi il settore di maggior rilievo per le Regioni: la spesa sanitaria assorbe in media fra i due terzi ed i tre quarti del bilancio; la qualità e la funzionalità del sistema sanitario regionale sono tra le lenti principali attraverso cui i cittadini giudicano l’operato della Regione e del suo presidente, eletto direttamente; le politiche sanitarie sono il principale strumento con cui le Regioni hanno costruito il loro ruolo di soggetti delle politiche nazionali e definito il loro profilo identitario politico ed istituzionale, spesso in competizione fra di loro e con il governo centrale.

Un pur sommario esame del regionalismo sanitario nelle principali leggi del Ssn non fornisce tuttavia un profilo rassicurante sul suo possibile futuro.

Il profilo del Ssn emerso dalla legge istitutiva del 1978 rifletteva il nuovo ordinamento della Repubblica e delineava un sistema di governo ‘multilivello’ che avrebbe dovuto essere nazionale nelle garanzie di universalità e di uniformità di accesso, regionale nella programmazione e comunale nella gestione. L’affermazione delle Regioni come soggetti autonomi dell’arena politica nazionale nella fase di scioglimento delle mutue che precedette l’approvazione della legge istitutiva del Ssn subì un depotenziamento a favore dei Comuni che emersero come il fulcro gestionale del nuovo assetto organizzativo (Paladin, 2008, p 176). In ambito sanitario, il disegno istituzionale tracciato dai decreti attuativi del d.lgs. 616/77 venne ribaltato dalla riforma Amato-De Lorenzo che riprendeva le tesi elaborate dalla Commissione bicamerale per le riforme istituzionali presieduta da De Mita e da Nilde Iotti, che delineavano un nuovo modello di Stato regionale, in cui le Regioni erano riconosciute come comunità territoriali dotate di autonomia politica, finanziaria e normativa (Paladin, 2008, p 175). Il precoce scioglimento della Commissione bicamerale per la conclusione anticipata della legislatura a causa dello scandalo di Mani Pulite consegnò al Parlamento un testo legislativo incompleto ed inutilizzabile. Tuttavia, la decisa impronta regionalista entro un contesto che si intendeva mantenere unitario influenzò il dibattito politico già segnato dall’affermazione della Lega Nord, il primo partito italiano portatore di istanze federaliste o apertamente secessioniste al di fuori della tutela locale di minoranze linguistiche o etniche (Mazzoleni, 2009).

Nel disegno della “riforma della riforma” l’enfasi del processo di regionalizzazione era tuttavia volta principalmente ad irrigidire i vincoli di bilancio e si collocava nell’ambito delle “nuove politiche di restrizione” dei sistemi di welfare (Pierson, 1996) con l’obiettivo di mobilitare la responsabilità finanziaria delle Regioni per ridurre la spesa sanitaria pubblica, distogliendo al contempo il biasimo dal governo centrale per l’impopolarità dei provvedimenti che si sarebbero inevitabilmente resi necessari. Indipendentemente dalle intenzioni originarie in un periodo di grave crisi finanziaria, l’avvio del processo di regionalizzazione dell’assistenza sanitaria ha comunque innescato anche in Italia un intenso processo di *region building* competitivo, che tendeva a sottrarre spazio politico allo stato centrale e a conferire identità e visibilità politica a ciascuna Regione come già era accaduto in Canada (Banting, 1997).

La prima fase della regionalizzazione del Ssn è infatti sostanzialmente coincisa con la forma peculiare di attuazione del processo di ‘aziendalizzazione’ adottata da ciascuna Regione a fronte di una legislazione nazionale di riordino che si presentava incompleta, ambigua e soggetta a frequenti revisioni. L’entità dello scorporo degli ospedali dalla gestione diretta delle Usl e la loro costituzione in Aziende ospedaliere autonome ha costituito il principale segno distintivo dell’identità regionale e l’oggetto della competizione con il governo nazionale. Ne sono esempi classici la contrapposizione fra un ‘modello lombardo’ ed un ‘modello emiliano’ di organizzazione e la lunga polemica tra la Giunta regionale lombarda ed il governo nazionale sulla l.r. 31/97 di organizzazione del Ssr, centrata sullo scorporo sistematico della funzione di produzione (Maino, 2001). Vittima principale della prima fase della regionalizzazione sono stati i Comuni. Estromessi dalla ‘riforma della riforma’ dalla gestione delle unità sanitarie locali trasformate in Aziende gestite da un direttore generale di nomina regionale e privati anche del Consiglio di amministrazione, che era stato ventilato per assicurare loro una voce, i Comuni furono scarsamente considerati nel loro ruolo di rappresentanti delle comunità locali dalla successiva legislazione regionale, che costituiva le nuove Aziende sanitarie su ambiti territoriali più vasti delle precedenti Usl, riducendo ulteriormente le possibilità di controllo dei sindaci sul nuovo potere monocratico dei direttori generali.

La seconda fase è iniziata nella seconda metà degli anni ’90 con le leggi Bassanini, che hanno realizzato il cosiddetto “federalismo amministrativo a costituzione invariata”, operando un riordino delle competenze già devolute senza grande considerazione della corrispondenza con le risorse trasferite (Bassanini, 2000). I problemi fiscali del nuovo assetto ‘federale’ della Repubblica sono stati affrontati

senza successo dal d.lgs. 56/2000, che delineava un lungo percorso verso l'autosufficienza regionale che trovava però un limite invalicabile nel finanziamento della sanità e nelle differenze estreme fra Regioni sul piano economico, demografico e persino delle dimensioni geografiche. L'approvazione della legge costituzionale 24 ottobre 2001, n. 3 di riforma del Titolo V della Costituzione ha segnato l'acme del percorso compiuto dalla trasformazione della Repubblica in senso federale. La riforma stabiliva una nuova ripartizione delle competenze fra livelli paritetici di governo (art. 114), enumerando tassativamente le materie su cui lo Stato ha competenza esclusiva (art. 117, c. 2) o concorrente, limitata cioè alla definizione dei principi fondamentali (art. 117, c. 3). Riguardo alla sanità, la legge costituzionale ha riservato allo Stato competenze esclusive sulla definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e nella determinazione dei principi fondamentali del Ssn, mentre alle Regioni è stata riconosciuta una competenza concorrente sull'organizzazione e sul funzionamento delle attività in materia di 'tutela della salute', un ambito trasversale a numerosi settori, ben più ampio delle competenze originarie in materia di 'assistenza sanitaria ed ospedaliera'. Alle nuove tensioni fra livelli ora equiordinati di governo si è quindi aggiunto un ulteriore elemento di complessità determinato dal passaggio delle competenze regionali da una materia definita 'oggetto', come l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, a una materia qualificata di 'scopo', come la tutela della salute, che ha reso più incerti e mutevoli i confini delle nuove competenze regionali (Balduzzi, 2002) in quanto tende ad intrecciarsi con numerose altre competenze enumerate dall'art. 117 sia in via esclusiva, come per esempio la tutela dell'ambiente e la profilassi internazionale, sia concorrenti, come ad esempio la sicurezza alimentare, la tutela e sicurezza del lavoro e la ricerca scientifica. Omologo e speculare sul piano concettuale è il problema della demarcazione delle attività sanitarie, che rappresentano semplici scelte organizzative e sono quindi rimesse alle competenze regionali, da quelle che costituiscono condizioni indispensabili a garantire l'esigibilità effettiva dei diritti sanciti dai Lea, che sono quindi riconducibili a competenza statale (Balboni, 2007).

Il nuovo riparto delle competenze combina quindi i tradizionali problemi di natura 'verticale', relativi alla demarcazione delle competenze fra livelli di governo, con nuovi ed originali problemi di natura 'orizzontale', derivanti dagli incerti confini delle materie di competenza. La doppia complessità ha probabilmente contribuito ad alimentare il contenzioso fra Stato e Regioni osservato nei primi anni della riforma costituzionale, che si è tuttavia spontaneamente ridimensionato almeno quantitativamente

(Balduzzi, 2005). L'incerta attribuzione delle competenze e delle relative responsabilità di finanziamento ha comunque prodotto una forma originale di 'federalismo cooperativo forzato' analogo al modello di *marble cake federalism* (secondo la fortunata metafora coniata da Morton Grodzins negli anni '60; Volden, 2005) in cui competenze, poteri, programmi e risorse di diversi livelli di governo si intrecciano sullo stesso oggetto, perseguendo obiettivi non necessariamente concorrenti. Il governo di questa forma di federalismo necessiterebbe di un sistema di istituzioni particolarmente robusto per facilitare le relazioni fra le Regioni e di queste con lo Stato, assieme ad una chiara definizione delle fonti di prelievo e delle responsabilità di spesa, ma nessuna delle due condizioni si è finora realizzata in Italia. Le relazioni intergovernative sono infatti rimaste affidate al sistema delle Conferenze (Stato-Regioni, Stato-Autonomie locali e Conferenza unificata) che, istituito nel 1983 e riformato nel 1997, ha vanamente tentato di adeguarsi alle nuove funzioni richieste dall'evoluzione delle relazioni fra Stato e Regioni (Carpani, 2006) secondo il modello delle *self-inventing institution* (Klein, 1996).

Il 'sistema delle Conferenze' (definito dalla Corte Costituzionale come "un'istituzione operante nell'ambito della comunità nazionale come strumento per l'attuazione della cooperazione fra gli stessi"; Sentenza n. 116, 1994) costituisce in Italia la principale istituzione del federalismo col compito di "realizzare la leale collaborazione e per promuovere accordi ed intese", come si esprimeva un disegno di legge costituzionale che non ha avuto modo di realizzarsi. Gli 'accordi' permettono alle Regioni di partecipare indirettamente all'attività legislativa nazionale attraverso gli impegni assunti dal governo centrale, che hanno tuttavia una valenza esclusivamente politica in quanto toccano competenze esclusive del Parlamento, come chiarito dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 437 del 2001 che, rigettando il ricorso di alcune Regioni su una presunta inosservanza dello Stato di accordi assunti in sede di Conferenza, ha escluso che le determinazioni legislative di competenza del Parlamento possano essere condizionate da impegni assunti dall'esecutivo in questa sede (Lupo, 2007). A loro volta, attraverso gli accordi, le Regioni assumono impegni nei confronti del governo, negoziando i vincoli e gli obiettivi imposti dal governo centrale come condizione dei trasferimenti finanziari che, in un sistema di finanza centralizzata, continuano ad essere la forma dominante di finanziamento delle funzioni devolute alle Regioni. Attraverso gli accordi negoziati in Conferenza il governo nazionale ha quindi la possibilità di recuperare il potere di indirizzo parzialmente perso in seguito alla riforma costituzionale, sfruttando il potere della borsa per condizionare l'autonomia regionale.

La prassi della negoziazione fra Stato e Regioni ha determinato relazioni di natura contrattuale fra i livelli di governo che delineano una sorta di ‘federalismo degli esecutivi’ (*executive federalism*) analogo a quello lamentato in Canada come causa di opacità dei rapporti e di deficit di democrazia, più consono ad un federalismo duale che a quello cooperativo e solidale che si afferma di voler costruire in Italia (Brown, 2003).

La peculiare forma delle relazioni fra Stato e Regioni, qualificate come una sorta di “auto-coordinamento regionale eterodiretto dallo Stato” (Carpani, 2006, p 69), ha raggiunto una particolare sofisticazione in ambito sanitario, che ancora una volta si è trovato ad assumere un ruolo sperimentale anche per gli altri settori. La stringenza delle condizioni poste dal governo centrale ai trasferimenti finanziari a ripiano dei disavanzi sanitari e la rigidità delle procedure imposte per la loro verifica ha progressivamente conferito agli accordi stipulati fin dal 2000 una natura rigidamente condizionale, dapprima estesa a tutte le Regioni, ma culminata poi con la sottoscrizione da parte di singole Regioni dichiarate ‘in difficoltà’ di Piani triennali di rientro dai disavanzi.

Il modello della condizionalità nelle relazioni fra Stato e Regioni ha origine nel Patto di stabilità interno previsto dalla legge finanziaria per il 1998, in cui l’equilibrio di bilancio era la condizione per l’accesso delle Regioni ad una quota di fondo sanitario accantonata pari all’1,8% del totale. La strategia si è andata progressivamente elaborando a partire dal cosiddetto Patto Giarda del 2000, che impegnava le Regioni in disavanzo a prevedere nuove compartecipazioni e a ricorrere all’imposizione fiscale attraverso le addizionali Irpef ed Irap, ed è stata perfezionata con l’Accordo dell’8 agosto 2001 (il cosiddetto Patto Tremonti) che, a fronte dell’impegno del governo ad uno stanziamento di bilancio che nell’arco di un triennio avrebbe dovuto avvicinare il finanziamento del Ssn al 6% del Pil e a definire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza quantificandone gli oneri, imponeva alle Regioni obiettivi certi e azioni specifiche (i documenti sono in Toniolo, 2009). I vincoli imposti alle Regioni interessavano la spesa sanitaria complessiva, ma anche tetti di spesa settoriali (come, per esempio, il 13% della spesa totale per la farmaceutica territoriale); l’adozione di provvedimenti volti ad inasprire la pressione fiscale (come, per esempio, il ricorso alle addizionali Irap ed Irpef) e la compartecipazione alla spesa (per esempio, reintroducendo la compartecipazione sui farmaci abolita dal governo Amato nel 2001); l’esclusione di alcuni farmaci dalla copertura del Ssn (il cosiddetto *de-listing*) e la riduzione di posti letto ospedalieri ad uno standard del 4‰. Nell’indicazione puntuale degli adempimenti cui le Regioni dovevano sottostare, l’accordo giungeva a livelli di detta-

glio tali da subordinare “l’incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato [...] a condizione che le Regioni abbiano adottato misure di anticipazione di verifica degli andamenti della spesa del 2001 [...]”; abbiano aderito alle convenzioni in tema di acquisti di beni e servizi [...]”; abbiano adempiuto agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa; si adeguino alle prescrizioni del patto di stabilità interno; abbiano sottoscritto l’impegno a mantenere l’erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza; si impegnino a mantenere la stabilità della gestione [...] e abbiano fatto fronte alla quantificazione dei maggiori oneri, a loro carico, indicandone i mezzi di copertura” (Toniolo, 2009, pp 98-9). Le sanzioni per le Regioni inadempienti consistevano principalmente nel mancato accesso ad un fondo definito ‘integrativo’, ma derivante in realtà dall’accantonamento di una quota dello stanziamento di bilancio destinato al finanziamento del Ssn. Il successivo accordo del 23 marzo 2005, raggiunto all’ombra delle tensioni provocate dalla finanziaria 2005 per alcune iniziative unilaterali dello Stato sfociate in numerosi ricorsi, ha sostanzialmente riprodotto lo stesso modello di relazioni limitandosi ad inasprire le sanzioni.

Alle sanzioni finanziarie che comportavano il mancato accesso non solo alle risorse accantonate ma anche all’incremento del fondo sanitario già stabilito si aggiungevano infatti provvedimenti di natura squisitamente politica, quali la diffida al rispetto dei vincoli di bilancio da parte della Presidenza del consiglio rivolta al Presidente della Regione inadempiente, eventualmente seguita dalla nomina di un Commissario ad acta per il rientro dal disavanzo.

I Piani di rientro hanno costituito un ulteriore e significativo cambiamento di strategia nelle relazioni fra Stato e Regioni. Mentre accordi e patti stabilivano infatti regole generali valide per tutte le Regioni, i Piani di rientro sono il prodotto di negoziazioni bilaterali fra lo Stato e singole Regioni dichiarate “in difficoltà finanziaria” in base a valutazioni contingenti delle perdite di esercizio e/o dei disavanzi rilevati in un determinato arco di tempo (tabella 3). Il cambiamento di strategia è stato giustificato con la concentrazione dei disavanzi del Ssn in un numero limitato di Regioni che, con l’‘affiancamento’ di una Regione indicata dalla Conferenza ed un intenso monitoraggio trimestrale del governo centrale, dovrebbero rientrare dal disavanzo complessivo in un periodo massimo di tre anni, riassorbendo il disavanzo pregresso e riequilibrando il proprio bilancio (Tediosi e Paradiso, 2008). Il Piano indica le azioni che la Regione dichiarata ‘in difficoltà’ si impegna ad attuare in tempi predefiniti, inclusi provvedimenti strutturali (come la rideterminazione delle Aziende sanitarie ed il riordino del sistema ospedaliero), am-

Tabella 3 - Disavanzi cumulati delle Regioni interessate dai piani di rientro, 2001-2009

Regioni	Totale*	Pro capite**
Lazio	12,320	2190
Campania	7,962	1370
Sicilia	4,335	861
Sardegna	1,467	878
Abruzzo	1,237	927
Liguria	1,204	745
Calabria	1,131	563
Molise	0,580	1809
Totale	30,236	

*Miliardi di euro; **euro. Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, 2009.

ministrativi (per esempio, la riduzione delle tariffe delle prestazioni) e finanziari (come, per esempio, l'aumento delle aliquote contributive Irpef e Irap o l'istituzione delle compartecipazioni al costo su prestazioni sanitarie non gravate da ticket nazionali). La verifica dell'attuazione dei provvedimenti è condizione per accedere al finanziamento messo a disposizione dallo Stato, incluso un eventuale prestito a lungo termine e a condizioni di favore garantito dallo Stato. I Piani di rientro comportano quindi un intervento diretto del governo nazionale sulle politiche sanitarie regionali attraverso cui lo Stato sfrutta la condizione di difficoltà finanziaria come una finestra di opportunità per aumentare il suo potere di incidere sui processi decisionali regionali riguardo l'organizzazione dei Ssr. L'effetto immediato del nuovo regime è di concentrare l'attenzione sugli aspetti finanziari delle relazioni fra Stato e Regioni, subordinando a questo fine le politiche di organizzazione dei servizi e di contrasto delle disuguaglianze a livello nazionale. Se questa ulteriore evoluzione nelle relazioni fra Stato e Regioni costituisca l'espressione precoce delle nuove politiche di ri-centralizzazione già avviate in molti sistemi sanitari, come per esempio i paesi scandinavi, dove le politiche di decentramento sono iniziate più precocemente e hanno proceduto più intensamente e se la loro condizionalità sia destinata ad aumentare ulteriormente con l'aggravarsi della crisi economica non è al momento prevedibile, mentre è evidente il contrasto fra il centralismo della pratica e la retorica federalista della politica.

Autore per la corrispondenza

Francesco Taroni, francesco.taroni@unibo.it

Bibliografia

Amato G, Cassese S, Turchetti G, Varaldo R (a cura di) (1999), *Il governo della sanità*, Milano, Franco Angeli.

- Arcà S (2003), I livelli essenziali di assistenza, *Tendenze Nuove*, 4/5: 355-372.
- Arcà S (2006), L'articolazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) in termini organizzativi e di attività, in Falcitelli N, Langiano T (a cura di): *La remunerazione delle attività sanitarie. Caratteristiche attuali e ipotesi evolutive*, Bologna, Il Mulino, pp 23-34.
- Balboni E (2007), Gli standard strutturali delle istituzioni di assistenza tra livelli essenziali e principi fondamentali, *Giurisprudenza Costituzionale*, 52 (6): 4295-4344.
- Balduzzi R (2002), Titolo V e tutela della salute, *Quaderni Regionali*, 21 (1): 65-85.
- Balduzzi R (a cura di) (2005), *I Servizi sanitari regionali fra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, Giuffrè.
- Banchero A (2005), Nuovi elementi per la definizione dei Liveness, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 14: 1-6.
- Banting KG (1997), Sir Galahad o Re Canute? Il decentramento e il ruolo federale nell'assistenza canadese, *Assistenza Sociale*, 1-2: 29-43.
- Bassanini F (2000), Overview of administrative reform and implementation in Italy: organization, personnel and delivery of public services, *Int J Public Admin*, 23 (2-3): 229-252.
- Bindi R (2005), *La salute impaziente*, Milano, Jaka Book.
- Brown DN (2003), *Getting things done in the federation. Do we need new rules for an old game?*, Montreal, Queen's University Press.
- Buglione E, France G (1983), Skewed fiscal federalism in Italy: implications for public expenditure control, *Public Budgeting and Finance*, 3 (3): 43-63.
- Carpani G (2004), L'irreversibile esclusività del rapporto di lavoro dei medici del Ssn: cronaca di una 'modifica' annunciata (le modifiche introdotte in sede di conversione al decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81), *Sanità Pubblica e Privata*, 6: 581-601.
- Carpani G (2006), *La Conferenza Stato-Regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi*, Bologna, Il Mulino.
- Caruso E (2001), Spesa, finanziamento e disavanzi nella sanità: la dinamica delle regioni, *Politiche sanitarie*, 2 (2): 111-122.
- Charles C, Lomas J, Bhatia MV, Vincent VA (1997), Medical necessity in Canadian health policy: four meanings and... a funeral?, *Milbank Q*, 75 (3): 365-394.
- Exworthy M, Powell M, Mohan J (1999), The Nhs: quasi-market, quasi-hierarchy and quasi-network?, *Public Money & Management*, 19 (4): 15-22.
- France G (2003), I livelli essenziali di assistenza: un caso italiano di policy innovation, in Fiorentini G (a cura di), *La sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino, pp 73-102.
- Giarelli G (a cura di) (2002), Verso la riforma quater? Intervista con il Ministro della salute Girolamo Sirchia, *Salute & Società*, 1: 121-125.
- Klein R (1996), Self-inventing institutions. Institutional design and the UK welfare state, in Goodin RE, *The theory of institutional design*, Cambridge, Cambridge University Press, pp 240-255.
- Lupo N (2007), Il trattamento giurisprudenziale delle fonti del diritto sanitario: alcune prime osservazioni, in Balduzzi R (a cura di), *Cittadinanza, corti e salute*, Padova, CEDAM, pp 171-196.
- Maino F (2001), *La politica sanitaria*, Bologna, Il Mulino.
- Mapelli V (2000), Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali, in Bernardi L (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000*, Bologna, Il Mulino, pp 299-327.
- Mapelli V (2007), *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Roma, Formez, Quaderni, n. 57.
- Mazzoleni M (2009), The Italian regionalization: a story of partisan politics, *Modern Italy*, 14 (2): 135-150.
- Mele V, Compagni A (2010), Explaining the unexpected success

- of the smoking ban in Italy. Political strategy and transition to practice, 2000-2005, *Public Administration*, 88 (3): 819-835.
- Micossi P, Paoli G (2002), Il cittadino e le garanzie offerte dal Ssn: livelli di assistenza e finanziamento, in Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F (a cura di), *Rapporto Sanità 2002. Il cittadino e il futuro del Servizio sanitario nazionale*, Bologna, Il Mulino, pp 95-132.
- National Economic Research Associates (Nera) (1994), *Financing health care with particular reference to medicine*, vol XVI, London, Nera.
- Paladin L (2008), Valori nazionali e principio di unità della Repubblica nella Costituzione italiana, in Ragioneria Generale dello Stato, Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario*, Quaderno n. 4, Roma.
- Pierson P (1996), The new politics of the welfare state, *World Politics*, 48: 143-179.
- Roux C (2008), Italy's path to federalism. Origins and paradoxes, *Journal of Modern Italian Studies*, 13 (3): 325-339.
- Taroni F (2001), Livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi?, in Fiorentini G (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino, pp 27-91.
- Tediosi F, Gabriele S, Longo F (2009), Governing decentralization in health care under tough budget constraint. What can we learn from the Italian experience? *Health Pol*, 90: 303-312.
- Tediosi F, Paradiso M (2008), *Il controllo della spesa sanitaria e la credibilità dei piani di rientro*, Rapporto ISAE Finanza Pubblica e Istituzioni, Roma, pp 125-144.
- Toniolo F (2009), *Sanità e regioni*, Milano, Franco Angeli.
- Vicarelli G (2005), La politica sanitaria tra obiettivi annunciati ed effetti inattesi, in Vicarelli G (a cura di), *Il malessere del welfare*, Bari, Liguori pp 207-219.
- Vittadini G (2002), Introduzione, in Vittadini G (a cura di), *Liberi di scegliere. Dal welfare state alla welfare society*, Milano, Etas, pp I-LV.
- Volden C (2005), Intergovernmental political competition in American federalism, *American J Political Science*, 49 (2): 327-342.
- Zucchelli S (2009), L'ANAAO nel nuovo millennio, in *I 50 anni dell'ANAAO Assomed 1959-2009*, Roma, pp 180-217.