

SENZA WELFARE?
**Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello
mediterraneo**

Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010

**“Il processo di decentramento della sanità:
il caso della Spagna”**

Maria Caballer Tarazona

Paper presentato alla Terza Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010
Sessione: nr. N 1C

Università di Bologna / Universidad Politecnica de Valencia.
Dipartimento di Scienze Economiche.
Piazza Scaravilli, 2
40126 Bologna
macata@upvnet.upv.es / maria.caballer@unibo.it

1. Introduzione.

Dal periodo di dopoguerra della Seconda Guerra Mondiale, la politica sanitaria di diversi paesi europei ha seguito una tendenza verso la decentralizzazione. I paesi scandinavi per esempio, da allora hanno realizzato un processo di decentralizzazione della sanità a livello amministrativo, di gestione e di responsabilità fiscale e politica (Tediosi et al. 2009).

I paesi scandinavi hanno tradizionalmente delegato le responsabilità di erogazione e finanziamento dei principali servizi pubblici come sanità, educazione o servizi sociali verso livelli più bassi di governabilità. Pure Svizzera è stata sempre caratterizzata per seguire i principi federalisti, ed è quindi un altro esempio di decentralizzazione sanitaria di lungo periodo.

Malgrado questa tradizione, negli ultimi anni si assiste in Europa a una tendenza verso la re-centralizzazione. Chiaro è il caso della Norvegia o la Danimarca , che dopo 30 anni di sistema decentralizzato si dirigono verso la re-centralizzazione come risposta alle divergenze create all'interno del territorio riguardo lo sviluppo dei servizi sanitari.

A questa tendenza però, scappano paesi del sud d'Europa come la Spagna e l'Italia, che tutt'oggi sono in processo di miglioramento e rielaborazione del loro processo di decentralizzazione della sanità. Sebbene in entrambi paesi, la decentralizzazione fiscale è ancora solo parziale, a differenza dei paesi scandinavi in cui la decentralizzazione è stata totale.

Per il caso della Spagna la decentralizzazione della sanità è stato un processo iniziato già durante il periodo di transizione politica della dittatura alla democrazia, intorno al 1977. Sebbene ancora ci sono delle debolezze nel sistema, si lavora per un superamento delle difficoltà e problemi riguardo l'efficacia, efficienza ed equità del sistema e sembra che un processo di re-centralizzazione come nel caso dei paesi scandinavi sia veramente improbabile.

In questo articolo, si ripassa il processo di configurazione del sistema sanitario spagnolo attuale, e il percorso di decentralizzazione sanitaria, con lo scopo di capire i vantaggi e debolezze ed stabilire delle prospettive future.

2. Tendenza federalista nel contesto europeo.

Il diffondersi di programmi di decentralizzazione politica e fiscale in diversi paesi europei ha perseguito i potenziali benefici politico-economici della delegazione di “poteri” alle regioni.

La decentralizzazione teoricamente dovrebbe portare all’ottimizzazione dell’allocazione delle risorse pubbliche, adeguando l’uso delle risorse limitate ai bisogni e preferenze particolari del territorio, aumentando la responsabilità politica del governo regionale.

Percorrendo questa strada, paesi come Italia, Francia, Belgio, Portogallo o Spagna, hanno decentrato le competenze in ambito sanitario in favore dei livelli regionali.

Le diverse teorie sul federalismo fiscale difendono il fatto che la decentralizzazione dei poteri è un modo per migliorare l’efficienza del modello organizzativo quando esiste una disparità geografica di bisogni e preferenze, giacché riduce asimmetrie d’informazione ed sviluppa la democrazia locale.

Negli Stati centralizzati la mancanza di una “chiara” responsabilità politica dei i gestori e politici regionali, difficoltà la creazione di quegli incentivi capaci di attivare il miglioramento dell’offerta e della qualità dei servizi sanitari.

Le diverse teorie sulla decentralizzazione sono quindi giustificate da ragioni economiche, politiche ed storiche.

La giustificazione economica suggerisce che la decentralizzazione è un meccanismo che aggiusta efficacemente le risorse alle preferenze e ai bisogni delle comunità locali, e favorisce inoltre il potenziale affermarsi di best practice e pattern positivi che possono essere imitati da altre regioni, aumentando la sperimentazione sul territorio di diversi modelli organizzativi.

Dal punto di vista politico, la decentralizzazione offre il vantaggio d’incentivare i politici locali ad ottenere risultati più efficienti, rendendoli responsabili diretti della gestione delle risorse e delle politiche regionali.

Dal punto di vista storico, al meno per il caso della Spagna, ci sono delle forti motivazioni, soprattutto in quelle regioni con uno statuto d’autonomia speciale, di

raggiungere il massimo di autonomia nella gestione ed erogazione dei servizi pubblici ed in generale, nella amministrazione e gestione della politica pubblica.

3. Alcuni antecedenti all'attuale sistema sanitario spagnolo.

Il processo di riorganizzazione dello stato spagnolo, durante il periodo di transizione politica dalla dittatura franchista alla democrazia, portò all'introduzione di importanti e decisive riforme che hanno stabilito le basi del sistema sanitario spagnolo moderno.

Nel 1977 tutti i programmi, dipartimenti e centri riguardanti la sanità furono integrati nel appena nato Ministero di Sanità e "Seguridad Social" e la successiva nuova costituzione del 1978 stabiliva il diritto di tutti i cittadini spagnoli ad avere un'assistenza sanitaria. A garanzia di questo diritto si stabilirono quattro politiche sanitarie fondamentali.

1. 1978 viene introdotta la compartecipazione per i medicinali degli utenti della "Seguridad Social" di meno di 65 anni. Inizialmente lo Stato copriva il 20% del prezzo dei medicinali, in 1979 fu aumentato al 30% e in 1980 al 40%.
2. 1978 viene modificato il percorso formativo dei medici introducendo la medicina di famiglia come una specialità separata.
3. 1979 viene attribuita la responsabilità dell'amministrazione del sistema sanitario ad una nuova organizzazione l'"INSALUD" (Istituto Nazionale di Salute), subordinata al Ministero di Sanità.

E in generale, vengono avviati in questi anni la riorganizzazione del sistema sanitario nazionale ed i primi passi verso la decentralizzazione.

Poco dopo, nel quadriennio del primo governo socialista dopo la dittatura (1982-1986), vengono poste le basi per il passaggio dal sistema di "Seguridad Social" (modello Bismarkiano) al Sistema Nazionale di Salute NHS (modello Beveridge), con la conseguente progressiva transizione dalle contribuzioni personali al sistema, alle tasse generali come prima fonte di finanziamento (Durán et al. 2006).

4. Il sistema sanitario spagnolo.

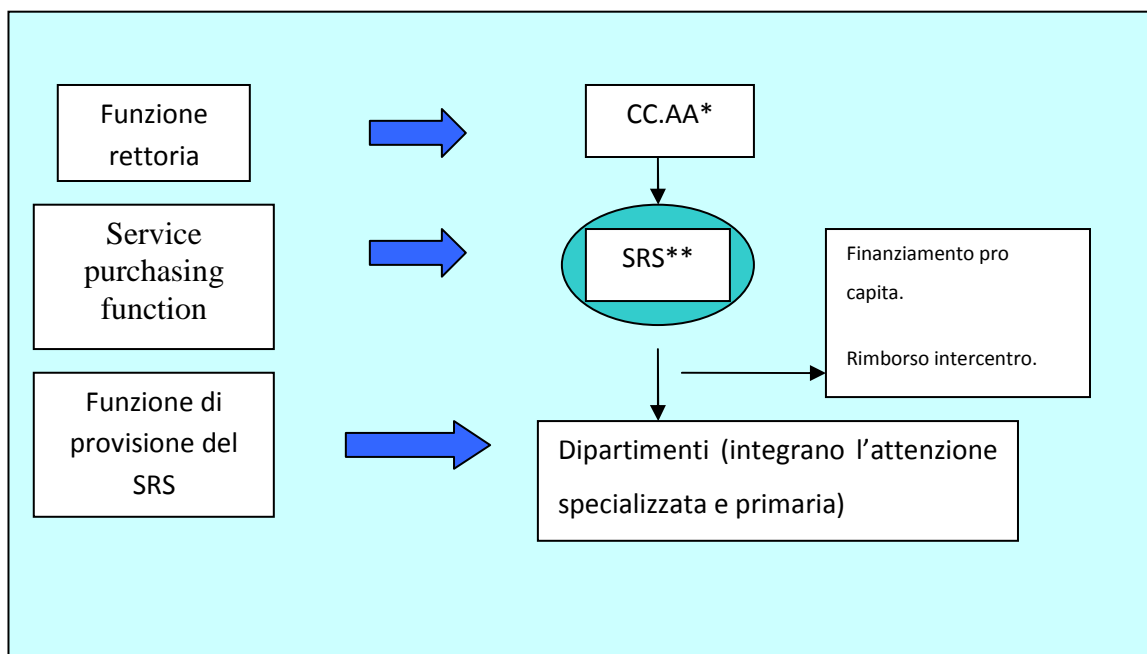
Il Sistema Nazionale Sanitario Spagnolo (NHS) è finanziato attraverso le tasse generali raccolte dal governo centrale. Il budget generale, determinato dal Parlamento, viene poi suddiviso ed allocato alle diverse Comunidades Autonomas (CC.AA) seguendo un criterio di quota pro capita pesata (Costa-Font et al.2008), che tiene conto della dimensione della popolazione, ma non della ricchezza della regione. Sono però le regioni più ricche quelle che pagano più tasse e quindi contribuiscono di più al budget generale. In generale, è riconosciuto che la ricchezza di una regione è correlata con la spesa sanitaria per capita e quindi come le regioni più ricche hanno una probabilità maggiore di sviluppare un settore privato della sanità che risponda ai bisogni ed esigenze di quella parte della domanda insoddisfatta dal settore pubblico.

Comunque, non tutte le tasse raccolte dalle CC.AA passano al budget generale, alcune tasse rimangono interamente direttamente nella C.A e di altre ne rimane un percentuale, ad esempio il 33% del IRPF, 35% del IVA e 40% di tasse speciali (tasse sul'alcool o la benzina).

Dopo che il budget generale è stato allocato nelle diverse CC.AA, ogni Servizio Regionale di Salute (SRS) finanzia a sua volta i diversi dipartimenti con il criterio pro capita.

Nella figura 1, è presentato uno schema dell'organizzazione del'attuale sistema sanitario spagnolo.

Figura 1. Organizzazione del Sistema Sanitario spagnolo.



Fonte: Elaborazione propria. *CCAA (Comunidad Autónoma - Region), **SRS (Servicio Regional de Salud - Health Regional Service)

Il trasferimento dei poteri e delle competenze in ambito sanitario alle Comunità Autonome che integrano lo stato spagnolo, è stato di fatto il cambiamento più importante subito dalla “Sanità” spagnola negli ultimi due decenni. Le fasi di questo processo de decentralizzazione sono presentate in modo dettagliato nel punto 5 di questo articolo.

Il trasferimento dei poteri e delle competenze a livello regionale ha poi visto il crearsi di modelli organizzativi differenti sul territorio. Innovativo il modello proposto dalla Comunidad Valenciana che per prima ha introdotto i contratti di Concessione Amministrativa per la gestione ospedaliera.

Questo tipo di contratti, hanno come scopo il management privato dell’ospedale e il finanziamento pubblico, che stabilisce un assegno pro capita (popolazione protetta con medico assegnato) e fattura entrambi i movimenti intercentro (popolazione proveniente di altri dipartimenti) e popolazione proveniente da altre Comunità Autonome.

La durata dei contratti di concessione hanno una durata di norma pari a 15 anni e prorogabile a 20 anni, e l'attività svolta dal soggetto privato è comunque soggetta alla sorveglianza di una commissione della Conselleria di Sanità. (Assessorato Sanità).

Le concessioni amministrative, evidenziano il principio di separazione tra il finanziamento pubblico e l'erogazione privata dei servizi, la quale è responsabilità del soggetto contraente della concessione amministrativa.

In questo modo la proprietà, ed il controllo rimangono pubblici, mentre la gestione e l'erogazione dei servizi è privata, rispettandosi teoricamente i criteri di efficacia, efficienza, equità e garanzia.

Il modello di concessione offre il vantaggio all'amministrazione pubblica di avere dei servizi pubblici di qualità senza la necessità di fare investimenti iniziali ed a un costo minore e pianificato.

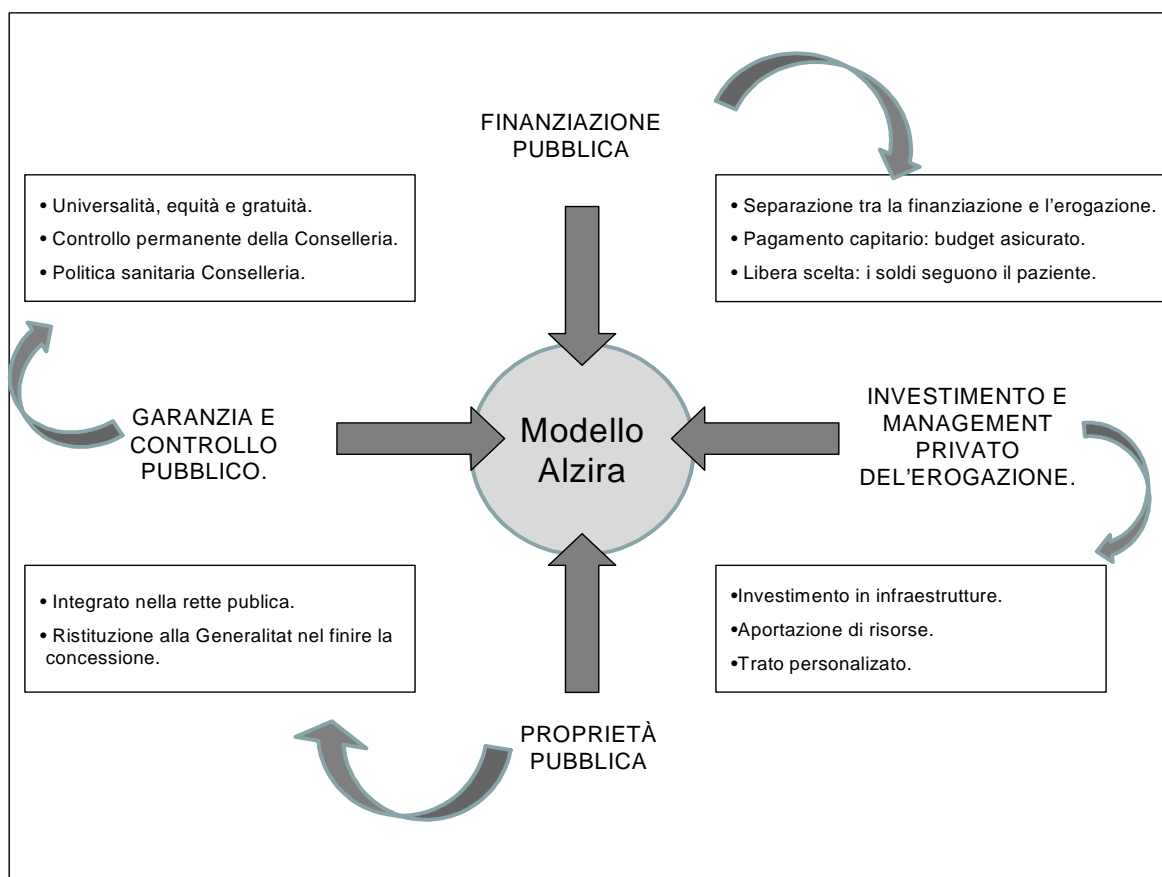
Come svantaggio, si può verificare una selezione avversa dei rischi da parte della struttura "concessionata", e cioè, che si deviano i casi più complessi ed onerosi verso gli ospedali di gestione pubblica.

Il primo caso di ospedale di concessione amministrativa è stato denominato "modello Alzira", giacché è stato l'ospedale de La Ribera (situato ad Alzira) il primo ospedale ad adottare questo modello di gestione.

La concessione cominciò a funzionare nel 1997, e nel 2002 si consolidò integrando l'attenzione specializzata con la primaria. A giorno d'oggi, l'azienda "concessionata" gestisce l'attenzione pubblica sanitaria integrale degli 235.000 abitanti dell'area di salute a cui appartiene (Caballer et al. 2009).

Lo schema di funzionamento di questo modello di concessione viene rappresentato nella figura 2:

Figura 2: Modello di concessione amministrativa ospedaliera.



Fonte: Tarazona, E et al.2005.

Alcuni autori (Lopez- Casanovas et al. 2003), difendono l'introduzione della concorrenza nella gestione sanitaria, e quindi il crearsi di nuovi modelli di gestione ospedaliera, argomentando che l'introduzione della decentralizzazione politica e fiscale ha come scopo rompere gli schemi uniformi di erogazione di servizi sanitari, a favore di risposte e soluzioni più prossime alla realtà di ogni territorio.

5. Processo di decentralizzazione.

La decentralizzazione dei poteri e delle competenze sanitarie alle diverse Comunità Autonome è stato, come si è visto nel paragrafo precedente, un processo lento iniziato nel 1978 e completato nel 2002. Questo processo può essere schematizzato in 4 fasi :

1.1979, tutte le Comunità Autonome assumono la responsabilità in materia di salute pubblica, riguardo la pianificazione e la gestione della rete di centri specifici integrati nella AISNA (Amministrazione istituzionale della sanità nazionale).

2.1982 inizia il vero e proprio processo di decentralizzazione del sistema sanitario nazionale. S'inizia con il trasferimento di responsabilità alla Catalunya e successivamente ad altre 6 regioni, Andalusia, Paesi Baschi, Isole Canarie, Galizia, Navarra e Valencia. L'Instituto Nacional de Salud (INSALUD) continuava a mantenere la gestione della sanità pubblica nelle restanti 10 regioni che non avevano ancora assunto piene responsabilità politiche per i servizi sanitari (coprendo il 38% della popolazione).

Questa tappa si caratterizza per l'eterogeneità dei meccanismi e dei criteri di finanziamento utilizzati per allocare le risorse (costo effettivo, popolazione di diritto, popolazione protetta, indice d'imputazione) alle diverse Comunità Autonome, fortemente dipendenti dal processo di negoziazione politica.

3. 1994 si stabilisce una nuova forma di "accordo" all'interno del Consiglio della Politica Fiscale, con il quale viene stabilita una maggiore omogeneità nei criteri di allocazione delle risorse, e per di più, l'evoluzione del budget generale viene vincolato all'andamento del PIL.

4. 1998 e 2001, vengono firmati nuovi accordi di finanziamento alle Comunità Autonome. L'accordo del 2001, contiene come principale novità rispetto ai precedenti, che la sanità viene ad integrarsi all'interno del sistema generale di finanziamento delle CC.AA. Vengono inoltre introdotte alcune novità sul criterio di allocazione, che permettono di raggiungere un più corretto principio di equità di accesso ai servizi sanitari.

L'accordo del 2001, stabilì anche il trasferimento delle responsabilità sanitarie alle restanti Comunità Autonome. Trasferimento che divenne effettivo nel gennaio del 2002, rendendo così completo il processo di decentramento sanitario.

In modo sintético, le principali caratteristiche del nuovo sistema di finanziamento della sanità decentralizzata sono:

- Il notevole incremento della corresponsabilità fiscale delle Comunità Autónome, grazie all'introduzione di un gruppo di tasse specifiche.
- L'integrazione del sistema sanitario con gli altri sistemi esistenti, in un unico sistema di finanziamento, in rottura con il passato che vedeva il sistema sanitario a se stante.
- L'introduzione di una ponderazione per età al criterio basico pro capita con lo scopo di adeguare le allocazioni delle risorse al maggiore bisogno sanitario della popolazione più anziana.
- La garanzia di un'evoluzione dinamica delle risorse percepite.

Il processo di decentralizzazione dei poteri e delle competenze in materia sanitaria in Spagna è stato quindi un processo graduale, iniziato con i trasferimenti alla Catalunya e ai Paesi Baschi, regioni che per motivi storici già presentavano uno statuto d'autonomia speciale, seguite da altre 6 regioni e concluso nel 2002 con il trasferimento alle restanti regioni.

Anche se ogni regione possiede autonomo potere di pianificare e capacità di organizzare i propri servizi sanitari con il livello di decentralizzazione che reputa più appropriato, il governo centrale mantiene alcuni ruoli specifici di coordinamento generale e legislazione di base in materia sanitaria, come sono il finanziamento del sistema, la regolazione degli aspetti di Sicurezza Sociale, la definizione dei benefici garantiti dal SNS e la politica farmaceutica.

Le 10 nuove regioni che hanno acquistato totale e completa responsabilità in ambito economico solamente nel 2002, presentavano nei primi anni successivi al trasferimento una mancanza di competenza gestionale in confronto con le altre 7 CC.AA che avevano avuto modi di acquisire queste competenze nel corso del decennio precedente, situazione che evidenziava come divenisse in questo caso essenziale una coordinazione tra le regione.

Durante più di 20 anni, i diversi governi spagnoli hanno decentralizzato responsabilità fiscali, politiche e amministrative. Oggi giorno però si vede la necessità emergente dell'introduzione di riforme di seconda generazione mirate ad attivare una collaborazione ed una coordinazione orizzontale tra le regioni.

In questa linea lavora il futuro accordo di finanziamento autonomo. Anche se questo accordo è ancora in fase di trattative parlamentare (Luglio 2010) in linea di massima prevede un aggiornamento del criterio di allocazione delle risorse generali alle diverse CC.AA tenendo conto dei diversi trend di aumento della popolazione, con lo scopo di ridurre le divergenze nel livello di risorse pro capite tra le CC.AA.

La proposta di accordo prevede pure un incremento della decentralizzazione finanziaria, aumentando il percentuale delle tasse che rimangono direttamente in ogni CC.AA (50% del IRPF e IVA e 58% delle tasse speciali).

D'altra parte, se una C.A non spende la totalità delle proprie risorse per coprire il finanziamento dei servizi pubblici, non dovrà restituire al governo centrale le risorse rimanenti, come succede adesso. Questo criterio magari beneficia alle regioni più ricche come Madrid, Catalunya e Baleari, ma è anche uno stimolo generale per una gestione pubblica più efficiente.

6. Luci ed ombre della decentralizzazione.

Le ragioni intrinseche del decentramento politico e fiscale risiedono nel tentativo di sorpassare i rigidi ed uniformi parametri di fornitura dei servizi alle regioni, in favore di una risposta più vicina alle realtà di ogni giurisdizione.

Al termine del processo di decentramento in Spagna, si è potuto constatare che le diverse Comunità Autonome hanno migliorato la loro efficienza allocativa con l'adattamento delle risorse sanitarie ai bisogni ed esigenze della popolazione.

Infatti, più della metà dei cittadini ritiene che la decentralizzazione ha contribuito ad aumentare la capacità di risposta dei governi regionali ai bisogni e preferenze della comunità. (Lopez-Casnovas et al. 2003). In generale, le inchieste mostrano che la soddisfazione dei cittadini con il sistema sanitario pubblico è aumentata di forma

continuata dagli inizi degli anni 90. La soddisfazione generale dei cittadini col sistema sanitario pubblico subì una crescita continuata da inizi dagli anni novanta e in un modo più notevole (dal 50 al 75%) riguardo l'attenzione primaria (Lopez-Casanova et al.2006).

Il processo di decentramento della sanità, sembra quindi aver provocato un incremento della capacità dello Stato di riformare le istituzioni attraverso l'adozione di esperienze internazionali e di processi d'innovazioni basati nella sperimentazione autonoma. Parallelamente, si è incrementata la capacità dello Stato di rispondere alle preferenze e ai bisogni dei cittadini.

Questo processo concorda inoltre con la necessità di reinventare il ruolo dello Stato nelle società del secolo XXI con un nuovo empowerment da parte dai cittadini. Giacché, la decentralizzazione sanitaria deve permettere in linea di principio un rapporto migliore e più dinamico tra i cittadini, le amministrazioni regionali ed il governo centrale, e cioè, dovrebbe migliorare il rendiconto della performance sanitaria con un processo dal basso al alto.

D'altra parte, se la decentralizzazione sanitaria provoca un aumento delle spese sanitarie regionali nella fase iniziale, nel lungo termine, riesce a ridurre notevolmente i costi ed allocare le risorse in modo più efficiente.

Autori come Costa Font et al. 2006, concludono che la decentralizzazione delle responsabilità sanitarie in Spagna ha incentivato e promosso i miglioramenti dei risultati amministrativi, l'innovazione politica e la coesione sociale. Al tempo che i diversi indicatori di disegualianza esaminati non hanno aumentato significativamente.

Ciò nonostante, una debolezza dello stato delle autonomie è la mancanza di risorse specifiche dedicate a sviluppare e facilitare la coordinazione tra diverse autonomie in ambito sanitario. La cooperazione tra le diverse autonomie avviene in modo informale e dipende della buona disponibilità delle autorità politiche autonome.

L'argomento della convergenza tra la regioni in ambito sanitario è stato ed è argomento di forte dibattito e controversia, per il quale ancora non si è raggiunto un consenso diffuso.

Partiamo dalla base che la Spagna non è uno stato significativamente diseguale al riguardo del finanziamento pro capite. Anzi, il punto di partenza è di abbastanza eguaglianza visto che ci sono piccoli coefficienti di variazione pro capite fra le CC.AA durante il periodo 1986-1997, coefficienti di variazione molto inferiori alla maggior parte di paesi occidentali per i quali ci sono dati (Francia, Italia, Regno Unito, Svezia, Germania, Canada ed Australia). Si può affermare quindi che nel caso spagnolo il finanziamento sanitario pubblico pro capite si presentava abbastanza omogeneo.

Anche se la maggior parte degli autori è concorde nell'affermare come il processo di decentralizzazione in Spagna sia stato positivo per il miglioramento dell'efficienza e della qualità del sistema sanitario, ci sono altri autori che evidenziano le debolezze di questo processo.

Alcuni autori, Mosca 2006, sottolineano la necessità di una revisione del processo di decentralizzazione della sanità in paesi come la Spagna o l'Italia, mettendo in luce come entrambi presentino un modello di decentramento simile a quello dei paesi scandinavi. Come ad esempio, quello della Norvegia, che dopo 30 anni di esperienza di un sistema sanitario decentralizzato, ha iniziato nuovamente a ricentralizzare il sistema per sanare quelle divergenze nella disponibilità di servizi sanitari che si erano venute a creare nei diversi territori del paese. È da notare comunque una significativa differenza, mentre nella Norvegia la decentralizzazione era totale, a livello amministrativo, di gestione e di responsabilità fiscale e politica, nei casi della Spagna e l'Italia, la decentralizzazione finanziaria non è completa.

Altri autori, sottolineano il fatto della mancanza di convergenza in ambito sanitario tra le diverse Comunità Autonome. Montero-Granados et al. 2007 attraverso la misurazione del livello di salute con due indicatori classici "speranza di vita alla nascita" e "Mortalità infantile", concludono che il processo di decentralizzazione della sanità in Spagna ha avuto un effetto negativo sulla convergenza nei livelli di salute delle diverse Comunità Autonome.

D'altra parte, Gonzalez et al. 2004 analizza l'uniformità raggiunta tra le regioni in ambito sanitario, attraverso l'analisi di alcuni indicatori di disegualianza nel periodo 1992-2001. Egli conclude che anche se nel periodo di analisi si è verificata una convergenza della maggior parte degli indicatori osservati, rimangono ancora disegualianze tra le regioni, soprattutto con riferimento ai servizi primari, ai

programmi preventivi ed alla disponibilità di tecnologia medica. Per di più, sottolinea il fatto che la frammentazione del sistema sanitario nazionale ha fatto perdere l'uniformità delle fonti d'informazione essenziali per conoscere e paragonare sul territorio i raggiungimenti della performance sanitaria. Ma è in questa ottica dove si inserisce il Piano Nazionale di Qualità per il NHS che ha preso il via nel 2006: Tale Piano presenta come parte centrale del programma, la miglora del sistema d'informazione del Sistema Sanitario per il raggiungimento di un adeguato sistema di gestione dell'informazione tra tutte le Comunità Autonome.

Riguardo le divergenze, si deve sottolineare comunque, che alcune divergenze nella offerta di servizi sanitari possono rispondere a differenze nei bisogni e particolarità delle singole regioni. D'altra parte, il processo di decentralizzazione si è totalmente concluso solamente nel 2002, ed è quindi solo nei prossimi anni, il momento di revisionare il modello ed individuare e migliorare le possibili debolezze attraverso l'analisi di indicatori aggiornati.

Malgrado ciò, uno degli svantaggi che presenta l'attuale modello basato nella decentralizzazione delle responsabilità politiche ed amministrative nelle diverse comunità Autonome, è lo squilibrio che si può generare con la separazione tra la funzione di finanziamento svolta dallo stato centrale e la funzione di gestione del sistema svolta dai governi dalle amministrazioni regionali. Nello specifico alcune comunità Autonome possono incentrare le loro politiche al raggiungimento d'interessi particolari o specifici di carattere elettorali, trascurando il perseguimento di scopi prioritari a livello nazionale, seguendo motivazioni politiche e non criteri di efficienza ed effettività pratica.

Bisogna però aspettare l'implementazione del nuovo accordo di finanziamento autonomo per individuare dei nuovi vantaggi ed svantaggi del modello sanitario decentralizzato.

7. Conclusioni.

La Spagna è uno dei paesi europei che più varietà offre al suo interno da diversi punti di vista, dal clima alle particolarità socio culturali. Questa diversità all'interno di un paese accentua il bisogno di dare risposte mirate ai singoli bisogni e preferenze di ogni regione. Il concetto standardizzazioni e decentralizzazione sono dunque concetti contraddittori.

Per di più, nel attuale contesto europeo in cui lo stato nazione perde sovranità e dunque i poteri decisionali si allontanano spesso delle singolarità regionali, è quando si rende più utile la delegazione di responsabilità verso le regioni con lo scopo finale di aumentare l'efficienza, approcciando così le scelte ai bisogni concreti, aumentando l'efficienza nell'allocazione delle risorse e rendendo la politica regionale responsabile diretta delle scelte.

Malgrado la mancanza di consenso, si potrebbe concludere che per il caso della Spagna, la esperienza della decentralizzazione in ambito sanitario è stata positiva (ma ovviamente migliorabile), sia da un punto di vista di soddisfazioni degli utenti come da un punto di vista di efficienza economico-organizzativa.

Ciò nonostante, il modello sanitario spagnolo presenta ancora delle debolezze e punti su cui si dovrebbe lavorare.

Come ad esempio, l'importanza di una effettiva gestione dell'informazione sanitaria. Anche se è già da diversi anni che si sta lavorando per l'implementazione di un sistema d'informazione sanitaria condiviso tra tutte le CC.AA. Concretamente Il Piano Nazionale di Qualità del 2006, includeva diverse migliorie per il sistema di gestione dell'informazione, centrandosi sul raggiungimento di una codificazione omogenea per questioni come le liste di attesa, i costi ospedalieri, il network di copertura primaria e quindi l'elaborazione di una banca dati comune tra le CC.AA.

La possibilità di estrapolazione del modello sanitario spagnolo decentralizzato verso altre realtà nazionali è discutibile. Visto la singolarità dei criteri in cui si è basato questo processo di decentralizzazione. Come detto prima, dietro al processo possiamo individuare ragioni economiche, politiche ma anche storiche. Un insieme di particolarità

difficilmente condivisibili per altre realtà. Ciò nonostante, paesi come L'Italia presentano delle grandi somiglianze a livello di sviluppo istituzionale ed strutturale del sistema sanitario ma combinato con una molto maggiore diseguaglianza a livello di sviluppo economico e sociale tra le sue regioni. Malgrado ciò, un confronto fra entrambi i modelli sarebbe molto utile per individuare i punti di forza estrapolabili.

Ad ogni modo, il modello sanitario decentralizzato in Spagna è ancora un modello in trasformazione e continuo cambiamento e adattamento alle diverse realtà regionali. Bisogna quindi aspettare all'implementazione del nuovo accordo di finanziamento autonomo (2010) per fare delle valutazioni conclusive.

8. Riferimenti bibliografici.

Caballer Tarazona M., Vivas Consuelo D., Moya Clemente I. (2009) “Financiación pública, provisión privada: La medida de la eficiencia comparada”. *Revista de Administración sanitaria*. Siglo XXI. 7 N.3. 521 – 536

Costa-Font J, Moscone F (2008) “The impact of decentralization and inter-territorial interactions on Spanish health expenditure” *Empirical Economics*. 34:167-184.

Costa-Font J, Rico A (2006) “Devolution and the Interregional Inequalities in Health and Healthcare in Spain”. *Regional Studies*, Vol. 40.8, pp.875-887

Duràn A.Lara J, Van Waveren M. (2006). “Spain. Health System Review.” *Health systems in Transition*. Vol.8 N.4 European Observatory on Health Systems and Policies.

Gonzalez B, Urbanos R, Ortega P. (2004) “Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas”. *Gaceta Sanitaria*. 18(Supl 1):82-9

Lòpez Casasnovas G., Rico A. (2003) “La descentralización, parte del problema sanitario o de su solución? *Gaceta Sanitaria*. 17(4):319-26

Montero-Granados R, de Dios-Jimenez J, Martìn J (2006) “Decentralization and convergence in health among the provinces of Spain (1980-2001)” *Social Science and Medicine*.1253-1264.

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

Tarazona, E et al. (2005) La experiencia del “modelo Alzira” del Hospital de la Ribera a la Ribera-Área 10 de salud, la consolidación del modelo. *Revista de Administración Sanitaria*. Volumen 3. Número 1. pág: 83-98

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 Policy*. 90. 303-312.