



Il decentramento della sanità italiana: Covid-19, Nord e Sud e contenimento della spesa sanitaria \

La Nostra Città Futura \

Piazze



[\(https://fondazionefeltrinelli.it/autori/niccolo-donati/\)](https://fondazionefeltrinelli.it/autori/niccolo-donati/)

di Niccolò Donati
(<https://fondazionefeltrinelli.it/autori/niccolo-donati/>)

Ricercatore per l'Osservatorio sulla Democrazia di
Fondazione Giangiacomo Feltrinelli

Nella corrente crisi di Covid-19, il dibattito pubblico sembra essere dominato da attori ed istituzioni regionali. Sin dalle fasi iniziali della pandemia, i Presidenti di Regione hanno guadagnato il centro del dibattito pubblico contraddistinguendosi per una varietà di risposte politiche alla crisi in atto: discutendo di lanciapiamme, mascherine e pipistrelli, hanno catturato l'immaginario degli italiani. Nel contempo, la crisi ha mostrato la diversa capacità di risposta dei sistemi sanitari regionali: tra le altre cose, è stata lodata (<https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus>) la strategia del Veneto, incentrata sull'uso massiccio di strumenti diagnostici (i "tamponi"), mentre è stata criticata quella della Lombardia, dove gli strumenti diagnostici sono stati usati prevalentemente su individui che già presentavano sintomi riconducibili al virus. Nel contempo, almeno nelle sue fasi iniziali, ha suscitato viva preoccupazione il fatto che la pandemia potesse raggiungere le regioni meridionali. Se, infatti, i sistemi sanitari regionali del Nord — generalmente riconosciuti come più efficienti — stavano rispondendo così male alla crisi sanitaria, si temeva quello che sarebbe potuto succedere quando il contagio avesse raggiunto le regioni del Sud, da decenni tacciate di inefficienza in ambito sanitario. Per finire, la crisi in corso ha messo in luce il rapporto complesso tra regioni e Stato nell'ambito della politica sanitaria: alle decisioni autonome delle singole regioni, si sono opposte le esigenze di coordinamento dello Stato, nel tentativo di superare la polifonia dei 21 sistemi sanitari regionali e creare una strategia coerente di risposta alla pandemia.

Tutti questi aspetti mettono in luce alcuni dei nodi più importanti della politica sanitaria italiana, legati al trasferimento di competenze in materia sanitaria dallo Stato alle Regioni. Questo processo, noto come decentramento, è stata la trasformazione più rilevante a cui è andato incontro il sistema sanitario nazionale; per quanto non spieghi tutto, capire cosa abbia comportato il decentramento delle politiche sanitarie aiuta a capire molto della risposta delle regioni e dello Stato alla crisi in corso.

Decentramento, secondo Terlizzi (https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/spol.12458?casa_token=fxHglCz1p5QAAAAA:DU7Le4t65RLJLUH7nnOF1e7xu4QEwqxxA5ZjDST9jX_IrKeW4oJs_dLT3VRX56suM-LuoM2Uf2e-Et8), è un

concetto complesso: occorrerebbe infatti distinguere tra **tre dimensioni distinte ma intrecciate tra loro**. **La prima**, di natura politico-legislativa, **vede l'attribuzione di poteri decisionali in termini di pianificazione**. Le regioni in altre parole, possono fare leggi legate all'implementazione delle politiche sanitarie, i cui indirizzi strategici restano però in mano allo Stato. **La seconda dimensione è quella amministrativa**, che riguarda il potere che viene attribuito alle regioni nell'organizzare e regolare la produzione di servizi sanitari a livello regionale. In questo senso, le regioni possono decidere di implementare le decisioni sanitarie facendo affidamento a diversi mix di pubblico e privato (<https://fondazionefeltrinelli.it/la-riforma-della-sanita-italiana-qual-e-ruolo-per-il-soggetto-pubblico/>), conservando alla loro capacità di programmazione o affidandosi alla competizione di mercato. **Per finire, vi è il decentramento fiscale: quanto della spesa sanitaria è finanziata da trasferimenti che vengono dalle casse dello Stato? Quanto attraverso tasse regionali?**

Il decentramento della spesa sanitaria comporta alcuni benefici: in particolare la possibilità di soddisfare meglio la domanda di servizi a livello locale, la possibilità di sperimentare mix di politica pubblica innovativi, la possibilità di creare competizione tra sistemi sanitari regionali per attrarre i cittadini-utenti (e relativi rimborsi di spesa o "ticket"). Nel contempo la decentralizzazione prometterebbe una maggiore responsabilizzazione dei governi locali e maggiore disciplina fiscale. Nel contempo, come osserva Toth (<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/how-health-care-regionalisation-in-italy-is-widening-the-northsouth-gap/D0A7F631A7BCD988B2CAD1686C607578>), **esistono numerosi limiti alla decentralizzazione**. In particolare, questa potrebbe diminuire l'equità complessiva del sistema favorendo disuguaglianze di natura territoriale. In più, creerebbe tensioni tra livelli di governo — analoghe a quelle che si stanno osservando in questi giorni — sull'attribuzione di responsabilità. In questo senso, i livelli di governo potrebbero "rimpallarsi" decisioni scomode — come quelle in materia di contenimento della spesa — finendo per creare proprio irresponsabilità fiscale e quindi un aumento della spesa. Il fatto che meriti e demeriti della decentralizzazione finiscano per sovrapporsi non deve stupire: nel caso italiano, infatti, si sono verificati entrambi gli esiti. Vediamo come.



Volontari, medici e infermieri al lavoro per fronteggiare l'emergenza da coronavirus a Brescia

L'inizio del decentramento del sistema sanitario nazionale generalmente viene fatto risalire alla riforma della sanità del 1992-1993.

Prima di questa riforma, il sistema sanitario italiano era in larga parte accentrato nelle mani dello Stato, con una scarsa autonomia delle regioni nella pianificazione dei servizi sanitari. Verso la fine degli anni ottanta, il sistema sanitario nazionale venne delegittimato da una serie di scandali che avevano una radice comune nel clientelismo politico. Secondo gli studiosi Lega, Sargiacomo e Ianni (<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/hsmr.2010.010006>), con la riforma del 1992-1993 si intendeva sia "regionalizzare" che "managerializzare" il servizio, onde ridurre la possibilità di "cattura" da parte dei politici. La seconda fase si ebbe con la riforma costituzionale del 2001 ("Riforma del Titolo V") che attribuì maggiori poteri legislativi alle regioni. Nel contempo, attraverso un memorandum, lo Stato stabiliva che le regioni che in futuro fossero incorse in disavanzi nella spesa sanitaria avrebbero dovuto coprire i deficit di tasca propria, o attraverso tagli alla sanità o aumentando le tasse a copertura della spesa. Questa fase si concluse nel 2006, quando era diventato chiaro che un numero crescente di regioni non era in grado di gestire i propri sistemi sanitari in economia. Lo Stato approntò dei piani di rientro, demandando inizialmente la loro gestione alle regioni. Quando questo si rivelò impossibile, diverse regioni in disavanzo furono commissionate. La legge 42 del 2009 sul federalismo fiscale stabilì che, a partire dal 2013, i trasferimenti alle regioni sarebbero stati calcolati sulla base dei "costi standard", cioè sulla base di indicatori di costo desunti dalla spesa sanitaria delle regioni più virtuose. La Grande Recessione, secondo Neri e Mori (<https://www.rivisteweb.it/doi/10.1447/88329>), imprime una brusca accelerazione al processo di "ricentralizzazione" cominciato nel 2006: per far fronte alle esigenze di contenimento della spesa imposte dalle politiche di austerità, il governo accentra ulteriormente le competenze circa la spesa sanitaria, attraverso leggi di stabilità e pacchetti di austerità. Se, però, molte regioni (specialmente del Sud) sono sempre maggiormente sottoposte alla tutela dello Stato attraverso i piani di rientro, altre regioni, per larga parte settentrionali, sono riuscite a sfruttare i margini offerti dal decentramento per rafforzare l'autonomia regionale in materia sanitaria. Con la richiesta di "forme e condizioni particolari di autonomia", prevista dal Titolo V della Costituzione, Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna si apprestano ad ottenere un maggiore grado di autonomia anche in materia sanitaria.

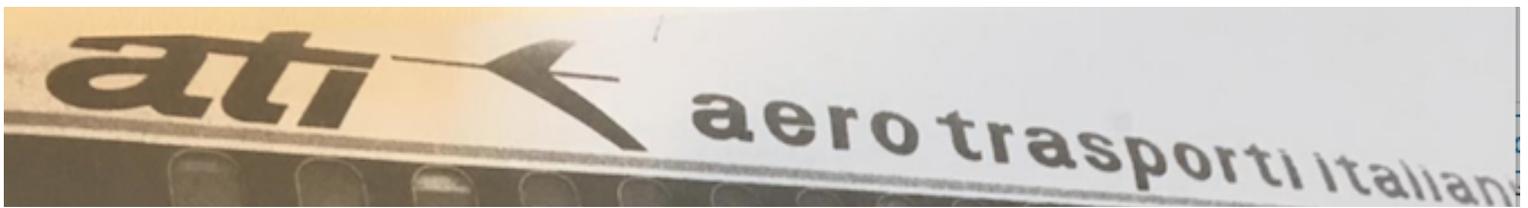
In Italia, quindi, limiti e vantaggi del decentramento si sono manifestati quasi in pari grado. L'intero processo sembra però aver comportato una crescente divergenza tra Nord e Sud in materia di politica sanitaria. Secondo Toth (<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/how-health-care-regionalisation-in-italy-is-widening-the-northsouth-gap/D0A7F631A7BCD988B2CAD1686C607578>), una prima differenza rilevante riguarda la spesa sanitaria: le regioni del Nord finanziano una parte molto maggiore dei servizi sanitari con risorse proprie (il 50%) mentre le regioni del Sud riescono a finanziare solo il 27% della spesa sanitaria con risorse proprie, facendo affidamento su una quota molto maggiore di trasferimenti dal governo centrale. Grazie a questi la spesa sanitaria pro-capite di Nord e Sud si equivale (1836 euro al Nord contro 1825 al Sud), ma, se guardata in relazione al PIL regionale, le regioni settentrionali spendono il 6,7% del loro PIL (dato allineato alla spesa nazionale) contro il 10% delle regioni del Sud. Una seconda sostanziale differenza riguarda la razionalizzazione della spesa sanitaria: le regioni del Nord hanno limitato i costi della sanità grazie soprattutto alla "deospedalizzazione". I servizi che prima venivano forniti in strutture ospedaliere sono stati spostati in strutture "terror

come cliniche e consultori, permettendo così di tagliare i posti letto di circa il 30% tra il 1999 e il 2009. Lo stesso processo, nel Sud Italia, ha comportato una riduzione di posti letto del 23%. Questo risparmio, unito a maggiori risorse proprie, ha permesso di modernizzare i servizi sanitari a Nord. Secondo Toth (<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/how-health-care-regionalisation-in-italy-is-widening-the-northsouth-gap/D0A7F631A7BCD988B2CAD1686C607578>), le conseguenze di questa divergenza sono tangibili: in primo luogo, vi è un diverso livello di soddisfazione per i servizi sanitari tra Nord e Sud Italia e il distacco tra le due realtà sembra crescere. Nel 1999, la percentuale di pazienti “molto soddisfatti” per le cure ospedaliere era 46,6% al Nord, contro il 29% al Sud. Nel 2009, il livello di soddisfazione era cresciuto al Nord di quasi il 2% (48,5%) mentre era sceso al Sud del 5,6% (23,3%). Un indicatore simile, creato da Toth (<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/how-health-care-regionalisation-in-italy-is-widening-the-northsouth-gap/D0A7F631A7BCD988B2CAD1686C607578>), riguarda la mobilità inter-regionale. Come abbiamo visto, uno dei vantaggi del federalismo in materia sanitaria è che i cittadini-utenti “votano coi piedi”, scegliendo il servizio regionale sanitario dove curarsi e dove portare i loro rimborsi. Anche in questo senso, i dati sembrano confermare una maggiore soddisfazione per i servizi del Nord: in un decennio (1999-2009), l'indice di mobilità delle regioni del Nord è passato da 4,67 a 4,91, mentre è sceso da 0,22 a 0,21. In altre parole, il flusso di pazienti che da Sud si spostano a Nord per ricevere cure, già molto alto nel 1999, è cresciuto nei dieci anni successivi, mentre è sceso il flusso inverso (da Nord a Sud). Nella scelta di dove curarsi, un numero sempre maggiore di italiani preferisce le regioni del Nord.

Per finire, il processo di decentramento è riuscito a ridurre — tra il 1999 e il 2009 — il deficit accumulato per spesa sanitaria da 4'899 milioni di euro a 3'260. Questa riduzione però si è concentrata soprattutto nelle regioni del Nord, dove il deficit pro-capite è sceso da 72 euro a 1. Nelle regioni del Sud il deficit pro-capite è invece aumentato, passando da 104 euro (1999) a 125 euro nel 2009. Questa situazione, secondo Neri e Mori (<https://www.rivisteweb.it/doi/10.1447/88329>), è stata in parte rettificata dai piani di rientro tra il 2009 e il 2014, quando il disavanzo delle regioni interessate dai piani è sceso a 275 milioni di euro.

Questa divergenza ha di fatto prodotto una configurazione istituzionale inedita in Italia: decentralizzazione al Nord, accentramento a Sud. Tuttavia, anche nel quadro di un riaccentramento dei poteri nelle mani dello Stato, le regioni del Sud sembrano essere penalizzate dalle politiche di austerità, che hanno diretto l'azione del governo centrale non tanto verso un miglioramento del servizio, quanto a un contenimento dei costi in linea con quanto già sperimentato al Nord. Secondo Pavolini e Vicarelli (<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011392112438332>) questa situazione è lungi dall'essere ottimale: “la divisione territoriale nelle prestazioni delle cure sanitarie non ha analoghi in nessun sistema sanitario dell'Europa occidentale”, creando un quadro di disuguaglianze crescenti tra cittadini delle regioni nell'accesso alle cure, contribuendo quindi ad aumentare (anziché livellare) le differenze tra regioni. In questo quadro, si comprendono anche alcuni dei nodi emersi durante la crisi del Covid-19: in particolare la preoccupazione che il contagio potesse diventare più virulento al Sud. Nel contempo, il desiderio di autonomia delle regioni del Nord è emerso anche in queste fasi, con lo sperimentalismo nelle strategie di contenimento della pandemia. Resta da capire quanto questa crisi cambierà il segno della riforma sanitaria ed il suo decentramento. Come abbiamo visto, una larga parte della strategia di contenimento dei costi è passata attraverso la “deospedalizzazione” della sanità, con una riduzione dei posti letto negli ospedali. In tempi normali, questo approccio permette ingenti risparmi di spesa; in tempi di pandemia, sembra aver messo a dura prova la capacità di risposta degli ospedali. Alcune regioni, come il Veneto, sembrano comunque aver sfruttato in modo ottimale il modello di sanità territoriale creato negli ultimi decenni, sia in termini di diagnostica, che di contenimento della pandemia.

In futuro occorrerà capire quindi come conciliare le esigenze di contenimento dei costi con quelle di equità nell'accesso alla cura su base territoriale, e con la capacità di risposta del sistema sanitario ad eventi catastrofici come pandemie; per quanto occorra riconoscere la legittimità delle tre componenti, occorre anche dire che non sono “egualmente” legittime. L'efficienza dei costi, perseguita a discapito degli obiettivi di equità (sia tra nord e sud, che tra individui) e di efficacia della sanità nella cura e nella tutela della salute pubblica, crea distorsioni. Ma occorre rimarcare che l'efficienza dei costi non è negativa in sé. Se perseguito nel quadro di una sanità pubblica che garantisce eguale accesso sia su base territoriale che su base interpersonale, l'obiettivo di efficienza dei costi è invece in grado di permettere miglioramenti del servizio che vanno anche a rafforzare gli obiettivi di equità e di efficacia. Si tratta quindi di rivedere l'ordine di priorità tra le tre, in favore di un sistema sanitario che permetta un maggiore accesso a cure sanitarie di qualità in ogni parte del territorio italiano e sia in grado di creare un coordinamento efficace tra sistemi sanitari regionali nel dare risposta a eventi che mettono a rischio la salute pubblica.



Aprire i manicomi. Appunti su un percorso di sanità inclusiva
(/aprire-i-manicomi-appunti-su-un-percorso-di-sanita-inclusiva/)



Covid-19: oltre l'emergenza
(/covid-19-oltre-lemergenza/)



La riforma della sanità italiana. Quale ruolo per il soggetto pubblico?
(/la-riforma-della-sanita-italiana-qual-ruolo-per-il-soggetto-pubblico/)



La riscoperta della dimensione educativa durante l'emergenza Covid 19
(/la-riscoperta-della-dimensione-educativa-durante-lemergenza-covid-19/)

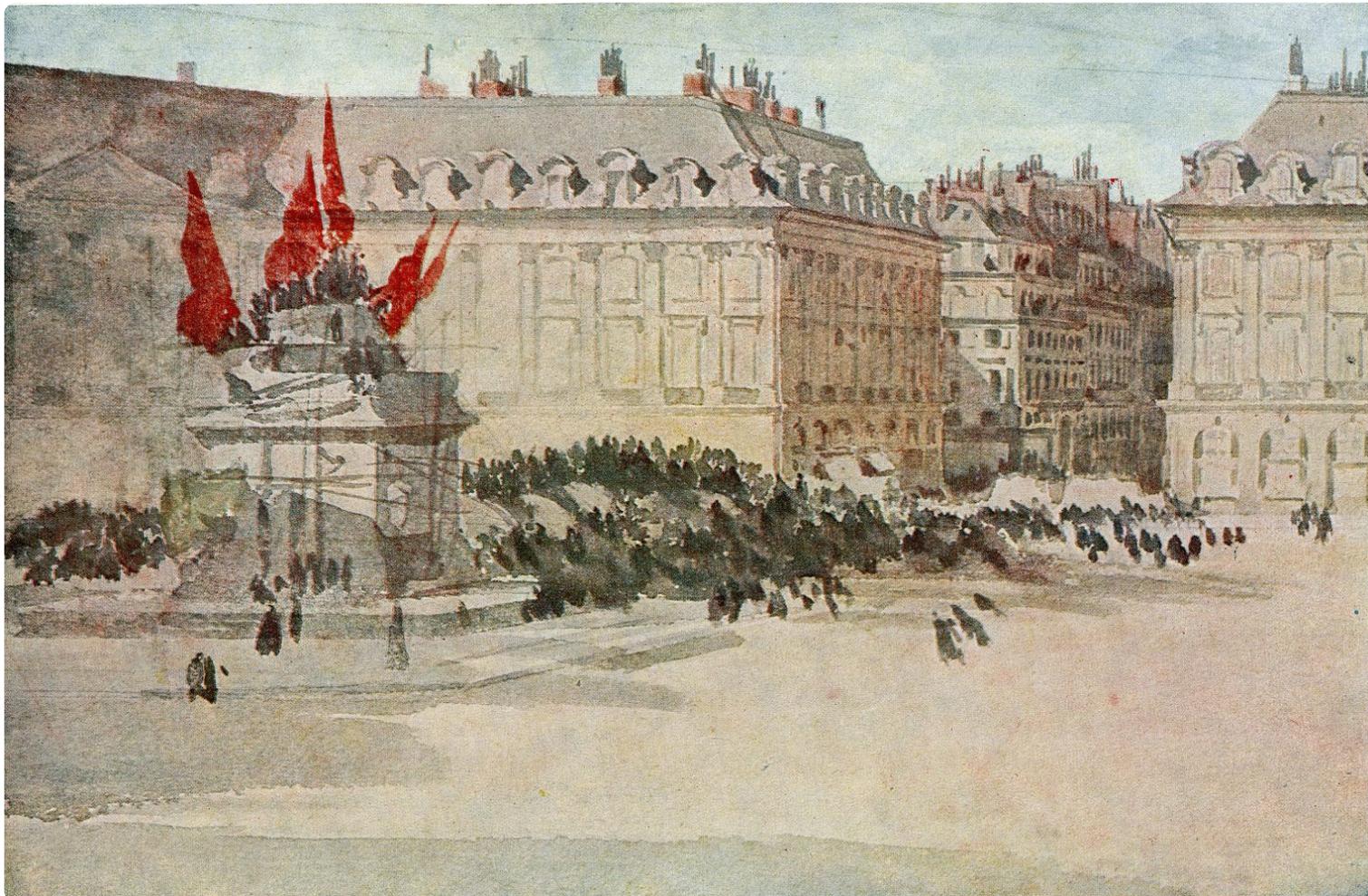
Piazze

23 giugno 2020

Osservatorio:
Osservatorio sulla democrazia (/category/innovazione-politica/)

Area di Ricerca:
Innovazione Politica (/aree/aree-innovazione-politi)

Accade da noi \



LEGGI L'APPROFONDIMENTO \

La scommessa della politica: la Comune di Parigi tra mito ed esperimento di governo
(<https://fondazionefeltrinelli.test/category/comune/>)

23-03-2021 \

StoryScience. Le vite e le avventure che accompagnano le ricerche scientifiche | Tre masterclass online per le scuole superiori
(</eventi/storyscience-le-vite-e-le-avventure-che-accompagnano-le-ricerche-scientifiche/>)

LEGGI L'APPROFONDIMENTO \

Quaderno 2021 | Non solo storia, 13 date speciali della nostra storia (/shop)

**La nostra città futur **

[I trent'anni di Visegrád \(/i-trentanni-di-visegrad/\)](#)

[Alla pari: Tina Anselmi e il lavoro delle donne \(/alla-pari-tina-anselmi-e-il-lavoro-delle-donne/\)](#)

[Sblocco dei licenziamenti: un boomerang per l'occupazione \(/sblocco-dei-licenziamenti-un-boomerang-per-loccupazione/\)](#)

Seguici su:

[f](https://www.facebook.com/FondazioneFeltrinelli) (<https://www.facebook.com/FondazioneFeltrinelli>) [t](https://twitter.com/FondFeltrinelli) (<https://twitter.com/FondFeltrinelli>)

[yt](https://www.youtube.com/channel/UCqUC9dAHm8G3edg2GPEoNow) (<https://www.youtube.com/channel/UCqUC9dAHm8G3edg2GPEoNow>) [@](https://www.instagram.com/fondazionefeltrinelli/) (<https://www.instagram.com/fondazionefeltrinelli/>)

[in](https://www.linkedin.com/company-beta/9183434/?pathWildcard=9183434) (<https://www.linkedin.com/company-beta/9183434/?pathWildcard=9183434>)

Support

Sostieni i progetti (<https://sostieni.fondazionefeltrinelli.it>)

Newsletter

Iscriviti alla newsletter (</newsletter-form/>)

Fondazione Giangiacomo Feltrinelli

Viale Pasubio 5

20154 Milano

T(+39) 02 49 58 341

segreteria@fondazionefeltrinelli.it (<mailto:segreteria@fondazionefeltrinelli.it>)

C.f. 80041090152

Orari di ufficio

LUN – VEN: 09:00 – 13:00

LUN – VEN: 13:30 – 18:00

Orari Sala di Lettura:

LUN – VEN: 9,30 – 17,30

[Contatti \(/contatti/\)](/contatti/)

[Partnership \(/research/partnership/\)](/research/partnership/)

[Copyright \(/copyright/\)](/copyright/)

[Privacy \(/privacy/\)](/privacy/)

[Credits \(/credits/\)](/credits/)

[LaFeltrinelli.it \(https://www.lafeltrinelli.it/\)](https://www.lafeltrinelli.it/)

[Giangiacomo Feltrinelli Editore \(https://www.feltrinellieditore.it/\)](https://www.feltrinellieditore.it/)

[Laeffe.tv \(https://www.laeffe.tv/\)](https://www.laeffe.tv/)

[feltrinellieducation.it \(https://www.feltrinellieducation.it/\)](https://www.feltrinellieducation.it/)