

**Attuare il decentramento dei sistemi sanitari in Europa:
alla ricerca di lezioni politiche**

Richard B. Saltman ^{1,2} and Vaida Bankauskaite ¹

¹European Observatory on Health Systems and Policies
Ministerio de Sanidad y Consumo
DG de Planificación Sanitaria
Paseo del Prado, 18-20, 10.13
E-28071 Madrid, Spain

²Department of Health Policy and Management
Rollins School of Public Health
Emory University
1518 Clifton Road NE
Atlanta, US

9 Ottobre 2004

I. Introduzione

Il concetto di decentramento sta diventando una delle chiavi della politica sanitaria in un numero crescente di paesi dell'Europa occidentale. Quello che un tempo era limitato ai paesi nordici e alla Svizzera è divenuto uno dei principi centrali della politica sanitaria in Spagna e in Italia, nel Regno Unito (Scozia, Galles e Irlanda del Nord) sia pure in un contesto diverso, e in misura minore anche in Francia e Portogallo. Sotto determinati aspetti decentramento è ormai sinonimo di rafforzamento del processo di regionalizzazione non solo per quanto riguarda la sanità pubblica, ma anche in ambiti sociali e politici di più ampio respiro, e costituisce in un certo senso il tessuto connettivo culturale di un'Europa in cui un numero sempre maggiore di competenze dello stato sovrano sono esercitate al livello sovranazionale dell'Unione Europea.

Nonostante la sua diffusa adozione, il significato effettivo del concetto di decentramento rimane tuttavia complesso, erratico e apportatore di confusione. Paesi diversi lo utilizzano come fondamento di strategie differenti nel perseguimento di obiettivi politici divergenti. Inoltre, come dimostra la varietà dei casi presentati al workshop dell'Osservatorio Europeo nel marzo 2004, gli sforzi per attuare il decentramento in alcuni aspetti della sanità pubblica hanno dato vita ad un ri-accentramento di altre dimensioni chiave del settore – di fatto, il decentramento è spesso apparso condizionato dal parziale ri-accentramento di attività collegate.

Gli sforzi fatti in precedenza per individuare una definizione operativa flessibile di decentramento riflettono l'impostazione tipica o della pubblica amministrazione o della teoria economica. Il più conosciuto fra i tentativi di definire il decentramento secondo il

punto di vista dell'amministrazione pubblica è quello di Rondinelli (1983), che ha generato il modello strutturale basato su devoluzione, de-concentramento, delega e privatizzazione. In modo alquanto diverso, molti economisti sono stati attratti da una impostazione basata sull'imposizione dei tributi, che hanno deciso di denominare "federalismo fiscale" (Musgrave, 1959; Oates, 1972).

Per quanto utili al fine di chiarire alcuni aspetti del decentramento, le due impostazioni sono parziali, e quindi non riescono a cogliere l'intero spettro delle attività oggi collegate al decentramento nel settore della sanità in Europa. In particolare, quella basata sul federalismo fiscale si appropria, senza averne titolo, di uno status legislativo e/o costituzionale – la struttura federale di governo - per definire quello che è tipicamente e in senso stretto un insieme di rapporti finanziari imposti dall'amministrazione. Molti sono i rapporti fra i diversi livelli di governo che, quando comportano l'assegnazione di responsabilità fiscali fra due o più livelli, richiedono un qualche grado di decentramento, ma solo quelli che rientrano nell'ambito di un ristretto numero di stati a struttura federale (nell'Europa occidentale solo la Germania e la Svizzera) riflettono problematiche di natura propriamente federale.

Obiettivo di questa relazione è superare i limiti operativi delle impostazioni parziali citate e sviluppare una cornice di natura più funzionale che ponga l'accento sul contenuto dell'attività di decentramento. L'uso che facciamo del termine 'funzionale' è diverso da quello che ne fa Rondinelli (1981) per indicare segmenti specifici di servizi sociali (es.: assistenza sanitaria rispetto a educazione); ci concentriamo piuttosto sulle varie categorie di attività operative nell'ambito di ciascun servizio sociale specifico – nella fattispecie, nell'ambito dei sistemi di assistenza sanitaria. A questo proposito abbiamo applicato la tipologia di Wolman (1990) delle tre dimensioni -amministrativa, economica e politica-

adattandola alle realtà politiche della sanità in Europa. Più specificamente, secondo una analoga linea basata sul contenuto tracciata di recente in una pubblicazione di sintesi della Banca Mondiale (Litvak et al., 1998), definiamo il decentramento nei termini di tre dimensioni funzionali chiave: politica, amministrativa e fiscale. Includiamo poi come sottocategorie nell'ambito del decentramento amministrativo alcune recenti innovazioni gestionali, fra cui il *New Public Management* (NPM), e, al suo interno, il ruolo importante e crescente delle aziende pubbliche a gestione indipendente.

Dato che queste tre chiavi funzionali non sono (e non possono essere) del tutto discrete nella pratica, in una sezione successiva della relazione prendiamo in esame le loro interrelazioni, concentrandoci sull'attuazione del decentramento in alcuni casi nazionali specifici. Siamo convinti che le complesse interazioni fra le forme di decentramento dei sistemi sanitari reali non indeboliscano, ma anzi rafforzino la loro utilità analitica. La relazione termina con una breve valutazione delle differenze fra l'impostazione trivalente che proponiamo e quella tradizionale orientata alla struttura di Rondinelli.

Vale la pena di sottolineare due punti: in primo luogo questa relazione si concentra prevalentemente sui sistemi dell'Europa occidentale finanziati dal contribuente; in secondo luogo, la relazione in generale -e la sezione sull'attuazione in particolare- trae ispirazione da uno studio attualmente in corso dell'Osservatorio Europeo sul decentramento, che sarà pubblicato nell'autunno del 2005.

II. Definizione di decentramento politico

Tradizionalmente il concetto di decentramento politico indica il passaggio di responsabilità politiche all'interno di uno stato da un livello più centrale a un livello più locale. Pollitt (1994) lo definisce in modo abbastanza semplice come spostamento dell'autorità a livelli di

governo più bassi. In paesi e/o sistemi sanitari diversi questo può significare da nazionale a regionale o da regionale a comunale. In Finlandia, dove non esiste un livello regionale indipendente, il decentramento politico si è avuto direttamente da nazionale a comunale. Nel Regno Unito, al contrario, il decentramento delle responsabilità relative al sistema sanitario promosso di recente dal Governo Laburista è stato dal livello centrale –Whitehall- a quello nazionale (Scozia, Galles e Irlanda del Nord).

Varie altre definizioni di decentramento politico vanno più in profondità. Esso è inteso da Wolman (1990) come passaggio della competenza di decisione politica, incluse le variabili di natura finanziaria quali l'ammontare dei finanziamenti e la spesa. Egli osserva inoltre che la competenza politica rimane al centro anche se viene divisa fra numerosi interlocutori di livello nazionale – come avviene per esempio negli Stati Uniti. Inman e Rubinfeld (1997) adottano una impostazione più squisitamente populista e definiscono il decentramento politico come grado in cui le istituzioni, nelle decisioni politiche, tengono conto della molteplicità degli interessi dei cittadini (vedi anche Litvak et al).

Il decentramento politico – come d'altronde qualsiasi tipo di decentramento - presenta sia vantaggi sia svantaggi. Di fatto, in questo come in altri ambiti decisionali di natura politica, esiste la necessità di trovare un compromesso spesso difficile fra pro e contro, e non di rado quelli che appaiono vantaggi se osservati da un angolo visuale diventano svantaggi se esaminati da una prospettiva diversa.

A favore del decentramento politico troviamo nella letteratura generale (per lo più non specificamente relativa alla sanità) argomentazioni basate sui temi sia della democrazia sia dell'economia. Punto centrale delle prime è che il processo decisionale viene a trovarsi “più vicino alla gente” (Mills A et al 1990). La premessa di questa argomentazione a favore della

“democrazia a livello locale” è che meglio riflette la volontà politica dei cittadini, e meglio si adatterà alle loro esigenze di salute. Di conseguenza molte variazioni osservate quanto a volume, distribuzione o qualità del servizio sanitario saranno positive, rifletteranno e contribuiranno a rafforzare l’impegno della popolazione locale nei confronti del sistema sanitario in atto. La stessa argomentazione proattiva e pro-democrazia si sposa egualmente bene con l’impostazione più passiva, conservatrice e tradizionalista della “sussidiarietà”. Anche la sussidiarietà vuole che il livello decisionale sia quello appropriato più basso, e anche se è stata usata dall’Unione Europea per giustificare il livello di competenza nazionale piuttosto che sovranazionale, il concetto è essenzialmente in linea con l’argomentazione a favore del decentramento politico.

L’argomentazione economica a favore del decentramento politico trova alla sua base la convinzione che il decentramento crei concorrenza fra le diverse autorità locali. Non diversamente dagli assunti economici relativi al mercato in generale, sostiene che il decentramento consente alle autorità locali di produrre livelli diversi di beni (nella fattispecie collegati alla salute) che genereranno tre vantaggi preziosi dal punto di vista economico: a) maggiore efficienza del processo produttivo, b) maggiore scelta per il cittadino fra le alternative (Tiebout, 1956; Tanzi, 1995) e, c) governi locali di dimensioni ridotte (l’argomentazione della “scelta pubblica” contro la burocrazia, vedi Tanzi, 1995). Le complesse relazioni fra i diversi livelli di governo create dal decentramento politico sono inoltre considerate come una conveniente apertura all’adozione di meccanismi di attribuzione dell’autorità guidati dall’economia, quali la teoria degli incentivi (de Groot, 1988) e la *principal-agent strategy* (Bossert, 1998).

Sullo steso piano, Olson (1971) sostiene che quando la spesa è finanziata dal centro l’individuo non percepisce il costo reale delle risorse. Così a livello locale è possibile godere

dei vantaggi di una spesa finanziata in parte altrove. Queste “esternalità” si riducono se è il contribuente locale che deve decidere se finanziare i benefici di cui gode, e l’uso indiscriminato delle risorse diminuisce.”

Un altro gruppo di economisti si esprime a favore del decentramento politico purché sia regolato da contratti accuratamente stilati. Cremer (1994) sostiene che in un contratto si può specificare qualsiasi cosa, tanto da rendere superflua la discrezionalità [locale]. La sua ipotesi è che un contratto ideale costringerebbe i governi locali alla più scrupolosa onestà di informazione dei livelli superiori –cosa che denomina “*revelation principle*”. Secondo Seabright (1996), in base alla teoria dei contratti incompleti, il decentramento politico potrebbe sì essere utile ad aumentare la responsabilità dei governi, ma potrebbe anche comportare duplicazioni fra autorità locali che indurrebbero il governo centrale a trasferimenti maggiori di quanto farebbero le stesse autorità locali.

Vale la pena di notare che entrambe le argomentazioni, quella democratica e quella economica, vedono nella mancanza di uniformità un vantaggio sostanziale a favore del decentramento politico. Anche se percorrono strade analitiche diverse, i sostenitori delle due impostazioni considerano positivamente il grado di variazione che può essere generato da una politica decentrata.

Non ci sorprende, quindi, che analizzando gli svantaggi del decentramento politico le due argomentazioni si concentrino sui potenziali aspetti negativi esclusivamente in rapporto a questa mancanza di uniformità. L’argomentazione a favore di una politica definita dal centro pone l’accento sull’ineguaglianza conseguente alle differenze di un servizio (soprattutto del servizio sanitario). Se a livello locale i cittadini godono di servizi improntati a standard

diversi, alcuni di loro (spesso quelli che hanno un reddito più basso o i gruppi più vulnerabili) riceveranno un servizio più scadente. La mancanza di uniformità al punto in cui si presta il servizio solleva inoltre preoccupazione riguardo all'integrità del processo globale di definizione delle politiche a livello nazionale. Un funzionario svedese responsabile della pianificazione esprimeva questo concetto negli anni 1990 con le seguenti parole: "Siamo un unico paese, e dovremmo avere un'unica politica sanitaria".

Relativamente agli svantaggi del decentramento politico l'argomentazione economica rileva l'inefficienza e le duplicazioni dovute alla presenza di molteplici piccoli fornitori di servizi. King (1984) adotta la posizione esattamente opposta a quella di chi vede la concorrenza fra governi locali come fattore di miglioramento dell'efficienza, e suggerisce l'ipotesi che le decisioni politiche prese a livello locale possano generare un debito eccessivo, specialmente se gli investimenti di capitale non devono essere ripagati entro i termini della durata dei progetti. Conyers et al (1993) esprimono la preoccupazione che unità operative di dimensioni ridotte risultino più deboli dal punto di vista imprenditoriale rispetto ad unità più grandi.

L'impatto combinato dell'argomentazione politica e di quella economica – ovvero che il decentramento politico possa generare maggiore ineguaglianza e maggiore inefficienza insieme – potrebbe spiegare perché in ambito sanitario l'accentramento politico tenda nella maggior parte dei paesi ad essere parziale piuttosto che completo. Quasi sempre i governi nazionali dei paesi europei si riservano l'autorità di definire le linee generali della strategia e, spesso, anche una varietà di questioni minori relative alla politica sanitaria. Quasi sempre, inoltre, i governi nazionali mantengono una funzione primaria di regolamentazione (Kettl, 1993), monitorando la performance globale di chi fornisce il servizio sanitario e, spesso, anche degli enti finanziatori. Non deve dunque sorprendere che la domanda critica relativa

all'attuazione del decentramento politico sia non solo se delegare la definizione delle politiche, ma anche per quali attività e/o sotto-settori.

III. Definizione del decentramento amministrativo

Il concetto di decentramento amministrativo è emerso in opposizione ai principi fondamentali della burocrazia weberiana. Sostituendo le regole *top-down* che limitano rigidamente l'attività quotidiana dei funzionari di livello inferiore (Weber, 1947), si è cominciato a sperimentare l'effetto di deleghe attentamente formulate dell'autorità operativa al personale "di linea". Il processo formale di ampliamento delle competenze decisionali degli operatori di livello inferiore riflette la lunga evoluzione della teoria dell'organizzazione nel corso della prima metà del XX secolo, a partire dalla scoperta di Elton Mayo del "fare sistematicamente finta di lavorare" negli *Hawthorne Experiments* negli anni 1930 (Roethlisberger 1941), passando per il lavoro fondamentale di Herbert Simon sulla "passività organizzativa" e sul "comportamento soddisfacente" (Simon, 1945), per finire con la dicotomia Teoria X/Teoria Y delle strategie imprenditoriali elaborata da McGregor (1957). Il processo informale del riconoscimento della "realtà sul campo" è emerso da originali studi sociologici, come *The Bureaucratic Phenomenon* di Crozier (1963) e *Street Level Bureaucrat* di Lipsky (1980).

La conclusione cui si arrivava grazie alla valutazione sia formale (teoria dell'organizzazione) sia informale (sociologica) era che nella pratica i dipendenti della pubblica amministrazione prendono quotidianamente decisioni importanti di propria iniziativa – esattamente il contrario di quanto stabilito dalla "legge ferrea della burocrazia" di Weber. Questo concorde

riconoscimento ha generato come reazione due diverse strategie generali, ciascuna delle quali ha cercato di imbrigliare il potere informale dei dipendenti e di riportarlo entro la cornice decisionale organizzativa formale. La prima strategia – adottata diffusamente negli anni 1970 - comportava la creazione di varie forme decisionali/gestionali collettive. Nel settore della sanità questo ha generato soluzioni quali il *consensus management* (negli ospedali britannici convenzionati con l’NHS -Servizio sanitario Nazionale) e il *johtarhyma* o *management teams* negli ospedali e nei centri sanitari finlandesi.

La seconda strategia adottata per formalizzare il ruolo decisionale informale dei dipendenti del settore pubblico ha cercato di applicare alcuni dei modelli di management generati dalla Teoria Y che avevano preso corpo nelle aziende private negli anni 1960 e 1970. Tale visione riveduta del modo di gestire le organizzazioni pubbliche comportava, ad esempio, la definizione di contratti all’interno dell’organizzazione (oltre che con le aziende collegate) sulla base di quella che Williamson (1985) chiamava “decisione *make or buy*”, contratti spesso associati a una sostanziale discrezionalità gestionale per le unità operative di linea purché raggiungessero o superassero gli obiettivi (Bach, 2000). Questa seconda strategia di gestione delle organizzazioni pubbliche va oggi sotto il nome generico di *New Public Management* (NPM), il cui significato ha finito per incorporare una gran varietà di strumenti, fra i quali la concorrenza all’interno del settore pubblico, la separazione degli acquisti dalla fornitura di servizi, e la misurazione della performance (Hood, 1991; Ferlie et al., 1996). L’NPM è stato anche definito come la riforma delle “istituzioni preposte alla fornitura di servizi” (World Bank 1997), formulazione che riconosce implicitamente la distinzione fra politica e gestione e, con essa, riconosce altresì che la funzione politica può rimanere in parte al centro anche se la gestione del sistema sanitario è per lo più decentrata.

L'evoluzione descritta – dalla pubblica amministrazione tradizionale alla teoria dell'organizzazione al *New Public Management* – aggiunge una componente importante alla concezione in base alla quale l'NPM deriva dalla combinazione di nuovi principi di economia istituzionale (*principal-agent theory*, scelta pubblica, e *transaction cost analysis*) e gestione aziendale contemporanea (Hood, 1991). Vantaggio importante di una visione più ampia della filosofia relativa alla gestione aziendale è che sottolinea l'obiettivo principale del decentramento amministrativo. L'obiettivo, ad esprimerlo nel modo più diretto, non è che la trasformazione di amministratori di medio e basso livello in manager attivamente coinvolti nella gestione delle proprie unità operative secondo principi più imprenditoriali (Saltman and Busse, 2002).

In ambito sanitario questa concezione del decentramento amministrativo è stata applicata soprattutto negli ospedali, per sviluppare entità variamente definite: “*public firms*” (Saltman and von Otter, 1992), “*self-governing trusts*” (Department of Health, 1990) e, più di recente, “*public entities under private law*” (Busse et al 2002) e “*foundation hospitals*” (Gulland A, 2003). Tratteremo in maggiore dettaglio l'applicazione dei concetti dell'NPM al settore della sanità di seguito, nella sezione sull'attuazione pratica

IV. Definizione di decentramento fiscale

Il concetto base del decentramento fiscale è che determinate attività del governo relative al reperimento di fondi e/o alla spesa possono essere meglio effettuate dai livelli di governo inferiori (regionali e comunali), piuttosto che da quello centrale. Dal punto di vista concettuale le questioni fiscali sono solo uno dei sottoinsiemi nella totalità delle questioni di competenza del governo, e quindi, in termini tecnici, lo stesso decentramento fiscale è semplicemente un sottoinsieme della categoria generale del decentramento amministrativo.

Le questioni fiscali, tuttavia – ad esempio imposizione di tributi e spesa- sono particolarmente rilevanti anche per la definizione delle politiche, in quanto rappresentano una componente importante per la fornitura dei servizi da parte del governo e (cosa di non secondaria importanza) per i livelli di occupazione e dei salari nel settore pubblico. Questo lega di necessità decentramento fiscale e decentramento politico.

I tentativi meglio conosciuti di formalizzazione di una teoria economica del decentramento fiscale iniziano negli Stati Uniti con il quadro di Musgrave (1959) della finanza pubblica, e continuano con Oates (1972). Non sorprende il fatto che la loro formulazione iniziale fosse concepita su misura per le peculiarità strutturali degli Stati Uniti: da questo deriva l'espressione "federalismo fiscale". La realtà europea - il fatto che nella maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale la forma di governo prevede un parlamento unico e non esistono le basi costituzionali e legislative per una forma di governo federale - è stata largamente ignorata anche da numerosi economisti dopo di loro, che hanno continuato a definire "federalismo fiscale" tutti i rapporti fra livelli diversi di governo.

Il fondamento teorico del federalismo fiscale è che la teoria economica può definire un "modo logico" (Bird, 1999) per distribuire le risorse finanziarie e le funzioni del settore pubblico fra i molteplici livelli di governo (King, 1984). Olson (1969) ipotizzava che i rapporti fra i diversi livelli di governo potessero "essere indicati su una mappa" in base alla loro "dimensione nello spazio". Il federalismo rappresenta dunque essenzialmente lo sforzo di sostituire unicamente la razionalità economica alla molteplicità dei criteri politici, amministrativi e finanziari che, combinandosi, determinano i differenti tipi di responsabilità esercitate dai diversi livelli di governo nella maggior parte dei paesi. Timofeev attribuisce i

seguenti vantaggi percepiti del federalismo fiscale a Oates (1972) e a Brennan and Buchanan (1980):

- a) le differenze regionali sono tenute in maggiore considerazione
- b) i costi amministrativi e di pianificazione sono inferiori per via del gran numero di sovrapposizioni fra funzioni
- c) la concorrenza fra i governi locali promuove l'innovazione politica e organizzativa
- d) la mobilità della popolazione riduce il divario fra politica locale e preferenze delle comunità locali
- e) la maggiore influenza dei cittadini migliora l'efficienza della politica

E' interessante notare lo stretto rapporto fra l'elenco dei vantaggi del federalismo fiscale e le argomentazioni di natura economica a favore del decentramento politico (vedi sopra). Entrambi gli elenchi riflettono la teoria della scelta pubblica nella mancanza di fiducia nel processo politico in generale e nella convinzione quasi dogmatica delle capacità taumaturgiche della concorrenza e della possibilità di scelta. Al di là dei vantaggi politici percepiti quest'ultimo elenco suggerisce anche vantaggi economici, dato che i costi per le amministrazioni comunali sarebbero inferiori e aumenterebbero le innovazioni di ordine amministrativo.

Lo sforzo di sistematizzazione dei rapporti fiscali fra i diversi livelli di governo ha prodotto una varietà di preoccupazioni. Prud'homme (1995) e Tanzi (1996) hanno fatto notare che la teoria del federalismo fiscale si basa sull'assunto che vengano soddisfatte una serie di condizioni preliminari di ordine strutturale, fra cui la disponibilità di personale qualificato ai livelli inferiori di governo. Bird (1999) ha osservato "importanti differenze analitiche e di

natura politica” fra i diversi livelli di governo (nazionale-regionale piuttosto che regionale-locale), oltre che fra le diverse strutture nazionali di governo.

Fra gli economisti esiste un considerevole grado di disaccordo quanto alla forma migliore di decentramento fiscale. Principio fondamentale della finanza pubblica è che l'autorità impositiva e quella preposta alla spesa pubblica, per soddisfare meglio i criteri di responsabilità, siano nelle mani della stessa istituzione (Richmond, 1980). Tuttavia Prud'homme (1995) osserva che le ragioni sottese al decentramento della spesa sono spesso diverse da quelle su cui si basa il decentramento dell'imposizione dei tributi. A complicare il dibattito troviamo poi la generale tendenza dei sostenitori del federalismo fiscale a difendere il principio della divisione delle imposte alla maniera americana. Boadway et al (1994), per esempio, propongono che le imposte sul reddito, le imposte sulle società e le imposte sui ruoli paga vengano riscosse dal governo centrale, le accise e le imposte sul patrimonio dall'autorità decentrata. Senza considerare altri dilemmi, questa distribuzione delle diverse fonti di gettito può aggravare la carenza di entrate dei livelli inferiori di governo nei periodi di recessione, come osservato di recente in Canada (Marchildon, 2004). Nei paesi europei di dimensioni minori, dove l'efficienza amministrativa gioca a favore di un sistema tributario centrale, il pesante decentramento della spesa necessariamente contravviene al principio fondamentale sopra citato e ne conseguono spesso scarsa responsabilità e maggiore inefficienza (Groenewegen, 1990).

Esistono poi notevoli complicazioni riguardo alla retribuzione dei dipendenti. Mentre il costo del personale ammonta tipicamente al 70-71% dei costi di gestione, i parametri retributivi delle organizzazioni pubbliche valgono di norma su tutto il territorio nazionale e sono determinati al livello centrale dalla politica del governo e/o trattative con i sindacati

nazionali. Anche questo produce benefici economici, fra cui economie di scala e costi di transazione inferiori (Sisson, 2002).

E' possibile notare posizioni divergenti anche relativamente a una strategia più generale, ossia il finanziamento diretto dal centro ai livelli di governo locali – per esempio sotto forma di sussidi perequativi alle regioni o ai comuni meno ricchi. Bodway and Flatters (1982) sostengono che sono componenti essenziali di un sistema finanziario efficiente. Oakland (1994) afferma l'esatto opposto. Altri economisti sono del parere che l'unica giustificazione dei sussidi statali è che rappresentano una ricompensa dei livelli inferiori di governo per gli effetti di traboccamento positivi provenienti da altre giurisdizioni (Bird, 1999). Bennet (1990) si preoccupa che siano erosivi della responsabilità nella sfera locale, il che porterebbe ad un ambiente politico a livello locale sempre più condizionato dai sussidi. Al contrario, Wolman (1990) ne considera accettabile l'assegnazione senza condizioni, dato che i governi locali di livello inferiore conservano la propria discrezionalità sul come e dove usarli.

V. Attuare il decentramento nei sistemi sanitari

Fino a questo punto l'analisi di questa cornice funzionale trivalente del decentramento è stata in massima parte teorica. Seppure utile per chiarire le caratteristiche chiave e i vantaggi attesi, non può fornire la base corretta per un giudizio sulla sua utilità nella pratica. A questo fine diventa necessario scoprire se è applicabile all'esperienza politica nel mondo reale – vale a dire all'attuazione pratica. Chi studia le dinamiche decisionali del settore pubblico si è reso conto da tempo che la realizzazione pratica è quasi sempre più complicata del previsto (Pressman and Wildavsky, 1973). Questo vale in particolare nel settore della sanità per via

del numero relativamente alto di attori indipendenti, della complessità delle scienze mediche, e del costo elevato dell'insuccesso (Walt, 1998).

In questa sezione faremo una breve rassegna delle riforme sanitarie avviate di recente in Europa considerando come esse riflettano gli aspetti del decentramento politico, amministrativo e fiscale. Dati i limiti di tempo e di spazio tale rassegna è intesa a suggerire ipotesi piuttosto che ad essere esaustiva. L'obiettivo è chiarire la misura in cui l'impostazione funzionale trivalente nei confronti del decentramento fornisce una comprensione della politica utile ad informare le decisioni nel settore pubblico in futuro.

Tenendo presente questo obiettivo, abbiamo ritenuto utile prendere in esame contemporaneamente il decentramento politico e quello fiscale, lasciando a una sezione successiva il decentramento amministrativo. Ciò potrebbe dare una indicazione del grado in cui le decisioni relative al decentramento fiscale sono in pratica di natura squisitamente politica. Potrebbe inoltre suggerire che è più facile separare le decisioni operative quotidiane – ossia il decentramento amministrativo - dalle influenze politiche, di quanto non sia separare i problemi chiave dell'imposizione fiscale e della spesa.

a) Attuare il decentramento politico e fiscale

Il decentramento politico ai livelli inferiori di governo è divenuto un tema politico comune a tutti i sistemi sanitari dell'Europa occidentale finanziati dal gettito fiscale. Come si è notato nell'Introduzione, questa strategia si è diffusa a partire dagli anni 1980 dai sistemi sanitari finanziati dal gettito fiscale dell'Europa settentrionale a quelli del Mediterraneo. A dispetto della saggezza tradizionale, nella pratica la natura del decentramento politico è più parziale che unitaria. La politica diventa un processo condiviso, in cui il livello nazionale si riserva

alcune competenze decisionali strategiche oltre alla responsabilità di regolamentazione. L'equilibrio effettivo fra livello nazionale e livelli inferiori assume molte dimensioni diverse. Nei paesi nordici, per esempio, i confini fra i livelli nazionale e regionale possono essere stati definiti da lungo tempo e ampiamente accettati (Svezia), ridisegnati in tempi recenti a favore delle autorità locali (Finlandia), in procinto di essere riconsiderati (Danimarca), oppure rivisti in tempi recenti a favore del governo nazionale (Norvegia). La funzione di monitoraggio e valutazione rientra fra le competenze tipiche del governo nazionale – anche se questo è stato messo in questione in Italia e Spagna, dove preoccupazioni politiche, storiche ed economiche particolari hanno portato i governi regionali a cercare di impedire che il governo nazionale svolgesse tale ruolo di supervisione. Con il decentramento politico, quindi, nei paesi dell'Europa occidentale in cui il sistema sanitario è finanziato dal gettito fiscale il problema non è “se”, bensì “in che misura” i livelli inferiori di governo abbiano ottenuto di svolgere un ruolo politico.

Corollario non sorprendente di questo modello politico è che qualcosa di analogo vale anche per il decentramento fiscale. Rifacendoci ancora una volta all'esempio dei paesi nordici, dove elementi di decentramento fiscale sono presenti da decenni, i servizi sanitari sono finanziati in parte da un'imposta regionale (in Finlandia comunale) sul reddito (per la maggior parte) e da vari fondi nazionali costituiti da entrate generali e contributi sociali da parte sia dei datori di lavoro sia dei lavoratori dipendenti. Inoltre la legislazione nazionale a breve termine può limitare l'entità del reperimento di fondi da parte dei livelli inferiori di governo: la Svezia, per esempio, ha imposto un tetto per le aliquote fiscali locali quando ha definito la propria politica fiscale alla vigilia dell'ingresso nell'Unione Europea (Hjortsberg C, Ghatnekar O, 2001). In paesi come la Spagna e l'Italia, dove gli accordi per il decentramento fiscale sono recenti (in tre dei 17 governi regionali della Spagna ne esistevano dall'inizio degli anni

1980), la maggior parte delle entrate sono quelle generali del governo, anche se i governi regionali possono scegliere di integrarle con redditi generati a livello regionale (consentito in Italia dal 2001). Come previsto, fra gli altri, da Benne (1990) questo ha provocato accese lotte politiche fra governo centrale e governi regionali in relazione alla somma totale da distribuire e alla formula da adottare per la distribuzione alle diverse regioni. In maniera analoga, in Norvegia tutti i fondi destinati al servizio sanitario erano nazionali, e venivano distribuiti dallo stato ai governi regionali che gestivano il servizio. Preoccupazioni relative al controllo dei costi e all'efficienza, oltre alla "mentalità da sussidio", come previsto fra gli altri da Bennett (1990), hanno indotto la Norvegia nel 2002 ad accentrare nuovamente tutti i controlli sul settore ospedaliero – combinando così, in linea con il principio fondamentale della finanza pubblica precedentemente descritto, le responsabilità di finanziamento e operatività nelle mani di un unico livello di governo (decentrate in seguito a cinque regioni amministrative).

Un problema di particolare rilevanza è stato quello di garantire finanziamenti uguali. Dato che in tutti i paesi esiste una considerevole differenza di ricchezza fra le regioni, la maggior parte degli accordi sul decentramento fiscale includono una qualche forma di perequazione in base alla quale i meno ricchi fra i livelli inferiori di governo ricevono finanziamenti addizionali. I vari paesi hanno optato per meccanismi perequativi alternativi, fra cui i fondi speciali (Italia, Spagna), formule di allocazione delle risorse (Inghilterra, Svezia) o sovvenzioni incrociate (Finlandia). In Spagna e in Italia questi meccanismi perequativi sono stati discussi nell'ambito di controversie di ordine più ampio sui finanziamenti regionali/centrali. Il Fondo di Coesione creato nel 2003 in Spagna, che nelle intenzioni doveva garantire uno standard adeguato di assistenza in tutte le 17 regioni, sarà probabilmente modificato o abbandonato dal nuovo governo socialista di minoranza. In

Italia il Fondo di Solidarietà Nazionale, parte di un più ampio accordo per garantire trasferimenti dalle regioni ricche del nord a quelle più povere del sud, non è mai stato finanziato.

b) Attuare il decentramento amministrativo

Il tradizionale processo di decentramento amministrativo ha svolto un ruolo importante nei sistemi sanitari dell'Europa occidentale fin dalla Seconda Guerra Mondiale. Nei paesi nordici era piuttosto comune che la politica venisse definita al centro, ma che la responsabilità di far funzionare i servizi e fornire l'assistenza sanitaria fosse delle regioni. In Svezia i governi regionali (contee) si sono visti attribuire la responsabilità di gestire gli ospedali pubblici molto prima, nel 1864. Nel corso degli anni 1960 e 1970 anche la responsabilità operativa di altri istituti sanitari (ospedali per la cura delle malattie mentali, ospedali per operatori marittimi, cliniche universitarie) è stata gradualmente decentrata ai *county councils* (Serner, 1980). Così, sotto numerosi importanti aspetti, in Svezia il decentramento amministrativo si è realizzato prima dell'attuazione del decentramento politico (anni 1980).

Nel corso degli ultimi vent'anni si è notevolmente diffusa l'adozione di nuove strategie e nuovi meccanismi di decentramento amministrativo da parte dei paesi dell'Europa occidentale i cui sistemi di assistenza sanitaria sono finanziati dal gettito fiscale. A partire dalla fine degli anni 1980 in Svezia, e dagli anni 1990 in Inghilterra, sono state applicate al settore della sanità un'ampia gamma di soluzioni ispirate al *New Public Management*. Fra i più popolari sono stati gli sforzi per riconfigurare gli ospedali pubblici trasformandoli in organizzazioni parzialmente autonome gestite in modo indipendente. Sono rimasti di proprietà pubblica, con capitalizzazione pubblica, e altrettanto pubblica responsabilità, ma i

manager hanno acquisito il controllo di leve operative importanti, fra cui, spesso, assunzioni e retribuzioni. Inizialmente questi istituti si chiamavano “*self-governing trusts*” (Inghilterra) e “aziende pubbliche” (Svezia), ma si stanno ora evolvendo varianti nuove, fra cui gli “enti pubblici di diritto privato” (Paesi Baschi), gli “enti di diritto pubblico” (Andalusia), e i “consorzi” (Catalogna), tutti in Spagna (Busse et al 2002), oltre ai “*foundation hospital*” con un “consiglio di governatori” eletti localmente (Inghilterra). Modelli analoghi di gestione indipendente degli ospedali, tipicamente collegati all’introduzione di contratti che sanciscono una qualche forma di divisione fra acquirente e fornitore del servizio, sono comparsi in diversi altri paesi (Figueras et al 2005, in corso di pubblicazione). Fra i paesi che hanno adottato il modello di “azienda pubblica” più di recente troviamo l’Italia, dove diverse regioni del nord hanno introdotto delle varianti (Donatini et al 2001), e il Portogallo, che nel 2003 ha trasformato il 30% degli ospedali pubblici, ovvero quasi il 50% del numero totale di letti del paese (Oliveira M, 2002). Inoltre, sulla base di questa vivace esperienza europea, la Banca Mondiale ha prodotto un perfezionamento teorico del nuovo approccio imprenditoriale – distinguendo fra ospedali “automatizzati” e ospedali “aziendalizzati”- il cui utilizzo è stato proposto per i paesi in via di sviluppo (Preker e Harding, 2003).

Oltre alle aziende ospedaliere e ai contratti acquirente/fornitore sono stati messi a punto altri meccanismi alla maniera del *New Public Management*, fra cui un’ampia gamma di “*public-private partnerships*” (PPPs). Mentre molte di queste partnership prevedono accordi per la fornitura fra acquirenti pubblici e aziende private fornitrici dei servizi sanitari specifici, le più innovative – e controverse - di queste PPP sono le “*private finance initiatives*” (PFIs). In base a tali accordi gli investitori privati costruiscono nuovi ospedali secondo le specifiche del sistema sanitario pubblico in cambio di un contratto di locazione della durata di 30 anni

(Shaoul, 2003). Si prevede che nel 2003/2004 i progetti PFI assorbiranno in Inghilterra il 22% circa della spesa di capitale del *National Health Service* (Health Policy Monitor, 2003). Analogamente, il Portogallo ha recentemente annunciato piani per la costruzione di nuovi ospedali in base a progetti PFI (Bentes e al 2004).

Come suggerisce questa breve rassegna, alla base delle due più recenti forme di decentramento amministrativo ispirate al *New Public Management* troviamo due importanti temi. Il primo è rappresentato dall'imprenditorialità – il tentativo di introdurre un management più attivo e innovativo in quelli che tradizionalmente sono stati istituti amministrati passivamente dal settore pubblico (Saltman, 2001). Il secondo è rappresentato dalla graduale eliminazione del confine fra pubblico e privato nei sistemi sanitari dei paesi dell'Europa occidentale (Saltman, 2003) e dall'emergere di nuove forme istituzionali e imprenditoriali in molti contesti nazionali. Entrambe le cose sono condizionate da pressioni esterne sui sistemi sanitari pubblici perché migliorino la qualità dei propri servizi e la propria efficienza. Entrambe rappresentano una risposta ragionata da parte dei responsabili della politica nazionale a queste sfide operative.

VI. Osservazioni conclusive.

I recenti sforzi per generare, sviluppare e difendere l'utilità della politica sanitaria basata sull'evidenza inducono a pensare che la prassi operativa sia altrettanto, se non più importante della teoria formale. Questa relazione ha cercato di sviluppare un modello teorico trivalente di decentramento che, applicato al settore della sanità, aiuta a sistematizzare e chiarire i recenti cambiamenti nei paesi dell'Europa occidentale i cui sistemi sanitari sono finanziati dal gettito fiscale. L'impostazione funzionale adottata riconosce che i diversi aspetti del

decentramento possono non essere tecnicamente discreti, e possono quindi realizzarsi simultaneamente (vedi l'esempio sopra citato del decentramento fiscale). In effetti, nel caso del decentramento del sistema sanitario l'esperienza reale indica che i diversi elementi strutturali sono spesso collegati. Inoltre l'esperienza di tutti i paesi europei induce anche a pensare che nessuna delle tre categorie funzionali si realizzi nella sua interezza. Piuttosto, nel decentramento politico come in quello amministrativo e in quello fiscale, i paesi realizzano equilibri diversi fra livelli di governo più centrali e più locali, con una distribuzione varia ma parziale dell'autorità decisionale. In questo senso il decentramento, almeno nel settore della sanità, dovrà probabilmente essere inteso più come un insieme di rapporti in continua evoluzione fra i diversi livelli di governo che come attributo strutturale inalterabile.

E' proprio la capacità di questa cornice funzionale trivalente di analizzare i modelli reali di definizione della politica che lascia intravedere la sua potenziale utilità nelle mani del governo nazionale. Mentre il modello in quattro parti di Rondinelli contribuisce a selezionare le diverse opzioni strutturali, l'impostazione funzionale analizza in profondità la configurazione pratica dell'autorità e della responsabilità organizzativa. Fino a che un ulteriore lavoro non definisca se questa impostazione si può adottare anche ai modelli organizzativi dei sistemi di assicurazione sanitaria sociale, strutturalmente alquanto diversi dai sistemi finanziati dal gettito fiscale (Saltman et al 2004), sarebbe prematuro ipotizzarne una utilità universale. Tuttavia per i sistemi finanziati dal gettito dei paesi sviluppati – e con tutta probabilità anche per gli elementi intergovernativi nei sistemi sanitari non finanziati dal gettito fiscale – questo modello funzionale trivalente potrebbe dimostrarsi di grande utilità per chi definisce le politiche, e quindi molto promettente come strumento di politica sanitaria.

Bibliografia

1. Bach S. (2000). *Decentralization and privatization in municipal services: the case of health services*. Sectoral activities programme. Working paper. International Labour Office, Geneva.
2. Bennett, RJ. (1990). Decentralization, Intergovernmental Relations and Markets: Towards a Post-Welfare Agenda. In Bennett R. (ed.) *Decentralization, local governments, and markets. Towards post-welfare agenda*. Clarendon Press. Oxford..
3. Bentes, M, Dias, CM, Sakellarides, C, Bankauskaite, V. (2004). *Health Care Systems in Transition: Portugal*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies.
4. Bird, RM. (1999). Fiscal Federalism. In: Cordes JJ, Ebel RD and Gravelle JG. (eds.). *The Encyclopedia of Taxation and Tax Policy*. Urban Institute, Washington, D.C.
5. Boadway, RS, Roberts S, Shah A. (1994). Fiscal federalism: Dimensions of tax reform in developing countries. Policy research working paper 1385. The World Bank.
6. Bodway, R, Flatters F. (1982). Efficiency and Equalization Payments in Federal Systems of Government: a synthesis and extension of recent results. *Canadian J of Economics*, 15: 613-33.
7. Bossert, T. (1998). Analysing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1513-27.
8. Brennan, G, and Buchanan, JM. (1980). *The Power to Tax: Analytical Foundations of a fiscal Constitution*. Cambridge University Press, Cambridge.
9. Busse, R, van der Grinten T, Svensson PG. (2002). Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice. In Saltman RB, Busse R, Mossialos E (eds.). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Open University Press. pp 126 - 145.
10. Coneys, D, Cassels, A, Jankovsk, K. (1993). *Decentralization and health systems change: a framework for analysis*. WHO/NHP Doc. Geneva: WHO.
11. Cremer, J, Estache A, Seabright P. (1994). The decentralization of public services. Lessons from the Theory of the Firm. *Policy Research Paper 1345. The World Bank*.
12. Crozier, M. (1963). *The Bureaucratic Phenomenon*. University of Chicago Press.
13. De Groot, H. (1988). Decentralization decisions in bureaucracies as a principal-agent problem. *J of public economics*. 36: 323-37.
14. Department of Health (1990). *Health Services and Community Care Act*. London.
15. Donatini, A et al. In Rico A, Cetani T (eds.) (2001). *Health Care Systems in Transition: Italy*. European Observatory on Health Care Systems.

16. Ferlie, E, Pettigrew, A, Ashburner, L, Fitzgerald, L. (1996). *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.
17. Figueras, J, Robinson R, and Jakobowski, E. (eds.) (2005. forthcoming). *Effective Purchasing for Health Gain*. Open University Press.
18. Groenewegen, P. (1990). Taxation and decentralization: a reconsideration of the costs and benefits of a decentralized tax system. In Bennett R. (ed.) *Decentralization, local governments, and markets. Towards post-welfare agenda*. Clarendon Press. Oxford.
19. Gulland, A. (2003). First wave of foundation hospitals unveiled. *BMJ* 326: 1106-7.
20. Hjortsberg, C, Ghatnekar O. In Rico A, Wisbaum W, Cetani T (eds.). (2001). *Health Care Systems in Transition. Sweden*. European Observatory on Health Care Systems.
21. Hood C. (1991). A Public management for all seasons? *Public Administration*, 69: 3-19.
22. www.health-policy-monitor.org/en/Policy_Survey. (22 July, 2004).
23. Inman, RP, Rubinfeld, DL. (1997). The political economy of federalism, in Dennis C. Muller, ed. *Perspectives on Public Choice*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 73-105.
24. Kettl, D. (1993). *Sharing Power: Public Governance and Private Markets*. Brookings Institution, Washington, D.C.
25. King, DN. (1984). *Fiscal Tiers: the economics of multi-level government*. London. George Allen & Unwin (Publishers) Ltd.
26. Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucrats*. Russell Sage Foundation, New York.
27. Litvak, J, Ahmad J, Bird R. (1998). Rethinking decentralization at the World Bank. A Discussion Paper. <http://www1.worldbank.org/wbiep/decentralization/library1/litvack.htm>. (22 July 2004).
28. Marchildon G, (2004). *Three Choices for the Future of Medicare*. Caledon Institute of Social Policy, April 2004.
29. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990). *Health system decentralization. Concepts, issues and country experience*. WHO.
30. McGregor, DM. (1957). The Human Side of Enterprise. *Management Review* (November).
31. Musgrave, RA. (1959). *The Theory of Public Finance*. New York: McGraw Hill.
32. Oakland, W. (1994). Fiscal Equalization: An Empty Box? *National Tax Journal* 44.
33. Oates, W. (1972). *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
34. Oliveira, M. (2002). Will hospital management reform in Portugal work? *Euro Observer*. 4 (4): 3-5.
35. Olson, M. (1971). *The logic of collective action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

36. Pollitt C, Birchall J, Putman, K. (1998). *Decentralizing Public Service Management*. London: Macmillan.
37. Preker, AS, Harding A, (2003). *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. World Bank, Washington, D.C.
38. Pressman, J, Wildavsky A. (1973). *Implementation*. University of California Press. Berkeley.
39. Prud'homme R. (1995). The dangers of decentralization. *The World Bank research observer*. 11: 201-20.
40. Richmond, DE. (1980). Some common issues in provincial-municipal transfer systems. *Canadian Public Administration*, 23 (2), 252-268.
41. Roethlisberger, TJ. (1941). *The Hawthorne Experiments. Management and Morale*, Harvard University Press.
42. Rondinelli, D. (1981). Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries. *Intern review administrative sciences*, 47:133-45.
43. Rondinelli, DA (1983). Decentralization in developing countries, Staff Working Paper 581, World Bank, Washington DC.
44. Saltman, RB, Busse, R, Figueras, J, (eds.) (2004). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press.
45. Saltman, RB. (2003). Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health* 13: 24-29.
46. Saltman, RB, von Otter, C. (1992). *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Open University Press, Buckingham, UK and Philadelphia.
47. Saltman, RB, Busse, R. (2002). Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: Saltman, RB, Busse, R and Mossialos, E. (eds.), *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, Open University Press, Buckingham, UK and Philadelphia, pp. 3-52.
48. Saltman, RB. (2001). Status and international trends in European Health Care Systems: Is the past prologue? In: M. Garcia-Barbero, *Appraisal of Investments in Health Infrastructure*, World Health Organization, Barcelona, pp. 23-36.
49. Seabright, P. (1996). Accountability and decentralization in government: an incomplete contracts model. *European Economic Review* 4: 61-98.
50. Serner, U. (1980). Swedish Health Legislation: Milestones in Reorganization since 1945. In: A. Heidenheimer and Elvander N, (eds.) *The Shaping of the Swedish Health System*, St. Martin's, New York, 99-118.
51. Shaoul J. (2003). Global Capital and Health Care Reform: the experience of the UK. In *Restructuring Health Services: changing contexts and comparative perspectives*, Sen K (ed.). Zed Books, London, New York.

52. Simon, H. (1945). *Administrative Behavior*. MacMillan, New York.
53. Sisson, K (2002). Decentralization in the public sector: the case of the UK National Health Service. *Industrial relations*.
54. Tanzi, V. (1995). Fiscal federalism and decentralization: a review of some efficiency and macroeconomic aspects. Presented at the world bank's annual bank conference on development economics.
55. Tiebout, C. (1956). A pure theory of local expenditure. *J Political Economy*. 64 (5): 416-24.
56. Timofeev, A. Fiscal federalism and growth <http://home.cerge.cuni.cz/tan/PROPOSAL.HTM> (accessed August 15, 2004).
57. Walt, G, (1998). Implementing health care reform: A framework for discussion. In: Saltman, RB, Figueras, J, and C. Sakellarides, (eds.) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Open University Press, Buckingham, UK and Philadelphia.
58. Weber, M. (1947). *The Theory of Social and Economic Organization*. Edited with an Introduction by Talcott Parsons. Free Press, New York.
59. Williamson, O.E., 1983. *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. Free Press, New York.
60. Wolman, H (1990). Decentralization: what it is and why we should care. In Bennett R. (ed.) *Decentralization, local governments, and markets. Towards post-welfare agenda*. Clarendon Press. Oxford.
61. World Bank (1997). *World Development Report 1997: The State in Changing World*, Washington, DC: The World Bank.