



Title	Le politiche di austerità nel Servizio sanitario nazionale. Il ruolo della governance economica europea (2008-2021)
Authors(s)	Galanti, Costanza
Publication date	2022-03-01
Publication information	Galanti, Costanza. "Le politiche di austerità nel Servizio sanitario nazionale. Il ruolo della governance economica europea (2008-2021)." Sapienza Università Editrice, March 1, 2022. https://doi.org/10.13133/9788893772112 .
Publisher	Sapienza Università Editrice
Item record/more information	http://hdl.handle.net/10197/26988
Publisher's version (DOI)	10.13133/9788893772112

Downloaded 2026-05-01 23:45:56

The UCD community has made this article openly available. Please share how this access benefits you. Your story matters! (@ucd_oa)



© Some rights reserved. For more information

Covid, azione pubblica e crisi della contemporaneità

Primato o declino della politica?

a cura di

Andrea Millefiorini e Giulio Moini



SAPIENZA
UNIVERSITÀ EDITRICE

2022

Copyright © 2022

Sapienza Università Editrice

Piazzale Aldo Moro 5 – 00185 Roma

www.editricesapienza.it

editrice.sapienza@uniroma1.it

Iscrizione Registro Operatori Comunicazione n. 11420

ISBN 978-88-9377-211-2

DOI 10.13133/9788893772112

Pubblicato nel mese di aprile 2022



Quest'opera è distribuita
con licenza Creative Commons 3.0 IT
diffusa in modalità *open access*.

In copertina: foto di Tim Hüfner (Unsplash)

13. Le politiche di austerità nel Servizio sanitario nazionale. Il ruolo della governance economica europea (2008-2021)¹

Costanza Galanti

È una sera di novembre del 2019, il Regno Unito è in piena campagna elettorale e i leader del Partito Conservatore Boris Johnson e del Partito Laburista Jeremy Corbyn si sfidano in un confronto televisivo. Sebbene Johnson insista soprattutto a parlare di Brexit, entrambi i candidati si soffermano a lungo anche su un altro tema: il *National Health Service*. Una scelta che a una spettatrice italiana può risultare sorprendente: le trasformazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano raramente accendono il dibattito pubblico, tanto che F. Toth e R. Lizzi (2019: 315) le definiscono “trasformazioni silenziose”.

Questo capitolo ripercorre dunque lo sviluppo delle politiche sanitarie italiane dalla crisi del 2008 alla crisi pandemica, quando anche il dibattito pubblico italiano si trova drammaticamente costretto ad affrontare le carenze del suo servizio sanitario. Fra queste, ricordiamo la mancanza di personale sanitario, la debolezza della rete dei servizi territoriali come l’assistenza primaria, la continuità assistenziale e l’assistenza sociosanitaria², in rapporto ai quali va considerato esiguo anche il numero di posti letto negli ospedali (Vicarelli e Giarelli 2021). Tali carenze si traducono nell’aumento della spesa sanitaria privata da una parte (Toth e Lizzi 2019) e dell’incremento delle rinunce alle prestazioni sanitarie dall’altra (Eurostat 2021), le due facce della stessa me-

¹ Questo lavoro è stato finanziato dal Consiglio europeo della ricerca nell’ambito del progetto *Labour Politics and the EU’s New Economic Governance (Labour Unions)*, sovvenzione n. 725240.

² La prima è quella fornita dai cosiddetti “medici di famiglia”; la seconda è comunemente conosciuta come “guardia medica”; la terza è destinata a persone che necessitano di cure integrate, come i malati cronici non autosufficienti o le persone con disabilità.

daglia che è la promessa non mantenuta dell'universalità del SSN. Dati i poteri di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari trasferiti alle Regioni, nonché i piani di rientro dal debito imposti alle Regioni in deficit, queste carenze si danno poi in gradi diversi nel territorio italiano, che presenta dunque forti disparità fra le Regioni – disparità ancora una volta portate in luce dalla pandemia (Vicarelli e Giarelli 2021).

Il capitolo si sofferma in particolare sul ruolo che la governance economica dell'Unione Europea (UE) ha esercitato nello sviluppo di queste politiche. La nostra tesi è che la governance economica europea successiva alla crisi del 2008 – introdotta con quella che l'allora presidente della Commissione europea J. M. Barroso chiama proprio una "rivoluzione silenziosa" (Jordan *et al.* 2020) – abbia giocato un ruolo importante nelle "trasformazioni silenziose" del SSN italiano, contribuendo ad orientare le politiche sanitarie in favore dell'austerità.

Nel primo paragrafo si ricostruisce l'interazione fra governance economica europea e politiche nazionali nel settore della sanità. Nel secondo si analizza in chiave diacronica tale interazione nel caso dell'Italia, a partire dal 2008 fino all'arrivo della pandemia di Covid-19. Nel terzo paragrafo si mette a fuoco l'orientamento in favore dell'austerità della governance economica europea. Nelle conclusioni si individua una possibile ulteriore agenda di ricerca con specifico riferimento alla situazione post-pandemica.

13.1. La governance economica europea e le politiche sanitarie degli Stati membri

Nonostante l'organizzazione dei sistemi sanitari e la scelta delle risorse a questi destinate sia prerogativa dei Paesi membri – art. 168 c. 7 del *Treaty on the Functioning of the European Union* (TFEU)³ – l'UE ha acquisito nel tempo una certa influenza sulle politiche sanitarie di questi ultimi. Secondo Greer (2014), tale influenza ha tre vettori: la promozione della ricerca scientifica, con lo scambio di dati e pratiche; l'applicazione dei principi del mercato unico; lo sviluppo della governance economica. Quest'ultimo vettore, il più recente, è quello meno evidente ma probabilmente più rilevante. La governance economica europea viene approntata a partire dal 2010 come risposta alla crisi del 2008 attraverso direttive e regolamenti – contenuti nel *Six Pack* (2011), *Fiscal Compact*

³ [2008] OJ C115/01.

(2012) e *Two Pack* (2013) – tramite cui la Commissione europea si è dotata di forti strumenti di sorveglianza delle politiche economiche dei Paesi membri. Prima di tutto, sono state individuate maggiori possibilità di sanzioni per chi viola i parametri di deficit e debito stabiliti dal Patto di stabilità e crescita del 1997. Questo avviene tramite un rafforzamento della procedura per i disavanzi eccessivi (PDE), definita il “braccio correttivo” del patto di stabilità e crescita, nonché tramite l’introduzione di una nuova procedura, la procedura per gli squilibri macroeconomici (PSM). È inoltre previsto che gli Stati membri inseriscano in Costituzione l’obbligo di pareggio di bilancio e che sottopongano le bozze delle leggi di stabilità all’approvazione della Commissione. Tali meccanismi sono applicati all’interno del ciclo annuale di coordinamento e sorveglianza delle politiche degli Stati membri chiamato semestre europeo (SE), nell’ambito del quale ogni Stato riceve anche delle raccomandazioni specifiche per Paese (RS) riguardo le sue politiche – raccomandazioni che ha meno potere di trascurare se una delle procedure di infrazione (PDE o PSM) è aperta nei suoi confronti (Jordan *et al.* 2020). Oltre al documento prescrittivo delle RS, proposto della Commissione e adottato dal Consiglio, nel contesto del SE la Commissione produce le relazioni per Paese (RP) ed eventualmente l’esame approfondito (EA) sulla prevenzione e la correzione degli squilibri macroeconomici. I governi dei singoli Paesi membri, dal canto loro, oltre alle bozze delle leggi di stabilità propongono i programmi nazionali di riforma (PNR) e i programmi di stabilità (se parte dell’eurozona).

Rilevare l’importanza della governance economica europea nel consolidamento di un indirizzo di austerità delle politiche sanitarie nazionali, in questo caso italiane, non significa presentare un quadro in cui a delle politiche europee di austerità se ne contrapporrebbero altre nazionali di segno opposto. Come ricorda S. L. Greer (2014), non deve sorprendere che le politiche sovranazionali stabilite nel 2010-2013 siano politiche di destra, poiché la maggioranza degli Stati europei aveva in quel periodo governi di destra, e di destra era anche la maggioranza al Parlamento europeo. In più, come mostra O. Helgadóttir (2016), la politica economica adottata dall’UE dopo la crisi è stata fortemente influenzata da un pensiero economico elaborato proprio in Italia, cioè quello dell’austerità “espansiva” (Giavazzi e Pagano 1990), che giustifica i tagli alla spesa pubblica con la crescita che emergerebbe in conseguenza dei tagli stessi.

Più che una contrapposizione fra la scala europea e quella nazionale, la letteratura sottolinea come la governance economica europea

favorisca il protagonismo di alcuni attori, sia sovranazionali (quali la Commissione e in particolare la Direzione Generale Affari Economici e Finanziari) che nazionali (la Presidenza del Consiglio e il Ministero dell'Economia e delle Finanze), a discapito di altri, in questo caso il Parlamento europeo, il Parlamento nazionale e il Ministero della Salute (Greer 2014).

La letteratura non ha ancora analizzato in profondità il ruolo della governance economica europea nel definire le politiche sanitarie nel caso italiano, scontando forse la doppia invisibilità della governance e delle trasformazioni del SSN. Un'eccezione in questo senso sono S. Neri e A. Mori (2017), che si soffermano sulle conseguenze della governance in termini di re-distribuzione di potere fra livelli di governo. Un'altra eccezione sono Toth e Lizzi (2019), rispetto all'interpretazione dei quali però questo capitolo in parte si discosta. Essi sostengono che le istituzioni europee, nel caso dell'Italia, non abbiano espresso indicazioni precise in materia sanitaria, che secondo gli autori sarebbe ignorata dalle RS. Nonostante riconoscano gli effetti sulle politiche sanitarie italiane della spinta al contenimento della spesa pubblica richiesta della governance europea, essi sostengono che il SE per quanto riguarda la sanità sia stato più che altro una finestra di opportunità per politiche perseguite da attori nazionali. Sebbene il ruolo degli attori nazionali sia indubbio nell'avanzare politiche di austerità in questo settore, la nostra tesi è che alle politiche di austerità in ambito sanitario abbia contribuito in maniera decisiva anche l'indirizzo impresso dagli attori sovranazionali. Giungiamo a quest'interpretazione, come si vedrà nel prossimo paragrafo, in tre modi. Prima di tutto, abbiamo analizzato le RS – che comunque di sanità parlano – insieme agli altri documenti prodotti dalle istituzioni europee del contesto del SE. In secondo luogo, abbiamo ricostruito in chiave diacronica l'interazione fra governance economica europea e politiche sanitarie italiane per far emergere quando le seconde rispondono alla condizionalità della prima, tanto quella esplicita delle sanzioni associate alla PDE e alla PSM, quanto quella "implicita" costituita dall'autorizzazione a discostarsi dai parametri di deficit e debito o dalla disponibilità della BCE ad acquistare titoli di stato italiani (Sacchi 2015; Di Mascio *et al.* 2019). Infine, abbiamo considerato come politiche sanitarie non solo quelle che riguardano l'accesso ai servizi ma anche quelle relative al personale (del SSN nello specifico e della pubblica amministrazione in generale) e i trasferimenti alle Regioni, che alle prime sono indissolubilmente legate.

13.2. La governance economica europea e le politiche sanitarie italiane (2008-2020)

Nel 2008, anno in cui si apre la crisi economica e finanziaria, la Commissione chiude la PDE che aveva avviato nei confronti dell'Italia nel 2005, valutando comunque negativamente la legge di bilancio 2009 rispetto al rinnovo dei contratti collettivi negli enti pubblici locali⁴. Dal canto suo, il governo italiano vara una manovra estiva motivando l'urgenza dei tagli con la necessità di raggiungere il pareggio di bilancio per il 2011. Per quanto riguarda la sanità, la manovra riduce il *Fondo Sanitario* (FS) rispetto a quanto era stato previsto, e lo fa tramite le seguenti misure: taglio dei posti letto, restrizione della popolazione esente da ticket, trasferimento della responsabilità di coprire i ticket per le visite specialistiche alle singole Regioni, tagli al personale e ai fondi per rinnovare i contratti collettivi⁵. La manovra viene peraltro approvata con voto di fiducia, inaugurando una legislazione d'urgenza in materia economica che rimarrà una costante negli anni successivi (Bergonzini 2014).

Nel 2009 la Commissione avvia di nuovo una PDE nei confronti dell'Italia⁶, per chiuderla solo quattro anni dopo. Nel 2009 si approva anche la "riforma Brunetta" per il pubblico impiego, che fra le altre cose intensifica i meccanismi di valutazione dei dipendenti pubblici, riduce la possibilità di assenza per ragioni sindacali e penalizza economicamente l'assenza per malattia (Pedaci *et al.* 2020). Ciononostante, la Commissione ritiene che gli stipendi pubblici: «presentano un andamento non in linea con le condizioni economiche»⁷. Per i dipendenti pubblici la manovra finanziaria del 2010 prevede dunque il congelamento della contrattazione collettiva – e di conseguenza anche degli aumenti salariali – fino al 2013. La manovra investe le politiche sanitarie non solo attraverso la riduzione delle spese per il personale del SSN, ma anche con il taglio ai finanziamenti alle Regioni e una restrizione all'accesso ai servizi (per esempio tramite la restrizione dei cri-

⁴ Cfr. *Raccomandazione di decisione del Consiglio che abroga la decisione 2005/694/CE sull'esistenza di un disavanzo eccessivo in Italia* [2008] SEC 574.

⁵ La testata online "Quotidianosanità" ([www. http://quotidianosanita.it](http://quotidianosanita.it)) si è rivelata utile a orientare la consultazione delle norme citate nel capitolo.

⁶ *Raccomandazione per la decisione del Consiglio sull'esistenza di un disavanzo eccessivo in Italia* [2009] SEC 1524.

⁷ *Report from the Commission – Italy – Report prepared in accordance with Article 104(3) of the Treaty* [2009] SEC 1271: 7-8. Qui, e in tutte le seguenti citazioni da fonti in lingua inglese, la traduzione è della scrivente.

teri per accedere ai sussidi di invalidità). Il Ministro dell'Economia G. Tremonti chiama la manovra "la prima finanziaria comune europea"⁸ e la Commissione la valuta positivamente, considerandola un passo necessario per correggere il disavanzo eccessivo⁹.

Nel 2011 la possibilità che la Banca Centrale Europea (BCE) compri i titoli di stato italiani, a fronte della poca fiducia di cui questi godono presso i mercati, costituisce un importante incentivo a rispettare le raccomandazioni della governance economica europea (Di Mascio *et al.* 2019). La manovra adottata in quello stesso anno stabilisce pertanto una riduzione del finanziamento del FS da realizzare attraverso un risparmio sulla spesa per il personale e l'introduzione del cosiddetto "superticket", cioè ulteriori dieci euro da pagare per le visite diagnostiche e specialistiche (oltre al ticket già in vigore). Significativamente, nelle Regioni che adottano il superticket, in alcuni casi accedere alla sanità privata diventa più conveniente che accedere a quella pubblica (Dirindin 2018). La manovra prevede poi ulteriori tagli da concordare con le Regioni in materia sanitaria. Nonostante ciò, con una lettera privata indirizzata al Presidente del Consiglio S. Berlusconi, il presidente della BCE J. Trichet e il suo successore M. Draghi premono per una riduzione della spesa pubblica tale da consentire il raggiungimento del pareggio di bilancio entro il 2013¹⁰. La lettera chiede di anticipare l'applicazione delle misure decise dalla manovra e spinge per ridurre il costo del lavoro dei dipendenti pubblici, suggerendo di intervenire sul tasso di ricambio del personale, nonché di abbassare i salari se necessario. La lettera spinge altresì per la riduzione del debito e della spesa delle Regioni. La sanità viene individuata esplicitamente da Trichet e Draghi come un settore da sottoporre a valutazione più sistematica. A fine anno si insedia, anche per la pressione dei leader dell'eurozona sul Presidente della Repubblica, un governo tecnico guidato da M. Monti (Badell *et al.* 2019). Il Parlamento approva dunque la legge di stabilità, che alza l'età pensionabile dei dipendenti pubblici e ne rende

⁸ https://www.corriere.it/economia/10_luglio_21/tremonti-manovra-2010-non%20ci%20sara%20altra_5cd61238-94a3-11df-91c3-00144f02aabe.shtml

⁹ *Communication from the Commission to the Council - Assessment of the action taken by Belgium, the Czech Republic, Germany, Ireland, Spain, France, Italy, the Netherlands, Austria, Portugal, Slovenia and Slovakia in response to the Council Recommendations of 2 December 2009 with a view to bringing an end to the situation of excessive government deficit* [2010] COM 329.

¹⁰ https://www.corriere.it/economia/11_settembre_29/trichet_draghi_italiano_405e2be2-ea59-11e0-ae06-4da866778017.shtml

più facile il licenziamento, mentre il governo adotta un decreto-legge (significativamente chiamato “Salva Italia”) che taglia nuovamente le risorse allocate alle Regioni.

Nel 2012 la Commissione rileva l’esistenza di squilibri macroeconomici per l’Italia e raccomanda l’effettiva applicazione delle riforme già approvate, affinché il pareggio di bilancio sia raggiunto per il 2013 e la proporzione debito/PIL sia ricondotta entro i parametri¹¹. Similmente, la Commissione nelle RS chiede l’approvazione della *spending review* per quell’anno¹²; a questa richiesta esplicita si accompagna questa volta anche un meccanismo di condizionalità implicita, poiché è solo dopo l’approvazione del decreto che la BCE annuncia l’acquisto dei titoli di stato italiani. La *spending review* incide sulle politiche sanitarie attraverso tagli nell’acquisizione di beni e servizi, ai posti letto e all’acquisto di dispositivi medici. La Legge di stabilità prevede poi un ulteriore taglio del FS, motivato con l’esigenza di: «garantire il rispetto degli obblighi derivanti dall’appartenenza dell’Italia all’Unione europea» (art. 1, c. 131, L. 228/2012).

Nel 2013 la Commissione chiude la PDE per l’Italia e ribadisce la necessità di tagliare la spesa pubblica, prima nell’EA e poi nelle RS, che chiedono anche di proseguire con la *spending review*¹³. La legge di stabilità conferma dunque il blocco della contrattazione per i dipendenti pubblici. A proposito di questa, il Presidente della Repubblica G. Napolitano insiste allora sulla necessità di seguire le raccomandazioni della Commissione per evitare una nuova PDE¹⁴, mentre il Presidente del Consiglio E. Letta parla di “compiti a casa” in cambio dei quali aspettarsi una “ricompensa”¹⁵.

¹¹ *Documento di lavoro dei servizi della Commissione. Esame approfondito per l’Italia a norma dell’articolo 5 del regolamento (UE) n. 1176/2011 sulla prevenzione e la correzione degli squilibri macroeconomici* [2012] SWD 156.

¹² *Raccomandazione del Consiglio del 10 luglio 2012 sul programma nazionale di riforma 2012 dell’Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità dell’Italia 2012-2015* [2012] 2012/C 219/14.

¹³ *Raccomandazione del Consiglio del 9 luglio 2013 sul programma nazionale di riforma 2013 dell’Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità dell’Italia 2012-2017* [2013] 2013/C 217/11.

¹⁴ Cfr. <https://www.lastampa.it/cronaca/2013/10/19/news/legge-di-stabilita-i-paletti-di-napolitano-br-giu-le-tasse-ma-no-a-false-coperture-1.35969394>

¹⁵ Cfr. <https://st.ilsole24ore.com/art/notizie/2013-10-23/rigore-ricompensa-064216.shtml?uuid=AbXYvpwI>

Nel 2014 l'Italia si avvale della flessibilità della Commissione in quanto a raggiungimento degli obiettivi fiscali in cambio dell'approvazione di una serie di riforme strutturali (Di Mascio *et al.* 2019), come il "Jobs Act" per il lavoro del settore privato e come la "riforma Madia" per quello del settore pubblico. La riforma Madia, che da una parte allenta il blocco delle assunzioni, dall'altra riduce il tempo accordabile per attività sindacale e aumenta la possibilità che ai lavoratori venga richiesta la mobilità (Pedaci *et al.* 2020). La Commissione intanto stabilisce che l'Italia presenta degli squilibri macroeconomici eccessivi¹⁶ – valutazione ribadita poi ogni anno fino al 2019. Essa nota inoltre come le proiezioni della spesa pubblica contenute nel PNR implicino la necessità di bloccare gli aumenti salariali per i dipendenti pubblici fino al 2017¹⁷. La legge di stabilità mantiene in effetti il blocco della contrattazione, oltre a ridurre il budget delle Regioni.

Nel 2015 la RP¹⁸ valuta insufficienti tagli e riforme operati fino ad allora, riferendosi in particolare ai tagli alle Regioni; plaude tuttavia al Jobs Act e monitora attentamente la riforma Madia. Le RS esprimono simile insoddisfazione circa l'estensione dei tagli, inclusi quelli operati a livello locale e regionale; tuttavia, grazie alle riforme strutturali approvate, viene accordata ancora una volta la deviazione rispetto agli obiettivi fiscali¹⁹. Le RS chiedono altresì di adottare i provvedimenti della riforma della pubblica amministrazione che sono rimasti in sospeso.

Nell'agosto 2015 viene infatti approvato, con voto di fiducia, il "Decreto enti locali". Per quanto riguarda la sanità, il decreto restringe il bacino di popolazione che ha diritto all'accesso gratuito ad alcuni tipi di visite specialistiche, introducendo anche sanzioni per i medici che le prescrivano – cosa che verrà ulteriormente definita nel "Decreto appropriatezza". In secondo luogo, il decreto prevede risparmi tramite

¹⁶ Risultati degli esami approfonditi ai sensi del regolamento (UE) n. 1176/2011 sulla prevenzione e la correzione degli squilibri macroeconomici [2014] COM 150.

¹⁷ Documento di lavoro dei servizi della Commissione. Valutazione del programma nazionale di riforma e del programma di stabilità 2014 dell'Italia che accompagna il documento di raccomandazione del Consiglio sul programma nazionale di riforma 2014 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2014 dell'Italia [2014] SWD 413.

¹⁸ Documento di lavoro dei servizi della Commissione. Relazione per paese relativa all'Italia 2015 comprensiva dell'esame approfondito sulla prevenzione e la correzione degli squilibri macroeconomici [2015] SWD 31.

¹⁹ Raccomandazione del Consiglio del 14 luglio 2015 sul programma nazionale di riforma 2015 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2015 dell'Italia [2015] 2015/C 272/16.

l'aumento del tasso di occupazione dei posti letto e la diminuzione della durata media dei ricoveri. Infine, per quanto riguarda il personale, il decreto opera tagli alle risorse allocate per la contrattazione decentrata. La legge di stabilità impone poi un'ulteriore stretta al controllo della spesa, prevedendo l'estensione dei piani di rientro dal debito, prima limitati alle Regioni, anche alle singole strutture sanitarie, nonché tagli ai trasferimenti alle Regioni e maggiori oneri di partecipazione alla spesa sanitaria per queste ultime.

Nel 2016 si riapre la possibilità di avviare la contrattazione collettiva per i dipendenti pubblici, bloccata dal 2010. Ciò si deve ad una sentenza della Corte costituzionale che dichiara incostituzionale un blocco così prolungato della contrattazione. La sentenza, tuttavia, non mette in discussione la priorità dei vincoli di bilancio rispetto agli adeguamenti salariali: è così che le risorse stanziare per la contrattazione quell'anno sono solo simboliche (Mastrogiuseppe e Talamo 2020). Le RS, intanto, insistono sulla necessità di rendere le *spending review* parte integrante delle leggi di stabilità²⁰.

Nel 2017 le RS insistono sulla necessità di compiere un "consistente sforzo di bilancio", ricordando che il Paese si trova nel braccio preventivo del patto di stabilità e crescita, e chiedono di completare la riforma Madia²¹. Quell'anno vengono in effetti adottati due decreti sulla pubblica amministrazione: se uno prevede alcuni meccanismi per la stabilizzazione dei precari (D. Lgs. 75/2017), l'altro si concentra sulla valutazione e sul subordinare parte del salario alla produttività (D. Lgs. 74/2017), come più volte chiesto anche dai documenti della governance europea. Vengono poi rivisti i livelli essenziali di assistenza (LEA), ovvero i servizi che il SSN deve garantire. Se da una parte aumenta il ventaglio di prestazioni garantite, dall'altra – in assenza di maggiori risorse – si prevede che aumentino anche i ticket (Cartabellotta 2017).

Nel 2018 la Commissione non approva la bozza di legge di stabilità inviata dall'Italia. È la prima volta che accade e la Commissione spiega infatti che non erano: «mai stati registrati casi di grande espansione di bilancio in Paesi a cui era stato raccomandato di compiere uno sforzo

²⁰ Raccomandazione del Consiglio del 12 luglio 2016 sul programma nazionale di riforma 2016 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2016 dell'Italia [2016] 2016/C 299/01.

²¹ Raccomandazione del Consiglio dell'11 luglio 2017 sul programma nazionale di riforma 2017 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2017 dell'Italia [2017] 2017/C 261/11.

di bilancio»²². Il governo ridimensiona quindi la spesa prevista dalla legge di stabilità. Per quanto riguarda la sanità, pur prevedendo risorse aggiuntive rispetto all'anno precedente, la legge non ne alloca in misura sufficiente per finanziare il rinnovo dei contratti, mantenendo peraltro il tetto di spesa per il personale posto dalla legge di stabilità del 2010 (Fondazione Gimbe 2018).

Nel 2019 le RS insistono nuovamente sulla necessità di tagliare la spesa pubblica²³. Per quanto riguarda la sanità, tuttavia, Governo e Parlamento tentano di far fronte all'ormai grave carenza di personale approntando misure per nuove assunzioni (D.L. 34/2019) e permettendo ai medici iscritti al corso specifico di medicina generale di lavorare come medici di medicina generale per sopperire alla mancanza degli stessi (L. 12/2019). La legge di stabilità prevede di nuovo un investimento maggiore rispetto agli anni precedenti, anche se maggiore solo in termini assoluti e non in rapporto al PIL (Corte dei conti 2020). Le risorse sono destinate, tra le altre voci, ad assunzioni, abolizione del superticket, aumento delle borse di specializzazione medica e del fondo per la non autosufficienza.

Alle soglie del 2020 il SSN presenta dunque carenze conclamate in termini di personale e di servizi territoriali. Queste carenze, appena intaccate dai provvedimenti dell'anno precedente, si rivelano fatali durante la pandemia, quando i servizi territoriali non riescono pienamente a svolgere il ruolo di filtro rispetto ai servizi ospedalieri, oberando questi ultimi ed esponendo i pazienti a un più alto rischio di contagio (Vicarelli e Giarelli 2021).

13.3. Una direzione di austerità, nonostante le ambiguità

I documenti della governance economica europea, in realtà, non sono silenti circa le carenze del SSN. I documenti di analisi vi si soffermano con perizia soprattutto negli ultimi anni, ma anche le RS danno mostra di volerle affrontare a più riprese. Tuttavia, a nostro parere, tali occorrenze non cambiano sostanzialmente di segno la direzione di austerità appena illustrata. La priorità data al contenimento della

²² *Parere della Commissione europea sul documento programmatico di bilancio 2019 dell'Italia* [2018] MEMO/18/6175.

²³ *Raccomandazione del Consiglio del 9 luglio 2019 sul programma nazionale di riforma 2019 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2019 dell'Italia* [2019] 2019/C 301/12.

spesa pubblica nonché all'elaborazione di riforme della pubblica amministrazione, infatti, dà luogo a tre fenomeni riscontrabili nei documenti del SE. Il primo riguarda la portata delle soluzioni proposte per colmare le carenze del SSN, spesso troppo modeste rispetto alla gravità dei problemi del SSN pur così bene identificati. In secondo luogo, le esigenze del SSN identificate nei documenti di analisi come le RP entrano a volte direttamente in contraddizione con le indicazioni fornite nei documenti prescrittivi – e quindi con maggiori possibilità di essere tradotti in politiche sul piano nazionale – come le RS. Infine, anche nei casi in cui le soluzioni proposte sono proporzionate alla misura delle carenze del SSN e sono contenute in documenti prescrittivi, queste rimangono comunque estremamente generiche, come notato anche da S. Stan e R. Erne (2020). Vediamo ora degli esempi.

Per quanto riguarda il primo fenomeno, si consideri la RP del 2018²⁴. In questo documento la Commissione stigmatizza il fatto che l'accesso alla sanità in Italia sia più dipendente dalle risorse economiche personali rispetto alla media europea e che la percentuale di italiani dai bisogni di salute non soddisfatti sia in crescita. Essa nota inoltre come la lunghezza delle liste d'attesa per accedere alle prestazioni del SSN spinga le persone a rivolgersi a servizi privati. Infine, essa denuncia come i ticket sulle prestazioni specialistiche introdotti a causa dei piani di rientro portino a un abuso degli accessi ai servizi di pronto soccorso. A fronte di ciò, tuttavia, la RP si limita a suggerire di centralizzare gli acquisti e incoraggiare l'uso di farmaci generici. Nel 2019, poi, la Commissione mette chiaramente in relazione il calo della spesa pubblica per il SSN in rapporto al PIL con l'aumento della spesa privata e affronta il tema della carenza di personale²⁵. All'inizio del 2020 la Commissione affronta inoltre con precisione diverse questioni, come la carenza di infermieri e l'imminente carenza di medici dovuta a invecchiamento, strettoie nella formazione ed emigrazione degli stessi²⁶. La Commissione riconosce poi come negli ultimi dieci anni siano diminuiti i posti letto a disposizione, come non si sia investito a sufficienza nelle infrastrutture, come i dispositivi medici siano vecchi e non

²⁴ Documento di lavoro dei servizi della Commissione. Relazione per paese relativa all'Italia 2018 [2018] SWD 210.

²⁵ Documento di lavoro dei servizi della Commissione. Relazione per paese relativa all'Italia 2019 [2019] SWD 1011.

²⁶ Documento di lavoro dei servizi della Commissione. Relazione per paese relativa all'Italia 2020 [2020] SWD 511.

distribuiti equamente fra le strutture. Allo stesso tempo, ogni anno la Commissione approva i tagli operati nel settore sanitario. Nel 2017, ad esempio, riconosce il ruolo essenziale dei tagli alla sanità nell'aver contribuito a ridurre la spesa pubblica, citando tanto il periodo pre-crisi fra il 2005 e il 2008, in cui l'Italia era sotto PDE e aveva contenuto la spesa sanitaria, quanto il periodo dal 2011 in poi, in cui la spesa addirittura decresce²⁷. O ancora, nel 2018 la Commissione parla di risparmi ottenuti grazie alle "riforme sanitarie" degli anni precedenti²⁸. È solo con l'arrivo della pandemia che si inverte la tendenza, con l'indicazione di investire nella sanità e nel suo personale²⁹.

Per quanto riguarda il secondo fenomeno, vediamo innanzitutto come si creino delle contraddizioni fra le analisi delle carenze del SSN e le richieste di contenimento della spesa pubblica. Nel 2016, per esempio, la Commissione nota come il personale della pubblica amministrazione abbia un'età troppo elevata³⁰, mentre dal canto suo il governo mostra i risparmi ottenuti grazie al blocco del turnover come una risposta alla richiesta della Commissione di operare sistematicamente le *spending review* (MEF 2016). O ancora: diffusamente la Commissione addita la disparità di accesso ai servizi sanitari fra le regioni³¹; al tempo stesso, però, il governo impone alle Regioni dei piani di rientro dal debito che possono comportare l'introduzione di nuovi ticket o il blocco del turnover del personale proprio come una risposta alla richiesta di maggiore efficienza e minore spesa pubblica da parte della governance economica europea (MEF 2015). Ma le contraddizioni emergono anche fra analisi del SSN e RS che affrontano specificatamente questioni legate alla sanità. Per esempio, troviamo più volte la constatazione che la spesa pubblica italiana per la sanità, nonostante sia inferiore alla media europea, ottenga risultati migliori in termini di aspettativa di vita³². Autrici come N. Dirindin (2018) mostrano come l'efficienza del SSN

²⁷ Documento di lavoro dei servizi della Commissione. Relazione per paese relativa all'Italia 2017 [2017] SWD 77.

²⁸ SWD [2018] 210.

²⁹ Raccomandazione di raccomandazione del Consiglio sul programma nazionale di riforma 2020 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2020 dell'Italia [2020] COM 512.

³⁰ Documento di lavoro dei servizi della Commissione Relazione per paese relativa all'Italia 2016 comprensiva dell'esame approfondito sulla prevenzione e la correzione degli squilibri macroeconomici [2016] SWD 81.

³¹ SWD [2017] 77; SWD [2018] 210.

³² SWD [2017] 77; SWD [2020] 511.

si debba ricondurre al suo essere un servizio universale, non gravato quindi dai costi di gestione delle assicurazioni. Questa spiegazione è fra l'altro confermata dalle affermazioni della Commissione secondo cui l'Italia spende, in rapporto al proprio PIL, più in prevenzione e meno in costi amministrativi rispetto alla media europea³³. Eppure, la Commissione nelle RS chiede ripetutamente di favorire la concorrenza nella sanità e nei servizi pubblici – o anche, tradendo una prospettiva che concepisce il mercato come condizione naturale dei rapporti sociali, di rimuovere le rimanenti restrizioni alla concorrenza³⁴.

Il terzo fenomeno – cioè la genericità delle raccomandazioni che pure andrebbero nella direzione di allargare l'accesso ai servizi – è ben illustrato dall'indicazione a fornire le cure necessarie alle persone non autosufficienti. Questi servizi, in cui l'aspetto sanitario si integra con quello socio-assistenziale, includono l'assistenza domiciliare e il ricovero presso le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o le Residenze Sanitarie per Disabili (RSD). Ebbene, la Commissione nei suoi documenti di analisi interviene a più riprese nel merito di questi servizi: ne deplora la carenza; spiega come quest'ultima ostacoli l'occupazione femminile; e infine ribadisce come la politica di erogare trasferimenti in denaro sia meno efficace rispetto a quella di fornire servizi – tanto in termini di qualità del servizio che in termini di stimolo all'occupazione femminile. Ma i servizi per persone non autosufficienti vengono menzionati anche, con costanza, nei documenti prescrittivi: ogni anno le RS chiedono esplicitamente di affrontarne la scarsità. Tuttavia, le RS non fissano mai un obiettivo specifico in termini di popolazione da coprire, né di risorse da investire. Ciò contrasta nettamente con la precisione delle raccomandazioni fornite per restringere la spesa pubblica o per applicare le riforme strutturali come quella della pubblica amministrazione, politiche che finiscono dunque per imporsi come prioritarie. Al contrario, la Commissione chiede sì di garantire i servizi, ma a parità di spesa pubblica, oppure mette di fatto diversi capitoli di spesa pubblica sociale in competizione fra loro³⁵. Va anche notato che non sono specificati gli attori che dovrebbero gestire i suddetti servizi – se attori pubblici o attori privati accreditati, che per conto del pubblico nel

³³ SWD [2019] 1011.

³⁴ 2015/C 272/16; 2016/C 299/01; 2017/C 261/11.

³⁵ *Raccomandazione del Consiglio del 13 luglio 2018 sul programma nazionale di riforma 2018 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2018 dell'Italia* [2018] 2018/C 320/11.

2020 arrivano a gestire l'82% delle RSA (CERGAS-Bocconi 2020: 188). È un'omissione importante, a fronte del fatto che l'alto numero di decessi degli ospiti di queste strutture avvenuto durante la pandemia è stato ricondotto anche a questioni di controllo del pubblico verso il privato, quando non addirittura a criticità intrinseche all'affidare il servizio a soggetti for profit – i quali, in un settore a tale intensità lavorativa, si ritiene che tendano a guadagnare comprimendo i costi del lavoro e la qualità del servizio (Arlotti e Ranci 2020).

13.4. Conclusioni

Abbiamo mostrato come la governance economica europea abbia avuto un ruolo importante, negli anni che vanno dalla crisi del 2008 alla crisi pandemica del 2020, nella formulazione delle politiche sanitarie di austerità. Per avere un quadro completo di questa dinamica sarebbe importante esplorare anche il ruolo degli attori economici nell'elaborazione di tali politiche, tanto a livello nazionale quanto europeo. Tale analisi, inoltre, si gioverebbe di un confronto con la letteratura che ha analizzato le risposte a tali politiche da parte di attori collettivi come i sindacati, anche in questo caso nella loro articolazione nazionale e sovranazionale.

Serviranno altri studi, poi, per rendere conto di come l'intreccio fra politiche sanitarie nazionali e governance economica europea si dispieghi a partire da marzo 2020. Ci limitiamo qui a indicare alcuni spunti per una possibile ulteriore agenda di ricerca. Come prevedibile, dall'arrivo della pandemia gli investimenti in campo sanitario aumenteranno significativamente (Corte dei conti 2021). Ciò è possibile anche grazie all'attivazione della clausola di salvaguardia generale del Patto di stabilità e crescita, la quale permette agli stati di discostarsi dagli obblighi di bilancio stabiliti dal patto stesso³⁶. Tramite deroghe ai tetti di spesa del personale, al blocco del ricambio del personale e ai titoli di studio richiesti, sono aumentate quindi le dotazioni di personale sanitario – solo un quarto del quale, però, assunto con contratti a tempo indeterminato (Corte dei conti 2021). Ulteriori investimenti saranno possibili poi grazie al programma *Next Generation EU* e al suo Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza. Nel caso dell'Italia (come

³⁶ *Comunicazione della Commissione al Consiglio sull'attivazione della clausola di salvaguardia generale del patto di stabilità e crescita [2020] COM 123.*

anche di altri Paesi) il *Piano di Ripresa e Resilienza* (PNRR), elaborato per accedere ai finanziamenti europei e inserito nel ciclo del SE, non è stato oggetto di discussione pubblica né di un'adeguata discussione parlamentare prima della sua presentazione alla Commissione europea (Viesti 2021). Si accentuano così quelle tendenze alla redistribuzione dei poteri a favore di governo e Commissione già osservate come caratteristiche del SE. Quanto ai contenuti del piano che riguardano la sanità, va notato come gli investimenti siano diretti anche a campi in passato trascurati, quali i servizi territoriali e in particolare i servizi per persone non autosufficienti. Tuttavia, la forte presenza di attori privati in questi ambiti e le corrispondenti ricadute in termini di qualità del servizio sollevano legittimi interrogativi sul ruolo che tali attori eserciteranno nel potenziamento dei servizi pensato dal PNRR. Va notato altresì come il dispositivo non possa, di norma, finanziare spese di bilancio correnti come quelle per il personale (art. 5, c. 1, *Regolamento UE n. 2021/24137*). Si prospettano dunque, indubbiamente, investimenti in campi finora sacrificati. Tuttavia, elementi come la temporaneità della clausola di salvaguardia, l'incertezza circa il ruolo assegnato ai privati nei servizi e circa il tipo di contrattualizzazione del personale sanitario impongono cautela nel parlare di un cambio sostanziale delle politiche sanitarie in un senso che permetta di adempiere appieno alla promessa di universalità del Servizio Sanitario Nazionale.

Bibliografia

- ARLOTTI M., Ranci C. (2020), Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto nelle case di riposo nel nostro paese?, *Rapporto di ricerca INclusive AGEing*. Disponibile online (29/11/21): http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2020/04/Impaginazione_inage.pdf
- BADELL D., Di Mascio F., Natalini A., Ongaro E., Stolfi F. e Ysa T. (2019), Too big to fail? The dynamics of EU influence and fiscal consolidation in Italy and Spain (2008–2016), *Public management review*, 21(9), 1-23.
- BERGONZINI C. (2014), *Parlamento e decisioni di bilancio*. Milano: FrancoAngeli.
- CARTABELLOTTA N. (2017), Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva?, *IlSole24ore*. Disponibile online (29/11/21): https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2017-01-27/nuovi-lea-grande-traguardo-politico-rischio-illusione-collettiva-165343.php?uuid=AEZgjOJ&refresh_ce=1

³⁷ [2021] OJ L57/64.

- CERGAS-BOCCONI. (2020), *Rapporto Oasi*, Mialno: Egea Editore.
- CORTE DEI CONTI (2020), *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*. Disponibile online (29/11/21): <https://www.corteconti.it/Download?id=1c45c60e-843b-41ff-a41b-17e2e48ac1f1>
- CORTE DEI CONTI (2021), *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*. Disponibile online (29/11/21): <https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39>
- DI MASCIO F., Natalini A., Ongaro E. e Stolfi F. (2019), Influence of the European Semester on national public sector reforms under conditions of fiscal consolidation: The policy of conditionality in Italy 2011–2015. *Public Policy and Administration*, 35(2): 201-223.
- DIRINDIN N. (2018), È tutta salute. In difesa della sanità pubblica. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- EUROSTAT (2021), *Unmet health care needs statistics*. Disponibile online (29/11/21): https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#General_overview
- FONDAZIONE GIMBE (2018), Manovra: alla sanità oltre 4,5 mld in tre anni, ma solo uno nel 2019 e niente risorse per il personale, *IlSole24ore*. Disponibile online (29/11/21): <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-10-31/manovra-fondazione-gimbe-sanita-oltre-45-mld-tre-anni-ma-solo-nel-2019-e-niente-risorse-il-personale--175727.php?uuid=AEOEfxYG>
- GIAVAZZI F., Pagano M. (1990), Can severe fiscal contractions be expansionary? Tales of two small European countries, *NBER macroeconomics annual*, 5: 75-111.
- GREER S. L. (2014), The three faces of European Union health policy: Policy, markets, and austerity, *Policy and Society*, 33(1): 13-24.
- HELGADÓTTIR O. (2016), The Bocconi boys go to Brussels: Italian economic ideas, professional networks and European austerity, *Journal of European public policy*, 23(3): 392-409.
- JORDAN J., Maccarrone V. e Erne R. (2020), Towards a Socialisation of the EU's New Economic Governance Regime? EU labour policy interventions in Germany, Italy, Ireland and Romania (2009-2019), *British Journal of Industrial Relations*, 59(1): 191-213.
- MASTROGIUSEPPE P., Talamo V. (2020), Contrattazione collettiva nel lavoro pubblico e concertazione sociale Stato dell'arte e prospettive, *Sinapsi*, 10(1): 55-82.
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE – MEF (2015), *Documento di economia e finanza 2015. Sezione III. Programma Nazionale di Riforma*. Disponibile online (29/11/21): https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/nrp2015_italy_it_0.pdf
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE – MEF (2016), *Documento di economia e finanza 2016. Sezione III. Programma Nazionale di Riforma*. Disponibile

- online (29/11/21): https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/european-semester-national-plan_italy_2016_it.pdf
- NERI S. e MORI A. (2017), Crisi economica, politiche di austerità e relazioni intergovernative nel Ssn. Dalla regionalizzazione al federalismo differenziato?, *Autonomie locali e servizi sociali*, 2: 201-220.
- PEDACI M., Betti M. e Di Federico R. (2020), Employment and industrial relations under downward pressures in the Italian public sector, in Keune M., Ramos Martín N. E. e Mailand M. (a cura di), *Working under pressure. Employment, job quality and labour relations in Europe's public sector since the crisis*. Brussels: ETUI.
- SACCHI S. (2015), Conditionality by other means: EU involvement in Italy's structural reforms in the sovereign debt crisis, *Comparative European Politics*, 13(1): 77-92.
- STAN S., Erne R. (2020). *Towards an Integrated European Healthcare Space?*, Working Paper n. 8, ERC Project 'European Unions', University College Dublin. Disponibile online (29/11/21): <https://www.erc-europeanunions.eu/working-papers/>
- TOTH F., Lizzi R. (2019), Le trasformazioni silenziose delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria, *Stato e mercato*, 39(2): 297-320.
- VICARELLI G., Giarelli G. (a cura di) (2021), *Libro bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*, Milano: FrancoAngeli.
- VIESTI G. (2021), Perché un'ampia e aperta discussione del PNRR è necessaria per il suo successo, *Menabò di Etica e Economia* 154. Disponibile online (29/11/21): <https://www.eticaeconomia.it/perche-unampia-e-aperta-discussione-del-pnrr-e-necessaria-per-il-suo-successo/>