

Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Archivio istituzionale della ricerca

Le trasformazioni «silenziose» delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria

This is the final peer-reviewed author's accepted manuscript (postprint) of the following publication:

Published Version:

Toth Federico, Lizzi Renata (2019). Le trasformazioni «silenziose» delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria. STATO E MERCATO, 116(2), 297-320 [10.1425/94680].

Availability:

This version is available at: <https://hdl.handle.net/11585/725095> since: 2020-02-13

Published:

DOI: <http://doi.org/10.1425/94680>

Terms of use:

Some rights reserved. The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (<https://cris.unibo.it/>).
When citing, please refer to the published version.

(Article begins on next page)

This is the final peer-reviewed accepted manuscript of:

Federico Toth, Renata Lizzi (2019): Le trasformazioni silenziose delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria, 116 (2): 297-320

The final published version is available online at:

<https://www.rivisteweb.it/doi/10.1425/94680>

Terms of use:

Some rights reserved. The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (<https://cris.unibo.it>)

When citing, please refer to the publisher version.

Le trasformazioni ‘silenziose’ delle politiche sanitarie in Italia e l’effetto catalizzatore della Grande Crisi Finanziaria

Renata Lizzi e Federico Toth

1. Introduzione

Diversi studi hanno indagato gli effetti che la crisi finanziaria del 2008 ha prodotto sui sistemi sanitari dei paesi europei (de Belvis et al. 2012; Karanikolos et al. 2013; Thomson et al. 2014; Reeves et al. 2014; Kentikelenis 2015; Morgan e Astolfi 2015; Reeves et al. 2015; Palladino et al. 2016).

Tali studi non inducono a conclusioni univoche. La crisi sembra avere avuto un impatto rilevante solo in alcuni paesi, meno in altri (Karanikolos et al. 2013; Thomson et al. 2014; Morgan e Astolfi 2015; Reeves et al. 2015). Solo in pochi casi la crisi finanziaria ha condotto a riforme radicali dei sistemi di finanziamento e di erogazione dei servizi sanitari (Pavolini e Guillén 2013; Thomson et al. 2014; Saltman 2018). In diversi paesi, i policy makers hanno risposto alla crisi adottando misure – più o meno incisive – di contenimento dei costi: si è posto un freno alla spesa sanitaria pubblica, si è ridotta la generosità dei servizi garantiti, sono state inasprite le forme di compartecipazione alla spesa a carico dei pazienti (Karanikolos et al. 2013; Kentikelenis 2015; Lehto et al. 2015; Morgan e Astolfi 2015; Reeves et al. 2015; Palladino et al. 2016; Saltman 2018).

Obiettivo di questo lavoro è indagare gli effetti che la grande crisi finanziaria ha prodotto sulle politiche sanitarie in Italia, e comprendere – più in generale – come il nostro sistema sanitario sia andato evolvendosi negli ultimi due decenni.

Si possono, a tal riguardo, formulare tre ipotesi alternative. La prima è che la crisi non abbia sortito effetti particolarmente rilevanti sulle politiche sanitarie nel nostro paese. La seconda ipotesi è che, al contrario, la grande crisi finanziaria abbia avuto effetti molto rilevanti sulla sanità italiana, costituendo una radicale rottura col passato: ciò implicherebbe che la crisi abbia spinto i policy makers ad adottare strumenti di policy (o policy mix) innovativi, non utilizzati in precedenza. La terza ipotesi – in qualche misura intermedia rispetto alle prime due – è che la crisi finanziaria abbia agito soprattutto da *catalizzatore* di dinamiche già avviate in precedenza (Helderman 2015): la crisi avrebbe perciò rinvigorito e accelerato processi già in atto, legittimando e consolidando strategie e misure di policy approntate già prima che deflagrasse la crisi.

Non è forse superfluo sottolineare come i temi e i quesiti appena sollevati siano stati, fino ad ora, poco indagati (de Belvis et al. 2012; Pavolini e Guillén 2013). Nel nostro paese, altri settori di welfare – si pensi alle pensioni, al lavoro, alle politiche di contrasto alla povertà – hanno ricevuto negli ultimi anni grande attenzione da parte degli attori politici, dei mezzi di comunicazione e degli analisti di policy. Le trasformazioni che il sistema sanitario italiano sta attraversando, invece, sono stati finora poco dibattuti e poco studiati. Il presente lavoro intende iniziare a colmare tale lacuna.

L’articolo è strutturato nel modo seguente. Il prossimo paragrafo (par. 2) servirà ad analizzare l’andamento della spesa sanitaria, sia pubblica sia privata, nel decennio precedente e in quello successivo allo scoppio della crisi finanziaria. Tale analisi consentirà di mettere a fuoco due traiettorie differenti: da un lato, la spesa sanitaria pubblica, in seguito alla crisi, ha registrato un sensibile

rallentamento; di converso, la spesa privata ha continuato ad aumentare a un ritmo regolare, e non sembra aver risentito della crisi economica. I due successivi paragrafi serviranno a mettere a fuoco i cambiamenti occorsi negli ultimi anni rispettivamente nel settore pubblico (par. 3) e in quello privato (par. 4). In entrambi i paragrafi, la logica sarà di mettere a confronto il decennio successivo alla crisi con quello immediatamente precedente: sarà così possibile far emergere gli elementi di continuità e di discontinuità tra i due periodi analizzati.

Il terzo paragrafo è dedicato alle misure di austerità che sono state adottate all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Ci si soffermerà in particolare sul principale strumento messo in campo per contenere i deficit regionali, ovvero i piani di rientro. Di tali piani verrà ricostruita la genesi, ne verranno descritte le modalità operative e valutati gli effetti complessivi.

Nel quarto paragrafo, l'attenzione si sposterà sull'elemento di maggiore novità che ha riguardato il settore sanitario privato nell'ultimo decennio, ossia la repentina diffusione delle coperture integrative. Si cercherà, anche in questo caso, di comprendere la genesi e la portata di tale trasformazione, partendo dall'evoluzione della normativa, riportando qualche dato sulle dimensioni del fenomeno, e ricostruendone brevemente il dibattito in corso.

Il quinto paragrafo servirà a marcare una specificità della politica sanitaria in Italia. In altri settori di policy, i cosiddetti «vincoli esterni», imposti soprattutto dall'Unione Europea, hanno giocato un ruolo decisivo nel promuovere e legittimare, se non altro a livello di retorica politica, l'adozione di nuovi *policy tools* e di riforme non sempre popolari. Si vedrà come il caso della sanità italiana sia differente: i cambiamenti registrati in campo sanitario sono stati perlopiù incrementali e dettati da fattori endogeni.

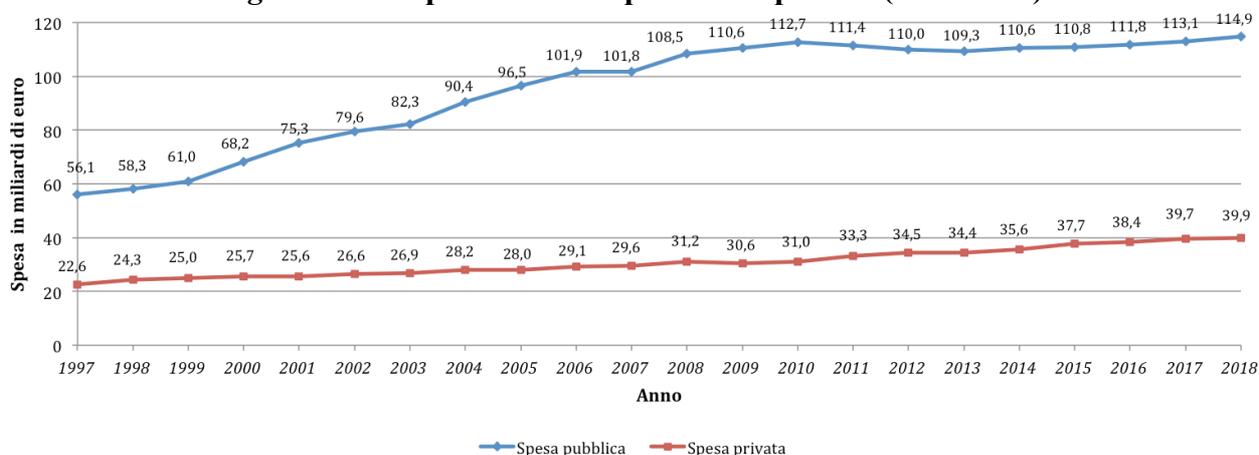
Nel paragrafo conclusivo, cercheremo di discutere le trasformazioni in atto nella sanità italiana, enfatizzando soprattutto tre aspetti: l'effetto catalizzatore della crisi finanziaria; l'assenza di riforme radicali; il cambiamento incrementale e «silenzioso» di tale settore di policy, che sembra derivare da un tipico contesto di «quiet politics» (Culpepper 2011).

2. La crisi e gli effetti sulla spesa sanitaria pubblica e privata

Partiamo subito col domandarci quali siano stati gli effetti prodotti dalla grande crisi finanziaria sull'andamento della spesa sanitaria, sia pubblica sia privata, nel nostro paese (OCSE 2019).

Nel decennio precedente allo scoppio della crisi (dal 1997 al 2007), in Italia la spesa sanitaria pubblica cresceva a un tasso medio del 6,2% annuo. Nello stesso lasso di tempo, la spesa sanitaria privata cresceva ad un tasso medio del 2,7% ogni anno.

Figura 1 – La spesa sanitaria pubblica e privata (2007-2018)



Nel decennio immediatamente successivo all'esplosione della crisi (dal 2008 fino al 2018), il tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria pubblica è stato di appena lo 0,6%. La spesa sanitaria

privata ha invece continuato ad aumentare a un tasso simile a quello registrato nel decennio precedente, ossia il 2,6%.

Ciò significa che, in seguito alla crisi, la spesa sanitaria pubblica ha accusato una brusca frenata e per alcuni anni (dal 2011 al 2013) il tasso di crescita è stato addirittura negativo (vedi figura 1). La spesa sanitaria privata sembra avere risentito meno della crisi: a parte un'annata (il 2009), essa ha continuato a crescere a un ritmo di quasi il 3% annuo, in linea con quanto avveniva prima dello scoppio della crisi finanziaria.

In termini assoluti, nel 2008 la spesa pubblica era attorno ai 108 miliardi di euro, mentre nel 2018 ha superato i 114 miliardi: una crescita di appena il 5,8% in dieci anni. La spesa sanitaria privata nel 2008 si assestava attorno ai 31 miliardi di euro, mentre oggi sfiora i 40 miliardi: la crescita, sempre in dieci anni, è dunque stata di oltre il 27%.

Questi dati possono essere interpretati anche come un travaso di spesa dal pubblico al privato: poiché lo Stato ha stretto i cordoni della borsa, i singoli cittadini sono stati costretti a compensare pagando maggiormente di tasca propria (Dirindin 2018). La crisi ha infatti avuto l'effetto di modificare l'equilibrio tra spesa pubblica e privata. Una decina di anni fa la componente pubblica rappresentava il 78% della spesa sanitaria complessiva, quella privata il rimanente 22%. Oggi la proporzione è: 74% spesa pubblica, 26% spesa privata. Si potrebbe commentare che, nel corso dell'ultimo decennio, una quota pari al 4% della spesa sanitaria complessiva (corrispondente a circa 6 miliardi di euro), di cui lo Stato non si fa più carico, sia stata riversata sulla spesa privata dei singoli cittadini.

Come cercheremo di mostrare nei prossimi due paragrafi, il rallentamento della spesa sanitaria pubblica ha avuto come effetto il consolidamento delle misure di austerità all'interno del servizio sanitario pubblico (vedi par. 3). Di converso, la crescita della componente a carico delle famiglie ha fornito maggiori opportunità di crescita al settore della sanità integrativa (par. 4).

3. L'austerità sanitaria: tagli, piani di rientro, e costi standard

Si è visto in precedenza come nell'ultimo decennio la spesa sanitaria pubblica abbia fatto registrare una brusca frenata. Le regioni sono state dunque costrette a riorganizzare la propria offerta di servizi sanitari con vincoli di budget sempre più stringenti (Caruso 2018).

Le amministrazioni regionali hanno dovuto adottare provvedimenti largamente ispirati alla logica della *spending review* (Armeni et al. 2018; Camera dei deputati 2018; Caruso 2018; Dirindin 2018): si è proceduto a tagliare i posti letto, a chiudere i piccoli ospedali, ad accorpate le aziende sanitarie; è stato bloccato il turn over del personale, sono stati inaspriti i ticket, si è proceduto alla centralizzazione degli acquisti e dei servizi; sono stati rivisti i sistemi di accreditamento e sono stati introdotti tetti di spesa per i fornitori privati; in molte regioni sono stati procrastinati gli investimenti per l'ammmodernamento tecnologico e per la messa in sicurezza delle strutture ospedaliere. Insomma, così come in molti altri settori, anche in campo sanitario gli ultimi anni sono stati all'insegna dell'efficientamento della spesa e dell'austerità.

E' importante sottolineare come molte misure di contenimento della spesa all'interno del SSN fossero in atto già prima dello scoppio della grande crisi finanziaria. La crisi ha finito per inasprire tali misure e probabilmente a renderle più legittime – o anche solo più accettabili – agli occhi dell'opinione pubblica.

I deficit regionali

Il tema del contenimento della spesa sanitaria regionale costituiva una priorità nell'agenda politica del governo già prima che deflagrasse la crisi. Nel corso degli anni Novanta e nei primi anni Duemila, le regioni italiane avevano infatti accumulato un enorme debito sanitario (Mapelli 2012; Toth 2014). Il governo nazionale era dunque dovuto intervenire a più riprese, in parte per ripianare i deficit e in parte per richiamare all'ordine le regioni più indisciplinate (Toth 2015). Qualche dato può aiutare a mettere a fuoco il problema.

Dal 2001 al 2012, i sistemi sanitari regionali hanno accumulato un disavanzo complessivo di oltre 40 miliardi di euro. Le regioni centro-settentrionali erano però responsabili di appena il 12% di tale passivo: ad aver accumulato l'88% del disavanzo erano le regioni centro-meridionali (Lazio incluso). Le regioni centro-settentrionali – sempre nel periodo compreso tra il 2001 e il 2012 – accumulano mediamente un disavanzo pro capite di circa 140 euro. Nello stesso arco di tempo, il disavanzo pro capite delle regioni meridionali è stato invece di oltre 1.340 euro (quasi 10 volte superiore a quello delle regioni centro-settentrionali). Le regioni in assoluto più indisciplinate si dimostrarono Campania e Lazio, che – da sole – furono responsabili del 58% del debito sanitario complessivo. La situazione dei conti sanitari regionali è sensibilmente migliorata a partire dal 2012 (Corte dei Conti 2018). Da allora i disavanzi di gestione sono notevolmente diminuiti, specialmente nelle regioni sottoposte a piano di rientro (Armeni et al. 2018; Ministero dell'Economia e delle Finanze 2018). Il fatto che alcune amministrazioni regionali abbiano fatto registrare per molti anni pesanti deficit sanitari ha inevitabilmente generato tensioni tra le regioni. Quelle con i bilanci maggiormente in ordine – concentrate nel Centro-Nord – hanno mostrato insofferenza nel doversi accollare i debiti derivanti dalla cattiva gestione altrui. Le regioni «virtuose» si sono sentite danneggiate e hanno ripetutamente chiesto al governo nazionale di accelerare sulla strada del federalismo fiscale e di adottare provvedimenti che sanzionassero le regioni finanziariamente più indisciplinate, costringendole a risanare i propri conti (Toth 2015).

I piani di rientro

Il principale strumento messo in campo dal governo nazionale per costringere le amministrazioni regionali a contenere il deficit sanitario è consistito nei cosiddetti *piani di rientro*.

Tale strumento fu introdotto a partire dal 2006 (quindi prima che arrivasse la crisi), in seguito alla sottoscrizione del primo «Patto per la salute».

Obiettivo del governo centrale era di interrompere, una volta per tutte, il circuito perverso in base al quale le regioni meno disciplinate venivano alla fine sempre salvate dal governo nazionale, che accettava a posteriori di coprirne i debiti. In base agli accordi sottoscritti nel 2006, il sostegno finanziario alle regioni in difficoltà sarebbe stato condizionato alla sottoscrizione di un apposito «piano di rientro». Quest'ultimo consiste in un accordo che una singola regione che si trovi in condizioni di pesante disavanzo (superiore al 5% dell'intera spesa sanitaria regionale) stipula con il Ministero della Salute e con quello dell'Economia. Il piano, di durata triennale, è finalizzato a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della regione interessata. Il rispetto degli obiettivi contenuti nel piano viene monitorato ogni tre mesi dal governo nazionale. Nel caso in cui una regione non rispetti gli impegni assunti nel piano di rientro, il governo ha la facoltà di commissariare la gestione del servizio sanitario regionale.

A partire dal 2007, il governo nazionale ha così obbligato le regioni finanziariamente più indisciplinate a sottoscrivere un apposito piano di rientro. Alla scadenza del triennio, la maggior parte di questi piani è stata rinegoziata e rinnovata.

In 5 casi, i governi regionali non sono stati in grado di tenere fede agli impegni contenuti nel proprio piano di rientro: in tali regioni la gestione della sanità è stata allora commissariata. Le regioni commissariate sono state il Lazio e l'Abruzzo (nel 2008), seguite da Campania, Molise (2009) e Calabria (2010). Nel momento in cui scriviamo, solo una di queste cinque regioni è riuscita ad affrancarsi dal regime di commissariamento: a partire dal 2016, la regione Abruzzo non risulta più commissariata, sebbene rimanga soggetta a un piano di rientro (Ministero dell'Economia e delle Finanze 2018).

In aggiunta alle cinque regioni appena menzionate, altre due sono attualmente in piano di rientro: Sicilia e Puglia. Liguria e Sardegna sono state in piano di rientro dal 2007 al 2010, il Piemonte dal 2010 al 2017.

Come nella migliore tradizione italiana, concepiti originariamente come soluzioni temporanee, tanto i piani di rientro quanto i commissariamenti si sono poi trasformati – nella maggior parte dei casi – in soluzioni stabili. Naturalmente, la sottoscrizione di un piano di rientro (e ancor più il

commissariamento) comporta una perdita di sovranità da parte della giunta e del consiglio regionali, che devono sottostare alle indicazioni e ai vincoli imposti dal governo nazionale, in particolare dal Ministero dell'Economia (Carpani 2012).

Come è funzionato il processo: la gestione dei piani di rientro

Vale la pena fare qualche cenno alle modalità decisionali che hanno caratterizzato fino ad ora la gestione dei piani di rientro. Le decisioni cruciali inerenti la sottoscrizione e i contenuti dei piani di rientro, il loro monitoraggio periodico, nonché l'imposizione di eventuali sanzioni sono state appannaggio di una commissione tecnica appositamente istituita presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). Per diversi anni, tale commissione è stata nota – non solo tra gli addetti ai lavori – come il «tavolo Massicci», dal nome del dirigente del MEF che ne ha presieduto i lavori. Molti *practitioners* ed esperti del settore hanno rilevato come al tavolo Massicci fosse attribuita grande discrezionalità, e come esso avesse «potere di vita o di morte» sulle regioni in piano di rientro. E' stato inoltre fatto notare come il tavolo Massicci adottasse le proprie decisioni sulla base di considerazioni di carattere eminentemente economico-finanziario: la componente sanitaria – ovvero l'attenzione per la qualità dell'offerta sanitaria – ha finito così per essere sacrificata sull'altare del rigore di bilancio (Carpani 2012).

Le modalità attraverso cui sono stati gestiti – e vengono gestiti tuttora – i piani di rientro hanno assunto i contorni di un processo ampiamente «esclusivo». Le decisioni sono state prese da un ristretto gruppo di tecnici – dotati di ampia autonomia e discrezionalità – e non hanno mai coinvolto né gli organi rappresentativi (Parlamento, Conferenza Stato-regioni), né le parti sociali.

Un bilancio dei piani di rientro

Quale giudizio si può dare dell'esperienza dei piani di rientro, almeno fino a ora? Se si considera solo l'aspetto finanziario, pare proprio che questi piani, alla lunga, abbiano sortito effetti positivi (Armeni *et al.* 2018; Banca d'Italia 2018; Corte dei Conti 2018). Gli ultimi esercizi finanziari (dal 2012 in avanti) mostrano infatti che quasi tutte le regioni hanno progressivamente risanato i conti e sono prossime all'equilibrio finanziario (Ministero dell'Economia e delle Finanze 2018; Corte dei Conti 2018). Soprattutto nelle regioni commissariate, i piani di rientro hanno comportato – oltre all'inasprimento della pressione fiscale – pesanti tagli alla spesa (Caruso 2018; Dirindin 2018). Tali misure di «austerità sanitaria» hanno sì rimesso in ordine i conti, ma – a lungo andare – hanno finito anche per impoverire la qualità dei servizi erogati (Banca d'Italia 2018): come mostrano i flussi della mobilità sanitaria, i pazienti continuano a fuggire dalle regioni sottoposte a piano di rientro, preferendo farsi curare in altre regioni (Ministero della Salute 2018a; Banca d'Italia 2018).

I costi standard

Sempre in tema di *spending review*, da qualche anno un'importante novità ha riguardato i criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni. Il decreto legislativo n° 68 del 2011 prevede infatti che, a partire dal 2013, i trasferimenti alle regioni vengano calcolati in base ai cosiddetti «costi standard». In buona sostanza, la procedura attualmente utilizzata è la seguente: ogni anno vengono individuate tre regioni *benchmark*, che si distinguano rispetto alle altre per efficienza, efficacia ed appropriatezza nell'erogazione dei servizi sanitari¹. Il costo standard corrisponde alla spesa pro capite sostenuta dalle regioni *benchmark* per assicurare ai propri assistiti i livelli essenziali di assistenza. Per ogni regione viene stimato il «fabbisogno sanitario» della popolazione residente. Le risorse finanziarie che il governo centrale trasferisce a ogni singola regione vengono calcolate in base al fabbisogno regionale e ai costi standard.

L'introduzione dei costi standard avrebbe dovuto spingere le regioni meno efficienti a tagliare gli sprechi e a colmare il divario che le separa dalle regioni *benchmark* (Toth 2014). Tuttavia la formula

¹ In previsione del riparto 2019, le tre regioni individuate come *benchmark* sono state: Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto. L'anno precedente la scelta era caduta su Marche, Veneto e Umbria.

con cui – a livello nazionale – viene attualmente calcolato il fabbisogno sanitario ha, almeno in parte, vanificato tale obiettivo (Cislaghi e Giuliani 2012): il fondo sanitario nazionale viene stabilito in base a considerazioni che prescindono dall’effettivo fabbisogno sanitario della popolazione, e il riparto di tale fondo avviene – in larga misura – in proporzione alla popolazione regionale pesata in base all’età.

4. La crescita della sanità integrativa

Si è notato in precedenza come nell’ultimo ventennio si sia assistito a un aumento costante della spesa sanitaria privata. Secondo i dati OCSE (2019), nel nostro paese la spesa sanitaria privata è per la maggior parte (per circa il 90%) *out-of-pocket* (il cittadino paga di tasca propria le prestazioni non coperte dal SSN, senza che tali spese gli vengano poi rimborsate da soggetti terzi), e solo limitatamente (per circa il 10%) «intermediata» (ossia utilizzata per pagare i premi di un’assicurazione privata).

Sebbene gli italiani dotati di un’assicurazione sanitaria privata siano ancora una minoranza – si stima che siano poco più di un quinto della popolazione (Rbm-Censis 2018) – negli ultimi anni si è registrata un’improvvisa espansione delle coperture assicurative private, in particolare dei fondi sanitari integrativi (Pavolini *et al.* 2013; Maggi e De Pietro 2015; Campedelli 2018). E’ questo un fenomeno che solleva un interessante dibattito: quella della sanità cosiddetta «integrativa» pare infatti una «rivoluzione silenziosa» che sta incidendo in modo significativo — sui rapporti tra sanità pubblica e privata, sia sul fronte del finanziamento, sia su quello dell’erogazione delle cure (Pavolini *et al.* 2013; Dirindin 2018; Gimbe 2019).

La “giungla” delle polizze sanitarie private

Non è facile mettere a fuoco il mondo della sanità integrativa in Italia, perché esso si presenta come una realtà decisamente variegata, non compiutamente regolata, che ricomprende al proprio interno soggetti e prodotti assicurativi diversi tra loro quanto a: natura giuridica, dimensioni, modalità di adesione, entità dei premi o dei contributi richiesti, agevolazioni fiscali, modalità di gestione, prestazioni erogate (Maggi e De Pietro 2015; Limardi 2018; Gimbe 2019). Per districarsi nella “giungla” delle coperture sanitarie private, conviene partire da qualche precisazione lessicale.

Una prima distinzione è quella tra prestazioni *sostitutive* e *integrative*. In riferimento al caso italiano, per prestazioni *sostitutive* (o *supplementari*) possiamo intendere i servizi e le cure già inclusi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti dal servizio sanitario pubblico. Sono invece da considerarsi propriamente *integrative* (o *complementari*) le prestazioni non contemplate nei LEA.

Nel dibattito in corso, con l’espressione «*sanità integrativa*» si fa riferimento a tutte le forme di assicurazione sanitaria privata che diano diritto a una copertura aggiuntiva rispetto a quella offerta dal Servizio sanitario nazionale. Tali coperture aggiuntive possono essere individuali o collettive, e possono essere fornite sia da compagnie di assicurazioni *for profit*, sia da enti *no profit*. Coperture sanitarie integrative vengono fornite da una miriade di soggetti diversi (Mapelli 2012; Maggi e De Pietro 2015; Limardi 2018): fondi negoziali (originati sul mercato del lavoro, e frutto degli accordi tra le parti sociali), casse aziendali (istituite da singole imprese), casse di assistenza professionali (istituite e gestite dagli ordini professionali), società di mutuo soccorso (alcune delle quali attive fin dall’Ottocento), compagnie di assicurazione, e altre forme ancora diverse.

L’evoluzione della normativa sui fondi sanitari integrativi

Un’attenzione particolare meritano i fondi sanitari integrativi. Quello della mutualità integrativa non può essere considerato un tema nuovo: esso è infatti sul tavolo ormai da molti anni. La mutualità volontaria era già menzionata nella legge n° 833 del 1978, istitutiva del SSN. Nella riforma del 1992-93 la volontà di sviluppare la mutualità integrativa emergeva ancor più chiaramente: la prima versione di tale riforma (il d.lgs. n° 502 del 1992, poi modificato dal successivo d.lgs n°517 del 1993) si

spingeva addirittura a prevedere fondi sanitari non solo complementari al SSN, ma anche alternativi ad esso (Toth 2014).

La materia è stata in seguito disciplinata dalla riforma Bindi (d.lgs. n° 229 del 1999). Tale provvedimento ha inteso rimarcare la natura propriamente *integrativa* che dovrebbe caratterizzare la mutualità volontaria: i fondi sanitari integrativi non dovrebbero sovrapporsi al SSN, ma dovrebbero invece concentrarsi sulle prestazioni escluse dai Livelli essenziali di assistenza (Bindi 2005). In previsione del riconoscimento di un beneficio fiscale solo ai fondi e alle casse realmente *complementari* al SSN, il d.lgs 229 prevedeva l'istituzione presso il Ministero della Salute di un'apposita anagrafe dei fondi sanitari integrativi. Questi ultimi avrebbero dovuto adottare politiche di non selezione dei rischi, e avrebbero dovuto servirsi di fornitori accreditati dal SSN.

I decreti applicativi emanati alcuni anni più tardi (il decreto Turco del 31 marzo 2008, e il decreto Sacconi del 27 ottobre 2009) hanno confermato l'impostazione data dalla riforma Bindi, prevedendo un trattamento fiscale agevolato (consistente nella deducibilità dei premi pagati fino a un massimo di 3.615 euro) solo ai fondi iscritti all'anagrafe del Ministero. Per essere inclusi nell'anagrafe i fondi avrebbero dovuto destinare almeno il 20% dei rimborsi agli ambiti assistenziali non coperti dal SSN, quali le cure odontoiatriche, la *long-term care* e la riabilitazione.

In tempi più recenti, prima la legge di stabilità 2016 e in seguito la legge di bilancio 2017, introducendo nuove misure a favore del welfare aziendale, sono ulteriormente intervenute sul trattamento fiscale dei contributi versati ai fondi sanitari integrativi (Campedelli 2018): ai lavoratori dipendenti viene consentito di convertire i premi di risultato in benefit aziendali totalmente detassati, tra cui rientrano i contributi versati a fondi sanitari privati, anche se eccedenti il limite di deducibilità di 3.615 euro (Caruso 2018).

Un fenomeno in crescita

Fino a pochi anni fa, le coperture sanitarie private riguardavano una ristretta minoranza della popolazione. Ad avere una polizza integrativa erano perlopiù i dirigenti d'azienda, gli iscritti ad alcuni ordini professionali, i dipendenti di alcune grandi imprese, i soci delle storiche società di mutuo soccorso, e poche altre categorie (Maggi e De Pietro 2015).

In pochi anni, il quadro è radicalmente mutato: si calcola che gli italiani con una qualche forma di assicurazione sanitaria integrativa siano oggi oltre 13 milioni (Rbm-Censis 2018), a fronte dei 4,9 milioni stimati nel 2004 (Labate e Tardiola 2011). Se consideriamo i soli assistiti dei fondi integrativi iscritti all'anagrafe del Ministero, essi sono passati da 6,9 milioni nel 2013 agli attuali 10,6 milioni (Ministero della Salute 2018b). Nell'arco dell'ultimo decennio, in Italia la spesa sanitaria «intermediata» è cresciuta a un tasso medio del 5,5% annuo (Rbm-Salute 2018).

Le ragioni di tale crescita possono essere ricercate, almeno in parte, nelle restrizioni finanziarie imposte al SSN, e nel graduale aumento della spesa sanitaria privata (Gimbe 2019): dovendo fronteggiare un aumento della quota a proprio carico, molte famiglie ritengono più conveniente sottoscrivere una polizza integrativa, piuttosto che pagare le cure mediche secondo la tradizionale modalità *out-of-pocket* (Pavolini *et al.* 2013). Altri fattori possono aver contribuito: tra questi i mutamenti intervenuti nelle relazioni sindacali e industriali, così come le efficaci strategie di marketing adottate recentemente dalle maggiori compagnie di intermediazione finanziaria e assicurativa (Dirindin 2018; Gimbe 2019). E' opinione diffusa che ad aver inciso in modo significativo sulla recente espansione della sanità integrativa siano state anche le agevolazioni fiscali messe a disposizione dal governo nazionale (Pavolini *et al.* 2013; Dirindin 2018; Gimbe 2019).

Il dibattito in corso

Da qualche anno a questa parte, il tema della sanità integrativa sta generando – almeno tra gli addetti ai lavori – un acceso dibattito. Gli schieramenti in campo sono essenzialmente due. Da una parte, vi sono i fautori della sanità integrativa: costoro vedono con favore il rafforzamento di un «secondo pilastro» in sanità, e chiedono al governo di aumentare gli incentivi a favore della sanità integrativa. Il fronte opposto è costituito da coloro che guardano con preoccupazione alla diffusione delle

coperture private: costoro ritengono che la sanità integrativa stia sgretolando le basi pubbliche, egalarie e solidaristiche del Servizio sanitario nazionale, e che essa determini un'inaccettabile disparità di trattamento tra i cittadini dotati di una qualche forma di assicurazione privata e quelli che ne sono invece privi.

Le posizioni a favore della sanità integrativa sono ben formulate nel rapporto annuale Rbm-Censis (2018). Nell'edizione 2018 di tale rapporto – va precisato che esso è commissionato da Rbm Salute, uno dei maggiori *player* nel mercato nazionale delle assicurazioni sanitarie private – viene esplicitamente richiesto ai policy makers di incrementare gli incentivi fiscali a favore della sanità integrativa. Tale argomentazione si fonda sull'assunto che una copertura assicurativa sia generalmente più equa (in quanto comporta sempre una condivisione del rischio tra gli assicurati) rispetto a pagare le cure mediche ognuno per sé, pagando di tasca propria. Una maggiore diffusione delle coperture integrative – viene sostenuto – condurrebbe pertanto a un sistema più equo rispetto a quello attuale, perché sempre più famiglie risulterebbero tutelate rispetto al rischio di spese mediche impreviste.

Tali argomentazioni sono contrastate da coloro che si schierano a difesa del servizio sanitario pubblico (Dirindin 2018; Gimbe 2019). In aggiunta alla contrapposizione sul piano ideale e valoriale, a dividere le due fazioni è la questione degli incentivi pubblici. Buona parte di coloro che si proclamano a difesa del SSN non sostiene infatti che le coperture integrative siano da proibire o da disincentivare (Granaglia 2017): le agevolazioni fiscali dovrebbero però riguardare solo le coperture autenticamente *complementari*, e non anche quelle *sostitutive* (Dirindin 2018; Gimbe 2019). Va infatti precisato che nel nostro paese le coperture sanitarie private coprono solo in piccola parte prestazioni davvero complementari (Pavolini *et al.* 2013; Rbm-Censis 2018): la maggioranza dei rimborsi assicurativi riguarda prestazioni *sostitutive*, che i cittadini avrebbero diritto di ottenere dal SSN. E questo vale anche per i fondi sanitari integrativi iscritti all'anagrafe del Ministero della Salute (2018b). La proposta che viene avanzata è quindi che le risorse finanziarie che lo Stato attualmente impegna in agevolazioni fiscali a favore dei fondi sanitari integrativi e del welfare aziendale vengano utilizzate diversamente: per finanziare il servizio sanitario pubblico (Gimbe 2019). Così facendo, a beneficiare di tali risorse pubbliche non sarebbero più solo pochi «privilegiati» (coloro che oggi dispongono di una copertura integrativa), ma l'intera popolazione (Caruso 2018; Dirindin 2018).

5. La sanità italiana alla prova del Semestre Europeo: vincolo esterno o finestra di opportunità?

Come sopra evidenziato, già nel periodo precedente la crisi, in Italia si erano rese necessarie misure di contenimento della spesa sanitaria pubblica e si era avviato un percorso di ricalibratura del modello sanitario universale che puntava a stabilizzare i costi pur rispondendo ad una domanda sociale in costante aumento (Pavolini e Guillén 2013).

Progressivamente, con gli anni Duemila, la criticità della situazione italiana si delinea come necessità stringente di ridurre il debito (in osservanza del Patto di Stabilità e Crescita sottoscritto all'avvio dell'Unione Monetaria Europea) e di migliorare i conti pubblici attraverso l'imposizione di tagli alla spesa in tutti i settori di policy, compresa la sanità. L'effetto della grande crisi finanziaria aggrava queste dinamiche e colpisce con particolare durezza l'Italia, paese fra i più deboli dell'Eurozona, caratterizzata da bassi tassi di crescita e da un elevatissimo debito pubblico (de Belvis *et al.* 2012).

Con la grande crisi finanziaria, ciò che cambia è anche il tipo di coinvolgimento del livello europeo nelle politiche sanitarie e quindi l'impatto – seppure indiretto – che esso esercita nell'assetto della *policy* domestica: l'effetto più evidente per la sanità italiana è il rafforzamento di alcune misure di *policy* già in atto (tra cui l'irrigidimento dei controlli sulla spesa sanitaria regionale), mentre quello più nascosto riguarda il progressivo aumento della componente privata della spesa sanitaria (vedi par. 2).

I meccanismi operativi attraverso i quali ciò è avvenuto sono stati attivati dal nuovo regime di governance macro-economica per i paesi dell'Eurozona e, nello specifico, dal Semestre Europeo, che dal novembre 2011 costituisce il processo annuale di controllo e monitoraggio delle politiche di bilancio e di spesa settoriale degli stati membri ad opera principalmente della Commissione Europea.

Il Semestre Europeo

A seguito della grande crisi finanziaria, una serie di misure e innovazioni procedurali introdotte a livello europeo per via legislativa hanno dunque rafforzato i poteri di sorveglianza della Commissione sulla spesa pubblica degli stati membri che fanno parte dell'Unione Monetaria Europea. In particolare, attraverso l'istituzionalizzazione del Semestre Europeo non solo è stato imposto un *timing* stringente sulla formulazione dei documenti finanziari annuali e pluriennali degli stati membri, ma sono stati modificati anche i contenuti delle raccomandazioni, introducendo specifici riferimenti alle riforme strutturali da perseguire in diversi settori di policy (Guidi e Guardiancich 2018). Ciò si è verificato soprattutto per il settore delle pensioni, già soggetto a esplicite pressioni esterne da Maastricht in poi e sotto osservazione fin dall'avvio dei primi cicli di monitoraggio e controllo del meccanismo del Semestre Europeo.

In questo stesso periodo (2010-11) veniva pubblicato il *Joint Report on Health Systems*, il primo rapporto contenente riferimenti specifici ai sistemi sanitari nazionali, alle dinamiche della spesa sanitaria e alle sfide che i singoli sistemi nazionali avrebbero dovuto affrontare. La pubblicazione di tale rapporto, se contribuiva a rafforzare il «discorso unico» sulla sostenibilità finanziaria delle politiche di welfare coinvolgendo anche la sanità quale problema europeo, comunque non consentì l'inserimento a pieno titolo della sanità nel Semestre Europeo. Infatti, benché il Consiglio Ecofin di dicembre 2011 – richiamandosi ai contenuti del Report – fornisse la giustificazione alla DG Ecfm e al Consiglio stesso per intervenire su temi riguardanti i contenuti delle politiche sanitarie domestiche e per includere le riforme sanitarie nel Semestre europeo (Baeten e Thomson 2012), i ministri della sanità continuarono a rimanere assenti dal processo del Semestre Europeo, dimostrandosi estremamente riluttanti a discutere di riforme sanitarie nazionali a livello europeo e continuando a sostenere l'esclusiva competenza nazionale in materia (Stamati e Baeten 2015).

Va precisato comunque che, inaspettatamente, diversi paesi – seppure in assenza di esplicite richieste – finirono per inasprire le misure di riduzione della spesa sanitaria e di razionalizzazione dei sistemi di erogazione delle cure (Paoli 2012; Helderma 2015), con ciò consolidando i percorsi di aggiustamento avviati con le politiche di *austerity*.

Helderma (2015) e Greer (2014) evidenziano come il Semestre Europeo si sia rivelato un nuovo modo, da parte dell'UE, per intervenire nelle politiche sanitarie degli stati membri pur in assenza di specifici poteri in tale settore. Ciò in realtà è avvenuto anche in altri ambiti delle politiche di welfare domestiche, tanto che alcuni studiosi hanno parlato di *semi-sovereign welfare states* proprio con riferimento ai settori di policy dove la delega di sovranità non è mai avvenuta (Ferrera e Hemerijck 2003; Hemerijck 2006). Ciò che differenzia il settore sanitario – secondo alcuni – è che a livello sovranazionale ci si è occupati delle politiche sanitarie «in modo frammentato, opportunistico e scoordinato, attraverso un *patchwork* di processi legislativi e politici» (de Ruijter e Hervey 2012, 144), in assenza di un disegno preciso di europeizzazione e di competenze formali in questo ambito di policy.

Il Semestre Europeo in Italia: vincolo o finestra di opportunità?

L'Italia non ha mai ricevuto dalla Commissione esplicite raccomandazioni (CSRs), riservate solamente ai paesi più colpiti dalla crisi e soggetti a *Memorandum of Understanding*: Grecia, Cipro, Portogallo, Irlanda e Romania (Baeten e Vanhercke 2017).

Quindi, non è corretto parlare di «vincolo esterno» per le politiche sanitarie italiane – come invece avvenuto per altre politiche di welfare – anche se si può notare come il meccanismo del Semestre Europeo abbia fornito a diversi attori della politica sanitaria italiana l'occasione per rafforzare – rendendoli politicamente più accettabili – i percorsi di contenimento della spesa sanitaria pubblica

avviati nel decennio precedente. Il funzionamento del Semestre Europeo ha finito per aprire l'arena sanitaria domestica a nuovi attori – in primis, i funzionari del MEF – che in passato non giocavano un ruolo di primo piano in campo sanitario, e che adesso diventano invece centrali soprattutto nel monitoraggio dei piani di rientro.

L'Italia rientra quindi in quel gruppo di paesi che – come sostenuto da Helderman (2015) – hanno utilizzato la crisi come acceleratore di strategie già in atto. Il meccanismo del Semestre Europeo è stato infatti un «vincolo» *sui generis*, utilizzato come opportunità dagli attori domestici per consolidare il cambiamento e per ridefinire l'assetto della governance sanitaria domestica. Attraverso il Semestre Europeo, in particolare, è stato possibile legittimare il governo centrale ad intraprendere una strategia di relativo ri-accentramento e l'adozione di misure più stringenti di contenimento della spesa.

6. Conclusioni

Le modalità attraverso le quali la politica sanitaria italiana è andata evolvendosi nel corso degli ultimi due decenni in parte confermano dinamiche già evidenziate in ricerche precedenti (de Belvis et al. 2012; Pavolini e Guillén 2013), in parte suggeriscono elementi di discussione originali, che possono arricchire il dibattito in corso.

La crisi come acceleratore e catalizzatore

Proviamo innanzitutto a rispondere alla domanda di ricerca formulata in apertura dell'articolo. Erano state avanzate, a tal riguardo, tre possibili ipotesi. Delle tre, la più convincente pare essere la terza: in campo sanitario, la crisi finanziaria non ha costituito una radicale cesura col passato, ma ha agito più che altro da *catalizzatore* di processi avviati in precedenza (Helderman 2015). La crisi ha dato ulteriore impulso a dinamiche (tra cui i tagli alla spesa all'interno SSN, e l'espansione della sanità integrativa) già in essere prima dell'avvento della crisi.

L'analisi in chiave diacronica evidenzia che la crisi del 2008 non ha condotto a un cambiamento radicale delle strategie d'azione e dei rispettivi strumenti di policy (de Belvis et al. 2012). Come si è visto nei paragrafi precedenti, le principali misure adottate dal governo nazionale negli anni post-crisi (i piani di rientro, per contenere i disavanzi regionali, e gli incentivi fiscali per favorire la sanità integrativa) sono grossomodo gli stessi già messi in campo prima che la crisi deflagrasse.

La retorica dell'austerità e della spending review, che ha caratterizzato gli anni immediatamente successivi allo scoppio della crisi, ha finito per legittimare e consolidare strategie e misure di policy che, in campo sanitario, erano già state approntate precedentemente.

Fattori endogeni e cambiamento incrementale

Nel corso degli ultimi due-tre decenni, altri settori di policy sono stati costellati da ripetuti interventi di riforma, alcuni dei quali di notevole portata. In campo sanitario le cose sono andate diversamente: a parere di chi scrive, l'ultima grande riforma «strutturale» che ha investito il SSN risale al 1992-93. Anche considerando il d.lgs. 229 del 1999 come un punto di svolta rilevante², è comunque da almeno vent'anni che il settore sanitario non è oggetto di grandi riforme a livello nazionale.

A differenza di quanto avvenuto in altri settori o in altri paesi europei, il cambiamento che abbiamo osservato nelle politiche sanitarie in Italia è stato di tipo incrementale, differenziato a livello regionale, innescato più da fattori endogeni che dalle cattive performance del sistema o da pressanti vincoli esterni. Proprio quest'ultimo punto ci permette di rimarcare un ulteriore elemento che

² Il d.lgs. 229 del 1999 – che pure è stato denominato «riforma ter» o «riforma Bindi» – ha introdotto importanti novità nel regolare l'attività libero-professionale dei medici del SSN e ha rilanciato i fondi sanitari integrativi, ma – a ben guardare – non ha radicalmente modificato il complessivo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale.

differenzia la sanità da altri settori di policy: in riferimento alla politica sanitaria, le interpretazioni del policy change in chiave di «vincolo esterno», di «condizionalità», di «sovranità limitata», di «democrazia vincolata» – ampiamente utilizzate per spiegare il cambiamento in altri settori di welfare – sembrano avere scarso riscontro. Nel nostro paese, la politica sanitaria non è stata oggetto di pressioni e di raccomandazioni specifiche provenienti dal livello europeo e sovranazionale. Le istituzioni comunitarie – come si è argomentato nel quinto paragrafo – non hanno mai esplicitamente richiesto al governo italiano di mettere mano alla riforma del Servizio sanitario nazionale; se degli input sono venuti dall'esterno, essi hanno riguardato un problema strutturale e comune a quasi tutti i sistemi sanitari europei e occidentali: quello della sostenibilità della spesa pubblica a fronte di un trend ormai stabile di bassa crescita (Saltman 2018).

La «quiet politics» della sanità

In Italia, il settore sanitario sembra configurarsi come un tipico caso di *quiet politics* (Culpepper 2011). Le trasformazioni riscontrate negli ultimi due decenni non sembrano infatti aver particolarmente attratto l'attenzione dei media, né hanno innescato un dibattito politico sulle direzioni del cambiamento in atto: forse per non mettere in luce l'attivismo e i vantaggi di alcuni gruppi d'interesse – imprenditoriali, professionali, ma anche istituzionali e sindacali – che lontano dalla luce dei riflettori riescono a perorare più agevolmente le proprie istanze. Su queste dinamiche «sotterranee» e «silenziose» è difficile avere riscontri empirici, e al momento si possono formulare solo delle congetture da sottoporre alla discussione e a ulteriori indagini.

A differenza di altri settori, negli ultimi anni il dibattito pubblico sui principali nodi della politica sanitaria, se c'è stato, è stato tenuto sotto tono. Altri temi (pensioni, lavoro, lotta alla povertà, in qualche misura anche la scuola) occupano facilmente le prime pagine dei giornali e monopolizzano i talk show televisivi. Di sanità, invece, si discute poco: il funzionamento del SSN è raramente argomento di confronto politico, e non diviene oggetto di promesse elettorali. I governi e gli stessi ministri della salute che si sono avvicendati in questi anni hanno prudentemente evitato grandi proclami pubblici, hanno tenuto un profilo basso. La sanità si è insomma rivelata un settore di *policy* mediaticamente e politicamente poco *appealing*.

Nonostante ciò, non si può sostenere che il nostro sistema sanitario sia rimasto immobile: come si è visto nei paragrafi precedenti, cambiamenti sostanziali sono avvenuti e stanno tuttora avvenendo. Tali trasformazioni stanno mutando i connotati del nostro sistema sanitario, sia sull'asse centro-periferia, sia su quella pubblico-privato.

Per quanto riguarda i rapporti tra centro e periferia, il governo nazionale, a partire dal 2006, ha acquisito maggiori compiti di monitoraggio e – perlomeno per quanto riguarda la disciplina finanziaria – detiene oggi maggiori poteri sanzionatori, tramite i piani di rientro e il commissariamento (Helderman et al. 2012). Questo ha portato a una più netta demarcazione tra regioni «virtuose» (che hanno i conti in equilibrio) e regioni «viziose» (responsabili di pesanti e ricorrenti disavanzi in tema di spesa sanitaria). Ne deriva un assetto di regionalismo «a due velocità» (Helderman et al. 2012; Toth 2015), in cui le regioni virtuose conservano la piena autonomia in materia sanitaria, mentre le regioni in piano di rientro (per non parlare di quelle commissariate) finiscono per cedere parte della propria autonomia e sono oggetto di un attento scrutinio da parte del governo nazionale.

Non meno rilevanti sono i mutamenti sull'asse pubblico-privato. Si è visto in precedenza come stia aumentando l'incidenza della componente privata sulla spesa sanitaria complessiva, e come stiano progressivamente prendendo piede – anche nel nostro paese – le coperture assicurative private, soprattutto quelle collettive legate ai contratti di lavoro. Per una parte sempre più consistente della popolazione, sta diventando normale sottoscrivere una copertura privata aggiuntiva rispetto a quella di base garantita dal servizio pubblico. E' facile comprendere come diversi attori (i fornitori privati, le compagnie di assicurazioni, le società di mutuo soccorso, i fondi categoriali, le aziende, ed anche i sindacati che partecipano alle trattative riguardo ai fondi integrativi e al welfare aziendale) possano

allora trarre vantaggio dall'insufficiente finanziamento del SSN e dagli incentivi fiscali previsti dall'attuale normativa a favore della sanità integrativa.

Bibliografia

- Armeni P., Bertolani A., Borsoi L., Costa F. (2018), La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione, in Cergas-SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2018*, Milano: Egea, pp. 119-178.
- Baeten, R., Vanhercke, B. (2017), Inside the black box: The EU's economic surveillance of national healthcare systems, in *Comparative European Politics*, 15, pp.478-497.
- Banca d'Italia (2018), *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro*, Roma: Banca d'Italia.
- Bindi, R. (2005), *La salute impaziente*, Milano: Jaca Book.
- Camera dei deputati (2018), *La spending review sanitaria*, Camera dei deputati – Servizio Studi.
- Campedelli, M. (2018), *La governance dei fondi sanitari integrativi: un ruolo per le Regioni?*, Milano: Franco Angeli.
- Carpani G. (2012), I piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei Lea, in R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna: Il Mulino, pp. 25-54.
- Caruso, E. (2018), Sanità: il bilancio della XVII legislatura, in G. Arachi e M. Baldini (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2018*, Bologna: il Mulino, pp. 123-158.
- Cislaghi, C., Giuliani, F. (2012), Costi standard: ma di che cosa stiamo parlando?, in R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna: Il Mulino, pp. 55-80.
- Corte dei Conti (2018), *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali. Esercizio 2016*, Roma: Corte dei Conti.
- Culpepper, P.D. (2011), *Quiet Politics and Business Power*, New York: Cambridge University Press.
- de Belvis, A.G., Ferrè, F., Specchia, M.L., Valerio, L., Fattore, G., Ricciardi, W. (2012), The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector, in *Health Policy*, 106, pp. 10-16.
- De Ruijter, A., Hervey, T. (2012), Healthcare and the Lisbon strategy, in D. Papadimitriou, P. Copeland, a cura di, *The EU's Lisbon strategy. Evaluating success, understanding failure*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 130-148.
- Dirindin, N. (2018), *E' tutta salute. In difesa della sanità pubblica*, Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Gimbe (2019), *La sanità integrativa*, Bologna: Fondazione Gimbe. Disponibile online: www.gimbe.org/sanita-integrativa
- Granaglia, E. (2017), Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcuni costi nascosti, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 2, pp. 37-45.
- Greer, S.L. (2014), The three faces of European Union Health Policy: Policy Market and Austerity, in *Policy and Society*, 33, pp. 13-24.
- Guidi, M., Guardiancich, I. (2018), Intergovernmental or supranational integration? A quantitative analysis of pension recommendations in the European Semester, in *European Union Politics*, 19, pp. 684-706.
- Helderman, J.-K. (2015), The crisis as catalyst for reframing health care policies in the European Union, in *Health Economics, Policy and Law*, 10, 45–59.
- Helderman, J.-K., Bevan, G., France, G. (2012), The rise of the regulatory state in health care: a comparative analysis of the Netherlands, England and Italy, in *Health Economics, Policy and Law*, 7, pp. 103–124.

- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P., McKee, M. (2013), Financial crisis, austerity, and health in Europe, in *The Lancet*, 381, pp. 1323-1331.
- Kentikelenis, A. (2015), Bailouts, austerity and the erosion of health coverage in Southern Europe and Ireland, in *European Journal of Public Health*, 25, pp. 365-366.
- Labate, G., Tardiola, A. (2011), La sanità integrativa in Italia, in C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi e A. Tardiola (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna: il Mulino, pp. 461-479.
- Lehto, J., Vrangbaek, K., Winblad, U. (2015), The reactions to macro-economic crises in Nordic health system policies: Denmark, Finland and Sweden, 1980-2013, in *Health Economics, Policy and Law*, 10, pp. 61-81.
- Limardi, G. (2018), *I fondi sanitari: l'assistenza sanitaria integrativa, complementare e sostitutiva*, Bologna: Filodiritto.
- Maggi, S., De Pietro, C. (2015), a cura di, *Le prospettive del mutuo soccorso nel sistema sanitario italiano*, Bologna: il Mulino.
- Mapelli, V. (2012), *Il sistema sanitario italiano*, Bologna: il Mulino.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2018), *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, Roma: Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato.
- Ministero della Salute (2018a), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA*, Roma: Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.
- Ministero della Salute (2018b), *Reporting System - Anagrafe Fondi Sanitari*, Roma: Ministero della Salute-Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.
- Morgan, D., Astolfi, R. (2015), Financial impact of the GFC: health care spending across the OECD, in *Health Economics, Policy and Law*, 10, pp. 7-19.
- OCSE (2019), *Health Statistics 2019*, Parigi: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.
- Palladino, R., Lee, J.T., Hone, T., Filippidis F., Millett, C. (2016), The Great Recession And Increased Cost Sharing In European Health Systems in *Health Affairs*, 35, pp. 1204-1213.
- Paoli, F. (2012), Health systems efficiency and sustainability: a European perspective, in *Eurohealth*, 18, pp. 14-17.
- Pavolini, E., A. Guillen, A. (2013), a cura di, *Health Care Systems in Europe under Austerity: Institutional Reforms and Performance*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pavolini, E., Neri, S., Cecconi, S., Fioretti, I. (2013), Verso un sistema multi-pilastro in sanità? Luci e ombre nell'esperienza dei fondi sanitari, in E. Pavolini, U. Ascoli e M.L. Mirabile (a cura di), *Tempi moderni*, Bologna: il Mulino, pp. 115-147.
- Rbm-Censis (2018), *Il secondo pilastro sanitario per il diritto alla salute*, Roma: Rbm Salute-Censis.
- Reeves, A., McKee, M., Basu, S., Stuckler, D. (2014), The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011, in *Health Policy*, 115, pp. 1-8.
- Reeves, A., McKee, M., Stuckler, D. (2015), The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs, *European Journal of Public Health*, 25, pp. 364-365.
- Saltman, R.(2018), The impact of slow economic growth on health sector reform: a cross-national perspective, in *Health, Economics, Policy and Law*, 13, pp. 382-405.
- Stamati, F. and Baeten, R. (2015), Varieties of healthcare reform: understanding EU leverage, in D. Natali, B. Vanhercke, a cura di, *Social policy in the European Union: state of play 2015*, Bruxelles: OSE-ETUI, pp. 183-214.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M. Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M., Kluge, H. (2014), *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Toth, F. (2014), *La sanità in Italia*, Bologna: il Mulino.

Toth, F. (2015), *Italy*, in K. Fierlbeck e H. Palley (a cura di), *Comparative Health Care Federalism*, Farnham: Ashgate, pp. 63-77.