

SENZA WELFARE?

Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo

Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010

La regionalizzazione dei sistemi sanitari fra pubblico e privato

Mara Tognetti Bordogna*, Annalisa Ornaghi**

Paper presentato alla Terza Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010

Sessione: nr. 7

(*) Università di Milano Bicocca
Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale
Via Bicocca degli Arcimboldi, 8
20126 Milano
mara.tognetti@unimib.it

(**)Università degli Studi di Trento
Dipartimento di Sociologia e Ricerca
Sociale
Via Verdi, 26 - 38122 Trento
annalisa.ornaghi@soc.unitn.it

«*La regionalizzazione dei sistemi sanitari fra pubblico e privato*¹»

Mara Tognetti Bordogna², Annalisa Ornaghi³

Abstract

Il processo di regionalizzazione, sviluppatosi in Italia nell'ultimo quindicennio, ha determinato notevoli trasformazioni in termini di scelte di politica sanitaria, in base alla modifica del titolo V della Costituzione, la sanità è diventata così di competenza delle Regioni.

Tali trasformazioni, che hanno avuto modalità di applicazione differenti nelle diverse Regioni italiane, sono state raggruppate sul piano teorico (Mapelli 2000), in tre principali modelli di governance dei sistemi sanitari regionali che descriveremo in modo sintetico, anche facendo riferimento a tre casi studio.

Nel nostro contributo compareremo tre sistemi sanitari regionali (Lombardia, Emilia Romagna e Calabria) appartenenti ciascuno ad uno specifico dei tre modelli teorici di riferimento, sulla base di alcune variabili (spesa sanitaria pubblica e privata, finanziamento, domanda e offerta di assistenza sanitaria di base e specialistica, ecc.) al fine di verificare se, questa differenziazione ha ragion d'essere anche sul piano empirico, oltre che sul piano teorico.

Compareremo quindi le tre regioni sulla base delle risorse pubbliche e private utilizzate e create, per capire se vi è differenza di funzionamento fra i tre modelli.

Parole chiave: sistemi sanitari regionali, decentramento, pubblico e privato, spesa sanitaria, comparazione.

¹ Il paper pur frutto di un lavoro congiunto a fini formali va attribuito in parti uguali alle autrici.

² Professore Associato di Politica Sanitaria, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Facoltà di Sociologia Università di Milano-Bicocca. Dirige dell'Osservatorio e Metodi per la Salute (OsMeSa) dell'Università Milano-Bicocca, mara.tognetti@unimib.it

³ Dottoranda in Sociologia e Ricerca Sociale, Facoltà di Sociologia, Università di Trento (Italia) e Università Paris Sorbonne (Francia). Membro dell'Osservatorio e Metodi per la Salute (OsMeSa) dell'Università Milano-Bicocca, annalisa.ornaghi@soc.unitn.it

1. Premessa

Il Servizio Sanitario Nazionale già dalla sua istituzionalizzazione è stato sottoposto sia a continui e sistematici cambiamenti (Tognetti Bordogna 1998) che a vere e proprie riforme (d.lgs. 502/92; 517/93; 229/99) finalizzati ad ottimizzare la gestione, o a contenere i costi della spesa sanitaria (Tognetti Bordogna 2010).

Di fatto, nel tempo, pur in presenza di un modello nazionale, si è andato configurando un insieme di modelli regionali la cui origine è riconducibile a questa continua transizione normativa.

Nel nostro paper dopo aver descritto sinteticamente tale processo ci soffermeremo sui modelli di welfare regionali prevalenti in Italia. Ne selezioneremo alcuni, individuando anche Regioni specifiche ascrivibili a tali modelli, per valutare, secondo un approccio comparativo, se e quanto i diversi modelli incidano sul funzionamento dei welfare regionali. In particolare sulla base dei dati a disposizione discuteremo se l'apertura al privato o meno sia riconducibile alla modellistica individuata o ad altri fattori.

2. Il processo di decentralizzazione: il modello italiano

Nell'ultimo quindicennio stiamo assistendo, in Italia, a quello che la letteratura in materia (Mapelli 2000; Neri 2008; 2009b; Tognetti Bordogna 2010, Vicarelli 2003), definisce come processo di decentralizzazione o regionalizzazione e che ha determinato notevoli trasformazioni in termini di scelte di politica sanitaria.

E' con l'attuazione della legge costituzionale n. 3 del 2001, conosciuta più semplicemente come modifica del titolo V della Costituzione, che, investendo la suddivisione dei poteri tra i diversi livelli territoriali di governo, si stabilisce una nuova ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni.

Uno dei principali settori di policy in cui le competenze sono state trasferite alle Regioni è costituito proprio dalla sanità.

La portata del cambiamento è stata rilevante e ha reso possibile una nuova fase di sviluppo, in cui gli elementi di regionalizzazione costituiscono un'occasione per un più forte radicamento, sia delle politiche per la salute, sia della programmazione e organizzazione dei servizi sanitari, nel quadro delle responsabilità regionali, senza però perdere una dimensione nazionale per l'aspetto relativo alla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Come dimostra la letteratura (Saltman, Bankauskaite, Vrangbaek 2007; Vicarelli, Neri, Pavolini 2010) a livello teorico, vengono individuati differenti cause che portano al decentramento in sanità tra quali è bene ricordare: una migliore efficienza allocativa dei governi decentrati per soddisfare bisogni e servizi; un più alto livello di partecipazione

delle comunità locali e cittadini nella costruzione del loro sistema sanitario attraverso una migliore capacità di programmazione, l'integrazione socio-sanitaria e il contenimento dei costi.

Saltman e Bankauskaite (2006), distinguono tre tipologie di decentramento: quello politico in cui la gestione e l'autorità dei sistemi sanitari sono trasferiti ai livelli sub – nazionali, quindi alle Regioni; quello amministrativo dove il trasferimento del potere è tra il centro e le periferie della stessa organizzazione; ed infine quello fiscale che consiste nel trasferimento di poteri di tassazione e spesa ai livelli sub-nazionali di governo (Rondinelli 1981; Neri 2008).

La regionalizzazione della materia sanitaria non è certamente un fatto recente, fin dalla loro nascita, nel 1970, le Regioni hanno avuto in questo settore d'intervento competenze rilevanti, le quali hanno assorbito risorse comprese fra il 60 ed il 75% dei bilanci regionali in quegli anni ed attualmente circa l'80% delle medesime (Mapelli 2001; Neri 2008).

E', però, con il varo dei decreti legislativi 502/92 e 517/93, che prende piede, in Italia, il processo di decentramento in sanità, enfatizzando il ruolo delle Regioni sul versante dell'offerta ma, allo stesso tempo, dandole notevole responsabilità sul versante delle spese (Tognetti Bordogna 1998; Maino 2001).

Questi decreti hanno comportato, per le Regioni, un nuovo assetto istituzionale in materia sanitaria, all'interno di un *framework* di regole nazionali finalizzate ad introdurre nel SSN meccanismi di concorrenza tra le organizzazioni sanitarie e all'interno di queste, metodi e tecniche di gestione tipiche delle imprese private (Neri, 2006).

Nel nostro paese, quindi, il processo di regionalizzazione, come in altri paesi europei, si è intrecciato con quello di aziendalizzazione del SSN e con l'adozione della "concorrenza amministrata" (Enthoven 1985, France 1999), successivamente evoluta verso forme di "cooperazione amministrativa" (Light 1997; Vicarelli 2002); nuovi metodi e tecniche di gestione, che seguono i principi del *New Public Management*⁴.

⁴ Il *New Public Management* è definibile come uno stile di gestione del settore pubblico, che sull'esempio delle pubbliche amministrazioni anglosassoni, vuole integrare le pratiche gestionali tradizionali di un ente pubblico con una metodologia più orientata al risultato (l'interesse pubblico), mutuata dal settore privato e mirata ad un suo maggior coinvolgimento nella gestione della cosa pubblica per consentire una maggiore elasticità ed economicità nelle prestazioni richieste, per riorganizzare le burocrazie e i relativi bilanci in modo più efficiente e per dare agli Enti stessi un ruolo che prediliga le funzioni di coordinamento e controllo alleggerendo le funzioni di diretta erogazione delle prestazioni di servizi alla cittadinanza che se compiute tramite gli iter previsti sono spesso più costose a parità di efficienza.

In Italia, però a differenza di altri paesi europei, il processo di regionalizzazione, seppur “ostacolato” da alcune linee di parziale ricentralizzazione statale, introdotte dal decreto legislativo 229/1999, ha resistito producendo risultati innovativi nel processo di aziendalizzazione e di integrazione socio sanitaria, aspetti infatti, fortemente condivisi dalla maggior parte delle Regioni.

Sul piano del governo del SSN gli atti ed i provvedimenti di rilievo nazionale sono stati adottati con il coinvolgimento formale della Conferenza Stato Regioni attraverso intese, accordi e deliberazioni che hanno prodotto l'Accordo Stato Regioni del 8 agosto 2001. La Conferenza Stato-Regioni, e i relativi accordi, rispondono quindi alla necessità di assicurare i mezzi per una fattiva collaborazione tra Stato e Regioni, rispettando, al tempo stesso, la natura decentralizzata del Servizio Sanitario Nazionale.

Sulla base di questo breve excursus storico si può affermare che la riforma costituzionale del 2001, per quanto riguarda la materia sanitaria, rappresenta sì un profondo rinnovamento istituzionale, ma è del tutto coerente con il processo pluridecennale di regionalizzazione del sistema sanitario.

3. I differenti modelli di sistema sanitario regionale: tre case studies

Come anticipato nel paragrafo precedente con l'evoluzione del processo di regionalizzazione spetta alle singole Regioni stabilire l'assetto organizzativo e regolativo dei propri Servizi Sanitari Regionali, determinando di conseguenza differenti configurazioni nell'offerta e nella regolazione dell'assistenza sanitaria non solo, come in passato, dal punto di vista della quantità, della qualità e dell'efficienza dei servizi, ma anche sotto il profilo delle regole volte a disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale (Ssr) ed i rapporti che intercorrono fra i diversi soggetti istituzionali (Tognetti Bordogna 2010).

Per quanto riguarda l'offerta, le Regioni possono scegliere fra un forte grado di integrazione fra le funzioni di finanziamento e produzione, mantenendole entrambe all'interno dell'ASL, oppure possono separare le due funzioni, mantenendo la prima in capo all'ASL e attribuendo la seconda alle Aziende Ospedaliere, che riuniscono le strutture di produzione dei servizi scorporate dalle ASL (Neri 2006).

Il sistema sanitario italiano, a fianco del pubblico, conta su una serie di produttori privati accreditati sia profit che non-profit (Tognetti Bordogna 2010). Tutte le Regioni hanno previsto tetti di spesa a carico del SSN, che il più delle volte non vengono rispettati (Cantù, Carbone 2007), mentre i cittadini possono scegliere liberamente la struttura a cui rivolgersi fra quelle accreditate o pubbliche.

Tab. 1 Ripartizione regionale per tipologia di ASL e numero di Aziende Ospedaliere, Anno 2006

Regione	ASL				ASL %			Numero A.O.	Abitanti per AO
	Integrate	Miste	Separate	Tot.	Integrate	Miste	Separate		
Piemonte	17	5	-	22	77%	23%	-	8	533.777
Valle d'Aosta	1	-	-	1	100%	-	-	-	-
Lombardia*	1	-	14	15	7%	-	93%	29	318.855
P.A. di Bolzano	4	-	-	4	100%	-	-	-	-
P.A. di Trento	1	-	-	1	100%	-	-	-	-
Veneto	19	2	-	21	90%	10%	-	2	2.321.450
Friuli-Venezia Giulia	2	3	1	6	33%	50%	17%	3	399.396
Liguria	3	2	-	5	60%	40%	-	3	525.825
Emilia-Romagna*	6	5	-	11	55%	45%	-	5	816.096
Toscana	9	3	-	12	75%	25%	-	4	891.518
Umbria	2	2	-	4	50%	50%	-	2	424.011
Marche	-	1	-	1	-	100%	-	2	752.414
Lazio	8	4	-	12	67%	33%	-	5	1.041.028
Abruzzo	6	-	-	6	100%	-	-	-	-
Molise	1	-	-	1	100%	-	-	-	-
Campania	8	5	-	13	62%	38%	-	8	720.044
Puglia	10	2	-	12	83%	17%	-	2	2.020.495
Basilicata	3	2	-	5	60%	40%	-	2	298.500
Calabria*	8	3	-	11	73%	27%	-	4	502.835
Sicilia	-	9	-	9	-	100%	-	17	294.310
Sardegna	7	1	-	8	88%	12%	-	2	821.548
ITALIA	113	48	15	180	65%	27%	8%	98	596.786

Fonte: nostra elaborazione su dati Formez, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Quaderni Formez n.57, Formez, Roma, 2007.

Osservando la tabella (Tab.1) per quanto concerne la tipologia di Asl, possiamo notare, come vi sia una forte differenziazione fra le Regioni, in base alla modalità di gestione. Vi è, infatti, in Lombardia, una netta prevalenza (93%) di ASL separate, mentre in Sicilia, nel Lazio in Campania, Calabria, Veneto e Abruzzo vi è una preponderante presenza di ASL integrate (oltre il 60%), pur in presenza di ASL miste.

Se guardiamo il caso emiliano romagnolo, perfettamente in linea con il modello teorico di riferimento, abbiamo una partizione pressoché uguale tra ASL integrate (55%) e miste (45%).

Tab. 2 Ripartizione per regione dei posti letto in strutture private accreditate e pubbliche e private non ASL, Anno 2006 (Valori %)

Regione	Numero A.O.	Totale posti letto privati (%)	Totale posti letto in strutture non ASL (%)
Piemonte	8	20%	58%
Valle d'Aosta	0	0	0
Lombardia*	29	21%	99%
P.A. di Bolzano	0	14%	16%
P.A. di Trento	0	19%	30%
Veneto	2	6%	35%
Friuli-Venezia Giulia	3	11%	73%
Liguria	3	2%	55%
Emilia-Romagna*	5	19%	50%
Toscana	4	14%	44%
Umbria	2	8%	54%
Marche	2	16%	42%
Lazio	5	30%	73%
Abruzzo	0	20%	23%
Molise	0	13%	32%
Campania	8	29%	67%
Puglia	2	16%	47%
Basilicata	2	3%	41%
Calabria*	4	37%	65%
Sicilia	17	21%	74%
Sardegna	2	20%	31%
ITALIA	98	20%	62%

* Abbiamo evidenziato in rosso le tre regioni che saranno, nei prossimi paragrafi di questo paper, utilizzati come studi di caso.

Fonte: Nostra elaborazione su dati: Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Anno 2006*, Ministero della Salute, Roma, 2008.

Come si evince dalla tabella Tab.2 l'offerta privata risulta consistente nelle regioni del Sud Italia (Calabria, Campania, Sicilia) ma anche in Lombardia e nel Lazio.

Si deduce, inoltre, come in Lombardia, dove il modello di gestione è separato, vi sia una prevalenza di posti letto non gestiti dall'ASL (99%), seguono Regioni (Sicilia, Lazio, Campania e Calabria), in cui prevale la gestione separata, seguite da Regioni (Veneto, Abruzzo, Sardegna ecc.) dove i posti letto non gestiti dalle Asl sono meno di un terzo.

Sulla base di quanto contenuto nelle due tabelle (Tab. 1 e Tab. 2) emergono differenziazioni regionali nei modelli di gestione dei Ssr. Infatti già in letteratura (France 1999, Mapelli, 2000; Neri, 2006;2008; Formez 2007, Tognetti Bordogna 2010), sulla base di alcune variabili, sono stati individuati tre modelli di *governance* dei SSR quali:

- **Modello competitivo** che si fonda sulla competizione tra le organizzazioni sanitarie, tipico della Regione Lombardia (Tognetti Bordogna 2010).
- **Modello cooperativo o integrato** fra le diverse organizzazioni sanitarie e che ritroviamo fra le Regioni centro settentrionali (Toscana, Emilia Romagna) e quelle del Nord Est (Veneto, Friuli Venezia Giulia) le quali si rifanno ad una programmazione negoziata.
- **Modello residuale-incrementale** o burocratico in cui sono ancora, in buona misura, i tradizionali modelli burocratici di governo a gestire i sistemi, ciò si verifica in particolare nelle Regioni meridionali (Campania, Calabria, Basilicata).

All'interno di questi modelli abbiamo scelto di selezionare tre *case studies*, uno per modello ed in particolare nel primo la Regione Lombardia, nel secondo la Regione Emilia Romagna e nel terzo la Regione Calabria.

Nei sistemi sanitari regionali, esemplificativi delle differenti realtà, considereremo, secondo un approccio comparato, alcune variabili che riteniamo rilevanti (spesa sanitaria pubblica e privata, finanziamento, domanda e offerta di assistenza sanitaria pubblica e privata) per vedere se, sul piano empirico esistono modalità di funzionamento riconducibili alla tipologia sopra elencata o se, al contrario, vi siano elementi di specificità non dipendenti dai modelli citati.

3.1 Lombardia (il modello lombardo)

La politica sanitaria della Regione Lombardia si distingue, nel panorama nazionale, per una serie di importanti tratti peculiari, nel 1997 sono state introdotte le prime innovazioni nel sistema. La legge regionale n.31 del 1997 (“Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”) prevede la riorganizzazione delle 16 Aziende ospedaliere⁵ e la costituzione di altre 11, accanto ad ospedali che restano ancora a gestione diretta delle ASL.

Il processo di trasformazione dei servizi sanitari ha portato ad un modello di Ssr che prevede una pluralità di soggetti erogatori, pubblici e privati accreditati, che possono operare all'interno del Ssr in concorrenza tra loro e fra i quali i pazienti hanno piena libertà di scelta. Questo modello infatti si fonda su un'ampia fiducia nella capacità del cittadino di scegliere tra i diversi produttori di servizi, siano essi accreditati, pubblici o privati presenti sul territorio nazionale (Neri 2008; Tognetti Bordogna 2010).

Dal lato dell'offerta quindi con questo modello vengono premiati gli erogatori che sono in grado di attrarre il maggior numero di pazienti, seguendo il principio del *money follows the patients*. Il consumatore diventa il “sovrano virtuale” essendo libero di usare

⁵ Le Aziende Ospedaliere, attualmente operanti in Lombardia, sono 29.

qualsiasi fornitore accreditato che viene poi remunerato sulla base delle prestazioni rese.

Dal 2002 la Regione Lombardia ha rivisitato il suo modello, limitando fortemente l'accesso di nuovi erogatori accreditati, le Asl inoltre negoziano con i soggetti produttori e stipulano contratti con i fornitori, selezionati tra quelli accreditati, che sono in grado di fornire le prestazioni al miglior rapporto qualità - prezzo.

Ancora una volta i pazienti sono liberi di scegliere ma solo tra i fornitori con i quali sono stati stipulati contratti; il principio della libertà di scelta continua ad essere garantito ma di fatto, con dei limiti.

Alle Asl viene restituito il ruolo di programmatore e i contratti sono utilizzati per controllare la spesa attraverso tetti di spesa definiti per singolo erogatore, in questo modo la Regione pur mantenendo costante l'orientamento ad una maggiore privatizzazione del sistema ne attenua fortemente meccanismi competitivi (Neri 2009a)

3.2 Emilia Romagna (il modello integrato)

Esemplificativo del secondo modello di governance dei servizi sanitari regionali, basato sui principi di cooperazione o integrazione tra le organizzazioni sanitarie, indipendentemente dalla loro natura, risulta essere quello emiliano romagnolo.

Questo si fonda, principalmente, sulla costruzione di reti di offerta di servizi nel quale ogni struttura costituisce un nodo essenziale della rete stessa pur in un rapporto di complementarità con gli altri nodi (Neri 2008; Tognetti Bordogna 2010).

In questo modello di Ssr il ruolo giocato dalla programmazione regionale e locale è fondamentale, in particolare in Emilia – Romagna si ha una programmazione di tipo negoziato che si realizza attraverso l'uso di accordi contrattuali tra committenti e produttori, quindi, tra gli attori coinvolti nella progettazione e nella gestione dell'offerta sanitaria (Neri 2008).

In questa Regione, inoltre, si è scelto di costituire un numero limitato di AO concentrando molti servizi e interventi in poche strutture di grandi dimensioni, seguendo, quindi, il principio di razionalizzazione, al fine di ridurre i costi ed aumentare i livelli di qualità dei servizi erogati. In questa tipologia i nuovi processi di accreditamento di soggetti privati sono molto limitati e ben controllati.

Infine seguendo quello che è stato definito come “modello della programmazione limitata”, abbiamo un forte coinvolgimento sia di organizzazioni pubbliche che private a livello sia regionale che locale (Formez 2007; Tognetti Bordogna 2010).

3.3 Calabria (il modello burocratico)

Il modello residuale – incrementale in cui possiamo inserire la Regione Calabria può essere definito (Formez 2007) anche come modello *burocratico* poiché scaturisce dalla stessa L. 833/78 e si affida prevalentemente a modelli burocratici di tipo gerarchico con scarsi meccanismi di programmazione e controllo manageriale e per l'assenza di accordi contrattuali.

Esso oggi “sopravvive” in quelle Regioni, prevalentemente nel Sud Italia, che non hanno pienamente attuato il governo manageriale ed il processo di programmazione negoziata e di contrattazione dei budget (D.Lgs. 229/99, Riforma Bindi).

Le AO sono governate con finanziamenti diretti dalla Regione o con accordi che fissano i tetti di spesa.

Come detto, questo modello risulta prevalente nelle Regioni del Sud Italia, Regioni che scontano anche un contesto sociale e sanitario più difficile, dove la presenza dei privati accreditati è più forte e le Aziende sanitarie subiscono una “concorrenza passiva” del privato (Formez 2007).

Descritte le principali caratteristiche dei SSR considerati passiamo ora ad analizzare e confrontare, attraverso il ricorso ad alcune analisi di tipo secondario, le tre regioni da noi considerate in relazione ad alcune variabili di spesa sanitaria pubblica e privata.

4. La comparazione dei tre modelli: alcuni dati

Per le nostre analisi secondarie utilizzeremo, in un primo tempo, dati provenienti dal database Istat “*Health for All*”, per inquadrare l'evoluzione dei Ssr scelti, anche da un punto di vista storico.

In un secondo tempo individueremo possibili differenze regionali in termini di domanda e offerta di salute, ma anche di performance dei sistemi sanitari. A tal fine ci avvarremo, per le nostre analisi, della tecnica *multidimensional scaling*⁶ affinché si possano mostrare anche graficamente le eventuali distanze esistenti tra le regioni italiane, sulla base di una serie di indicatori selezionati⁷.

⁶ Il *Multidimensional Scaling* (MDS) è una tecnica esplorativa dei dati che permette di ottenere una rappresentazione di oggetti in uno spazio a k dimensioni, partendo da informazioni relative alla “similarità” (o dissimilarità) tra ciascuna coppia di oggetti. (Corbetta 1992)

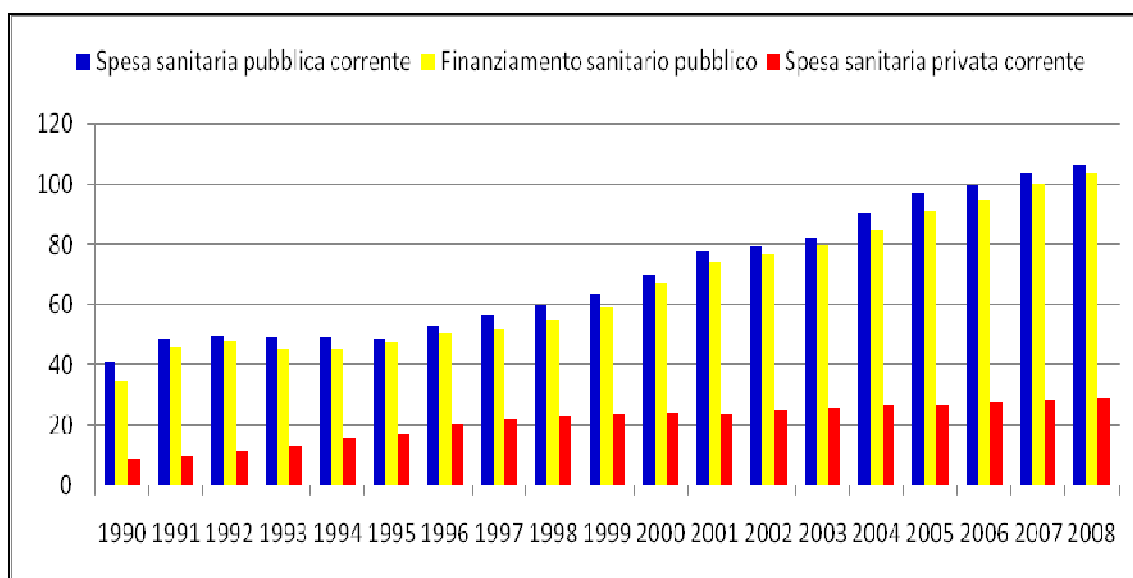
⁷ Sono stati presi in considerazione differenti indicatori, selezionati nel Rapporto Formez (2007), tra i quali è bene ricordare: tasso di mortalità assoluto (maschi e femmine) per 10.000 abitanti; % di popolazione residente over 65 anni; soggetti con almeno 1 malattia cronica o invalidità; numero di posti letto per 1.000 abitanti; spesa sanitaria netta pro-capite; posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali; soddisfazione dell'assistenza medica ricevuta per 100 ricoverati.

Successivamente utilizzando dati provenienti dall'indagine Multiscopo Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" applicheremo una *Cluster-Analysis* gerarchica allo scopo di individuare empiricamente un certo numero di macro-gruppi regionali in base al grado di dissimilarità tra loro.

La domanda di ricerca che ci siamo posti è se le tre regioni prese in considerazione appartengono allo stesso raggruppamento di elementi omogenei nell'insieme di dati selezionati per questo studio oppure differiscono tra loro in relazione o meno al modello teorico di classificazione precedentemente illustrato.

Partendo da alcuni dati di contesto se osserviamo la figura sottostante (Fig.1) emerge come la spesa sanitaria in Italia abbia avuto dal 1990 al 2008 una crescita costante indipendentemente che essa sia pubblica o privata. Incremento che pone in luce come le diverse azioni volte proprio al contenimento della stessa, pensiamo ad esempio ai decreti legislativi degli anni '90, non siano riuscite a raggiungere a pieno l'obiettivo (Tognetti Bordogna 2010).

Fig. 1 Spesa sanitaria pubblica e privata e finanziamento sanitario pubblico (Euro, miliardi), Anni 1990 – 2008.



Fonte: ns. elaborazione su dati Relazione generale sulla Situazione Economica del Paese 2008.

Tab. 3 Ripartizione per regione della spesa sanitaria privata delle famiglie, Anni 2006

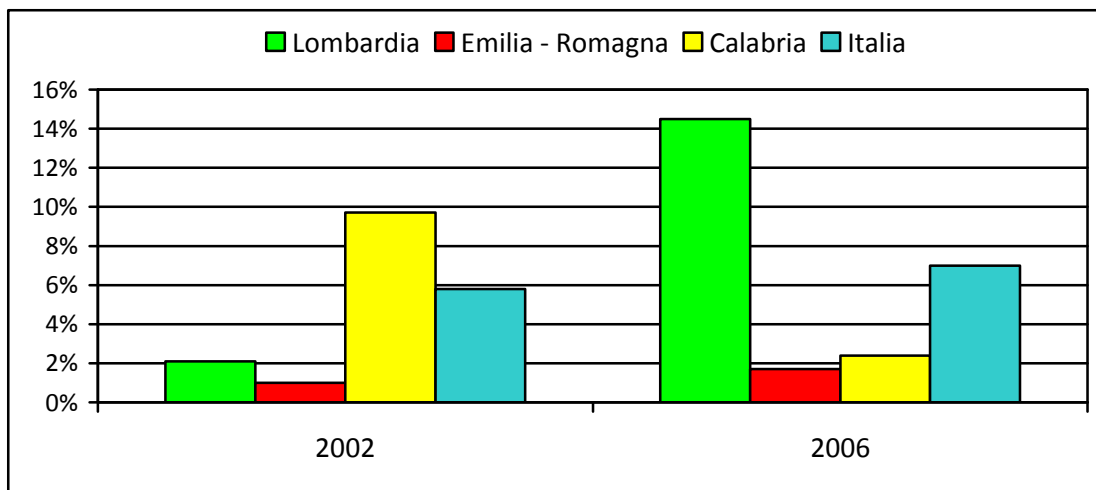
Regioni	2006
Piemonte	24,77
Valle d'Aosta	21,21
Lombardia	25,87
Trentino A.A.	20,91
Veneto	23,67
Friuli V.G.	28,24
Liguria	21,44
Emilia Romagna	26,83
Toscana	22,99
Umbria	18,99
Marche	21,39
Lazio	20,7
Abruzzo	17,19
Molise	18,16
Campania	17,69
Puglia	18,77
Basilicata	15,17
Calabria	20,22
Sicilia	15,26
Sardegna	17,64
ITALIA	21,8

Fonte: ns. elaborazione su dati Istat *Annuario Statistico Italiano* 2008.

La tabella 3 ci mostra come la quota di spesa sanitaria privata delle famiglie sia abbastanza elevata in tutta Italia ma se confrontiamo i dati con quelli di anni precedenti (ISTAT 2006), risulta sostanzialmente in aumento in alcune regioni del Nord (Emilia Romagna 26,83; Lombardia 25,87) e bassa, sotto la media nazionale (Italia 21,8), in alcune regioni del Sud Italia (Calabria 20,22).

Se andiamo ad analizzare, la spesa pro capite dei cittadini pesata per ticket e compartecipazione (Fig.2) notiamo, ancora una volta, come i nostri tre *case studies* si collochino ciascuno perfettamente in linea nel modello teorico di riferimento. In particolare è interessante sottolineare come in Lombardia la spesa pro capite sia passata dal 2,10 % del totale nel 2002 al 14,50 % del totale nel 2006, questo netto aumento può essere ricondotto anche alle modifiche del Ssr lombardo che sono state implementate proprio dal 2002. Altro valore singolare è costituito dalla forte diminuzione che ha interessato i cittadini calabresi passando dal 9,70% del 2002 al 2,40% del 2006.

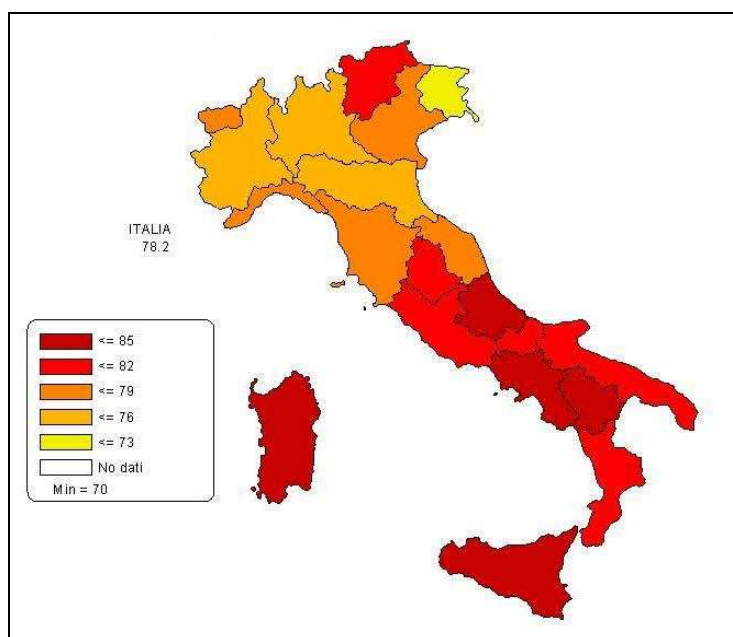
Fig. 2 Spesa pro capite pesata per ticket e compartecipazione, Anni 2002, 2006 (Val.%).



Fonte: ns. elaborazione su dati dell'Osservatorio sulla salute nelle regioni, 2008

Dalla figura 3 si evince invece come la percentuale di spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale, sia pressoché simile nei primi due *case studies* (Lombardia 74.13; Emilia Romagna 73.17) e sotto la media nazionale (78.2), mentre possiamo notare come la Regione Calabria abbia una percentuale di spesa pubblica superiore alla media (79.78) posizionandosi tra le più alte a livello nazionale, tipico del modello burocratico.

Fig. 3 Mappa della distribuzione % della spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale regionale, Italia, Anno 2006.



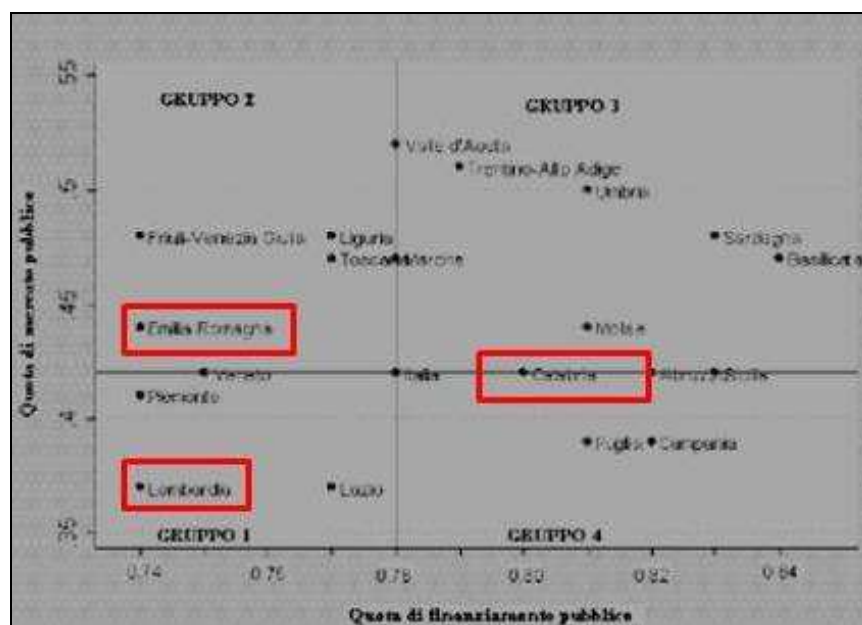
Fonte: ns. elaborazione su dati Health For All 2008

Analizzando adesso la quota di finanziamento pubblico e di mercato pubblico (Fig.4) possiamo ripartire le regioni italiane in quattro gruppi: nel primo quadrante in basso a sinistra, troviamo le regioni che delegano in maniera consistente la fornitura dei servizi al privato e qui, ovviamente, trova rappresentazione la Regione Lombardia. Nel secondo gruppo, quadrante in alto a sinistra, troviamo le regioni che delegano i servizi ai privati seppur la maggior parte dei servizi siano pubblici, in questo gruppo rientra il modello integrato ed in particolare l'Emilia Romagna.

Nel terzo gruppo (quadrante in alto a destra) troviamo quelle regioni in cui il settore pubblico è prevalente dal lato, sia del finanziamento, che della fornitura di servizi (finanziamento e fornitura diretta maggiore della media).

Infine il quarto gruppo è costituito da quelle regioni che hanno un finanziamento pubblico maggiore della media ma la fornitura diretta dei servizi ha valori inferiori alla media (Lazio, Puglia, Campania). Interessante evidenziare come la Regione Calabria si disponga, con valori "al limite", tra il 3 e il 4 gruppo.

Fig. 4 Gruppi di regioni in base alla quota di finanziamento e di mercato pubblico.



Fonte: Osservatorio sulla salute nelle regioni, *Rapporto osserva salute 2008*

Un'altra variabile da considerare, per il nostro studio, è relativa alla spesa farmaceutica, sia pubblica che privata, e come si evince dalla tabella sottostante (Tab.4), ancora una volta, Lombardia (35,38% della spesa totale) ed Emilia – Romagna (38,69% della spesa totale) hanno valori superiori alla media nazionale (31,09% della spesa totale) mentre in Calabria registriamo valori nettamente inferiori (22,79% della spesa totale).

Ipotizziamo valori così alti in Emilia – Romagna poiché in questa regione la consistenza di popolazione anziana è forte (indice di invecchiamento nel 2005 pari a 183,34) e, di norma, ad essa corrisponde un alto uso di farmaci.

Tab. 4 Spesa farmaceutica totale lorda pro capite in euro (pesata per età) e spesa farmaceutica privata pro capite in % della spesa farmaceutica totale, Anno 2005

Regione	Spesa lorda pro capite totale in €	Spesa privata (% della spesa totale)
Lombardia	320.80	35,38
Emilia – Romagna	313.50	38,69
Calabria	358.90	22,79
Italia	336.10	31,09

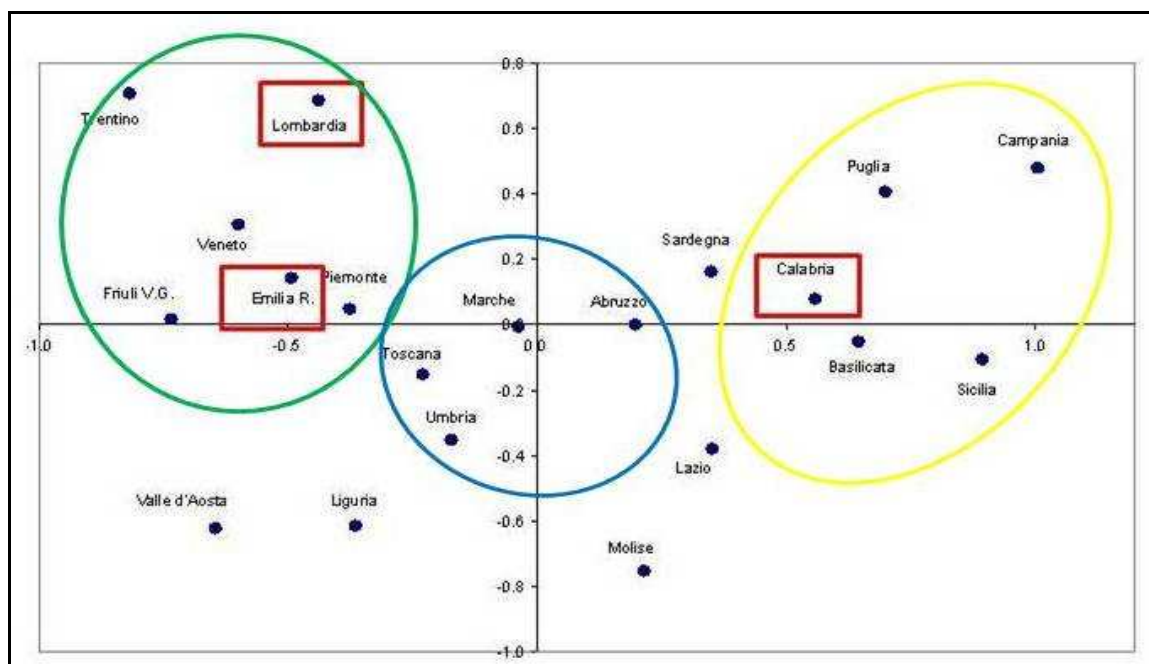
Fonte: ns. elaborazione su dati dell'Osservatorio sui Medicinali, Ministero della Salute, *L'uso dei farmaci in Italia*, 2006

Interessante evidenziare, però, che ad una bassa percentuale di spesa privata corrisponda un'alta spesa lorda pro capite totale.

Per cercare di rispondere alla domanda di ricerca che ci siamo posti per questo lavoro, andiamo ora ad indagare le relazioni esistenti tra le caratteristiche contestuali regionali e le condizioni di salute della popolazione in esso residenti al fine di caratterizzare le regioni in base alla domanda e all'offerta di cura ma anche alle performance del sistema in termini di qualità e quantità dei servizi e delle prestazioni erogate.

La figura sottostante (Fig. 5) mostra la distribuzione regionale sul piano cartesiano.

Fig. 5 La distribuzione regionale sul piano cartesiano



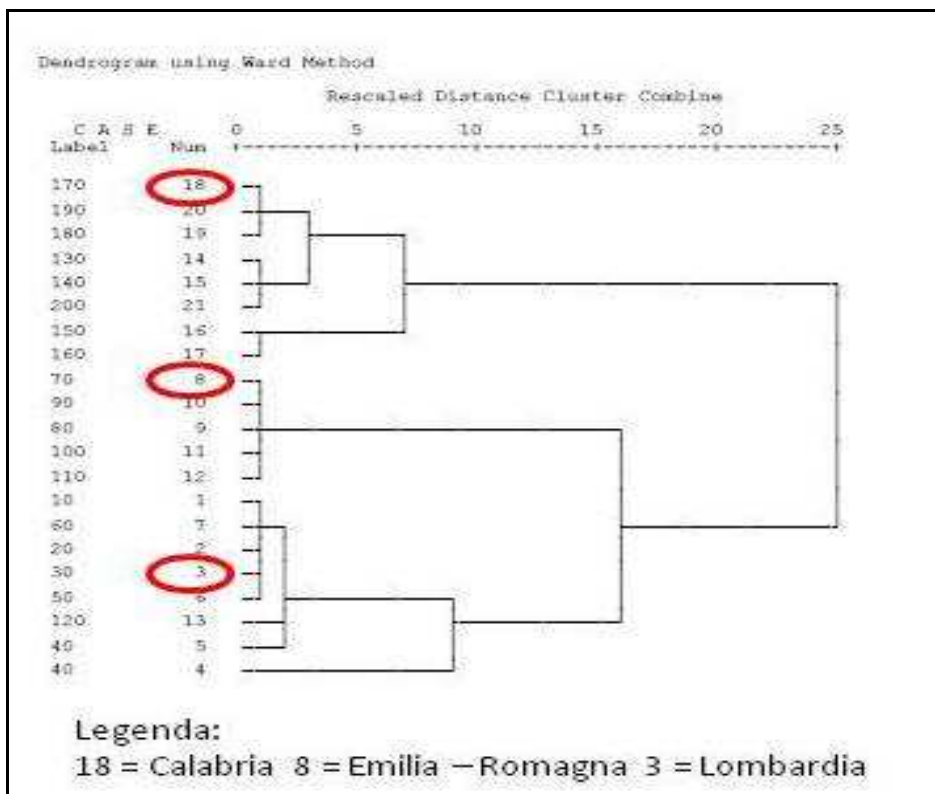
Fonte: ns. elaborazione su dati Formez (2007)

Come si evince dal grafico possiamo individuare tre tipologie di Ssr, nel quadrante in alto a sinistra troviamo, evidenziate in verde, le regioni del Nord-Est e la Lombardia, caratterizzate da un'alta performance e da una bassa domanda di salute. Con valori intermedi abbiamo regioni come Marche, Umbria. Riscontriamo nel quadrante in alto a destra le Regioni del Sud Italia come Campania, Puglia, Calabria, Basilicata e Sicilia, che si caratterizzano per avere valori di offerta e di performance relativamente basse.

Seppure compresi i primi due modelli nello stesso gruppo di regioni, ancora una volta, i modelli teorici di riferimento sono sostenuti da prove empiriche. Questa convergenza tra i modelli potrebbe dipendere dall'attuazione di scelte di governance simili (Neri 2009a). Modelli teorici che, come abbiamo visto in precedenza, si ispirano a principi molto differenti tra loro, nella realtà operativa si stanno allineando su linee d'intervento, meno diverse da quanto si creda.

Giungendo ora all'ultimo passaggio della nostra comparazione dei Ssr, l'analisi gerarchica presente in figura 6, mostra le distanze nelle combinazioni dei cluster partendo da un numero di cluster uguale a quello del numero delle regioni italiane (21), seguendo le regole della *cluster analysis*, i casi più simili vengono aggregati tra loro, ad ogni passaggio, fino ad arrivare ad un unico cluster che unisce tutte le regioni.

Fig. 6 Dendrogramma (*rescaled distance cluster combine, using Ward Method*)



Fonte: ns. elaborazione su dati Istat (2006)

Analizzando nel dettaglio il dendrogramma possiamo considerare di raggiungere una buona segmentazione con tre cluster, ciascuno con all'interno uno dei nostri tre *case studies*.

Ancora una volta si dimostra come la modellistica teorica sia confermata a livello empirico.

5. Conclusioni

Dopo aver percorso l'evoluzione della governance dei sistemi sanitari regionali ed individuato degli studi di caso emblematici dei modelli teorici esistenti, possiamo giungere ad alcune considerazioni conclusive del nostro lavoro, al fine di individuare affinità e divergenze anche sul piano empirico, oltre che su quello teorico.

Le riforme introdotte negli anni '90, in Italia, come abbiamo visto erano volte principalmente al contenimento della spesa sanitaria, in generale in tutto il paese, anche nelle tre Regioni analizzate. Ciò nonostante, l'incremento della spesa è stato progressivo nel tempo con il conseguente fallimento degli obiettivi stabiliti, indipendentemente quindi dal modello organizzativo ad esso sotteso (Tognetti Bordogna 2010).

I livelli regionali di spesa pubblica anch'essi sono in costante aumento così come la spesa sanitaria privata delle famiglie. Dalle nostre analisi si evince come la percentuale di spesa pubblica sulla spesa totale sia molto più rilevante nelle regioni del Sud Italia rispetto a quelle del Nord, questo coincide con un particolare modello di governance (di tipo burocratico) seguito principalmente dalla regioni del Sud Italia.

Negli ultimi anni, come anche i dati a nostra disposizione hanno evidenziato (fig. 5), stanno predominando elementi di convergenza tra i sistemi sanitari regionali, in particolare, tra il modello lombardo e quello cooperativo - integrato seppur ispirati, come ci ricorda la letteratura (Mapelli 2000, Formez 2007, Neri 2008) da principi molto diversi tra loro, questo può essere attribuito anche alla riduzione dei meccanismi competitivi in sanità.

Inoltre la quota di spesa sanitaria delle famiglie risulta elevata in tutta Italia e tra le più alte in Europa, elemento che condiziona le scelte di salute della popolazione, in particolare quella con risorse limitate.

In sintesi i tre diversi casi considerati trovano conferma sul piano empirico, a modelli teorici differenti corrispondono spese diverse sia pubbliche che private anche se negli ultimi anni stiamo assistendo a fasi di convergenza che permettono l'avvicinamento tra modelli.

Bibliografia di riferimento

- Cantù C., Carbone C., “I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?”, in Anessi Pessina E., Cantù E., (a cura di) *L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2007*, Egea, Milano, 2007.
- Corbetta P., *Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali*, Il Mulino, Bologna 1992.
- Enthoven A., *Reflections on the management of the National Health Service*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985
- France G., (a cura di), *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato. Il caso della concorrenza nel SSN*, Giuffré, Milano, 1999.
- Formez, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Quaderni Formez n.57, Roma, 2007.
- Istat, *Annuario Statistico Italiano*, Istat, Roma 2006.
- Light D., “From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and lessons from the British Experience” in *The Milbank Quarterly* n.3, 1997.
- Lucchini, M., Sarti S. e Tognetti, M. “I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute”, in Brandolini A., Saraceno C. e Schizzerotto A., (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Il Mulino, Bologna, 2009 pp.165-189.
- Maino F., *La politica sanitaria in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- Mapelli V., “Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali” in Bernardi L., (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000*, Il Mulino, Bologna, 2000.
- Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Anno 2006*, Ministero della Salute, Roma, 2008.
- Neri S., *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Concorrenza, cooperazione, programmazione*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- Neri S., “La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario”, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 3, 2008.
- Neri S., “Convergenza e divergenza nell’evoluzione recente dei servizi sanitari nazionali. Un confronto tra Regno Unito e Italia” in *Stato e Mercato* n. 87 2009a, pp. 327 – 356.

Neri, S., *The Development of Health Care Policy and the New Governance of the NHS in Italy*, paper presented at 7th ESPAnet Conference, Stream 14 on Health Policies and Health Inequalities, Urbino, 17-19 September, 2009b <http://www.espanet-italia.net/conference2009/>

Osservatorio sulla salute nelle regioni, *Rapporto osserva salute 2008*, cicl, 2008.

Osservatorio sui Medicinali, Ministero della Salute, *L'uso dei farmaci in Italia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2006 disponibile sul sito: <http://www.agenziadelfarmaco.it>

Pavolini E., Vicarelli G., *La performance del sistema sanitario italiano nel periodo della regionalizzazione*, , paper presented at 7th ESPAnet Conference Urbino, 17-19 September, 2009b <http://www.espanet-italia.net/conference2009/>

Rondinelli D.A., "Government decentralization in comparative perspective: theory and practice in developing countries" in *International Review of Administrative Science*, n.47 1981, pp. 133 – 145.

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

Tognetti Bordogna M., *Lineamenti di politica sociale*, FrancoAngeli, Milano, 1998.

Tognetti Bordogna M., "L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento", in AA.VV, *Cento anni della nascita degli ordini dei medici*, Poligrafica dello Stato, Roma FNOMCeO, 2010.

Tognetti Bordogna M., «Les modèles de welfare sanitaires et les médecines non conventionnelles» in *Revue Sociologie Santé*, 2010, in corso di stampa.

Vicarelli G. "La sovranità dissolta? Modelli di regolazione dei sistemi sanitari europei", in *Politiche Sanitarie*, n.3, 2002, pp.64-92.

Vicarelli G., (a cura di), *Il malessere del welfare*, Liguori Editore, Napoli, 2005.

Vicarelli G., Neri S., Pavolini E., *Is decentralisation good for health? Lesson from the Italian NHS*, paper presentato a ISA World Conference, RC15 Health Policy Session, 11 – 17 Luglio 2010, Gothenburg, Svezia.

WHO *European Health for All Database* WHO Regional Office for Europe Copenhagen, 2010. (www.euro.who.int/HFADB)