

I processi di decentramento della sanità pubblica in Italia: una visione dal Sud¹

Laura Azzolina² ed Emmanuele Pavolini³

Convegno SISP 2010, Venezia

Per favore non citare senza il permesso degli autori

1. Decentramento e sistemi sanitari europei: un robusto intreccio

Negli ultimi decenni i sistemi sanitari europei sono stati soggetti a numerose pressioni e riforme istituzionali. A fronte del ‘successo’ di tali sistemi (la copertura universalistica in primis), si è registrata una serie di problemi: la questione della loro sostenibilità economica di tali sistemi nel medio lungo periodo, così come quella dell’efficienza e della qualificazione degli interventi.

Per fare fronte alla necessità di riformare tali sistemi, buona parte dei governi europei occidentali ha introdotto una serie di riforme, fra cui, alcune delle principali sono state:

- l’introduzione di meccanismi di governo della sanità ispirati a logiche aziendali private, con processi di managerializzazione e di aziendalizzazione;
- l’impiego di meccanismi concorrenziali fra fornitori di servizi e, nei paesi con assicurazioni sanitarie obbligatorie, anche fra assicurazioni sanitarie;
- forme di decentramento (politico-)amministrativo nella gestione dei sistemi sanitari con trasferimenti di poteri dallo Stato nazionale ad enti locali a livello regionale o sub-regionale.

Se il senso delle riforme accomuna in buon parte i paesi europei occidentali, la direzione specifica presa da ciascun sistema sanitario è stata differente. Il presente saggio si concentra sul terzo tipo di riforma indicata sopra e cioè i processi di decentramento in sanità, analizzando che cosa è successo e sta succedendo, in particolare, nei SSR del Sud Italia, a partire da un quadro di insieme e dallo studio del caso siciliano. Un aspetto interessante di tale tema è la sua peculiarità rispetto agli altri tipi di riforme introdotte nei sistemi sanitari. Mentre infatti i processi di aziendalizzazione e di introduzione di meccanismi concorrenziali hanno ricadute principalmente all’interno del perimetro delle politiche sanitarie, il tema del decentramento si colloca dentro un quadro generale molto più ampio che riguarda da un lato la sanità ed il welfare nello specifico, dall’altro, però, il mutamento negli assetti istituzionali dei rapporti fra Centro e Periferia in ciascun paese. Viste la mole di risorse finanziarie pubbliche che la sanità attiva, così come la rilevanza quantitativa dell’occupazione sanitaria rispetto al totale dell’occupazione, assetti di gestione più ancorati ad una direzione nazionale, piuttosto che decentrati, tendono in maniera considerevole a ridisegnare i confini ed i compiti dello Stato nazionale rispetto ai poteri locali (regionali e sub-regionali), con conseguenze ed impatti che vanno al di là del semplice settore sanitario.

Alcuni dati possono essere utili per comprendere meglio questo elemento: secondo quanto riportato dall’OECD (Health Data, 2009), nel 2007 l’incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL nei Paesi dell’UE a 15 era pari al 7% a fronte di un 5,6% nel 1990. Sempre nel 2006 tale spesa sanitaria rappresentava il 15,4% del totale della spesa pubblica, mentre nel 1990 era pari all’11,6%. Gli occupati nel settore dei servizi sanitari e sociali erano nel 2008 circa l’11% del totale degli occupati nell’UE a 15, a fronte del 9,5% nel 1995 (*ibidem*).

¹ Il saggio è frutto della collaborazione e del lavoro di entrambi gli autori. In particolare sono stati scritti congiuntamente i paragrafi introduttivo e conclusivo. Il paragrafo 5 sul caso siciliano è stato scritto da Laura Azzolina, mentre i paragrafi 2, 3 e 4 da Emmanuele Pavolini.

² Università degli Studi di Palermo

³ Università degli Studi di Macerata

I dati appena presentati illustrano chiaramente sia l'importanza economica ed occupazionale del settore sanitario, sia come risulti rilevante sotto il profilo istituzionale comprendere quanto l'allocazione di tali risorse economiche e occupazionali sia in capo ai governi e alle amministrazioni nazionali o a quelle locali. E' per tale ragione che spesso la discussione sul decentramento in sanità si è intrecciata o è stata l'effetto di una discussione molto più ampia sugli assetti istituzionali dello Stato e sul suo grado di 'federalismo' – 'regionalizzazione' – accentrato.

Quello che è avvenuto in paesi quali l'Italia, come di seguito si riporterà, è in buona parte il seguente fenomeno: la discussione sulla bontà o meno del decentramento in sanità è stata articolata all'interno di un contesto di discussione in cui il vero contendere non era tanto la sanità, quanto l'assetto più o meno centralizzato dello Stato, in presenza di forti spinte 'federaliste' da parte di partiti politici regionalisti. Ciò ha creato le condizioni per discutere della bontà o meno del decentramento in sanità, paradossalmente in parte a prescindere da una valutazione degli effetti concreti che tale processo comporta nei sistemi sanitari.

Teoricamente sono individuabili le seguenti ragioni alla base dei processi di decentramento in sanità: 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 decentrate di far coincidere bisogni con risposte dei servizi, così come di avvicinare, direttamente ed indirettamente, i beneficiari degli interventi a coloro che li programmano e li gestiscono; maggiore partecipazione da parte delle comunità locali e dei cittadini alla costruzione del proprio sistema sanitario; integrazione socio-sanitaria, appunto fra sistema sanitario e servizi sociali (in genere gestiti da enti locali), visto che una delle principali sfide per i paesi occidentali è rappresentata dalla risposta ai bisogni derivati dai processi di invecchiamento e di diffusione di malattie croniche.

Come sottolineano Saltman e colleghi (2007), in realtà il dibattito sul decentramento appare viziato da due tipi di difficoltà non irrilevanti: la prima concerne il concetto di decentramento, che appare abbastanza vago e, per certi versi, ambiguo, visto che sotto questo termine possono essere raggruppate scelte abbastanza differenti fra loro; la seconda riguarda il fatto che non vi sono risultati scientifici tali che permettano con certezza di affermare la superiorità di sistemi decentrati / regionalizzati rispetto a quelli più centralizzati in termini di efficienza, efficacia e partecipazione.

2. Il modello italiano di decentramento in sanità

Rispetto ad altri paesi europei, l'Italia si caratterizza per un marcato decentramento politico-amministrativo che ha reso le 19 Regioni e le 2 Province Autonome gli attori centrali nella gestione del sistema sanitario nazionale. Utilizzando la definizione proposta da Baldi (2003), tale processo è definibile come il passaggio da un modello basato su uno Stato unitario ad uno 'neo-regionalista'. Le trasformazioni in atto nella sanità, mostrano come, dagli anni '90 ad oggi si sta assistendo in Italia ad un vero e proprio processo di federalizzazione e si possa ormai parlare di 'sistemi sanitari regionali' (SSR).

Una prima fase di decentramento politico-amministrativo inizia in Italia con la riforma del 1978 che introduce il sistema sanitario nazionale (SSN): la normativa del 1978 prevedeva da un lato l'istituzione di USL (Unità Sanitarie Locali), rette da comitati di gestione nominati dai Comuni e con compiti di gestione degli interventi, dall'altro un potere di indirizzo in capo alle Regioni.

La seconda fase dei processi di regionalizzazione avviene nel corso degli anni Novanta in concomitanza sia con una crescente crisi finanziaria dello stato che l'aumento di peso di partiti regionalisti (in particolare la Lega Nord). L'obiettivo delle riforme è duplice: da un lato conseguire

una maggiore efficienza microeconomica in uno dei settori di intervento pubblico, la sanità, in cui la spesa tende a crescere velocemente; dall'altro offrire risposte istituzionali ad un contesto socio-politico (soprattutto quello del Centro-Nord) che domanda maggiore autonomia. La scelta fu quella di trasferire alle Regioni, in qualità di organi di governo intermedi fra Stato e Comuni, sia poteri di programmazione e di organizzazione dei servizi, che, in parte, responsabilità di carattere finanziario. La scelta regionalista (più che di decentramento tout court ai livelli inferiori di governo) segue due *ratio*: da un lato si riconosce il maggior grado di conoscenza dei bisogni sanitari da parte dei governi regionali rispetto allo stato centrale; dall'altro si reputa il livello regionale maggiormente adatto rispetto a quello locale – comunale nell'assicurare una organizzazione dell'offerta di servizi meno frammentata e più orientata ad economie di scala.

In tale ottica, la regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale avviata con il decreto 502 del 1992 si configura allo stesso tempo come un processo di decentramento dallo Stato alle Regioni, in maniera più compiuta rispetto a quanto avvenuto nel 1978, ma anche di accentrimento dai Comuni all'ente di governo intermedio, dato che gli enti locali vengono sostanzialmente privati della possibilità di intervento sull'organizzazione e la gestione dei servizi.

Tale stagione riformatrice degli anni '90 comprende sia la riforma Bassanini, che, con i vari decreti del 1997, rafforza complessivamente i vari poteri delle Regioni, che quella della finanza regionale, con l'istituzione di una imposta specifica, definita IRAP (d.lgs. 446/1997), che offre alle Regioni un'importante leva di imposizione diretta legata alla struttura produttiva del territorio, sostituendosi in parte ai vecchi trasferimenti statali vincolati del Fondo sanitario.

La regionalizzazione del sistema viene sancita e rafforzata dalla riforma costituzionale del Titolo V approvata nel 2001 (art. 117) che, ben al di là dell'ambito sanitario, segna complessivamente uno spostamento ulteriore degli equilibri di potere tra Stato e Regioni, a favore di quest'ultime.

Il processo di regionalizzazione dell'ultimo quindicennio ha cambiato profondamente le modalità di formulazione e implementazione della politica sanitaria in Italia, spostando il baricentro decisionale dal Parlamento e dal governo centrale verso i tavoli di negoziazione tra Stato e Regioni (France e Taroni, 2005; Maino e Neri, 2006).

Nell'attuale decennio, ben più che in passato, l'attenzione dello Stato centrale si è spostata sul tentativo di controllare più efficacemente la spesa sanitaria regionale, imponendo restrizioni di budget più forti. In questa ottica il primo atto siglato nel 2001 fu l'Accordo fra governo nazionale e Regioni, in cui il primo si impegnavano a finanziare le Regioni che avevano accumulato deficit, le seconde accettavano di predisporre 'piani di rientro' e meccanismi per evitare di creare nuovi deficit (prevedendo anche, nel caso, il ricorso a forme di tassazione e di ticket). Nonostante tale Accordo abbia rappresentato un elemento importante di cambiamento nelle relazioni fra Stato e Regioni, introducendo molti più elementi di cooperazione fra i due attori che di competizione, esso è risultato insufficiente ad evitare l'accumularsi di nuovi deficit (France 2008). Pertanto nel 2005 e nel 2007 altri Accordi vennero sottoscritti dalle parti in cui lo Stato si accollava la cancellazione dei deficit pregressi a fronte di condizioni anche più stringenti per le Regioni con previsioni di riduzioni dei letti ospedalieri ed un controllo anche più stretto da parte nazionale sulla gestione dei SSR. Negli ultimi anni sono stati 7 su 21 i SSR che continuano ad accumulare deficit rilevanti: l'attuale regolazione nazionale più stringente della sanità finisce per concentrarsi soprattutto su di esse. Come indica France in un suo recente articolo: «the 'seven regions in difficulty' are in such dire financial straits that they have been prepared to accept severe limitations of their freedom of action. This exercise of central spending power represents a dramatic break with the period pre-2001 when state financing was granted virtually unconditionally» (France 2008, 18). Pertanto attualmente, a fronte di quanto avvenuto nella seconda fase di regionalizzazione dei sistemi sanitari negli anni '90, il governo centrale, utilizzando in maniera più robusta lo strumento della leva finanziaria, sta riacquistando maggior potere nel SSN, in particolare in riferimento a quei SSR in deficit. Le altre

Regioni hanno mantenuto invece un grado più alto di autonomia, sottoposto sempre, però, ad un rispetto più attento dei vincoli di bilancio.

Come sottolineato da Mosca (2007), un elemento che, nonostante gli sforzi, rimane critico nell'assetto istituzionale delle sanità italiana è rappresentato dal fatto che, ad un compiuto decentramento politico-amministrativo, non ne è seguito uno di tipo fiscale di eguale portata: pur essendo aumentata la responsabilità delle Regioni nel ripianare i deficit sanitari contratti e nel raccogliere risorse, il modello rimane fondato su un'ambiguità: da un lato una forte autonomia di spesa, accompagnata, però, da una responsabilità più limitata di finanziamento (che proviene ancora in buona parte dallo Stato centrale).

Complessivamente il caso italiano, all'interno del contesto europeo, è inquadrabile nella seguente maniera (si veda box 1): l'Italia si caratterizza per essere il paese che, provenendo da una esperienza di Stato unitario, più ha spinto in maniera generalizzata verso un processo di decentramento politico-amministrativo, senza prevedere né differenziazioni territoriali di tale processo (come nel Regno Unito, dove la devolution ha interessato in particolare la Scozia, il Galles e l'Irlanda del Nord), né uno sviluppo temporale differenziato come in Spagna (dove alcune *Comunidades autonomas* prima di altre hanno goduto di maggiore autonomia), né equilibrando il decentramento politico-amministrativo con quello fiscale.

Box 1. I processi di decentramento in Italia in ottica comparata

| Paesi | Modello tradizionale di rapporti centro-periferia | Tipo di rescaling adottato | Modello attuale di rapporti centro-periferia |
|---------------|---|---|--|
| Germania | Federalismo | Nessuno | Centralità attori regionali |
| Francia | Stato Unitario | Parziale decentramento amministrativo | Centralità Stato con forme di decentramento amm.vo |
| Regno Unito | Stato Unitario | Parziale decentramento amministrativo in tutto il paese + decentramento politico e fiscale in alcune regioni (devolution asimmetrica) | Devolution asimmetrica |
| Spagna | Stato Unitario | Decentramento politico-amministrativo-fiscale in fasi differenti (devolution asimmetrica) | Da Devolution asimmetrica a generalizzata |
| Italia | Stato Unitario | Crescente decentramento politico-amministrativo (devolution generalizzata) e solo parzialmente fiscale | Devolution generalizzata con limiti sotto profilo fiscale |

3. Il funzionamento del SSN italiano: un tentativo di valutazione del rendimento dei SSR

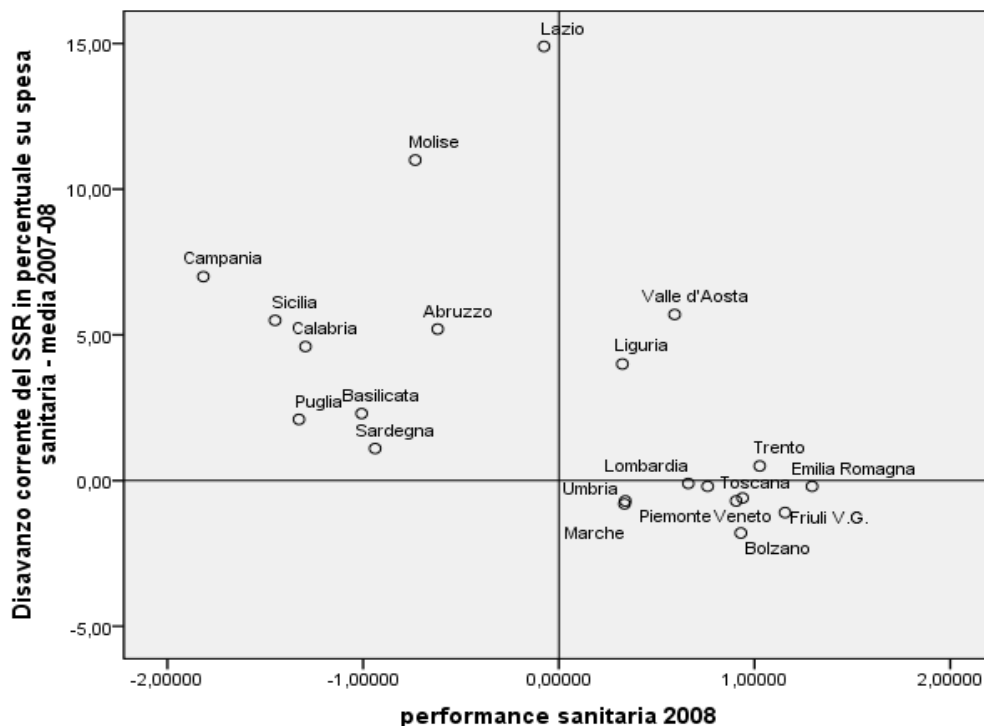
Il processo di decentramento avvenuto in questi anni in sanità viene a collocarsi in un paese dove tradizionalmente il rendimento delle pubbliche amministrazioni è stato abbastanza, se non molto, differenziato. Come già indicato da Putnam (1990) nella sua famosa ricerca sulle performance delle Regioni italiane una spaccatura corre da Nord a Sud in relazione alle capacità di azione delle burocrazie pubbliche.

Pavolini e Vicarelli (2010) hanno proposto una modalità specifica di calcolare tale performance per i sistemi sanitari regionali italiani a partire da una serie di variabili che si considerano 'proxy' per valutare efficienza, efficacia e qualità di tale sistema. Si rimanda al testo di Vicarelli e Pavolini per comprendere quali passaggi metodologici sono stati compiuti e all'appendice del presente saggio.

Il grafico 1 illustra i risultati di tale analisi: viene riportata la collocazione delle Regioni italiane lungo due dimensioni, quella della performance generale, utilizzando punteggi fattoriali, e quella

della performance economica, utilizzando invece la percentuale media di deficit sanitario sulla spesa nel periodo 2007-2008, variabile in grado di offrire informazioni sia sull'entità relativa del deficit che del suo perdurare nel tempo.

Fig. 1. Il funzionamento e la performance dei SSR (anno 2008)



Emergono fondamentalmente tre tipi di SSR:

- tutte le Regioni del Centro-Nord Italia, tranne il Lazio, caratterizzate da un livello medio-alto di performance dei propri sistemi sanitari, anche se alcune presentano maggiori problemi di controllo del deficit (Liguria e Valle d'Aosta);
- tutte le Regioni del Sud Italia caratterizzate da livelli medio-bassi di performance;
- il Lazio in una situazione intermedia fra le precedenti.

A titolo esemplificativo, la tabella 1 riporta le distanze fra Centro-Nord e Sud rispetto ad una buona parte degli indicatori utilizzati per costruire l'indicatore di performance: tali distanze appaiono molto rilevanti e non vi sono praticamente indicatori per i quali la situazione del Sud appaia migliore di quella del Centro-Nord.

Tab. 1 Il funzionamento dei sistemi sanitari regionali: una comparazione fra Nord e Sud Italia (anni 2005-2008)

| | Centro-Nord | Lazio | Sud | Distanza Nord-Sud |
|---|-------------|-------|-------|-------------------|
| Disavanzo corrente del SSR in % su spesa sanitaria (2007-08) | -,1 | 14,9 | 5,2 | -5,3 |
| Tasso utilizzo posti letto ospedalieri acuti (2006) | 75,7 | 80,7 | 74,3 | 1,4 |
| Degenza media pre-operatoria (2008) | 1,8 | 2,6 | 2,1 | -0,3 |
| Indice di case mix (2008) | 1,1 | 1,0 | 0,9 | 0,2 |
| % Parti cesarei (2008) | 29,5 | 41,3 | 50,9 | -21,4 |
| % donne over 40 che effettuano mammografia (2005) | 64,8 | 60,7 | 41,2 | 23,6 |
| Ricoveri per asma x 100.000 abitanti (2008) | 28,6 | 29,9 | 39,8 | -11,2 |
| Indice attrazione ricoveri (% immigrazione/% emigrazione) (2007) | 1,6 | 1,3 | 0,5 | 1,1 |
| % anziani in RSA (2004) | 4,3 | 2,2 | 1,7 | 2,6 |
| % anziani in ADI (2006) | 3,7 | 3,5 | 1,7 | 2,0 |
| Tasso di ospedalizzazione (netto e standardizzato) (2007) | 106,5 | 121,0 | 134,2 | -27,7 |
| Rapporto tasso mammografia donne laureate / senza istruzione (2005) | 2,2 | 2,3 | 3,3 | -1,1 |
| Tasso mortalità infantile (2005) | 3,2 | 4,2 | 4,4 | -1,2 |
| % Persone molto soddisfatte assistenza medica ospedaliera (2007) | 44,8 | 35,5 | 22,8 | 22,0 |
| % Persone molto soddisfatte assistenza infermieristica ospedaliera (2007) | 42,4 | 35,4 | 19,6 | 22,8 |

* Dato calcolato su donne over 50 e non over 40 come in Italia

Fonti: Istat (2009) e Ministero della Salute (vari anni)

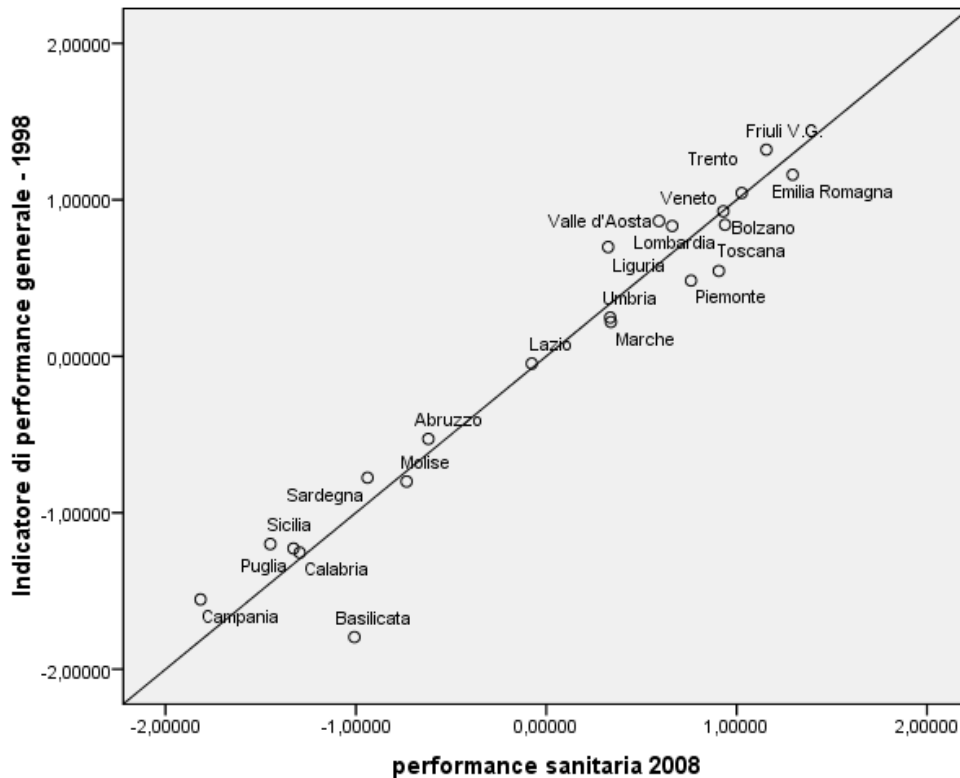
4. Differenze fra SSR e decentramento in Italia: sono in atto processi di convergenza o divergenza?

Buona parte del dibattito generale sul federalismo o sul processo federalista / regionale in Italia si articola attorno alla seguente domanda: quale è l'impatto che un modello maggiormente federalista ha sulle disuguaglianze territoriali, in un paese in cui, probabilmente come nessun altro in Europa occidentale, sono già forti le differenze fra regioni in termini di sviluppo economico e di funzionamento delle amministrazioni pubbliche.

La sanità, che dagli anni '90 ha assunto un assetto istituzionale regionalizzato, si presta bene per iniziare a valutare quanto siano mutate le distanze fra Regioni lungo tutta una serie di indicatori di "performance" e di funzionamento del sistema sanitario, quali quelli indicati nel presente studio, relativi alle capacità gestionali, ai risultati di processo e a quelli finali). Bisogna domandarsi se, nel corso dell'ultimo decennio-quindicennio, sia aumentata, diminuita o rimasta stabile la distanza fra le Regioni del Centro-Nord rispetto a quelle del Sud e, quindi, se il forte processo di decentramento avviato abbia avuto un impatto significativo nell'attenuare o nel rafforzare le differenze fra sistemi sanitari regionali.

Una prima indicazione di fondo può essere offerta dalla fig. 2 che mostra la collocazione delle singole regioni in termini di rendimento generale nel 1998 e nel 2008. Come si nota, a livello complessivo, la posizione relativa delle varie Regioni è rimasta quasi sempre la stessa: si tenga presente che il coefficiente di correlazione fra i due rendimenti è pari a ,964, ad indicare come i cambiamenti intervenuti sono stati abbastanza limitati.

Fig. 2. Il rendimento istituzionale dei SSR nel corso del tempo (anni 1998 e 2008)



Oltre a questo livello generale di ricognizione, un'analisi più puntuale in termini di divergenza-convergenza è stata compiuta. A tal fine si è proceduto nella seguente maniera:

- si sono calcolati i valori medi dei vari indicatori di funzionamento dei SSR sia per la seconda metà degli anni 2000 (così come riportati nella tabella 1), che per la metà degli anni '90⁴;
- si sono poi calcolate le distanze in punti percentuali fra i valori medi del Centro-Nord e del Sud per gli anni '90 e 2000;
- si è calcolata la differenza fra le due distanze fra Centro-Nord e Sud rispettivamente a metà anni '90 e metà anni 2000.

Un esempio può rendere più chiaro il percorso compiuto. Si prenda l'incidenza dei parti cesarei sul totale dei parti: maggiore l'incidenza, minore il livello di appropriatezza e di qualità dell'intervento. Nel periodo 1995-2008 si è registrato in tutta Italia un aumento dell'incidenza dei parti cesarei. Tale aumento è fortemente diversificato territorialmente. Nel 1995 al Sud il 29,2% dei parti era cesareo, mentre al Centro-Nord tale dato era pari al 22,3%. Nel 2008 tali valori erano rispettivamente pari a 50,9% e 29,5% (passaggio a). Ciò significa che l'incremento nell'incidenza dei parti cesarei nel periodo 1995-2008 è stato al Sud del +21,7% e al Centro-Nord del 7,2% (passaggio b). La distanza fra Centro-Nord e Sud Italia è aumentata nel periodo in oggetto del 14,5% (pari alla differenza fra +21,7% del Sud e +7,2% del Centro-Nord) (passaggio c).

⁴ La scelta di dati riferiti alla metà degli anni '90 è dovuta al fatto che, come indicato in precedenza, questo è stato il periodo in cui è iniziato il forte processo di decentramento / regionalizzazione della sanità.

La tabella 2 riporta, per necessità di sintesi, solo tale ultimo passaggio relativo all'aumento o alla diminuzione del differenziale fra Centro-Nord e Sud nell'ultimo quindicennio.

Tab. 2 *Convergenze e divergenze nel funzionamento dei SSR nell'ultimo quindicennio: una comparazione fra Centro-Nord e Sud Italia (anni 1995-1998; 2005-2008)*

| | Variazione distanza fra CN e S | Segno della variazione distanza CN-S |
|--|-----------------------------------|---|
| Tasso utilizzo posti letto ospedalieri acuti | -4,2 | Diminuzione distanza |
| Ricoveri per asma x 100.000 abitanti | -2,2 | |
| Tasso mortalità infantile | -0,73 | |
| Degenza media pre-operatoria | -0,03 | Stabilità distanza |
| Indice di case mix | 0,00 | |
| Indice attrazione ricoveri (% immigrazione/% emigrazione) | -0,1 | |
| % anziani in ADI | -0,1 | |
| % Persone molto soddisfatte assistenza medica ospedaliera | 0,4 | |
| Disavanzo corrente del SSR in % su spesa sanitaria | 2,1 | Aumento distanza |
| % Parti cesarei | 14,5 | |
| % donne over 40 che effettuano mammografia | 7,2 | |
| % anziani in RSA | 2,8 | |
| Tasso di ospedalizzazione (netto e standardizzato) | 11 | |
| Rapporto tasso mammografia donne laureate / senza istruzione | -0,5 | |
| % Persone molto soddisfatte assistenza infermieristica ospedaliera | 1,4 | |

Il quadro che emerge da tale confronto intertemporale non offre una chiave univoca di interpretazione con processi unidirezionali di convergenza o divergenza. *Sicuramente possiamo escludere processi generalizzati di convergenza fra Centro-Nord e Sud negli ultimi 10-15 anni, e cioè nel periodo di forte decentramento politico-amministrativo dei sistemi sanitari.* Solo infatti per 3 dei 15 indicatori utilizzati si nota una diminuzione della distanza fra Regioni del Centro-Nord e del Sud: il tasso di utilizzo dei posti letto ospedalieri per acuti; l'incidenza di ricoveri per asma; il tasso di mortalità infantile. Per due di questi la convergenza è dipesa meno dalla capacità dei SSR quanto da altri fattori. Nel caso del tasso di utilizzo dei posti letto, il processo di convergenza sembra imputabile a variabili che in buona parte prescindono dalla volontà/capacità dei singoli SSR, visto che la decisione di ridurre i posti letto è stata opera del Ministero della Salute, che ha fissato parametri relativi al numero di posti letto ogni 1.000 abitanti uguali in tutto il paese. Per quanto riguarda il tasso di mortalità infantile, il fatto che il Sud abbia diminuito la distanza dal Centro-Nord è più imputabile al fatto che in questa ultima area si sono raggiunti livelli talmente bassi (e superiori a quelli medi europei) da poter essere migliorabili sono molto lentamente, mentre il Sud partiva da livelli ben più alti e, quindi, aveva spazi di miglioramento maggiori.

Appaiono molto più robuste gli indizi che fanno interpretare quanto avvenuto in un'ottica di cristallizzazione delle distanze fra Centro-Nord e Sud o, anche più spesso, di aumento delle stesse: la capacità di gestione economica delle risorse finanziarie, in gran parte trasferite dal centro nazionale, sembra essere sempre più diseguale, con un Sud che accumula più deficit e disavanzi ed un Centro-Nord che, complessivamente, va in 'attivo'; il tasso di ospedalizzazione degli acuti, l'incidenza dei parti cesari sul totale dei parti effettuati, la capacità di sostenere i bisogni socio-sanitari degli anziani non autosufficienti tramite strutture residenziali, le attività di prevenzione e la lotta alla riduzione delle diseguaglianze sociali (misurate attraverso il rapporto fra donne istruite e

non istruite nell'accesso ad attività di prevenzione) indicano come sia in atto un allargamento delle distanze fra Centro-Nord e Sud, in un contesto in cui, occorre ricordarlo nuovamente, il divario era già spesso molto rilevante (tab. 1).

5. E' proprio vero che nulla cambia? Un'analisi qualitativa a partire dal caso siciliano

Il quadro statistico appena delineato sembra non far emergere dubbi sul cristallizzarsi delle distanze fra Nord e Sud Italia in tema sanitario. Alcuni approfondimenti ulteriori a questo quadro complessivo, di tipo più qualitativo, sono, però, necessari per almeno due ordini di motivi. Innanzitutto, i SSR sono sistemi complessi, basati su investimenti in strutture, tecnologie e in capitale umano difficilmente mutabili nel medio-breve periodo: pertanto i potenziali 'cambiamenti di rotta' da parte dei governi regionali rischiano di non poter essere facilmente letti dagli indicatori statistici. Secondo, proprio nel periodo in cui i nostri dati più recenti si fermano (la seconda metà del presente decennio) sono intervenuti profondi cambiamenti nei rapporti fra Centro nazionale e periferia regionale. La volontà degli ultimi governi, di Centro-Sinistra e di Centro-Destra, di approntare un modello di controllo della spesa sanitaria regionali, sta portando ad una possibile nuova stagione di rapporti governo nazionale e SSR. In particolare è rilevante da questo punto di vista il processo legato alla regolazione e implementazione di "Piani di rientro della spesa sanitaria", di cui si è accennato nel paragrafo 2. Tali Piani hanno una forte rilevanza, almeno formale, essendo parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio programma di "ristrutturazione industriale" del SSR: come indicato dal nome stesso, si tratta di atti di programmazione finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate da significativi disavanzi di gestione. Tale processo vede da un lato lo Stato centrale impegnarsi nel offrire ulteriori risorse alle Regioni in difficoltà, dall'altro prevede processi di ristrutturazione dell'offerta sanitaria e, eventualmente, l'introduzione obbligatoria di addizionali e altre forme di tassazione a livello regionale per ripianare i deficit. Nel triennio 2007-2009 otto regioni italiane sono state interessate da Piani di rientro: sei erano meridionali.

L'analisi presentata in questo paragrafo riguarda proprio una Regione del Sud di dimensioni relativamente grandi, la Sicilia, che sembra aver intrapreso negli ultimissimi anni una ristrutturazione 'virtuosa' del proprio modello anche grazie alla presenza di un Piano di rientro. Il caso siciliano può essere, quindi, letto come paradigmatico delle modalità di possibile trasformazione istituzionale di un sistema pubblico tradizionalmente in grande difficoltà, posto di fronte ad un modello di regolazione nuovo da parte dello stato centrale.

La ricostruzione del caso siciliano è stata effettuata a partire dall'analisi di statistiche, documenti e normative, così come tramite circa 25 interviste a testimoni privilegiati provenienti da vari contesti (assessorato regionale, ministeri, parti sociali, consiglieri, esperti in materie sanitarie, etc.).

Il punto di partenza: la performance (tradizionale) del SSR siciliano

Utilizzando l'indicatore di performance introdotto nei paragrafi precedenti, la sanità pubblica siciliana risulta al penultimo posto in Italia in una virtuale classifica del rendimento dei SSR (si veda la figura 1). Un ulteriore dato rende il quadro siciliano anche più allarmante: le distanze fra la performance del sistema sanitario siciliano e quelli delle Regioni del Centro-Nord non stanno in genere diminuendo, ma anzi, spesso, aumentando (tab. 3). Come si può notare, leggendo le informazioni contenute nelle colonne due e tre (da sinistra), non vi è un indicatore fra quelli qui selezionati nel quale la situazione siciliana appaia migliore di quella media del Centro-Nord Italia. Si noti che la spesa sanitaria corrente pro-capite risulta (dato riferito al 2006) leggermente superiore in Sicilia rispetto al Centro-Nord e che quindi non appaiano fenomeni di sottofinanziamento

relativo della sanità siciliana rispetto a quella delle realtà centro-settentrionali. Inoltre anche per la Sicilia, come per altre Regioni del Sud, la distanza rispetto al Centro-Nord è aumentata nel corso del tempo: si leggano i dati contenuti nell'ultima colonna sulla destra della tabella (relativa alla variazione delle differenze/distanze fra Sicilia e Centro-Nord fra metà anni '90 e metà anni 2000). In questo quadro occorre fare attenzione ad un aspetto. Affermare che la distanza fra Sicilia e Centro-Nord è spesso aumentata, non significa affermare che la Sicilia sia rimasta ferma in quest'ultimo quindicennio: per tutte le variabili riportate in tabella infatti si sono notati miglioramenti nella sanità siciliana da metà anni '90 a metà anni 2000 (dato non riportato in tabella). Il problema è che, nello stesso periodo, le Regioni del Centro-Nord hanno "corso" più velocemente rispetto alla Sicilia, introducendo miglioramenti più rapidi ed incisivi.

Tab. 3 Il funzionamento dei sistemi sanitari regionali in Sicilia e nel Centro-Nord Italia in un'ottica comparata e diacronica

| | Metà anni 2000 | | Differenza Centro-Nord Italia rispetto alla Sicilia nella: | | Variazione differenze fra Sicilia e Centro-Nord fra metà anni '90 e metà anni 2000 |
|---|----------------|--------------|--|---------------|--|
| | Sicilia (b) | Media CN (a) | metà anni 2000 (b-a) | metà anni '90 | |
| % anziani in ADI | 0,8 | 3,6 | 2,6 | 2,4 | 0,2 |
| % parti cesarei sul totale parti | 52,4 | 30,9 | -21,4 | -6,9 | 14,6 |
| Tasso mortalità neonatale 1-29gg | 27,6 | 14,9 | -12,6 | -19,8 | -7,1 |
| Tasso mammografia in assenza sintomi 40+ (%) | 36,9 | 64,5 | 27,5 | 17,5 | 10,1 |
| Tasso mammografia no titolo di studio 40+ (%) | 25,1 | 47,8 | 22,7 | 5,4 | 17,4 |
| Tasso utilizzo posti letto ospedalieri acuti | 71,0 | 78,5 | 7,4 | 4,4 | 3,0 |
| Tasso ospedalizzazione acuti | 140,7 | 129,4 | -11,3 | 0,5 | 11,8 |
| Persone molto soddisfatte assist.medica osped. | 20,0 | 43,8 | 23,8 | 19,1 | 4,7 |
| Persone molto soddisfatte assist.infermieristica osped. | 15,2 | 41,7 | 26,4 | 16,2 | 10,2 |
| Spesa sanitaria pubblica corrente pro capite | 1764 | 1724 | -40,5 | 135,6 | -176,1 |

Fonte: Rielaborazioni a partire banca dati Istat "Health for All"

Il quadro appena delineato ci mostra la situazione siciliana alla vigilia dell'attuazione del Piano di rientro. Analizziamo ora che cosa è accaduto negli anni più recenti, contestualizzando, prima, i percorsi di riforma sanitaria dentro il più generale quadro politico-amministrativo siciliano.

Il SSR siciliano: il contesto politico-amministrativo

A partire dalle elezioni di metà anni '90 comincia la travagliata ma vincente esperienza del polo siciliano di centrodestra: un centrodestra che, rispetto ad altre regioni, è caratterizzato da una maggiore polarizzazione interna e solcato da vistose tensioni. Emblematici, in tal senso, sono l'avvicendamento di ben tre presidenti e il susseguirsi di quattro diverse maggioranze – di cui una di centrosinistra – nell'arco della XII legislatura 1995-2000. Come pure le più recenti contese tra esponenti centristi, Movimento per le autonomie ed esponenti di Forza Italia/Pdl, che hanno

condotto – dopo due rimpasti, e assieme alle vicende giudiziarie a carico del Presidente Cuffaro eletto direttamente nel 2001 e riconfermato nel 2006 – ad un ritorno anticipato alle urne nel 2008. Si tratta tuttavia di una frammentazione interna che pare non intaccare il sostegno dell'elettorato, stabilmente propenso al voto «conservatore»: nel 2008 lo scarto tra Raffaele Lombardo (Mpa, in corsa per il centrodestra) e la candidata di centrosinistra Anna Finocchiaro ha superato il 37%. La Sicilia dell'ultimo decennio appare dunque scarsamente contendibile, registrando il passaggio dalla formula del «partito dominante» (ai tempi dell DC) a quella della «coalizione dominante».

La (conflittuale) situazione di un sostegno stabile al Centro-Destra, accompagnato da una forte instabilità e frammentazione interna alle forze della maggioranza, viene rispecchiata anche a livello di governo delle politiche sanitarie: Negli ultimi venti anni in Sicilia si sono avvicendati nove assessori alla sanità, con una media di permanenza in carica di circa un anno (1,6). Si tratta di un turnover elevatissimo che distacca il caso siciliano non solamente da quello delle regioni considerate più virtuose sotto il profilo dell'offerta sanitaria come Toscana (7 anni), Emilia (14 anni), Lombardia (7 anni), ma anche da altre regioni meridionali, dove la durata media dell'assessore alla sanità è più bassa, pur superando, comunque, i due anni (come nell'esempi di Campania, Basilicata, Lazio e Puglia).

Ad una instabilità degli assessori regionali ha corrisposto tradizionalmente una burocrazia regionale, stabile e selezionata in misura preponderante tramite logiche di tipo politico-clientelare. Le interviste effettuate con testimoni privilegiati mettono in rilievo le conseguenti caratteristiche dell'apparato burocratico-amministrativo siciliano: numero eccessivo di dipendenti; mancanza di turn-over nei ruoli; carenza di competenze e anche di professionalità diffusa, intesa come mancanza di visione d'insieme e mancanza di senso di responsabilità nel ruolo.

Nell'esercizio delle funzioni è prevalsa storicamente l'incertezza formale su obiettivi, competenze e responsabilità, cui faceva da pendant la assenza di controlli e di sanzioni (inamovibilità degli attori nelle funzioni, è indicativo per esempio che nessuno dei Direttori generali è mai stato rimosso per disavanzo di gestione). Non infrequentemente, le nomine e la costituzione di uffici e direzioni in omaggio a criteri di affiliazione politica, determinavano il formarsi di centri di potere informale ed esterni alla gerarchia istituzionale, con l'esito di frequenti situazioni di dissonanza o di aperta conflittualità fra alta dirigenza e politici di governo. Nel rapporto politica-burocrazia emergono, in sostanza, dal caso siciliano un profilo di burocrazia pre-weberiana e un rapporto con il potere politico in cui non sono garantite le condizioni per la cooperazione nell'ambito di una chiara separazione dei compiti e funzioni.

Le caratteristiche del personale politico e dell'apparato burocratico brevemente richiamate sono certamente alla base di una bassa capacità di regolazione del settore sanitario: l'assenza di una capacità programmatica e di regolazione sulla base della domanda di tutela della salute, a partire da una assenza di informazioni sul fabbisogno, ha lasciato spazio, all'opposto, ad una logica di espansione organizzativa dal lato della offerta del sistema. A lungo è stata insomma l'offerta a creare la domanda, piuttosto che il contrario. E tuttavia, anche nella logica prevalente della offerta, si è tradizionalmente registrata l'assenza di una programmazione finanziaria che ha corrisposto a lungo al criterio storico per il finanziamento delle aziende sia ospedaliere pubbliche e private che sanitarie.

Il governo Lombardo e i mutamenti nel SSR siciliano degli ultimi anni: la scelta dell'Assessore regionale

Il quadro fino ad ora riportato sembra, in parte, mutare con l'elezione a Presidente della Regione di R. Lombardo nel 2008. E' fin dalla nomina dell'assessore alla Sanità che Lombardo marca una discontinuità rispetto al passato, su un piano sia sostanziale che simbolico. La scelta ricade, infatti, su Massimo Russo, un ex pubblico ministero della Direzione Investigativa Antimafia. Un tecnico dunque, in forza del fatto che nessun uomo politico con aspettative di carriera elettiva avrebbe avuto la forza di perseguire gli obiettivi di risanamento che hanno costituito fin da principio il mandato affidato a Russo, il quale, da 'battitore libero' avrebbe potuto avere mano ferma nel compiere scelte politicamente assai costose. Russo era, però, una particolare figura di tecnico che, provenendo da ambienti tutto estranei alla precedente amministrazione, dava ulteriori garanzie di terzietà e mancata compromissione.

Su questa nomina e sulle scelte di cambiamento che la presuppongono hanno certamente influito i vincoli economico-finanziari che derivavano dai rapporti con il Centro.

Al momento della elezione Lombardo ereditava dal precedente governo un Piano di contenimento e qualificazione che rappresentava un insieme di impegni assunti nei confronti del Ministero principalmente sulla riduzione del deficit. E' opinione condivisa da molti dei testimoni intervistati che nel 2007 Cuffaro avesse sottoscritto quegli impegni incentivato dalla possibilità di ottenere l'accesso al fondo di copertura, ma nella sostanziale convinzione di potere eludere gli obiettivi di risanamento. Nel 2008, con il giungere delle diffide di commissariamento da parte del Ministero, che aveva valutato troppo deboli e poco efficaci gli interventi dispiegati fino a quel momento a fronte degli impegni sottoscritti, appare invece evidente che quegli impegni assunti erano diventati ormai improcrastinabili.

I soli vincoli economico-finanziari non bastano tuttavia a spiegare la natura delle scelte assunte dal neo-eletto governatore. La determinazione nella direzione del risanamento che Lombardo matura va letta anche alla luce di ulteriori considerazioni di natura più specificamente politica.

In primo luogo il fatto che Lombardo veniva eletto in seguito alla caduta di Salvatore Cuffaro. Per la prima volta la Sicilia aveva visto lo scioglimento anticipato dell'assemblea regionale a causa del coinvolgimento del presidente in indagini per mafia. E non c'è alcun dubbio che da quella vicenda Lombardo intendesse marcare anche sul piano simbolico una inequivoca discontinuità agli occhi dell'opinione pubblica locale e nazionale. In questo quadro, Lombardo ha avuto tutto l'interesse ad accreditarsi presso l'opinione pubblica locale ma soprattutto nazionale come attore nuovo credibile e affidabile a cominciare dalla gestione dei conti pubblici. Un interesse reso tanto più forte dal fatto che la sua legislatura inizia proprio nel momento in cui si accende il dibattito sullo spreco delle regioni del sud. Lombardo, che aspira a diventare leader di un movimento del sud che si contrappone alla Lega Nord, intende dunque affermarsi sulla scena nazionale in una nuova veste, rappresentando un nuovo modo di fare politica. Quello della sanità era certamente il miglior terreno di rilancio di una nuova immagine.

Dal canto suo Massimo Russo, malgrado la carenza di competenze specifiche in tema di sanità, esibisce fin da principio le caratteristiche individuali idonee a svolgere tali funzioni: entusiasmo,

determinazione, convinzione, piglio decisionista. Egli godrà nel corso del mandato della presidenza Lombardo della massima fiducia da parte del governatore, il quale, in nessuno dei tre rimpasti di governo in cui è stato impegnato, ha mai discusso la posizione in giunta dell'assessore alla sanità. Il rapporto fra Lombardo e Russo è concordemente definito, tanto dai loro comuni sostenitori quanto dai loro detrattori di rispetto reciproco e assoluta sintonia.

Il governo Lombardo e i mutamenti nel SSR siciliano degli ultimi anni: il modello di governo dell'Assessorato

Appena insediato in assessorato Russo compie scelte di pari rottura nella riorganizzazione interna della macchina amministrativa. Il nuovo impulso è stato evidente fin dalla costituzione degli uffici di diretta collaborazione, tradizionalmente formati in base ad appartenenza politica, e composti adesso secondo scelte che premiassero rigore nel rispetto della legalità ed estraneità a prassi compromissorie. Il gruppo di collaboratori diretti, costituito solo in parte da membri interni all'assessorato e in parte richiamando personale da altri settori o da altre strutture, se non spesso da altre regioni del Centro-Nord, diventerà un gruppo coeso di fondamentale rilievo nel sostenere sul piano tecnico-operativo il lavoro dell'assessore, nel merito delle riforme intraprese come nel ritmo dei lavori con cui le riforme hanno proceduto. Ad essi si devono poi sommare un insieme di consulenti di cui l'assessore si è circondato e che hanno affiancato lo staff tecnico svolgendo un ruolo di grande rilievo specie nella prima fase di vita del nuovo assetto politico.

Un successivo passaggio di cruciale importanza è stata la riforma delle strutture, la con la quale si è passati dai precedenti sei dipartimenti generali agli attuali due. Alla riorganizzazione strutturale ha fatto seguito la nomina dei nuovi direttori generali.

E' comunque da registrare un parere diffuso fra i testimoni intervistati circa le maggiori competenze degli attuali direttori generali, nel complesso valutati più preparati dei loro predecessori. Le modalità e i criteri di nomina dei direttori generali, sanitari e amministrativi sono un aspetto di una più complessa architettura di rapporti fra la regione e le aziende che si basa anche su una attenta definizione di norme che contribuiscono a codificare i rapporti secondo uno stile più verticistico che in passato. Prima del 2009 i direttori generali erano tenuti a presentare relazioni alla regione sul loro operato, ma non era previsto alcun sistema di misurazione del raggiungimento degli obiettivi, né erano definiti gli stessi obiettivi. Ciò comportava non solo la difficoltà di individuazione delle responsabilità dei manager ma anche la possibilità di sanzionarne il comportamento infedele o opportunistico. Non è del resto un caso se nessun direttore generale, da che la figura è stata istituita nel sistema sanitario regionale, sia mai decaduto dalla carica per motivi di gestione economico-finanziaria, questo malgrado l'accumulo di deficit negli anni. Con la nuova legge 5/09 di riforma del sistema sanitario regionale ma anche con i nuovi modelli di contrattualizzazione dei direttori generali, l'assessorato ha invece introdotto la formalizzazione ex ante di un insieme di obiettivi, pesi e indicatori per la valutazione ex post degli stessi. Ma ciò che più conta è che viene sancita la decadenza automatica dalla carica di direttore generale in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, nonché il commissariamento in caso di mancata attuazione di un atto obbligatorio per legge.

Il Piano di contenimento e qualificazione 2007-2009: una occasione di cambiamento

In ottemperanza a quanto stabilito dalla legge 30/2004, la quale dispone che in caso di accumulo di deficit una regione acceda a un finanziamento integrativo a carico dello Stato previa stipula di una intesa che contempa specifici adempimenti con cui la regione si impegna al contenimento della dinamica dei costi, la regione siciliana accede al fondo transitorio assumendo per il triennio 2007-2009 un Piano di contenimento e qualificazione. A negoziare e sottoscrivere il 31 luglio 2007 l'accordo con il Ministero è stato l'allora presidente Salvatore Cuffaro. In questa fase il governo regionale ha mostrato una debole forza attuativa degli impegni sottoscritti, al punto che nella prima riunione di verifica annuale per il 2007 (svoltasi il 27 marzo 2008) i Ministeri hanno riscontrato i presupposti per diffidare la regione. Opinione di molti testimoni privilegiati è che si fosse proceduto per interventi non strutturali, lasciando elusi molti obiettivi e consentendo un risultato debole e poco efficace di risanamento.

L'avvicendamento alla guida della sanità prende avvio dunque in un clima di rapporti con il Ministero piuttosto tesi e segnati dalla minaccia di commissariamento che l'assessore Russo eredita dal precedente governo insieme al piano, e insieme al grave deficit di credibilità nel tavolo di verifica. Alla seconda riunione annuale di verifica per il 2008 (svoltasi il 2 aprile 2009), pur riconoscendo la sussistenza di condizioni per diffidare il governo, il Ministero ha valutato positivamente gli effetti che alcuni provvedimenti emessi (specificamente la legge 5/2009) avrebbero potuto avere e ha quindi posticipato il giudizio. Nel corso della successiva riunione di verifica (30 giugno 2009), i Ministeri riconoscevano l'efficacia degli impegni assunti e parzialmente superati i presupposti per una diffida.

Il quadro che emerge dalle interviste svolte presso il ministero della sanità, è che nel corso della seconda fase vi sia stata una sostanziale inversione di tendenza da parte della regione nell'adempimento degli impegni previsti dal piano: dopo l'iniziale diffidenza il Ministero ha nel tempo apprezzato gli sforzi compiuti, il ritmo serrato degli interventi, la radicalità degli stessi che in alcuni casi andavano oltre a quanto era richiesto dal piano di contenimento.

Per la Regione il piano ha costituito anche una opportunità, tanto sul piano politico quanto su quello tecnico-amministrativo.

In primo luogo, come è stato indicato nelle pagine precedenti, per il presidente Lombardo il rispetto del piano è stata la sfida con la quale accreditarsi come uomo politico di un nuovo Sud. A partire dunque da una determinazione politica originaria nella direzione del contenimento del deficit il piano ha fornito una indispensabile copertura politica agli attori locali che l'hanno fatta valere nei confronti dei tanti critici e oppositori ai provvedimenti adottati. E' parere condiviso cioè che il piano abbia fornito una fonte di legittimazione per il procedere di una riforma che era complessa e lesiva di molti interessi consolidati.

In secondo luogo, il piano ha comportato un rapporto con il ministero in cui quest'ultimo non si è limitato ad una azione di valutazione e monitoraggio, ma ha fornito un indispensabile supporto tecnico, ha svolto azioni di affiancamento e sostegno, ha facilitato ai funzionari e dirigenti regionali il confronto con l'esperienza delle regioni italiane più virtuose, ha favorito l'individuazione di correttivi, ha fornito una metodologia, e da ultimo, ha fornito la corretta interpretazione dei dispositivi normativi.

I risultati del processo di cambiamento

Partendo da una analisi delle principali caratteristiche, debolezze e carenze che la sanità presentava in Sicilia, il piano conteneva un vasto insieme di obiettivi che riguardavano praticamente l'intero spettro di attività e servizi resi. Si trattava di un sistema finanziariamente insostenibile nel suo complesso, in cui le determinanti dell'accumulo di deficit erano diverse, ma in cui si individuava nel sovradimensionamento dell'offerta ospedaliera il tratto che creava maggiori distorsioni economico-finanziarie. Le anomalie dell'assistenza ospedaliera erano da imputare a un eccesso di offerta e al fatto che essa costituiva in molti casi una risposta sbagliata alla domanda di salute pubblica: l'inappropriatezza dei ricoveri era anche diretta conseguenza di una carenza di strutture territoriali. Il piano prevedeva le seguenti linee di intervento: la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata, la revisione della rete ospedaliera per acuti pubblica e privata convenzionata, il contenimento della specialistica e laboratoristica convenzionata. Accanto ad esse vi erano anche linee di intervento per lo sviluppo dei servizi carenti del sistema, quali: il potenziamento della rete di assistenza ospedaliera per riabilitazione (praticamente quasi assente) e lungodegenza, il potenziamento della assistenza territoriale.

Sul piano economico-finanziario il giudizio sull'efficacia del piano può certamente considerarsi positivo: secondo dati ministeriali, la Sicilia nel 2010 raggiunge l'obiettivo del recupero del deficit ottenendo un sostanziale riallineamento dei conti. La stima per il 2011 è di un abbassamento dell'aliquota di irap e di irpef che erano state innalzate ai massimi per fornire una linea di copertura finanziaria.

Sul piano del miglioramento delle prestazioni sanitarie un bilancio è reso più complicato dal fatto che molti provvedimenti adottati attendono ancora di entrare nella fase di pieno regime. E' possibile tuttavia scorgere alcune evidenze di adeguamento della offerta di servizi ospedalieri, come mostra il miglioramento fra il 2008 e il 2009 di alcuni indicatori, per quanto, ripetiamo, una valutazione adeguata degli effetti dispiegati si potrà avere non prima del 2011 (tab. 4).

Tab. 4 L'efficacia nelle performance del sistema dei servizi sanitari in Sicilia

| | Variazione % 2008-2009 | | |
|-------------------------------------|------------------------|--------|-------|
| | Pub | priv | tot |
| N posti letto ordinari (escluso dh) | -4,81 | -24,98 | -9,99 |
| N ricoveri (ordinari + dh) | -7,14 | -5,76 | -6,88 |
| Giornate di degenza (ric.ordinari) | -2,70 | -3,57 | -2,89 |
| Tasso di occupazione p.l. | 0,02 | 0,17 | 0,06 |

Fonte: Agenas

6. *Conclusioni*

Il processo di decentramento nella sanità italiana presenta una serie di paradossi dalle conseguenze sociali per ora (e, forse, in prospettiva) molto preoccupanti.

L'Italia si presenta come un paese in linea per molti aspetti con gli altri dell'UE a 15 sotto il profilo del funzionamento effettivo del proprio SSN, ma sconta sia un livello di malcontento da parte dei cittadini che una polarizzazione nelle performance non paragonabile a quello di nessun altro Paese occidentale (Pavolini e Vicarelli, 2010).

L'Italia è, inoltre, il paese europeo in cui, pur apparendo più forti storicamente le differenze territoriali lungo l'asse Nord-Sud, si è scelto di decentrare tale sistema, adottando, però, un modello di decentramento politico-amministrativo, non accompagnato, fino a pochi anni fa, da forme di (parziale) decentramento (e responsabilizzazione) fiscale.

Il risultato complessivo è stato un cristallizzarsi, se non spesso, un ampliamento delle differenze e delle diseguaglianze sotto il profilo dei diritti sanitari che hanno peggiorato un quadro già fortemente polarizzato fra Centro-Nord e Sud.

Rispetto a questo quadro, forse alcuni elementi stanno cambiando, anche se la portata delle trasformazioni in atto richiederà più tempo per essere valutata. La struttura istituzionale dei "Piani di rientro" sembra rappresentare una buona occasione per ristrutturare quei SSR che più sono stati in difficoltà in questi anni. Un mix robusto di incentivi (supporto tecnico e risorse finanziarie) e sanzioni (sia simboliche che economiche) da parte dei governi centrali può rappresentare non solo un vincolo ma anche un'opportunità per il cambiamento istituzionale a livello locale. Il caso della Sicilia sembra far ipotizzare che una via virtuosa di cambiamento sia forse percorribile.

Naturalmente rimangono molti punti in sospeso, a partire dalla capacità di continuare nell'opera di cambiamento così come sulle variabili (contestuali) che favoriscono in alcuni territori piuttosto che altri. Le interviste a testimoni privilegiati a livello nazionale fa, ad esempio, emergere come il percorso fino ad ora virtuoso intrapreso dalla Sicilia non sia stato seguito da altre Regioni in situazioni simili come Lazio e Campania.

Appendice. Modalità di calcolo dell'indice di performance sanitaria

Per cercare di valutare la performance dei sistemi sanitari regionali sotto il profilo dell'implementazione, si è utilizzata una batteria abbastanza ampia di indicatori, sottoposta ad un'analisi delle componenti principali.

Ciò che occorre indicare in questa sede sono invece due aspetti: le variabili di partenza e i risultati complessivi raggiunti.

Le variabili di partenza utilizzate erano attinenti ai seguenti aspetti ed il riquadro 1 le riporta in sintesi, indicando la modalità con cui sono stati interpretati i valori assunti nelle varie Regioni:

- capacità gestionali e di efficienza economica; si tratta di variabili che misurano quanto i SSR utilizzano in maniera efficiente le strutture sanitarie a propria disposizione; in particolare si tratta dei seguenti indicatori: la degenza media ospedaliera e la degenza media pre-operatoria (generalmente è preferibile che siano quanto più contenute possibile, in quanto ciò lascia prevedere un ricorso più diffuso a interventi sanitari extra-ospedalieri, meno costosi e spesso preferiti dagli utenti); il tasso di turn-over ospedaliero (e cioè la capacità di utilizzare i posti letto a disposizione quanto più possibile, non lasciandoli vuoti), il tasso di ospedalizzazione (e cioè quante persone sono ricoverate nel corso di un anno rispetto al totale della popolazione residente nella regione, partendo dal principio che, a parità di altre variabili, quanto più basso è il valore, tanto più la Regione riesce a curare i propri cittadini senza doverli ricoverare), l'indice di case mix e cioè la complessità dei casi clinici trattati nei ricoveri assistenziali; inoltre, quale indicatore di efficienza economica in senso stretto, si è calcolata l'incidenza del deficit sanitario regionale rispetto al totale della spesa del SSR;

- risultati di processo; tale concetto concerne una molteplicità di aspetti legati appunto alle modalità di erogazione dei servizi sanitari; in particolare un primo aspetto importante è quello del livello di appropriatezza degli interventi (valutato a partire da variabili quali la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti effettuati, la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico, la diffusione di ricoveri ospedalieri per diabete o per asma rispetto alla popolazione residente), visto che ancora spesso in Italia si ricorre ad interventi e ricoveri ospedalieri (o, ad esempio, a parti cesarei) quando invece si potrebbe intervenire tramite modalità meno costose, più "appropriate" e meno invasive per l'utente (come, appunto, il parto "naturale"); un secondo aspetto dei risultati di processo attiene al livello di soddisfazione dei cittadini per le cure mediche, infermieristiche e per l'igiene ospedaliera, misurato direttamente tramite survey, o invece valutato a partire dagli indici di attrazione e di fuga per ricoveri da e per fuori regione (mobilità sanitaria); un terzo aspetto riguarda quanto diffuse siano le pratiche di de-ospedalizzazione e di distrettualizzazione-territorializzazione degli interventi sanitari, ben sapendo che da decenni si discute appunto come evitare sistemi sanitari pubblici "ospedalocentrici" (tale aspetto è stato misurato a partire dalla diffusione di servizi socio-sanitari quali l'Assistenza domiciliare integrata e le Residenze socio-sanitarie, la capacità di assicurare continuità assistenziale nel passaggio dagli ospedali al territorio, intesa come numero di dimessi da reparti di lungodegenza che vengono supportati una volta fuori dall'ospedale); un ultimo aspetto riguarda quanta rilevanza è attribuita dai SSR all'attività di prevenzione, impiegando come variabili i tassi di diffusione di attività di prevenzione quali la mammografia ed il pap-test;

- risultati finali; naturalmente si è cercato anche di inserire alcune variabili attinenti gli outcome dei SSR, ben coscienti di quanto sia complesso stabilire, rispetto ai risultati e agli stati di salute, quanto questi dipendano dal funzionamento della sanità pubblica, quanto da altri fattori (stili di vita, ambiente, etc.); per tale ragione si sono analizzati due aspetti, uno relativo all'impatto diretto presunto dei SSR sulla mortalità (misurato tramite il tasso di mortalità neo-natale ed il tasso di

mortalità evitabile), l'altro relativo al rapporto fra la percentuale di donne ad alta istruzione che accedono alla prevenzione (pap-test e mammografie) e donne a bassa istruzione, quale indicatore di disuguaglianza nella fruizione dei servizi sanitari.

Riquadro 1 *Dimensioni e variabili utilizzate per calcolare la performance dei SSR*

| Dimensione | Variabili | La performance aumenta quanto più il valore della variabile è: |
|------------------------------------|--|--|
| Capacità | Indice di case mix | alto |
| Gestionale ed efficienza economica | Degenza media ospedaliera per acuti | basso |
| | Degenza media pre-operatoria | basso |
| | Tasso di ospedalizzazione | basso |
| | Incidenza % del deficit sanitario sulla spesa del SSR | basso |
| Risultati di processo | | |
| - appropriatezza | % di parti cesarei | basso |
| | % dimessi da reparti chirurgici con DRG medico | basso |
| | Tasso di ricoveri ospedalieri per asma | basso |
| | Tasso di ricoveri ospedalieri per diabete | basso |
| - soddisfaz. Utenti | % cittadini soddisfatti per cure mediche | alto |
| | % cittadini soddisfatti per cure inferm. | alto |
| | % cittadini soddisfatti per igiene osped. | alto |
| | Indice di mobilità sanitaria (imm/emig.) | alto |
| - distrettualizzazione interventi | % anziani in ADI | alto |
| | % anziani in RSA | alto |
| | % dimessi da lungodegenze seguiti dal SSR | alto |
| - prevenzione | % donne over40 che effettuano mammografie | alto |
| | % donne over40 che effettuano pap-test | alto |
| Risultati finali | | |
| - mortalità | Tasso di mortalità neo-natale | basso |
| | Tasso di mortalità evitabile | basso |
| - disuguaglianze | Rapporto fra % donne istruite che fanno mammografie e % donne non istruite | vicino ad 1 |
| | Rapporto fra % donne istruite che fanno pap-test e % donne non istruite | vicino ad 1 |

L'insieme di variabili sopra riportate è stato sottoposto ad analisi delle componenti principali ed i risultati sono stati i seguenti, riferiti all'anno 2008⁵:

- a) emerge un primo fattore, che è il più rilevante, che spiega da solo circa il 60% della varianza;
- b) emergono altri 2 fattori, che spiegano ciascuno circa il 7-11% della varianza.

Il primo fattore estratto, nella sostanza, indica la performance generale del sistema sanitario regionale, visto che “carica” bene la dimensione dei risultati di processo, di quelli finali e, in buona parte delle capacità gestionali⁶. Si è scelto questo unico primo fattore quale indicatore generale di performance.

Accanto a questo primo indicatore, se ne è utilizzato un secondo, specificatamente pensato per misurare il grado di efficienza economica del sistema: l'incidenza percentuale del deficit sanitario sul totale della spesa del SSR.

Inizialmente si era pensato di costruire un indicatore unico che comprendesse sia la dimensione economica che tutti gli altri aspetti compresi nell'indicatore generale di performance. L'ACP ha però mostrato come la dimensione economica non si associa con le altre variabili, tendendo invece a “caricarsi” non tanto sulla prima componente estratta, quanto sulla seconda o sulla terza. Per tale ragione si è deciso di considerarla a se stante. Da un punto di vista sostanziale questo risultato dell'ACP è interessante, nel senso che la gestione strettamente economica dei sistemi sanitari regionali sembra seguire logiche differenti dalla capacità, più o meno robusta, di sviluppare sistemi “performanti”.

Bibliografia

Axelsson R., Marchildon G. e Repullo-Labrador J. (2007), *Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems*, in Saltman et al.

Baldi B. (2003), *Stato e territorio. Federalismo e decentramento nelle democrazie contemporanee*, Laterza, Bari.

France, G. (2008), “Seeking a better balance: Developments in intergovernmental relations in the Italian health care”, *Eurohealth*, vol. 13, n°3, pp. 16-19.

France, G. e Taroni, F. (2005), “The evolution of Health-Policy Making in Italy”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, n. 1-2, pp. 169-184.

Giaimo, S. e Manow, P. (1997), *Institutions and Ideas into Politics: Health Care Reform in Britain and Germany*, in C. Altenstetter e J.W. Björkman (a cura di), *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, London, Macmillan, pp. 175-202.

Istat (2009), *Health for all database*, Istat, Roma.

OCSE (2009), *Health at Glance 2009*, OCSE, Parigi.

OCSE (2009), *Health Data*, OCSE, Parigi.

Maino, F. e Neri, S. (2006), “La politica sanitaria ai tempi della ‘devolution’”, *Il Mulino*, n. 1, pp. 133-42.

Mapelli, V. (2007), *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Formez, Roma.

⁵ L'ACP riferita al 1998 ha dato risultati sostanzialmente analoghi a quelli illustrati nel testo per il 2008.

⁶ Si tenga presente che questo indicatore è correlato in maniera robusta a quello sviluppato da Mapelli (2007): il valore della correlazione (Pearson) è infatti pari a ,891. Ciò significa che, anche con modalità di elaborazione differenti, il risultato complessivo della classificazione del rendimento regionale è simile e congruente.

Maino F. e Pavolini E. (2008), “*La regionalizzazione delle politiche sanitarie in Europa*”, *Rivista Politiche Sociali*, n° 3, pp. 69-94.

Ministero della sanità (vari anni), *Dati statistici sul sistema sanitario*, Roma.

Mosca I. (2006), “Is decentralization the real solution? A three country study”, *Health Policy*, 77, pp. 113-120.

Pavolini E. e Vicarelli M.G. (2010), *Sanità*, in Vassallo S. (a cura di), *Le Regioni. Capitale sociale equilibri politici e rendimento istituzionale*, Il Mulino, Bologna, in corso di pubblicazione.

Paton, C. (1993), “Devolution and Centralism in the National Health Service”, *Social Policy and Administration*, 27, 2, pp. 83-108.

Sandier S., Paris V. e Polton D. (2004), *Health Care Systems in Transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Saltman R., Bankauskaite V. e Vrangbaek (ed) (2007), *Decentralization in Health Care*, European Observatory on Health Systems and Policies, London.